



Cour III
C-3376/2008

Arrêt du 24 janvier 2011

Composition

Francesco Parrino (président du collège),
Madeleine Hirsig-Vouilloz, Elena Avenati-Carpani, juges,
Pascal Montavon, greffier.

Parties

A. _____,
représenté par Maître Mauro Poggia,, Genève ,
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 16 avril 2008).

Faits :**A.**

A.a. Le ressortissant suisse d'origine italienne A._____, né en 1962, a travaillé en Suisse de 1980 à 2001 (pce 6). Il a acquis une formation de base de technicien agronome en Italie, mais a exercé son activité professionnelle en Suisse d'abord en qualité d'aide comptable puis de comptable diplômé jusqu'à devenir mandataire commercial, responsable des achats, au sein de la banque X._____ SA à Genève où il a été employé en dernier lieu (cf. pce 15). Le 1^{er} novembre 2000, alors qu'il se rendait à scooter à son travail, il subit un accident de la route chutant sur le côté droit. Une déchirure partielle du tiers distal du sus-épineux, une désinsertion du sous-scapulaire et une subluxation du long chef du biceps furent diagnostiquées. L'intéressé fut en incapacité totale de travail jusqu'au 7 février 2001 puis reprit son activité à 50%. Une intervention chirurgicale fut réalisée le 12 juin 2001 par le Dr B._____ suivie d'une incapacité de travail totale de 3 mois, mais les suites médicales de l'accident se révélèrent défavorables avec une persistance de la symptomatologie douloureuse (pce 11). L'intéressé reprit son activité à 50% jusqu'au 7 mai 2002 avec de nombreux arrêts de travail prolongés. A compter de cette date il n'a plus travaillé et son employeur le licencia pour fin janvier 2003 (cf. pce 15).

A.b. Après avoir recueilli différents avis médicaux, l'assureur-accidents de l'intéressé supprima par décision du 7 février 2005 le droit de l'assuré à toute prestation à partir du 31 août 2002 au motif que la symptomatologie douloureuse dont souffrait encore l'intéressé à cette date n'était pas en relation de causalité avec l'accident du 1^{er} novembre 2000. L'assuré ayant formé opposition contre cette décision, l'assureur-accident requit une expertise pluridisciplinaire de la Policlinique médicale universitaire (PMU, rapport du 19 septembre 2006) et, de son côté, l'intéressé produisit une expertise du Service de chirurgie orthopédique et traumatologie de l'appareil moteur des Hôpitaux universitaires de Genève (HUG, rapport du 1^{er} février 2006). Par décision du 29 janvier 2007, l'assureur-accident alloua à l'assuré une demi-rente d'invalidité à partir du 1^{er} janvier 2007 fondée sur une incapacité de gain de 50%. Il maintint sa décision par décision sur opposition du 19 mars 2007 qui fut confirmée par le Tribunal cantonal des assurances sociales de la République et canton de Genève le 18 septembre 2007 et par le Tribunal fédéral par arrêt du 17 mars 2009, lequel retint notamment que l'intéressé pouvait reprendre son ancienne activité professionnelle à mi-temps moyennant que son poste soit adapté aux limitations fonctionnelles constatées, qu'en l'occurrence l'expertise des HUG n'indiquaient pas pour quelles raisons tel ne serait pas le cas justifiant notamment l'incapacité de travail totale par la longue absence d'activité professionnelle, ce qui ne suffisait pas, selon la Haute Cour, pour nier toute capacité de travail (cf. l'arrêt du Tribunal fédéral 8C_558/2008 du 17 mars 2009).

B.

Dans le cadre des suites de l'atteinte à la santé subie en relation avec l'accident de la route du 1^{er} novembre 2000, l'intéressé déposa une demande de prestations d'assurance-invalidité en date du 17 octobre 2002 auprès de l'Office AI du canton de Genève. Ledit office porta notamment les pièces ci-après au dossier:

