



Cour III
C-2398/2010

Arrêt du 6 février 2012

Composition

Francesco Parrino (président du collège),
Madeleine Hirsig-Vouilloz, Beat Weber, juges,
Pascal Montavon, greffier.

Parties

A. _____,
représenté par Groupement Transfrontalier Européen,
FR-74100 Annemasse,
recourant,

contre

**Office de l'assurance-invalidité pour les assurés
résidant à l'étranger (OAIE),**
avenue Edmond-Vaucher 18, case postale 3100,
1211 Genève 2,
autorité inférieure.

Objet

assurance-invalidité (décision du 24 février 2010).

Faits :**A.**

Le ressortissant français A._____, né en 1962, a entrepris en France une formation de boulanger sans obtenir de CAP. Il a ensuite exercé chez son employeur quelque 11 ans puis a exercé à compter de 1987 comme aide boulanger en Suisse. Depuis début 1990 il a exercé une activité de livreur-magasinier puis chauffeur-livreur en Suisse romande au sein du groupe X._____. Le 22 juillet 2005 dans le cadre de son activité professionnelle il subit une chute tombant en arrière sur les fesses et le dos depuis une hauteur de 1.20 m. et ressentit à partir de ce moment des douleurs dans le dos plus intenses qu'auparavant qui étaient apparues depuis 2004. Ayant consulté le 12 décembre 2005, une opération du dos fut entreprise le 5 janvier 2006. Une reprise de travail à mi-temps fut tentée le 4 septembre 2006 mais ne put être poursuivie au-delà du 7 (cf. pce 17/11/2006). Il n'a plus repris d'activité depuis lors et déposa une demande de prestations d'invalidité auprès de l'Office de l'assurance-invalidité du canton de Vaud (OAI-VD) en date du 11 octobre 2006 (pce 11/10/2006).

B.

B.a Dans le cadre de l'instruction du dossier l'OAI-VD porta notamment au dossier un rapport d'examen SMR du 18 juillet 2007, signé du Dr B._____, retenant le diagnostic principal de lombo-cruro-sciatalgie D, canal lombaire étroit segmentaire d'origine arthrosique, status après laminectomie L3-L4 en date du 5 janvier 2006 et la pathologie associée de syndrome des apnées du sommeil. Le rapport indiqua que les atteintes ne permettaient plus à l'intéressé d'exercer son activité de chauffeur-livreur depuis le 14 décembre 2005 mais une activité adaptée à 80% depuis cette date sans port de charges supérieures à 7.5 kg de façon répétitive, de plus de 15 kg ponctuelle, sans position assise statique au-delà de 30 min. sans possibilité de varier les positions assises/debout de préférence librement, sans position en porte-à-faux en antéflexion du rachis contre résistance, tenant compte d'un périmètre de marche de ¼ d'heure, sans position statique debout immobile au-delà de 10 à 15 min., sans activité sur terrain instable, sans exposition à des machines outils réalisant des vibrations de 5 hertz et plus, sans activité en hauteur. Il précisa que l'intéressé pouvait reprendre théoriquement une activité adaptée graduellement à 100% avec une diminution de rendement de tout au plus 20% en relation avec les troubles

ostéoarticulaires et les séquelles d'une apnée du sommeil appareillée (pce 18/07/2007).

B.b Afin d'évaluer le droit à des prestations et les aptitudes de l'intéressé à une réadaptation professionnelle, l'OAI-VD mit en place un stage d'observation d'un mois qui débuta le 7 janvier 2008 mais qui fut interrompu 2 jours plus tard en raison de douleurs trop intenses attestées par un certificat médical de son médecin traitant, le Dr C._____, rhumatologue, reconduit le 24 janvier 2008 pour une durée indéterminée (pce 28/01/2008). Dans un rapport du 14 février 2008 le Centre d'observation nota n'avoir pas été en mesure de statuer sur la possibilité de l'intéressé de réintégrer le circuit économique et qu'il avait cependant été constaté que son état général n'était pas compatible avec les exigences d'une activité légère même à temps partiel (pce 14/02/2008). Dans une note du 9 février 2008 le Dr D._____ indiqua que le stage avait été interrompu en raison d'une décompensation psychiatrique en relation avec un trouble phobique post traumatique allant être suivie d'une hospitalisation de durée indéterminée dont les suites psychiatriques étaient réservées (pce 14/02/2008). Dans un rapport du 21 avril 2008 le Dr E._____, médecine générale, indiqua que l'hospitalisation n'eut toutefois pas lieu au profit d'un suivi ambulatoire et d'une prise en charge dans un centre anti-douleurs, il nota des lombalgies chroniques avec douleurs des membres inférieurs de type neuropathique, un syndrome post-traumatique avec syndrome dépressif et un syndrome d'apnée du sommeil. Il retint une incapacité de travail de 100% du 9 janvier au 31 mai 2008 prolongeable, une reprise d'activité professionnelle n'étant pas attendue (pce 21/04/2008). Dans un rapport du 19 juin 2008, le Dr F._____, psychiatre, posa le diagnostic d'état dépressif grave depuis août 2005, indiqua un traitement ambulatoire depuis le 19 mars 2008, releva de l'insomnie, de la tristesse, une perte de l'élan vital, un pronostic réservé, n'indiqua pas d'attente d'une reprise de l'activité professionnelle ni d'une amélioration de la capacité de travail, nota une capacité de concentration et de compréhension non limitée mais une capacité d'adaptation et une résistance limitée (pce 19/06/2008).

C.

C.a Sur la base des éléments psychiatriques apportés au dossier, le Dr G._____ du SMR requit en date du 21 juillet 2008 une expertise psychiatrique (pce 21/07/2008). Dans un rapport d'expertise du 23 octobre 2008, le Dr H._____, psychiatre, résuma l'ensemble des pièces au dossier, évoqua l'enfance difficile de l'assuré confronté à un

