



Cour III
C-4278/2011

Arrêt du 26 septembre 2012

Composition

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

Parties

A. _____,
représenté par Comité de protection des travailleurs
frontaliers européens,
FR-68190 Ensisheim,
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 25 mai 2011.

Faits :**A.**

Le ressortissant français A._____, né en 1974, travailla en Suisse en 1999, 2000, 2003, 2004 et 2006 (pce 8) en tant que peintre en bâtiment en dernier lieu en tant qu'employé intérimaire. En date du 2 août 2006 il fut victime d'un accident de travail. Le diagnostic de contusion du pied gauche (avec fracture marginale antérieure au niveau du pilon tibial [cf. pce 9.3 p. 2]) fut posé et traité par ostéosynthèse en août 2006 et enlèvement partiel du matériel une année plus tard. Il fut alors constaté une limitation de l'articulation supérieure du pied gauche et pratiqué une révision de l'artère dorsale du pied précédemment atteinte. Il développa par la suite de l'arthrose invalidante au pied gauche ne lui permettant plus d'envisager la reprise de son activité de peintre selon le rapport de sortie de la Rehaklinik Bellikon du 7 avril 2008 qui releva néanmoins une pleine capacité de travail dans des activités légères à moyennement lourdes adaptées (cf pce 5 p. 1). En date du 27 mars 2008 il déposa une demande de prestations AI auprès de l'Office de l'assurance-invalidité du canton de Bâle-ville (OAI-BS, pce 1).

B.

Dans le cadre de cette demande l'OAI-BS porta notamment au dossier les documents ci-après:

- le dossier 2006-2008 de l'assureur-accident SUVA dont le rapport précité de la Rehaklinik Bellikon (pce 9),
- le questionnaire à l'employeur daté du 18 avril 2008 (pce 11),
- un rapport médical de la Dresse B._____, médecine générale, daté du 13 mai 2008, posant le diagnostic de séquelle de fracture de la malléole gauche post opérations des 4 août 2008 [recte: 2006] et 6 août 2007, indiquant un état de santé s'améliorant, des douleurs de l'articulation opérée, des raideurs et œdèmes péri-malléolaires, une possible amélioration au niveau des douleurs mais pas beaucoup au niveau de la mobilité (pce 12, p. 1),
- un complément du dossier SUVA (pce 16),
- un rapport médical de l'Hôpital universitaire de Bâle signé du Dr C._____ daté du 27 mai 2008 énonçant le diagnostic connu et indiquant que près de deux années après l'accident une arthrose du pied

gauche était apparue limitant clairement l'intéressé dans sa vie de tous les jours et sur le plan de sa capacité de travail (pce 16 p. 14),

- un rapport d'intervention chirurgicale de l'Hôpital universitaire de Bâle au niveau du pied gauche daté du 24 décembre 2008 pour enlèvement de matériel d'ostéosynthèse (pce 16 p. 4),
- la fiche de salaire de l'intéressé indiquant un montant de 30 francs par heure en tant qu'intérimaire y compris un 13^{ème} salaire et 2 x 8.33% pour vacances et jours fériés (pce 16 p. 21),
- un compte rendu opératoire du 23 décembre 2008 de la Clinique D._____ pour un priapisme sans étiologie précise (pce 19 p. 17s),
- un rapport intermédiaire de la Dresse B._____ daté du 21 février 2009 indiquant de l'arthrose post traumatique à la cheville et des lombalgies dues à une boiterie, notant un risque de dommage permanent de boiterie et instabilité à la marche et à la station debout avec reprise du travail antérieur très compromise du fait de l'instabilité (pce 19 p. 14),
- un rapport d'examen final SUVA du Dr E._____ du 20 mars 2009 relevant les plaintes de périmètre de marche de 5 minutes en raison des douleurs, de boiterie marquée à gauche, de status non amélioré durant les six derniers mois, voire de péjoration, notant un pied en rotation externe de 40°, indiquant une activité professionnelle ne pouvant plus être exercée en position orthostatique, en déplacement, nécessitant l'usage d'escaliers, le passage de terrains accidentés, obligeant le port de charges moyennes, soumise à des vibrations corporelles dans des conditions d'humidité, de froid et de courant d'air, mais relevant la possibilité d'une activité en position assise pied gauche occasionnellement surélevé à plein temps et plein rendement (pce 19 p. 7),
- une attestation de stage de pré-orientation du 30 novembre 2009 au 24 février 2010 du Centre de réadaptation de Mulhouse sur mandat de l'OAI-BS (pce 43 p. 3),
- une attestation de la Dresse B._____ datée du 8 mars 2010 selon laquelle l'intéressé souffre d'impuissance suite au priapisme traité le 20 décembre 2008 (pce 43 p. 2),