- un rapport médical daté du 17 juin 2002 signé du Dr C._____, relevant un bon status général et une activité sportive régulière avant l'accident du 1^{er} novembre 2000 qui n'a pu être reprise en raison de douleurs, une concordance entre les plaintes du patient, l'examen clinique et les images IRM ayant motivé la réparation de la coiffe des rotateurs par le Dr B._____, d'importantes difficultés à recouvrer la mobilité de l'épaule droite avec persistance de douleurs modérées et continues jour et nuit augmentant à l'utilisation du bras, une activité professionnelle limitée à 50% justifiée en raison des douleurs et de la médication induite avec un risque de péjoration, voire d'invalidité à 100% mais sans que ne puisse être émis en l'état de pronostic futur (pce 29),
- un rapport daté du 23 septembre 2002 signé des Drs D._____ et E._____ de la Clinique romande de réhabilitation suite à un séjour du 20 au 30 août 2002 relevant principalement sur le plan ostéoarticulaire une épaule droite portée légèrement plus haute que la gauche, une musculature souple, une trophicité musculaire conservée et symétrique, pas de signe inflammatoire à droite, une sensibilité au moindre effleurement, un défaut d'adhésion au processus de réadaptation, la suspicion de facteurs psychologiques et sociaux se greffant sur le fond douloureux somatique somme toute modéré n'expliquant pas à lui seul l'importance des plaintes, un status non stabilisé justifiant une incapacité de travail complète (pce 11),
- un rapport médical daté du 22 novembre 2002 signé du Dr F._____, notant une incapacité de travail totale pour une durée indéterminée, un état stationnaire, une impotence fonctionnelle importante associée à des algies permanentes ayant obligé l'intéressé à interrompre son activité professionnelle de comptable en raison d'une diminution importante de sa capacité de concentration (pce 12),

- un rapport de l'employeur daté du 5 décembre 2002 faisant état d'une activité du 1^{er} mai 1991 au 31 janvier 2003 en qualité de comptable, d'une activité réduite depuis l'atteinte à la santé, de périodes d'incapacité de travail de 100, 50 et 100% de novembre 2000 à juin 2002 et d'un licenciement au 31 janvier 2003 (pce 15),
- un rapport médical du Dr B. _____ daté du 8 juillet 2003 se référant à sa dernière consultation du 16 juillet 2002 évoquant des douleurs persistantes de l'épaule avec une nette diminution de la mobilité active, les douleurs augmentant à la sollicitation mécanique et étant présentes au repos nécessitant la prise régulière d'anti-douleurs (pce 29),
- un rapport médical daté du 20 août 2003 signé du Dr F. _____ faisant état d'un status stationnaire, relevant une évolution défavorable, la persistance de l'impotence fonctionnelle et des algies rendant toute reprise d'activité impossible, une bonne concordance entre les plaintes et l'examen clinique (pce 33),
- un rapport d'expertise orthopédique et psychiatrique du Centre Multidisciplinaire de la douleur de Genolier, signé des Drs G. _____ (orthopédiste) et H. _____ (psychiatre), sollicité par l'assureur accident, daté du 6 août 2003 (parvenu à l'OAI-GE le 30 mars 2004), relevant sur le plan orthopédique un bon status général physique, un bon sommeil bien qu'étant parfois réveillé par les douleurs, des plaintes actuelles limitées à l'épaule droite, un examen clinique sans particularité exceptée une réduction extrêmement importante de la mobilité de l'épaule droite aussi bien active que passive, n'indiquant sur le plan psychiatrique aucune expression dépressive ou anxieuse, aucune idée suicidaire, notant une expression émotionnelle peu muable, un discours précis, un affect très syntonique, ne relevant pas d'indice de pathologie grave sous-jacente ou actuellement décompensée, aucun élément de la lignée psychotique, rien ne laissant suggérer la possibilité d'un trouble de l'identité grave, relevant l'existence de facteurs non médicaux dans le maintien de la situation, retenant qu'une capacité de travail de 50% avait existé après l'opération de l'épaule, que l'incapacité de travail totale n'était survenue qu'en mai 2002, notant l'existence de ressources intellectuelles importantes, la possibilité d'une reprise progressive du travail, thérapeutiquement favorable à l'intéressé, mais complètement

refusée tant que les douleurs n'auront cessé, retenant au final une situation d'incapacité totale de travail correspondant à celle retenue par l'évaluation faite à la Clinique de réadaptation avec un mauvais pronostic (pce 40),

- une correspondance de Me M. Poggia du 20 octobre 2003 précisant quelques points quant au rapport d'expertise, relevant notamment que lorsque l'intéressé a exercé son activité professionnelle à 50% son travail n'a pas correspondu à un 50% mais plus à des heures de présence et qu'à diverses occasions il a dû rentrer à la maison en raison de ses douleurs, que celles-ci étaient ressenties à la simple marche d'où la nécessité du port d'une bretelle, qu'il ne s'était pas opposé à une reprise d'activité mais avait exprimé des craintes quant à une reprise d'activité en raison de ses douleurs (pce 40),
- un avis médical du SMR Léman du 9 juin 2004, signé du Dr I. _____ retenant le diagnostic de capsulite rétractile de l'épaule droite après une cure chirurgicale, d'une lésion post-traumatique de la coiffe chez un droitier, posant un pronostic favorable sur le plan médico-théorique somatique mais réservé sur la base de l'évolution actuelle en raison de facteurs non objectivés, concluant sur le plan somatique à l'exigibilité d'une activité à 50% au début et plus élevée par la suite dans l'activité exercée qualifiée d'adaptée (pce 43),
- un rapport médical daté du 20 octobre 2004 signé du Dr J. _____, chirurgie, faisant état d'une épaule droite « gelée », d'une incapacité fonctionnelle pratiquement complète séquellaire d'une capsulite rétractile post-traumatique (pce 45 p. 8),
- un rapport médical daté du 16 décembre 2004 signé du Dr K. _____ faisant état que, de son appréciation, l'atteinte à l'épaule de l'intéressé résultait uniquement de l'accident du 1^{er} novembre 2000 (pce 45 p. 6),
- un rapport médical daté du 20 janvier 2005 signé du Dr M. _____, spécialiste chirurgie générale, établissant un compte rendu du suivi post traumatisme (pce 45 p. 4).