père violent mais une mère aimante, une activité professionnelle satisfaisante interrompue du fait de douleurs dorsales importantes et un syndrome dépressif. Il nota les plaintes de douleurs dorsales récurrentes, de sentiment d'inutilité honteuse, de tristesse permanente, de perte de confiance, de dégoût d'une vie au jour le jour, d'occasionnelles idées suicidaires. Il releva le status d'une personne faisant son âge, de taille moyenne légèrement corpulente, orientée dans les trois modes, plaintive et algi-démonstrative, un fonctionnement intellectuel dans la norme ancré dans le concret et le factuel sans capacité d'introspection, une humeur modérément déprimée avec un découragement en lien avec les douleurs persistantes, un discours négatif sans perte de l'élan vital avec mimique, gestuelle et modulation de la voix, la conservation des facultés d'attention, de concentration et mnésiques, un discours structuré, informatif sans tendance à la digression, l'absence de retrait social, une conscience claire sans élément de la lignée psychotique. Le Dr H._____ ne retint aucun diagnostic avec répercussion sur la capacité de travail d'ordre psychiatrique et, sans répercussion sur la capacité de travail, celui d'épisode dépressif léger présent depuis le mois de septembre 2006 sans syndrome somatique. Il indiqua que l'intéressé ne présentait pas de personnalité pathologique au sens d'une classification psychiatrique reconnue (CIM, DSM), qu'il n'y avait pas de dysfonctionnement durable dans le domaine des cognitions, de l'affectivité, du contrôle des impulsions ou dans le domaine interpersonnel depuis l'adolescence, que l'intéressé ne signalait pas de souffrance psychique continue avant le mois de septembre 2006, que jusque là l'assuré avait mené une vie personnelle et professionnelle sans complication, une séparation d'avec sa femme étant récente. Il nota que si l'intéressé présentait certes une certaine fragilité psychique, celle-ci ne constituait pas un diagnostic psychiatrique et n'était pas à l'origine d'une diminution de l'aptitude au travail. Il précisa que c'est en septembre 2006 soit 8 mois après l'opération neurochirurgicale, que l'intéressé avait commencé à développer une symptomatologie dépressive en raison de la non-disparition des douleurs et qu'actuellement la symptomatologie était compatible avec un épisode dépressif léger. Il souligna qu'à l'analyse des activités quotidiennes il s'avérait que plusieurs activités étaient conservées tout au long de la journée (soins corporels, prise des repas, promenades, démarches et rendez-vous, rencontres d'amis, piscine), qu'il existait cliniquement une légère diminution de l'élan vital, qu'il n'y avait pas de diminution de la volonté au vu du nombre d'activités au cours des journées. Il indiqua que si l'assuré présentait une souffrance psychique indéniable les éléments la composant étaient insuffisamment prononcés pour être à l'origine d'une diminution de l'aptitude au travail et que la

séparation de l'assuré d'avec sa femme était cause d'une aggravation de la symptomatologie dépressive à court ou à moyen terme. Il précisa eu égard à une agression subie en 2004 dans le cadre de son activité professionnelle évoquée par l'intéressé (voies de fait avec coups et blessures d'un automobiliste irascible) que celle-ci ne pouvait avoir entraîné un stress post-traumatique au sens des critères psychiatriques du fait de son caractère non exceptionnellement menaçant ou catastrophique bien que le Dr E. _____ ait indiqué ce diagnostic dans son rapport du 21 avril 2008. Au final l'expert posa le diagnostic sans répercussion sur la capacité de travail d'épisode dépressif léger sans syndrome somatique depuis septembre 2006 et ne retint dès lors sur le plan psychiatrique aucune limitation de la capacité de travail de l'intéressé dans son activité de chauffeur-livreur et pour toute autre activité adaptée du fait de l'inexistence de troubles suffisamment marqués, l'assuré étant malgré ceux-ci capable de s'adapter à son environnement professionnel et apte à travailler à plein temps sans diminution de rendement (pce 23/10/2008).

C.b Se fondant sur l'expertise psychiatrique précitée, le Dr I. _____ du SMR ne retint aucune atteinte d'ordre psychiatrique et releva que les mesures d'ordre professionnel avaient été interrompues après deux jours en raison de l'exacerbation des douleurs avec une hospitalisation en milieu somatique à l'Hôpital d'Evian. Il requit un examen rhumatologique complémentaire pour préciser l'évolution, l'exigibilité et les limitations fonctionnelles (pce 06/11/2008).

Dans un rapport du 1^{er} décembre 2008 le Dr J. _____, rhumatologue, retint le diagnostic avec répercussion sur la capacité de travail de lombosciatalgies bilatérales et cervicales dans le cadre de troubles statiques et dégénératifs du rachis avec status après cure chirurgicale d'un canal lombaire étroit, avec antélisthésis de L3/L4 de degré I et rétrolisthésis de L4/L5 de degré I ainsi que de syndrome rotulien D avec status après méniscectomie du genou et, sans répercussion sur la capacité de travail, de syndrome des apnées du sommeil appareillées. Il nota la nécessité de pouvoir alterner 2 à 3 fois par heure la position assise et debout, de ne devoir soulever régulièrement des charges d'un poids excédant 5 kg, de ne devoir porter régulièrement des charges d'un poids excédant 8 kg, de ne devoir exercer un travail en porte-à-faux statique prolongé du tronc, de ne devoir être exposé à des vibrations de 5 hertz et plus, de ne pas être contraint à des genuflexions répétées, des franchissements réguliers d'escabeaux, échelles ou escaliers, des passages de terrains irréguliers, des travaux en hauteur. Il retint une

incapacité de travail totale dans la dernière activité exercée depuis le 14 décembre 2005 et une capacité de travail de 80% dans une activité adaptée depuis septembre 2006, soit 9 mois après l'intervention chirurgicale subie. Il nota que des mesures professionnelles risquaient cependant d'échouer au vu du caractère démonstratif de l'assuré (pce 01/12/2008).

Le Dr I. _____ du SMR fit siennes les conclusions de l'expertise précitée dans un rapport du 19 décembre 2008 (pce 19/12/2008).

D.

Dans une note de l'OAI-VD du 5 mars 2009 suite à un entretien avec l'assuré le 3 février 2009 il est relevé que l'assureur accident n'avait pas pris le cas en charge au motif de la réfutation du lien de causalité entre l'accident survenu le 22 juillet 2005 et l'intervention chirurgicale du 5 janvier 2006, que la perte de gain avait été prise en charge par l'assureur maladie perte de gain et que l'assuré n'était pas désireux d'entreprendre des mesures d'ordre professionnel, de sorte qu'une approche théorique s'imposait pour déterminer le préjudice économique. Retenant un revenu sans invalidité pour 2006 de 71'595.- francs et un revenu avec invalidité de 44'989.- francs selon l'Enquête suisse sur la structure des salaires 2006 table TA1 niveau 4 prenant en compte un taux d'activité de 80 % dans un travail adapté et un abattement de 5 % pour circonstances personnelles, l'OAI-VD établit le préjudice économique à 37 % (pce 05/03/2009).

E.

E.a Par projet de décision du 28 mai 2009 l'OAI-VD informa l'assuré qu'il était apparu de son dossier et en particulier des expertises psychiatrique et rhumatologique que s'il n'était plus en mesure d'exercer son activité passée il était par contre apte à exercer une activité adaptée respectant les limitations édictées sur le plan médical à 80 % dès le mois de septembre 2006. L'office indiqua que des mesures d'ordre professionnel n'ayant pu être entreprises, une approche théorique devait être suivie et qu'il résultait de la comparaison des revenus avant et après invalidité un préjudice de 37 % n'ouvrant pas le droit à une rente compte tenu du taux seuil de 40 % (pce 28/05/2009).