- une attestation de stage de pré-orientation du 19 avril au 26 avril 2010 du Centre de réadaptation de Mulhouse sur mandat de l'OAI-BS (pce 50),
- un rapport d'évaluation du stage précité daté du 23 avril 2010 indiquant une évaluation n'ayant pu être faite objectivement en raison d'un stage de trop courte durée, de retards fréquents mais ayant permis de mettre à jour de réelles aptitudes laissant supposer une possible postulation dans une entreprise adaptée (pce 54 p. 7),
- un bilan éducatif en relation avec le stage précité daté du 23 avril 2010 faisant état d'évidentes aptitudes au travail mais d'un manque de sérieux et d'implication au niveau du travail réalisé (pce 54 p. 5),
- une décision de la SUVA datée du 14 juillet 2010 reconnaissant à l'intéressé, d'une part, une diminution de la capacité de gain de 17% fondée sur un revenu annuel extrapolé avant invalidité de 57'549.- francs pouvant être atteint et un revenu après invalidité théorique de 47'565.- francs dans le cadre d'une activité adaptée aux séquelles de l'accident et, d'autre part, une indemnité pour atteinte à l'intégrité de 15% (pce 58).

C.

Par décision du 11 octobre 2010, précédée de la communication du projet du 27 mars 2010 par l'OAI-BS (pce 59), l'Office de l'assurance-invalidité pour les assurés résidant à l'étranger (OAIE) informa l'intéressé que les mesures préprofessionnelles avaient démontré que l'assurance-invalidité ne pouvait offrir de formation et que de ce fait il devait être mis un terme à l'assistance en ce domaine (pce 64 p. 1). Cette décision non attaquée entra en force.

D.

Par projet de décision du 25 janvier 2011, l'OAI-BS informa l'assuré qu'il était apparu de son dossier, suite à l'accident d'août 2006 et le délai légal d'attente d'une année, une incapacité de travail de 100% à compter d'août 2007 conférant le droit à une rente entière d'invalidité, mais qu'à compter de l'examen médical du 20 mars 2009 il pouvait être retenu une pleine capacité de travail dans une activité adaptée, principalement en position assise avec le pied gauche occasionnellement surélevé, sans limitation de rendement, telles des activités de contrôle, de surveillance, de travaux administratifs simples, de magasinage, nettoyage et montage. Il indiqua qu'en comparaison avec un revenu antérieur en 2006 de

57'549.- francs indexé 2009 à 60'916.- francs, inférieur de 7.2% au revenu usuel dans la branche (Fr. 65'615.- selon l'Enquête suisse sur la structure des salaires [ESS] 2008, Table TA1 niveau 4 avec indexation 2009 de + 2.09%), le revenu avec invalidité selon l'ESS 2008 Table TA1 niveau 4 toutes branches confondues du secteur privé pour 41.6 h./sem. indexé 2009 de 61'239.- francs, sous déduction de 2.2% en application du parallélisme des revenus (voir infra consid. 10.3-10.6) lorsque le revenu sans invalidité est inférieur au revenu usuel de plus de 5%, soit 59'892.- francs, donnait, après réduction de 15% pour circonstances personnelles à 50'908.- francs, un taux d'invalidité de 16%, taux n'ouvrant plus le droit à l'octroi d'une rente (pce 66).