C.

C.a. Par décision du 10 juin 2005, l'Office de l'assurance-invalidité pour les assurés résidant à l'étranger rejeta la demande de prestations de

l'intéressé au motif qu'il ne résultait de la documentation médicale au dossier, notamment de l'expertise du Dr C._____ et de l'expertise pluridisciplinaire de Genolier, aucune invalidité objective dans l'activité de comptable précédemment exercée, les atteintes somatiques à la santé n'étant pas établies comme invalidantes et ne s'appuyant pas sur un substrat irréfutable, étant précisé que la capacité de travail était totale dans l'activité de comptable et sans diminution de rendement (pce 4 annexe au recours).

C.b. L'intéressé, représenté par Me M. Poggia, forma opposition contre cette décision par acte du 30 juin 2005 faisant valoir que la décision avait été prise sans référence à la documentation médicale qu'il avait adressée à l'OAI-GE (pce 46). Il confirma son opposition par acte du 22 août 2005 requérant la mise en place d'une expertise indépendante (pce 6 annexe au recours).

C.c. L'OAI-GE porta au dossier une expertise médicale datée du 1^{er} février 2006 signée des Prof. Dr N._____ et Dr O._____ du Département de chirurgie des HUG établie de l'initiative de l'intéressé et une expertise pluridisciplinaire datée du 19 septembre 2006 de la Policlinique Médicale Universitaire (PMU) de Lausanne signée des Dr P._____ (médecine interne), Q._____ (rhumatologue) et R._____ (psychiatre) requise par l'assureur-accident de l'assuré:

- Dans leur rapport, les Drs N._____ et O._____ retinrent le diagnostic principal de traumatisme de la coiffe des rotateurs de l'épaule droite au niveau de l'intervalle, d'épaule gelée à droite post-opératoire et post-traumatique; ils notèrent des douleurs d'origine très certainement organique, un pronostic sombre quant au gain de mobilité et quant à la persistance des douleurs chroniques, lesquelles généraient une capacité de travail nulle, tant qu'un traitement antalgique ne pourra être trouvé, même dans une situation de type administratif sans travaux lourds du fait que rester assis quelques heures ou même utiliser le bras gauche réveillait des douleurs à droite; ils notèrent également que la réintégration de l'intéressé dans la vie professionnelle était devenue problématique eu égard au nombre d'années passées sans emploi (pce 8 annexe au recours).
- Dans leur rapport, les médecins de la PMU établirent l'anamnèse de l'intéressé et son historique, relevèrent des douleurs de l'épaule droite persistantes associées à des limitations fonctionnelles sévères, une efficacité partielle de la prise d'antalgiques et d'anti-inflammatoires, une physiothérapie d'entretien sans apport d'accroissement des amplitudes articulaires, un sommeil perturbé par les douleurs au

niveau de l'épaule droite, une expression de tristesse mais sans perte de l'élan vital, un sentiment de fatigue au réveil avec aggravation au cours de la journée, des douleurs ostéoarticulaires axiales droites, un suivi médical général une fois par trimestre et orthopédique tous les deux mois, des séances de physiothérapie hebdomadaires; ils notèrent un cadre quotidien aux activités très réduites et légères, un status anxieux, préoccupé par l'avenir, orienté aux trois modes, un discours cohérent, une certaine perte de concentration et de mémoire attribuée à la prise de psychotropes, pas de troubles de la pensée ou de la perception, mais un certain abaissement de la thymie, pas de symptôme de la lignée psychotique; ils retinrent sur le plan somatique le diagnostic (CIM-10), avec influence essentielle sur la capacité de travail, d'épaule droite bloquée, capsulite rétractile séquellaire (M 75.0X-001) avec douleurs scapulo-humérales persistantes (M 25.51) et, sur le plan psychiatrique, de trouble de l'adaptation, réaction mixte anxieuse et dépressive (F 43.22) dans le cadre d'une situation de santé et sociale inquiétante (Z 65.8), soit sur le plan somatique une épaule droite bloquée dans le cadre d'un syndrome douloureux loco-régional complexe scapulaire droit sans pathologie psychiatrique; les experts retinrent une capacité de travail résiduelle de 50% depuis son accident du 1^{er} novembre 2000, diminution de rendement comprise, dans l'ancienne activité ou une activité adaptée légère ne sollicitant pas l'usage préhensif itératif du membre supérieur droit, y compris l'écriture prolongée et les activités sur ordinateur, sans incidence déterminante d'ordre psychique et sans garantie de possibilité d'amélioration de la capacité de travail du fait d'adaptation et d'accoutumance (pce 7 annexe au recours).