E.b L'intéressé s'opposa à ce projet par acte du 23 juin 2009 faisant valoir des problèmes dorsaux ne lui permettant pas de reprendre une activité à temps complet et sollicita la révision de son taux d'invalidité et la

possibilité de suivre un stage de recyclage afin d'établir la possibilité d'une activité à temps partiel (pce 23/06/2009). Par acte du 1^{er} juillet 2009 le Groupement transfrontalier européen fit connaître son mandat de représentant de l'assuré (pce 01/07/2009).

E.c Une nouvelle documentation médicale fut jointe au dossier:

- un rapport d'expertise du Dr K._____, expert près de la Cour d'Appel, daté du 25 juillet 2009, faisant état des faits et interventions d'ordre médical, des plaintes de douleurs lombaires constantes et invalidantes et du fait que l'accident du 22 juillet 2005 n'a pas été couvert par l'assureur accident, du status (88kg/175cm) clinique somatique connu, relevant de l'abatement, de l'épuisement, notant un appétit variable sans amaigrissement, de l'anxiété dans les grandes surfaces, une humeur changeante, de l'agressivité, une attention et concentration limitée, pas de propos délirant. Le rapport retint le diagnostic somatique connu et nota une dépression nerveuse sévère somatisant l'ensemble des maux. Il releva que le diagnostic du Dr H._____, psychiatre, d'épisode dépressif léger sans somatisation ne pouvait être suivi, qu'en l'occurrence la somatisation douloureuse avait envahi le sujet, s'était chronicisé et diminuait profondément ses capacités à exercer un emploi quelconque sans toutefois l'interdire. Il indiqua que la rentabilité de l'intéressé était bien compromise et qu'il ne lui paraissait pas pouvoir travailler au-delà de 50 %. Sous l'angle somatique il indiqua que les capacités professionnelles de l'intéressé étaient limitées à 50 % du fait qu'il était un manuel, sans formation professionnelle ne pouvant être recyclé dans un travail administratif (pce 25/07/2009),
- un rapport de la Dresse L._____, psychiatre, daté du 20 avril 2009, indiquant un suivi depuis mai 2008, relevant les plaintes de douleurs lombaires chroniques évoluant depuis 2005 avec perte progressive de l'espoir de guérir, notant à l'anamnèse une symptomatologie anxio-dépressive évoluant depuis juin 2006 augmentée par le divorce d'avec son épouse, une douleur morale intense exacerbée par les douleurs, un sentiment d'incapacité totale à soutenir une activité professionnelle en raison des douleurs somatiques décrites comme intolérables par moment, une autodépréciation ancienne majorée depuis le divorce, un désinvestissement important, une apparente grande dépendance du sujet envers son frère (tâches quotidiennes, gestion des papiers) avec lequel il vit depuis la séparation d'avec son ex-épouse. La Dresse L._____ retint le diagnostic de

symptomatologie anxio-dépressive chronique sévère (évolution depuis juin 2007) notant un état psychique non stabilisé paraissant incompatible avec une activité professionnelle (pce 25/07/2009),

- un rapport radiographique daté du 3 juillet 2009 concluant à une compatibilité avec une coxopathie dégénérative à droite et un IRM lombaire du 4 août 2009 soulignant en L3-L4 un antéspondylolisthesis dégénératif avec arthrose postérieure bilatérale évoluée (pces 25/07/2009).

E.d Par acte du 22 octobre 2009 le mandataire de l'assuré compléta son opposition. Il fit valoir que le rapport du Dr H. _____ était contradictoire dans ses conclusions par rapport aux faits relevés. En l'occurrence il avait retenu que les troubles n'étaient pas suffisamment marqués sur le plan psychiatrique pour agir sur l'activité exercée de chauffeur-livreur alors même qu'il avait relevé que le traitement neuroleptique sédatif suivi proscrivait cette activité. Il nota que l'expert avait retenu que l'assuré était en mesure de s'adapter à son environnement professionnel alors qu'il avait indiqué dans l'expertise que les capacités d'adaptation et de résistance étaient limitées. S'agissant des mesures de réadaptation il nota que l'expert avait indiqué qu'elles étaient envisageables tout en relevant un risque d'échec élevé en raison des douleurs ressenties par l'assuré. En droit il souligna que le caractère non exigible de la réintégration dans le processus de travail peut résulter de facteurs déterminés qui par leur intensité et leur constance rendent la personne incapable de fournir l'effort de volonté requis, l'assuré ne disposant pas des ressources nécessaires pour vaincre ses douleurs. Il releva que c'était les conclusions auxquelles était parvenu le Dr K. _____ dans son rapport du 25 juillet 2009 et qu'il y avait en conséquence lieu de procéder à un complément d'instruction d'ordre psychiatrique (pce 22/10/2009).

E.e Requis de se déterminer sur l'opposition et la nouvelle documentation médicale au dossier, le Dr I. _____, dans son rapport du 6 janvier 2010, nota que le taux de capacité de travail de 50 % évoqué par le Dr K. _____ pour les raisons somatiques était le fait d'une autre appréciation de la capacité de travail sans qu'une aggravation objective ait pu être mise en évidence. En particulier le rapport IRM lombaire du 4 août 2009 ne montrait pas de péjoration manifeste en comparaison d'un IRM du 10 juillet 2006. S'agissant de la capacité de travail de 50 % sous l'angle psychiatrique retenue par le Dr K. _____, il nota que celle-ci s'écartait aussi de celle retenue par la Dresse L. _____ et ne se fondait que sur des éléments subjectifs que le Dr H. _____ avait également

relevés mais aussi pondérés avec la personnalité démonstrative de l'assuré, d'où le fait que le Dr H._____ n'avait retenu qu'un épisode dépressif léger et non sévère au contraire de la Dresse L._____ (pce 12/01/2010).

E.f Par acte du 15 février 2010 l'OAI-VD informa le représentant de l'assuré du maintien de sa détermination quant au rejet des prestations d'invalidité. Il releva que le rapport du Dr K._____ s'exprimant tant sur les plans somatique que psychiatrique n'était pas objectivement motivé quant aux divergences énoncées et que les rapport du Dr H._____ et du SMR remplissant les conditions de valeurs probantes devaient être préférés à ceux des médecins de l'assuré lié envers lui par un rapport de confiance sous réserve d'élément suffisamment pertinent pour remettre en cause les conclusion de l'expert. Il releva que le diagnostic de trouble somatoforme douloureux n'avait pas été posé chez l'assuré et que dès lors la jurisprudence y relative ne saurait lui être appliqué. Enfin, relativement à des divergences d'appréciation relevées dans le dossier, il indiqua que celles des centres d'observation étaient complémentaires à celles des médecins mais qu'il appartenait aux médecins de se prononcer sur la capacité de travail des assurés, qu'en l'occurrence les appréciations des centres d'observation non fondées sur des éléments objectifs médicaux n'avaient pas de valeur probante (pce 15/02/2010).

F.