D.

Par décision sur opposition du 17 avril 2008, l'OAIE reconnut à l'intéressé une capacité de travail restreinte et qu'il était ressorti de l'expertise médicale pluridisciplinaire du 19 septembre 2006 une capacité de travail résiduelle dans son ancienne activité de mandataire commercial et de comptable de 50% tenant compte de ses limitations fonctionnelles lui ouvrant le droit à une demi-rente d'invalidité à compter du 1^{er} novembre 2001, une année après son accident. Pour établir la perte de gain de l'assuré, l'OAIE prit en compte la capacité de travail résiduelle de l'intéressé dans sa dernière activité d'où un degré d'invalidité de 50% (pce 56).

E.

Par acte du 21 mai 2008 l'intéressé, représenté par Me M. Poggia, interjeta recours auprès du Tribunal de céans concluant à la suspension de l'instruction du recours dans l'attente de la décision finale prise sur le plan de l'assurance-accident, à l'obtention d'un délai pour compléter son recours, à l'annulation de la décision attaquée et, au fond, à l'octroi d'une rente entière d'invalidité à compter du 1^{er} novembre 2001. Il fit valoir être en incapacité totale de travail depuis le 7 mai 2002 précédée de nombreux arrêts de travail prolongés n'ayant jamais pu recouvrer sa capacité de travail depuis l'accident du 1^{er} novembre 2000 ayant entraîné une incapacité fonctionnelle pratiquement complète de l'épaule droite avec un tableau d'épaule gelée séquellaire d'une capsulite rétractile post-traumatique. Il contesta une capacité de travail résiduelle de 50% dans sa dernière activité contrairement à l'appréciation des médecins de la PMU faisant valoir les conclusions du rapport d'expertise des médecins des HUG n'ayant retenu aucune capacité de travail en raison des douleurs tant diurnes que nocturnes rendant impossible une concentration soutenue altérée aussi par sa médication et les troubles de sommeil. Il nota être droitier et implicitement ne plus être en mesure d'écrire ni de faire usage du clavier ni de la souris d'un ordinateur dans le cadre de son activité antérieure. Par ailleurs, dans la mesure d'une capacité de travail de 50% effectivement existante, il releva qu'il n'était pas correct de ne retenir aucune diminution de sa capacité de rendement et que le revenu déterminant sans invalidité était de Fr. 118'433.- et non de Fr. 97'903.- tel que retenu par l'assureur-accident, qu'en l'occurrence il ne pourrait réaliser un revenu de l'ordre de Fr. 5'000.- par mois dans une activité à 50%, que le revenu réalisable serait d'au plus de Fr. 2'500.- par mois dans une activité à 50%, soit à peine quelque 25% du revenu dont il était privé, ce qui lui ouvrait le droit à une rente entière d'invalidité (pce TAF 1).

F.

Par ordonnance du 29 mai 2008 le Tribunal de céans déclina par économie de procédure la demande de délai supplémentaire pour compléter le recours et invita l'OAIE de se prononcer sur celui-ci (pce TAF 2).

Dans sa réponse au recours du 26 août 2008, l'OAIE conclut à son rejet et à la confirmation de la décision attaquée faisant sienne la prise de position de l'OAI-GE du 18 août 2008. Dans sa détermination cet office releva qu'une capacité de travail de 50% avait été retenue comme exigible depuis septembre 2001, qu'il n'y avait pas de notion d'aggravation en mai 2002 justifiant l'incapacité de travail de 100% attestée par le

médecin traitant de l'assuré, qu'il y avait lieu de retenir comme l'avaient fait les spécialistes du Centre d'expertises médicales une capacité de travail de 50% tenant compte de l'ensemble des facteurs, y compris la diminution de rendement, dans la dernière activité exercée de mandataire commercial, laquelle était adaptée. L'office releva que l'expertise des HUG était le seul rapport médical à conclure à une incapacité de travail totale et que celle-ci se fondait sur de seules plaintes de douleurs ainsi que sur une longue période d'inactivité et l'âge de l'intéressé, critères non déterminants pour l'AI, qu'en ces conditions il y avait lieu de s'écarter de l'expertise des HUG et de suivre les autres expertises probantes figurant au dossier pour reconnaître une capacité de travail résiduelle de 50% dans l'activité habituelle. S'agissant de la date à compter de laquelle l'intéressé pouvait prétendre à une demi-rente, l'OAI-GE précisa que l'accident remontant à novembre 2000 la date du 1^{er} novembre 2001 était déterminante suite au délai de carence et à la reconnaissance d'une capacité de travail résiduelle de 50% à cette date (pce TAF 3).

G.

Par ordonnance du 9 septembre 2008 le Tribunal de céans rejeta la requête de suspension de la procédure en cours jusqu'à l'issue de la procédure pendante en matière d'assurance-accident, réservant la prise en compte de l'arrêt qui serait éventuellement rendu jusqu'à l'issue de la présente cause, et invita le recourant à déposer ses déterminations sur la réponse de l'OAIE (pce TAF 4). Par ordonnance du 10 suivant, le Tribunal de céans requit du recourant une avance sur les frais de procédure de Fr. 300.- (pce TAF 5), laquelle fut acquittée dans le délai imparti (pce TAF 7).

Dans sa réplique du 13 octobre 2008, le recourant fit valoir que ses reprises de travail temporaires à 50% avaient été des échecs jusqu'à son incapacité totale de travail dès le 7 mai 2002, qu'en réalité ses tâches avaient été effectuées par sa supérieure hiérarchique et par ses collègues, ce qu'il offrait de prouver par l'audition de témoins, que le Dr C._____ avait d'ailleurs envisagé dans son expertise du 27 mai 2002 l'éventualité d'une invalidité totale bien qu'il avait tenu pour justifiée une incapacité de travail alors de 50%. Il souligna qu'en date du 23 septembre 2002 le rapport de la Clinique romande de réadaptation [cf. pce M 15 dossier LAA] notait une situation non stabilisée et une incapacité de travail complète [du 31 août au 30 septembre 2002] qui avait été confirmée dans un rapport médical du 6 mai 2003 du Centre multidisciplinaire de la douleur faute d'amélioration pouvant être constatée [cf. pce M 16 dossier LAA], et encore par le Prof. N._____ dans son rapport du 1^{er} février 2006, que c'était dès lors en contradiction des rapports établis qu'une capacité de travail de 50% avait été retenue par l'OAI-GE depuis le 1^{er} novembre 2001. S'agissant de l'appréciation de la capacité de travail effectuée par le Dr P._____, il indiqua que celle-ci était en elle-même contradictoire dans la justification du maintien d'une activité identique à 50% car elle partait de la prise en compte de capacités intellectuelles supérieures et de la nécessité de ne pas se river à l'activité antérieurement exercée de mandataire commercial chargé de tâches comptables sur ordinateur, tâches qu'il ne pouvait d'ailleurs plus effectuer en raison de ses douleurs et de la médication suivie altérant sa capacité de concentration (pce TAF 8).

Par duplique du 20 novembre 2008 l'OAIE, respectivement l'OAI-GE, maintint sa proposition de rejet du recours et de confirmation de la décision attaquée (pce TAF 10), ce dont le recourant fut informé par ordonnance du 28 novembre 2008 (pce TAF 12).

Par acte du 3 décembre 2010 le Tribunal de céans requit de l'assureur accident la production de son dossier (pce TAF 12), lequel lui fut adressé en date du 13 décembre suivant. Le Tribunal de céans en informa le recourant en date du 16 décembre 2010 (pce TAF 14).

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), entrée en vigueur le 1^{er} janvier 2007, 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 concernant l'octroi de rente d'invalidité prises par l'Office AI pour les assurés résidant à l'étranger (OAIE).

1.2. Selon l'art. 37 LTAF la procédure devant le Tribunal de céans 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 pas 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.

L'examen du droit à des prestations selon la LAI 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 131 V 9 consid. 1; 130 V 445 consid. 1.2 et les références). Les dispositions de la 5^{ème} révision de la LAI entrées en vigueur le 1^{er} janvier 2008 sont applicables et les dispositions citées ci-après sont sauf précision contraire celles en vigueur à compter du 1^{er} janvier 2008. Toutefois, le droit à la rente s'étendant jusqu'au 31 décembre 2007 s'examine à la lumière des anciennes normes, ce qui motive qu'il y soit fait également référence.

L'intéressé a déposé sa demande de rente le 17 octobre 2002. En dérogation à l'art. 24 LPGA, l'art. 48 al. 2 LAI en vigueur jusqu'au 31 décembre 2007 prévoyait 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 recourant avait droit à une rente le 17 octobre 2001, en fait in casu le 1^{er} novembre 2001 compte tenu du délai d'attente d'une année selon l'art. 29 al. 1 let. b LAI en vigueur jusqu'au 31 décembre 2007 (actuellement art. 28 al. 1 LAI) pour percevoir une rente eu égard au cas d'assurance survenu le 1^{er} novembre 2000, ou si le droit à une rente était né entre cette dernière date et le 16 avril 2008, 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).