Par décision du 24 février 2010 l'Office de l'assurance-invalidité pour les assurés résidant à l'étranger rejeta la demande de prestations pour les motifs évoqués dans son projet de décision. Il indiqua qu'une aide au placement pouvait être demandée par écrit (pce 24/02/2010).

G.

Contre cette décision l'intéressé, représenté par son mandataire, interjeta recours auprès du Tribunal de céans. Il fit valoir que si sur le plan somatique l'OAI-VD avait sans doute correctement et objectivement déterminé son état de santé, il n'en avait pas été de même sur le plan psychiatrique. Sur le plan de la comparaison de revenu avant et après invalidité, il nota que son dernier revenu de l'année 2005 devait être pris en compte et non une moyenne des années 2001 et 2005, car il y avait continuité dans les revenus. Il releva qu'à la date de la décision attaquée son état de santé n'était pas stabilisé et que dès lors c'était à tort que, ratione temporis, l'OAI-VD avait rendu une décision. Il fit valoir un nouveau rapport médical de la Dresse L._____ daté du 17 mars 2010 évoquant une symptomatologie anxio-dépressive avec au premier plan

des plaintes douloureuses somatiques dans un cadre probable de trouble somatoforme invalidant avec limitation dans la capacité d'élaboration et forte dépendance de l'entourage, atteintes stationnaires avec status d'incapacité actuelle à exercer une activité professionnelle. Enfin il releva que l'OAI-VD n'était pas clair dans son offre d'aide au placement lui permettant de tirer parti de la capacité de travail de 80 % qui lui avait été reconnue. Il conclut sous suite de frais et dépens à l'annulation de la décision attaquée et au renvoi de la cause à l'autorité inférieure pour complément d'instruction (pce TAF 1).

H.

Par réponse au recours du 10 juin 2010 l'OAI-VD, se référant à la prise de position de l'OAI-VD du 4 juin 2010, conclut au rejet du recours et à la confirmation de la décision attaquée. Dans celle-ci l'OAI-VD releva que si le dernier revenu est en principe pris en compte, il est possible de s'en écarter en raison de fluctuations importantes et de déterminer un montant médian sur une période relativement longue, qu'en l'occurrence même si le dernier revenu avait été retenu il n'aurait pas permis d'ouvrir le droit à une rente. Sur le plan médical l'OAI-VD indiqua que l'ensemble de la documentation médicale avait été prise en compte et que le dernier rapport du 17 mars de la Dresse L._____ n'était pas suffisamment étayé pour remettre en question le bien-fondé de la décision prise. Enfin s'agissant de l'aide au placement, l'OAI-VD rappela que celle-ci était clairement définie par la loi et qu'elle nécessitait une pleine collaboration de l'assuré qui devait entreprendre personnellement des démarches de recherche d'emploi (pce TAF 3).

I.

Invité par décision incidente du 17 juin 2010 à effectuer une avance sur les frais de procédure de 400.- francs, le recourant s'en acquitta dans le délai imparti (pces TAF 4 s.).

Par réplique du 13 août 2010 l'assuré maintint ses conclusions. Il fit valoir que la prise en compte de son dernier revenu de 74'658.- francs pour l'année 2005 donnait lieu par comparaison à un taux d'invalidité de 39 % et que compte tenu d'un abattement de 10 % sur le revenu avec invalidité, plus adapté vu la grande difficulté admise qu'il aurait à se réintégrer dans le monde du travail, son taux d'invalidité se monterait à 42.75 %. Il indiqua de plus que son rendement dans une activité de 80 ou 100 % était diminué de 20 %, ce dont l'OAI-VD n'avait pas tenu compte. Sur le plan médical il releva que les dénégations du SMR quant à l'expertise du Dr K._____ n'étaient pas convaincantes, qu'en

l'occurrence tous les rapports médicaux établissaient une dépression sévère et chronique. Enfin il releva que l'OAI-VD ne remplissait pas sa tâche de réinsertion professionnelle en ne proposant rien de concret. Il joignit à son envoi entre autres documents déjà au dossier les décomptes de salaire pour les années 2004 et 2005 indiquant les montants bruts respectivement de 74'658.75 francs et 74'585.35 francs.

J.

Par duplique du 13 octobre 2010 l'OAIE conclut au rejet du recours et au maintien de la décision attaquée se fondant sur la prise de position de l'OAI-VD du 4 octobre 2010. Dans celle-ci l'OAI-VD nota que des mesures d'ordre professionnel avaient été entreprises et dues être interrompues 2 jours après leur début, l'intéressé ayant été mis au bénéfice d'un certificat médical de longue durée. Il indiqua que par la suite il s'était avéré de l'avis de l'expert rhumatologue, au vu du caractère démonstratif de l'assuré, que de nouvelles mesures d'ordre professionnel risquaient d'échouer et que dès lors l'élément subjectif positif de leur poursuite n'était pas rempli, légitimant une approche théorique du gain pour déterminer le préjudice économique. S'agissant du taux d'abattement retenu l'OAI-VD indiqua que le taux de 5% avait été retenu en application des critères jurisprudentiels compte tenu de l'activité partielle et que la baisse de rendement avait été intégrée dans l'activité partielle (pce TAF 8).

Le Tribunal de céans porta cette duplique à la connaissance du recourant par ordonnance du 5 novembre 2010 (pce TAF 9).

Droit :

1.

1.1. Sous réserve des exceptions – non réalisées en l'espèce – prévues à l'art. 32 de la loi du 17 juin 2005 sur le Tribunal administratif fédéral (LTAF, RS 173.32), le Tribunal de céans, en vertu de l'art. 31 LTAF en relation avec l'art. 33 let. d LTAF et l'art. 69 al. 1 let. b de la loi fédérale du 19 juin 1959 sur l'assurance-invalidité (LAI, RS 831.20), connaît des recours interjetés par les personnes résidant à l'étranger contre les décisions prises par l'OAIE.

1.2. Selon l'art. 37 LTAF, la procédure devant le Tribunal administratif est régie par la loi fédérale du 20 décembre 1968 sur la procédure

administrative (PA, RS 172.021) pour autant que la LTAF n'en dispose autrement. En vertu de l'art. 3 let. d^{bis} PA la procédure en matière d'assurances sociales n'est pas régie par la PA dans la mesure où la loi fédérale du 6 octobre 2000 sur la partie générale du droit des assurances sociales (LPGA, RS 830.1) est applicable. Selon l'art. 2 LPGA, les dispositions de ladite loi sont applicables aux assurances sociales régies par la législation fédérale si et dans la mesure où les lois spéciales sur les assurances sociales le prévoient. En application de l'art. 1 al. 1 LAI, les dispositions de la LPGA s'appliquent à l'assurance-invalidité (art. 1a à 26^{bis} et 28 à 70), à moins que la LAI ne déroge à la LPGA.