3.

Selon les normes applicables, tout requérant, pour avoir droit à une rente de l'assurance-invalidité suisse, doit remplir cumulativement les conditions suivantes:

- être invalide au sens de la LPGA et de la LAI (art. 8 LPGA; art. 4, 28, 29 al. 1 LAI);
- 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).

Le recourant a versé des cotisations à l'AVS/AI pendant plus de 20 ans et remplit donc la condition de la durée minimale de cotisations eu égard au moment de l'ouverture éventuelle du droit à la rente. Il reste à examiner s'il est invalide au sens de la LAI.

4.

4.1. 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.

4.2. 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). Antérieurement au 1^{er} janvier 2004 l'assuré pouvait prétendre un quart de rente dès une invalidité de 40%, une demi-rente dès une invalidité de 50% et une rente entière dès une invalidité de 66 2/3 %. (art. 28 al. 1 LAI en vigueur jusqu'au 31 décembre 2003). 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 LPGA) - 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).

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). 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 LPGGA) d'au moins 40% en moyenne durant une année sans interruption notable; c. au terme de cette année, il est invalide (art. 8 LPGGA) à 40 % au moins.

4.3. 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).

5.

Le recourant, de formation supérieure technique et économique (diplôme de technicien agronome acquis en Italie et diplôme suisse de comptable), a travaillé en Suisse pendant de nombreuses années en dernier lieu comme comptable de rang mandataire commercial responsable des achats au sein d'une banque. Après divers échecs de reprise de son ancienne activité chez son employeur, il n'a plus travaillé à compter du 7 mai 2002.

La notion d'invalidité, dont il est question à l'art. 8 LPGA et à l'art. 4 LAI, est de nature juridique/économique et non pas médicale (ATF 116 V 246 consid. 1b). 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 LPGA, 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.

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).

6.

En l'espèce, il est établi que le recourant souffre d'une épaule droite gelée qui ne lui permettrait pas, à son avis, d'exercer quelque activité en raison de l'exacerbation des douleurs à l'utilisation du bras et de la main droite chez un droitier.

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 en vigueur jusqu'au 31 décembre 2007 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.

7.

7.1. 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..

7.2. Le juge des assurances sociales 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 352 consid. 3a et les références).

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).

8.

L'ancien Tribunal fédéral des assurances a précisé sa jurisprudence relative au principe d'uniformité de la notion d'invalidité dans l'assurance sociale en ce sens que l'évaluation de l'invalidité par les organes de l'assurance-invalidité n'a pas de force contraignante pour l'assureur-accidents (ATF 131 V 362 consid. 2.3). Le Tribunal fédéral a, pour sa

part, admis la réciprocité de cette règle à l'égard de l'assurance-invalidité en jugeant que celle-ci n'était pas liée par l'évaluation de l'invalidité de l'assurance-accidents au sens de l'ATF 126 V 288, avec comme conséquence que l'office AI n'avait pas qualité pour faire opposition à la décision ni pour recourir contre la décision sur opposition de l'assureur-accidents concernant le droit à la rente en tant que tel ou le taux d'invalidité (ATF 133 V 549). Les évaluations selon l'assurance-accidents et l'assurance-invalidité sont donc indépendantes (cf. arrêt du Tribunal fédéral 8C_558/2008 du 17 mars 2009 consid. 2.3).

9.

9.1. En l'espèce l'intéressé présente suite à l'accident survenu le 1^{er} novembre 2000, selon le rapport des experts de la PMU du 19 septembre 2006, une limitation importante de la mobilité de son membre supérieur droit chez un droitier en raison d'un status d'épaule gelée post-traumatisme, d'une capsulite rétractile séquellaire, des douleurs associées scapulo-humérales persistantes et un trouble de l'adaptation avec réaction mixte anxieuse et dépressive. Admettant que l'intéressé ne pouvait plus exercer des activités prolongées d'écritures et de travaux sur ordinateur impliquant l'usage du clavier et de la souris avec la main droite, ils lui ont reconnu une capacité de travail de 50% dans son ancien emploi ou dans une autre activité adaptée aux limitations fonctionnelles décrites. La contre-expertise produite par l'intéressé établie par les médecins des HUG en date du 1^{er} février 2006 retient un diagnostic superposable mais les médecins en ont tiré des conclusions différentes retenant que l'intéressé ne pouvait plus exercer quelque activité au motif que ses douleurs l'empêchaient de travailler même dans une situation de type administratif sans travaux lourds et que sa réintégration professionnelle serait problématique eu égard au nombre d'années passées sans emploi.

S'agissant du diagnostic, il n'y a pas de divergence d'appréciation. Seule est objet de contestation et de divergence d'appréciation la prise en compte de l'incidence des douleurs persistantes sur la capacité de travail de l'intéressé. Pour les médecins de la PMU les douleurs seraient surmontables et l'intéressé pourrait tirer parti de ses capacités intellectuelles dans une activité à 50% de type mandataire commercial sans activité de durée informatique ni d'écriture. Pour les médecins des HUG l'incapacité de travail de

l'intéressé serait totale en raison des douleurs persistantes, de troubles du sommeil liés et de la médication suivie altérant sa capacité de concentration.

Dans son arrêt du 17 mars 2009 le Tribunal fédéral a examiné les divergences de position exprimées et est parvenu à la conclusion (cf. le consid. 2.4 de cet arrêt) que l'avis des médecins des HUG ne permettait pas de mettre en doute les conclusions des experts de la PMU, qu'en l'occurrence les médecins des HUG n'avaient pas démontré les raisons pour lesquelles l'intéressé ne serait pas en mesure d'exercer à 50% son ancienne activité après adaptation de son poste de travail, que les médecins des HUG s'étaient contentés de mentionner le caractère particulièrement invalidant des troubles de la concentration et du sommeil dont souffrait l'assuré sans toutefois étayer leur appréciation par des constatations objectives précises et qu'ils avaient justifié l'incapacité de travail entière en invoquant la longue absence d'activité professionnelle. Fort de ces constatations, le Tribunal fédéral est parvenu à la conclusion qu'une capacité de travail de 50% comme l'avaient retenue les médecins de la PMU devait être confirmée.

Le Tribunal de céans ne peut que partager l'analyse du Tribunal fédéral faute de preuve depuis lors apportées par de nouveaux rapports médicaux probants quant aux douleurs invoquées ou thérapies invalidantes suivies. Jusqu'à la date de la décision attaquée, l'intéressé était en mesure d'exercer à 50% son ancienne activité dans la comptabilité et ses tâches de responsable des achats en tant que mandataire commercial ou une activité adaptée tirant parti de sa formation supérieure.

9.2. S'agissant de la période du 1^{er} novembre 2001 au 1^{er} février 2006, qui précède la date de l'expertise des HUG, il est judicieux d'apporter les précisions suivantes.

Les médecins des HUG retiennent une capacité de travail résiduelle de 50% à partir de l'accident du 1^{er} novembre 2000 sans mentionner ni d'aggravation ni d'amélioration depuis lors. Or, il est probable que pendant des courtes périodes l'assuré ait été complètement incapable de travailler, p. ex. immédiatement après les opérations chirurgicales. Ces périodes ne sont toutefois pas significatives. L'intéressé reprit son activité au sein de la banque le 7 février 2001, subit une intervention chirurgicale le 12 juin suivant suivie d'une incapacité de travail à 100% de trois mois puis reprit son activité à 50% mais l'abandonna à compter du 7 mai 2002. Dans son rapport du 17 juin 2002 le Dr C. _____ nota d'importantes difficultés pour l'intéressé de recouvrer la mobilité de l'épaule droite et la persistance de douleurs modérées et continues jour et nuit augmentant à l'utilisation du bras mais valida une capacité de travail de 50% avec un risque de péjoration sans que ne puisse être émis un pronostic futur. Dans leur rapport du 23 septembre 2002 les médecins de la Clinique romande de réhabilitation relevèrent que le status somatique somme toute modéré ne justifiait pas l'importance des plaintes et relevèrent un défaut d'adhésion au processus de réadaptation. Dans un rapport du 6 août 2003 les médecins du Centre multidisciplinaire de la douleur confirmèrent le status relevé par les médecins de la Clinique romande de réhabilitation, à savoir un manque d'adhésion au processus de réadaptation, et notèrent le défaut de notion d'aggravation en mai 2002. Il n'y a pas au dossier d'autres documents médicaux topiques.

Il appert de ce qui précède qu'il n'apparaît pas qu'une incapacité de travail de 100% supérieure à trois mois reposant sur des constatations objectives puisse être retenue. Il s'ensuit que du 1^{er} novembre 2001 au 1^{er} février 2006 une capacité de travail de 50% doit également être confirmée.

10.

10.1. Selon l'art. 16 LPGA, 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 raisonnablement être exigée de lui, après les traitements et les mesures de réadaptation, sur un marché du travail équilibré.

10.2. Le gain d'invalidité est une donnée théorique, même s'il est évalué sur la base de statistiques. Ces données servent à fixer le montant du gain que l'assuré pourrait obtenir, sur un marché équilibré du travail, en mettant pleinement à profit sa capacité résiduelle de travail dans un emploi adapté à son handicap (arrêt du Tribunal fédéral I 85/05 du 5 juin 2005 consid. 6 et arrêt du Tribunal fédéral I 222/05 du 13 octobre 2005 consid. 6). L'administration doit de plus tenir compte pour le salaire d'invalidité de référence d'une diminution de celui-ci, cas échéant, pour raison d'âge, de limitations dans les travaux dits légers ou de circonstances particulières. La jurisprudence n'admet à ce titre pas de déduction globale supérieure à 25% (ATF 126 V 75 consid. 5).