1.3. Selon l'art. 59 LPGA, quiconque est touché par la décision ou la décision sur opposition et a un intérêt digne d'être protégé à ce qu'elle soit annulée ou modifiée a qualité pour recourir. Ces conditions sont remplies en l'espèce.

1.4. Déposé en temps utile et dans les formes requises par la loi (art. 60 LPGA et 52 PA), le recours est recevable.

2.

2.1. L'accord entre la Suisse et la Communauté européenne et ses Etats membres sur la libre circulation des personnes du 21 juin 1999 (ALCP, RS 0.142.112.681) est entré en vigueur le 1^{er} juin 2002. A cette date sont également entrés en vigueur son annexe II qui règle la coordination des systèmes de sécurité sociale, le règlement (CEE) n° 1408/71 du Conseil du 14 juin 1971 relatif à l'application des régimes de sécurité sociale aux travailleurs salariés, aux travailleurs non salariés et aux membres de leur famille qui se déplacent à l'intérieur de la Communauté (RS 0.831.109.268.1), s'appliquant à toutes les rentes dont le droit prend naissance au 1^{er} juin 2002 et ultérieurement et se substituant à toute convention de sécurité sociale liant deux ou plusieurs Etats (art. 6 du règlement), et enfin le règlement (CEE) n° 574/72 du Conseil du 21 mars 1972 relatif à l'application du règlement (CEE) n° 1408/71 (RS 0.831.109.268.11). Selon l'art. 3 du règlement (CEE) n° 1408/71 les ressortissants des Etats membres de la Communauté européenne et les ressortissants suisses bénéficient de l'égalité de traitement. Selon l'art. 20 ALCP, sauf disposition contraire découlant de l'annexe II, les accords de sécurité sociale bilatéraux entre la Suisse et les Etats membres de la Communauté européenne sont suspendus dès l'entrée en vigueur du présent accord, dans la mesure où la même matière est régie par le présent accord. Dans la mesure où l'accord, en particulier son annexe II

qui régit la coordination des systèmes d'assurances sociales (art. 8 ALCP) ne prévoit pas de disposition contraire, l'organisation de la procédure de même que l'examen des conditions à l'octroi d'une rente d'invalidité suisse ressortissent au droit interne suisse.

2.2. L'art. 80a LAI rend expressément applicables dans la présente cause, s'agissant d'une ressortissante de l'Union européenne, l'ALCP et les règlements (CEE) n° 1408/71 du Conseil du 14 juin 1971 et (CEE) n° 574/72 du Conseil du 21 mars 1972 relativement à l'application du règlement (CEE) n° 1408/71.

2.3. De jurisprudence constante l'octroi d'une rente étrangère d'invalidité ne préjuge pas l'appréciation de l'invalidité selon la loi suisse (arrêt du Tribunal fédéral I 435/02 du 4 février 2003 consid. 2; Revue à l'intention des caisses de compensation [RCC] 1989 p. 330). Même après l'entrée en vigueur de l'ALCP, le degré d'invalidité d'un assuré qui prétend une rente de l'assurance-invalidité suisse est déterminé exclusivement d'après le droit suisse (ATF 130 V 257 consid. 2.4).

3.

L'examen du droit aux prestations est régi par la teneur de la LAI au moment de la décision entreprise eu égard au principe selon lequel les règles applicables sont celles en vigueur au moment où les faits juridiquement déterminants se sont produits (ATF 136 V 24 consid. 4.3, 130 V 445 consid. 1.2 et les références). Par conséquent, les dispositions de la 5^{ème} révision de la LAI entrées en vigueur le 1^{er} janvier 2008 sont applicables mais il est également fait référence aux dispositions en vigueur antérieures s'agissant du droit à la rente jusqu'au 31 décembre 2007. Ne sont en revanche pas applicables les dispositions de la 6^e révision de la LAI (premier volet) en vigueur dès le 1^{er} janvier 2012 (RO 2011 5659, FF 2010 1647).

4.

4.1. Le requérant a présenté sa demande de rente le 11 octobre 2006. En dérogation à l'art. 24 LPG, l'art. 48 al. 2 LAI en vigueur jusqu'au 31 décembre 2007 prévoit que si l'assuré présente sa demande de rente plus de douze mois après la naissance du droit, les prestations ne sont allouées que pour les douze mois précédant le dépôt de la demande. En l'espèce, le Tribunal peut se limiter à examiner si le requérant avait droit à une rente le 11 octobre 2005 ou si le droit à une rente était né entre cette date et le 24 février 2010, date de la décision attaquée marquant la limite

dans le temps du pouvoir d'examen de l'autorité de recours (ATF 129 V 1 consid. 2.1 et ATF 121 V 362 consid. 1b).

4.2. La prise en compte de rapports médicaux ultérieurs à la décision attaquée ne peut avoir lieu que dans la mesure où ceux-ci permettent une meilleure compréhension de l'état de santé avant la décision dont est recours.

5.

Tout requérant doit remplir cumulativement les conditions suivantes pour avoir droit à une rente de l'assurance-invalidité suisse:

- être invalide au sens de la LPGA/LAI et
- avoir versé des cotisations à l'AVS/AI suisse durant une année au moins (art. 36 LAI dans sa teneur en vigueur jusqu'au 31 décembre 2007). A compter du 1^{er} janvier 2008, l'assuré doit toutefois compter au moins trois années de cotisations (art. 36 LAI dans sa nouvelle teneur selon la modification du 6 octobre 2006). Dans ce cadre, les cotisations versées à une assurance sociale assimilée d'un Etat membre de l'Union européenne (UE) ou de l'Association européenne de libre échange (AELE) peuvent également être prises en considération, à condition qu'une année au moins de cotisations puisse être comptabilisée en Suisse (FF 2005 p. 4065; art. 45 du règlement 1408/71).

En l'occurrence, le recourant a versé des cotisations à l'AVS/AI pendant plus d'une année au total et remplit, partant, la condition de la durée minimale de cotisations en vigueur au jour du dépôt de sa demande. Il reste dès lors à examiner s'il est invalide au sens de la LAI.

6.

6.1. Aux termes de l'art. 8 LPGA, est réputée invalidité l'incapacité de gain totale ou partielle qui est présumée permanente ou de longue durée. L'art. 4 al. 1 LAI précise que l'invalidité peut résulter d'une infirmité congénitale, d'une maladie ou d'un accident. L'al. 2 de cette disposition mentionne que l'invalidité est réputée survenue dès qu'elle est, par sa nature et sa gravité, propre à ouvrir droit aux prestations entrant en considération.

6.2. Un assuré a droit à un quart de rente s'il est invalide à 40 % au moins, à une demi-rente s'il est invalide à 50 % au moins, à trois-quarts de rente s'il est invalide à 60 % au moins et à une rente entière s'il est invalide à 70 % au moins (art. 28 al. 1 LAI en vigueur jusqu'au 31 décembre 2007 et art. 28 al. 2 LAI en vigueur dès le 1^{er} janvier 2008). Suite à l'entrée en vigueur le 1^{er} juin 2002 de l'accord bilatéral entre la Suisse et la Communauté européenne, la restriction prévue à l'art. 28 al. 1^{er} LAI (art. 29 al. 4 à partir du 1^{er} janvier 2008) - selon laquelle les rentes correspondant à un taux d'invalidité inférieur à 50 % ne sont versées qu'aux assurés qui ont leur domicile et leur résidence habituelle en Suisse (art. 13 LPG) - n'est plus applicable lorsqu'un assuré est un ressortissant suisse ou de l'UE et y réside (ATF 130 V 253 consid. 2.3).

6.3. Depuis le 1^{er} janvier 2008, l'art. 28 al. 1 LAI prévoit que l'assuré a droit à une rente aux conditions suivantes: a. sa capacité de gain ou sa capacité d'accomplir ses travaux habituels ne peut pas être rétablie, maintenue ou améliorée par des mesures de réadaptation raisonnablement exigibles; b. il a présenté une incapacité de travail (art. 6 LPG) d'au moins 40 % en moyenne durant une année sans interruption notable; c. au terme de cette année, il est invalide (art. 8 LPG) à 40 % au moins.

6.4. Conformément à l'art. 29 al. 1 LAI en vigueur jusqu'au 31 décembre 2007, le droit à une rente naît dès que l'assuré présente une incapacité durable de 40% au moins (lettre a) ou dès qu'il a présenté, en moyenne, une incapacité de travail de 40% au moins pendant une année sans interruption notable (lettre b; voir ATF 121 V 264 consid. 6). D'après la jurisprudence constante du Tribunal fédéral, la lettre a s'applique si l'état de santé de l'assuré est stabilisé et a acquis un caractère essentiellement irréversible, la lettre b si l'état de santé est labile, c'est-à-dire susceptible d'une amélioration ou d'une aggravation (ATF 111 V 21 consid. 2). Une incapacité de travail de 20 % doit être prise en compte pour le calcul de l'incapacité de travail moyenne selon la let. b de l'art. 29 al. 1 LAI (cf. chiffre marginal 2020 de la Circulaire concernant l'invalidité et l'impotence dans sa version en vigueur jusqu'au 31 décembre 2007; Jurisprudence et pratique administrative des autorités d'exécution de l'AVS/AI [Pratique VSI] 1998 p. 126 consid. 3c).

6.5. Par incapacité de travail on entend toute perte, totale ou partielle, résultant d'une atteinte à la santé physique, mentale ou psychique, de l'aptitude de l'assuré à accomplir dans sa profession ou son domaine d'activité le travail qui peut raisonnablement être exigé de lui. En cas

d'incapacité de travail de longue durée, l'activité qui peut être exigée de lui peut aussi relever d'une autre profession ou d'un autre domaine d'activité (art. 6 LPGGA). L'incapacité de gain est définie à l'art. 7 LPGGA et consiste dans toute diminution de l'ensemble ou d'une partie des possibilités de gain de l'assuré, sur un marché du travail équilibré, si cette diminution résulte d'une atteinte à sa santé physique, mentale ou psychique et qu'elle persiste après les traitements et les mesures de réadaptation exigibles. Seules les conséquences de l'atteinte à la santé sont prises en compte pour juger de la présence d'une incapacité de gain. De plus, il n'y a incapacité de gain que si celle-ci n'est pas objectivement surmontable (art. 7 al. 2 LPGGA dans sa nouvelle teneur en vigueur depuis le 1^{er} janvier 2008).

7.

7.1. Le recourant a travaillé en dernier lieu à plein temps en Suisse comme livreur-chauffeur jusqu'au 16 décembre 2005. Il n'a ensuite plus exercé d'activité lucrative. Or, la notion d'invalidité, dont il est question à l'art. 8 LPGGA et à l'art. 4 LAI, est de nature juridique/économique et non pas médicale (ATF 116 V 246 consid. 1b).

7.2. En d'autres termes, l'assurance-invalidité suisse couvre seulement les pertes économiques liées à une atteinte à la santé physique mentale ou psychique - qui peut résulter d'une infirmité congénitale, d'une maladie ou d'un accident - et non la maladie en tant que telle. Selon l'art. 16 LPGGA, applicable par le renvoi de l'art. 28 al. 2 LAI (art. 28a al. 1 LAI à compter du 1^{er} janvier 2008), pour évaluer le taux d'invalidité, le revenu que l'assuré aurait pu obtenir s'il n'était pas invalide est comparé avec celui qu'il pourrait obtenir en exerçant l'activité qui peut être raisonnablement exigée de lui après les traitements et les mesures de réadaptation, sur un marché de travail équilibré (méthode dite général).

7.3. Selon une jurisprudence constante, les données fournies par le médecin constituent néanmoins un élément utile pour apprécier les conséquences de l'atteinte à la santé et pour déterminer quels travaux on peut encore raisonnablement exiger de l'assuré (ATF 115 V 133 consid. 2, 114 V 310 consid. 3c, RCC 1991 p. 329 consid. 1c).

8.

En l'espèce, il est établi que le recourant souffre notamment de douleurs au dos qui ne lui permettent plus d'exercer son ancienne activité de livreur-chauffeur mais, du point de vue somatique, une activité adaptée à

80%, et de troubles psychologiques dont l'intensité et l'incidence sur la capacité de travail est controversée.

Eu égard au fait qu'il ne s'agit pas là d'un état de santé stabilisé, la let. a de l'art. 29 al. 1 LAI est inapplicable; seule peut entrer en considération la let. b de cette disposition légale prévoyant en principe une période d'attente d'une année à partir du début de l'incapacité de travail déterminante pour le début du droit à la rente.

9.

9.1. L'art. 69 RAI prescrit que l'office de l'assurance-invalidité réunit les pièces nécessaires, en particulier sur l'état de santé du requérant, son activité, sa capacité de travail et son aptitude à être réadapté, ainsi que sur l'indication de mesures déterminées de réadaptation; à cet effet peuvent être exigés ou effectués des rapports ou des renseignements, des expertises ou des enquêtes sur place, il peut être fait appel aux spécialistes de l'aide publique ou privée aux invalides.

9.2. Le Tribunal des assurances doit examiner de manière objective tous les moyens de preuve, quelle que soit leur provenance, puis décider si les documents à disposition permettent de porter un jugement valable sur le droit litigieux. Avant de conférer pleine valeur probante à un rapport médical, il s'assurera que les points litigieux ont fait l'objet d'une étude circonstanciée, que le rapport se fonde sur des examens complets, qu'il prend également en considération les plaintes exprimées par la personne examinée, qu'il a été établi en pleine connaissance de l'anamnèse, que la description du contexte médical et l'appréciation de la situation médicale sont claires et enfin que les conclusions de l'expert sont dûment motivées (ATF 125 V 351 consid. 3a et les références).