Ce gain doit être comparé au moment déterminant avec celui que la personne valide aurait effectivement pu réaliser au degré de la vrai-semblance prépondérante si elle était en bonne santé (ATF 129 V 222 consid. 4.3.1). Le gain de personne valide doit être évalué de manière aussi concrète que possible si bien qu'il convient, en règle générale, de se référer au dernier salaire que l'assuré a obtenu avant l'atteinte à la santé, ou, à défaut de salaire de référence, au salaire théorique qu'il aurait pu obtenir selon les salaires théoriques statistiques disponibles.

10.3. En l'espèce, dans la mesure où la capacité de travail de l'intéressé est encore de 50% dans son ancienne activité, le revenu qu'il pourrait obtenir en mettant à profit sa capacité résiduelle de travail correspond à une incapacité de gain de 50% (comparaison en pour-cent; ATF 114 V 310 consid. 3a; 104 V 135 consid. 2b). Dans cette approche de l'invalidité économique, il n'y a pas lieu de prendre en compte un abattement pour raisons personnelles du fait même que les experts de la PMU ont estimé que la capacité de travail de l'intéressé, tous aspects pris en compte, était de 50% dans son ancienne activité ou une activité adaptée assimilée. Le

Tribunal fédéral a du reste confirmé cette appréciation dans l'arrêt 8C_558/2008 du 17 mars 2009 concernant le litige avec l'assureur-accidents.

10.4. Vu ce qui précède le droit de l'intéressé à une demi-rente à compter du 1^{er} novembre 2001 doit être confirmé et le recours, mal fondé, être rejeté.

10.5. Le recourant a encore demandé à prouver que, après son accident, il n'a jamais réellement repris un travail à 50%. Or, cette demande d'apport de preuve n'est pas pertinente. En effet, la question à trancher n'est pas celle de savoir si l'intéressé a réellement travaillé à 50% après son accident mais si une activité de 50% était encore exigible. Cette dernière question peut être examinée à la lumière des expertises médicales versées au dossier, sans qu'il ne soit nécessaire de procéder à une audition de témoins (sur l'appréciation anticipée des preuves: ATF 124 V 94 consid. 4b et 122 V 162 consid. 1d avec les références).

11.

Dans le cadre de cette demande de rente, il est utile de rappeler que, selon un principe général valable en assurances sociales, l'assuré a l'obligation de diminuer le dommage et doit entreprendre de son propre chef tout ce qu'on peut raisonnablement attendre de lui afin d'atténuer autant que possible les conséquences de son invalidité (ATF 130 V 97 consid. 3.2 et les références citées; ATF 123 V 233 consid. 3c). Dans ce contexte, il convient de souligner que ni l'âge, ni la situation familiale ou économique, un arrêt prolongé de l'activité professionnelle ou même le refus d'exercer une activité médicalement exigible ne constituent un critère relevant pour l'octroi d'une rente d'invalidité (arrêt du Tribunal fédéral I 175/04 du 28 janvier 2005 consid. 3).

12.

12.1. Les frais de procédure, fixés à CHF 300.-, sont mis à la charge du recourant (art. 63 al. 1 PA, applicable par le truchement de l'art. 37 LTAF). Ils sont compensés par l'avance de frais du même montant dont il s'est acquitté au cours de l'instruction.

12.2. Vu l'issue du litige, il n'est pas alloué d'indemnité de dépens (art. 7 al. 3 du règlement du 21 février 2008 concernant les frais, dépens et

indemnités fixés par le Tribunal administratif fédéral [FITAF, RS 173.320.2]).

Par ces motifs, le Tribunal administratif fédéral prononce :

1.

Le recours est rejeté.

2.

Les frais de procédure d'un montant de Fr. 300.- sont mis à la charge du recourant. Ils sont compensés par l'avance de frais de même montant.

3.

Il n'est pas alloué de dépens.

4.

Le présent arrêt est adressé :

- au représentant du recourant (Acte judiciaire)
- à l'instance inférieure (n° de réf. _)
- à l'Office fédéral des assurances sociales

Le président du collège :

Le greffier :

Francesco Parrino

Pascal Montavon

Indication des voies de droit :

La présente décision peut être attaquée devant le Tribunal fédéral, Schweizerhofquai 6, 6004 Lucerne, par la voie du recours en matière de droit public, dans les trente jours qui suivent la notification (art. 82 ss, 90 ss et 100 de la loi fédérale du 17 juin 2005 sur le Tribunal fédéral [LTF, RS 173.110]). Le mémoire doit 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).