9.3. La jurisprudence a posé des lignes directrices en ce qui concerne la manière d'apprécier certains types d'expertise ou de rapports médicaux. Ainsi, le juge ne s'écarte en principe pas sans motifs impératifs des conclusions d'une expertise médicale judiciaire, la tâche de l'expert étant précisément de mettre ses connaissances spéciales à la disposition de la justice afin de l'éclairer sur les aspects médicaux d'un état de fait donné (ATF 125 V 351 consid. 3b/aa; 118 V 286 consid. 1b et les références). Au sujet des rapports établis par les médecins traitant, le juge peut et doit tenir compte du fait que selon l'expérience, le médecin traitant est

généralement enclin, en cas de doute, à prendre parti pour son patient en raison de la relation de confiance qui l'unit à ce dernier (ATF 125 V 351 consid. 3b/cc et les références). Cette constatation s'applique de même aux médecins non traitant consultés par un patient en vue d'obtenir un moyen de preuve à l'appui de sa requête du fait qu'une expertise de partie n'a pas la même valeur que les expertises mises en œuvre par un tribunal ou par l'administration conformément aux règles de procédure applicables (arrêt du Tribunal fédéral 8C_558/2008 du 17 mars 2009 consid. 2.4.2). Toutefois le simple fait qu'un rapport médical est établi à la demande d'une partie et est produit pendant la procédure ne justifie pas en soi des doutes quant à sa valeur probante (ATF 125 V 351 consid. 3b/dd et les références citées). Quant aux documents produits par le service médical d'un assureur étant partie au procès, le Tribunal fédéral n'exclut pas que l'assureur ou le juge des assurances sociales statuent en grande partie, voire exclusivement sur la base de ceux-ci. Dans de telles constellations, il convient toutefois de poser des exigences sévères à l'appréciation des preuves. Une instruction complémentaire sera ainsi requise, s'il subsiste des doutes, même minimes, quant au bien-fondé des rapports et expertises médicaux versés au dossier par l'assureur (ATF 122 V 157, 162 consid. 1d; ATF 123 V 175, 176 s consid. 3d; ATF 125 V 351, 353 s consid. 3b ee; cf. aussi arrêts du Tribunal fédéral I 143/07 du 14 septembre 2007 consid. 3.3 et 9C_55/2008 du 26 mai 2008 consid. 4.2 avec références, concernant les cas où le service médical n'examine pas l'assuré mais se limite à apprécier la documentation médicale déjà versée au dossier). Le simple fait qu'un avis médical divergent – même émanant d'un spécialiste – ait été produit ne suffit toutefois pas à lui seul à remettre en cause la valeur probante d'un rapport médical (arrêt du Tribunal fédéral U 365/06 du 26 janvier 2007 consid. 4.1).

9.4. Le Tribunal fédéral s'est à réitérées reprises prononcé sur certains types d'atteintes à la santé peu objectivées à l'étiologie incertaine telles le trouble somatoforme douloureux (ATF 130 V 352 et 131 V 50), le syndrome de fatigue chronique ou de neurasthénie (arrêt du Tribunal fédéral I 70/07 du 14 avril 2008), l'anesthésie dissociative et les atteintes sensorielles (arrêt du Tribunal fédéral I 9/07 du 9 février 2007 consid. 4), les troubles moteurs dissociatifs (arrêt du Tribunal fédéral 9C_903/2007 du 30 avril 2008 consid. 3.4). Pour que ces maladies soient considérées comme invalidantes, il est nécessaire que les douleurs ressenties par l'assuré soient en corrélation avec une comorbidité psychiatrique importante. Elle sera reconnue telle par sa gravité, son acuité et sa durée liée à un processus malade s'étendant sur plusieurs années sans

rémission durable, en raison d'affections corporelles chroniques, d'une perte d'intégration sociale dans toutes les manifestations de la vie et l'échec de traitements ambulatoires ou stationnaires conformes aux règles de l'art en dépit de l'attitude coopérative de la personne assurée. A défaut de ces caractéristiques l'atteinte à la santé d'origine étiologique non déterminée n'est pas considérée comme propre à entraîner une incapacité de travail de longue durée pouvant conduire à une invalidité (ATF 130 V 352 consid. 2.2.3). Au contraire il est présumé que ces syndromes ou leurs effets peuvent être surmontés par un effort de volonté raisonnablement exigible (ATF 131 V 49 consid. 1.2, arrêt du Tribunal fédéral 9C_573/2010 du 8 août 2011 consid. 6.3).

10.

10.1. En l'espèce il n'est pas contesté que l'intéressé en raison de ses atteintes à la santé somatiques, notamment de ses dorsalgies, ne peut plus exercer son ancienne activité de livreur-chauffeur et que du seul point de vue rhumatologique il serait en mesure d'exercer une activité adaptée à 80% tenant compte des limitations fonctionnelles énoncées tant par le Dr B._____ que le Dr J._____, à savoir notamment une activité simple et répétitive dans l'industrie légère, requérant une rapide formation initiale prodiguée au plus généralement en quelques jours voire quelques semaines, permettant des changements de position relativement fréquents dans un cadre sédentaire sans fréquents soulèvements et ports de charges de plus de 5-8 kg. Est par contre controversée la possibilité pour l'intéressé sous l'angle de ses troubles psychologiques, de se réintégrer dans le monde du travail à 80% dans une activité adaptée. Alors que pour l'autorité inférieure, respectivement le service médical de l'OAI-VD lequel se fonde sur l'expertise du Dr H._____, l'assuré ne présente pas d'atteinte à la santé d'ordre psychiatrique limitant sa capacité de travail, il y aurait, selon les médecins soignant l'intéressé ou l'ayant examiné à sa demande, un syndrome dépressif grave avec somatisation des douleurs l'empêchant d'exercer une activité professionnelle ou alors tout au plus à 50 %.

10.2. Il appert du dossier que les troubles d'ordre psychiatrique n'ont dans un premier temps pas été pris en considération dans l'examen des atteintes à la santé de l'intéressé à la suite de sa demande de prestations d'invalidité. Ce n'est que dans les motifs de l'interruption des mesures d'ordre professionnel cessées après 2 jours que des troubles d'ordre psychiatrique ont été évoqués dans le cadre d'une décompensation et de troubles cachés. Il appert également du dossier, en particulier de la

documentation médicale, qu'un ensemble de facteurs tels les douleurs dorsales ne s'estompant pas malgré l'opération subie au début de 2006, la séparation puis le divorce de l'intéressé d'avec sa femme, le fait que l'assurance-accident n'ait pas couvert les conséquences économique de son arrêt d'activité, son licenciement, la résurgence d'une agression subie en 2004 qui a été suivie d'une thérapie ont favorisé le développement d'un syndrome dépressif chez une personne à la structure fragile dont une évolution négative réelle entre le rapport psychiatrique du Dr H. _____ du 23 octobre 2008 et la décision attaquée du 24 février 2010 n'est pas exclue.

10.3. Dans son rapport le Dr H. _____ relève notamment les plaintes de douleurs dorsales récurrentes, une auto-dépréciation de l'assuré, une personnalité plaintives algi-démonstrative ancrée dans le concret et le factuel sans capacité d'introspection mais aussi une humeur modérément déprimée, un discours négatif sans perte de l'élan vital avec mimique, gestuelle et modulation de la voix, la conservation des facultés d'attention, de concentration et mnésiques, un discours structuré, informatif sans tendance à la digression, l'absence de retrait social et des activités journalières conservées, soit un ensemble de traits permettant de qualifier le syndrome affectant l'assuré d'épisode dépressif léger. Il indiqua que si l'assuré présentait une certaine fragilité psychique et une souffrance psychique indéniable, la fragilité ne constituait pas un diagnostic psychiatrique limitant l'aptitude au travail et les éléments composant la souffrance étaient insuffisamment prononcés. Au final il ne retint aucune atteinte à la santé limitant la capacité de travail malgré le diagnostic d'épisode dépressif léger qu'il apprécia sans syndrome somatique. Le motif qu'un syndrome somatique n'ait pas été retenu a été précisé par le Dr I. _____ qui a indiqué que la personnalité démonstrative de l'assuré permettait de ne pas retenir de syndrome de somatisation des douleurs. Il sied toutefois de relever qu'entre le rapport du 23 octobre 2008 du Dr H. _____ et la décision attaquée du 24 février 2010 près de 14 mois se sont écoulés de sorte que le rapport du Dr H. _____ ne pouvait plus être invoqué par l'OAI-VD pour être opposé aux rapports médicaux du Dr K. _____ du 25 juillet 2009 et surtout de la Dresse L. _____, psychiatre traitant, des 20 avril 2009 et 17 mars 2010 évoquant, s'agissant de ce dernier, un status actuel et antérieur à la décision attaquée nécessitant d'être pris en considération. Selon le Dr K. _____ la capacité de travail sous l'angle psychiatrique ne serait au plus que de 50%. L'appréciation de ce médecin, expert auprès des tribunaux en France, n'est certes pas déterminante car sa spécialisation n'est pas connue. Mais elle est n'est pas à écarter sans motivation de la

documentation médicale. Par contre l'appréciation de la Dresse L._____, psychiatre traitant, du 20 avril 2009, indiquant un suivi depuis mai 2008, retenant avec un certain nombre d'indications le diagnostic de symptomatologie anxio-dépressive chronique sévère avec évolution depuis 2007 et état psychique non stabilisé paraissant incompatible avec une activité professionnelle, corroboré en date du 17 mars par le diagnostic de cadre probable de trouble somatoforme invalidant et incapacité d'exercer une activité lucrative est de nature à remettre en question l'actualité des conclusions de l'expertise psychiatrique du Dr H._____.

Il se justifie dès lors d'annuler la décision attaquée et de retourner le dossier à l'autorité inférieure en application de l'art. 61 PA afin qu'elle procède à une nouvelle expertise psychiatrique établissant l'évolution de la symptomatologie psychiatrique depuis le rapport du Dr H._____ (cf. ATF 137 V 210 consid. 4.4.1.4).

11.

Vu ce qui précède la question du bien-fondé de la comparaison de revenus effectuée par l'OAI-VD peut ne pas être examinée de même que peut ne pas être examiné le bien-fondé de l'abattement de 5 % retenu. Il sied toutefois de relever que les pièces au dossier ne permettent pas de déterminer quel aurait été le salaire de l'assuré en 2006 au sein du groupe X._____ s'il n'avait dû cesser son activité fin 2005 pour raison de santé.

Par ailleurs, l'OAIE, respectivement l'OAI-VD, ne s'étant pas prononcé contre l'octroi de mesures d'ordre professionnel mais ayant simplement indiqué que celles-ci pouvaient être sollicitées par écrit, il n'y a pas lieu d'entrer en matière sur le refus allégué de celles-ci, l'assuré n'ayant pas été demandeur de mesures d'ordre professionnel avant (cf. l'entretien du 3 février 2009, supra D) et au moment de la décision rendue. Il a certes évoqué dans son acte du 23 juin 2009 désirer effectuer un stage de recyclage afin d'établir la possibilité d'une activité à temps partiel mais cette demande formulée dans le cadre de l'opposition succincte au projet de décision n'a pas été confirmée dans l'opposition détaillée établie par son mandataire le 22 octobre 2009 et il apparaît du dossier que de telles mesures auraient été vouées à l'échec faute de la motivation nécessaire à une reprise active de travail.

12.

12.1. Le recourant ayant eu partiellement gain de cause, il n'est pas perçu de frais de procédure (art. 63 PA) et l'avance de frais fournie de 400 francs lui est restituée intégralement (cf. ATF 132 V 215 consid. 6.2).

12.2. Le recourant ayant agi en étant représenté, il lui est alloué une indemnité globale de dépens de 1'500 francs à charge de l'autorité inférieure (art. 64 al. 1 PA et art. 7 ss du règlement du 21 février 2008 concernant les frais, dépens et indemnités fixés par le Tribunal administratif fédéral [FITAF, RS 173.320.2]), compte tenu de l'issue du recours, de la difficulté de la cause ainsi que du travail effectué par le représentant.

Par ces motifs, le Tribunal administratif fédéral prononce :

1.

Le recours est partiellement admis et la décision du 24 février 2010 annulée. La cause est renvoyée à l'autorité inférieure pour nouvelle décision au sens des considérants 11.3 et 12.

2.

Il n'est pas perçu de frais de procédure et l'avance de frais fournie de 400 francs est restituée au recourant.

3.

Il est alloué au recourant une indemnité de dépens de 1'500 francs à charge de l'autorité inférieure.

4.

Le présent arrêt est adressé :

- au recourant (Recommandé avec avis de réception)
- à l'autorité inférieure (n° de réf. _; Recommandé)
- à l'Office fédéral des assurances sociales à Berne (Recommandé)

Le président du collège :

Le greffier :

Francesco Parrino

Pascal Montavon

Indication des voies de droit :

Pour autant que les conditions au sens des art. 82 ss, 90 ss et 100 ss de la loi fédérale du 17 juin 2005 sur le Tribunal fédéral (LTF, RS 173.110) soient remplies, la présente décision peut être attaquée devant le Tribunal fédéral, Schweizerhofquai 6, 6005 Lucerne, par la voie du recours en matière de droit public, dans les trente jours qui suivent la notification. Le mémoire indiquer les conclusions, les motifs et les moyens de preuve, et être signé. La décision attaquée et les moyens de preuve doivent être joints au mémoire, pour autant qu'ils soient en mains du recourant (art. 42 LTF).

Expédition :