A l'encontre de ce projet l'intéressé, représenté par le Comité de protection des travailleurs frontaliers européens, fit valoir en date du 3 février 2011 son désaccord s'agissant du taux de 16% au motif qu'il se trouvait dans l'incapacité d'exercer une activité professionnelle. Il réserva la production de nouveaux documents médicaux (pce 67). Par acte du 11 février 2011 l'OAI-BS adressa au représentant de l'assuré une copie du dossier de l'assuré et l'invita à se déterminer jusqu'au 23 mars suivant (pce 68).

Par décision du 25 mai 2011, l'OAIE communiqua à l'intéressé son droit à une rente entière d'invalidité du 1^{er} août 2007 au 31 mars 2009 et la motivation de l'octroi d'une rente de durée limitée selon les termes du projet de décision du 25 janvier 2011 ayant établi à compter de mars 2009 un taux d'invalidité de 16%. Il releva que l'intéressé n'avait pas produit de nouveaux éléments dans le délai imparti au 23 mars 2011.

E.

Contre cette décision, l'intéressé, représenté par son mandataire, communiqua à la Caisse suisse de compensation (CSC) en date du 9 juin 2011 son désaccord quant au taux de 16% d'invalidité retenu au motif qu'il était "en traitement médical assisté de façon intensive" et que la justification de non guérison serait transmise les jours suivants. La CSC adressa au Tribunal de céans en date du 28 juillet 2011 le recours comme objet de sa compétence, lequel avait transité par l'OAI-BS (pce TAF 1).

F.

Invité par ordonnance du 3 août 2011 du Tribunal à déposer des conclusions claires et à motiver son recours (pce TAF 2), l'intéressé, agissant par son mandataire en temps utile en date du 5 septembre 2011, fit valoir être toujours en arrêt maladie, qu'il allait être vu prochainement par des

spécialistes et conclut à l'examen de sa situation au vu du taux d'invalidité ramené à 16%. Il produisit, d'une part, un certificat médical du Centre hospitalier de Mulhouse du Dr F._____ daté du 24 août 2011 faisant état d'une demande de prise en charge rééducative dans un contexte de lombalgie et d'une rééducation à sec et en piscine envisagée et, d'autre part, d'un rapport médical de la Dresse B._____, daté du 19 février 2011, faisant état des atteintes de l'intéressé, d'une longue rééducation, d'une mobilité du pied limitée actuellement meilleure, d'une marche douloureuse, d'un priapisme avec impuissance consécutive définitive, d'une nouvelle prise en charge opératoire souhaitable mais refusée par le patient (pce TAF 7).

G.

Par réponse au recours du 8 novembre 2011, l'OAIE conclut à son rejet dans la mesure de sa recevabilité, se référant quant aux motifs à la prise de position de l'OAI-BS du 31 octobre 2011. Dans celle-ci cet office releva que l'indication seule d'être en traitement médical ne pouvait fonder le recours, qu'un délai devrait être imparti au recourant pour qu'il motive mieux son recours et qu'à défaut il ne soit pas entré en matière sur celui-ci. Au fond l'OAI-BS releva pour l'essentiel que selon le médecin d'arrondissement de la SUVA qui avait examiné l'intéressé le 20 mars 2009, celui-ci avait une capacité de travail de 100% dans des activités en position assise permettant de surélever le pied et que sur cette constatation par la SUVA, retenue par son service médical comme déterminante pour l'AI, une évaluation économique de l'invalidité tenant comptes d'activités adaptées aux limitations fonctionnelles de l'assuré avait déterminé une invalidité de 16% n'ouvrant plus droit à une rente. Il nota que le rapport médical de la Dresse B._____ n'apportait pas d'élément nouveau, qu'il était un résumé de l'historique de l'atteinte et que l'indication qu'une opération ultérieure était préconisée, refusée par l'assuré, n'était pas un fait nouveau, ce d'autant que celle-ci n'aurait pas d'incidence sur la capacité de travail retenue en position assise. S'agissant du certificat du Dr F._____, l'OAI-BS indiqua que dans la mesure où celui-ci pouvait se comprendre comme une aggravation de l'état de santé de l'assuré celle-ci était ultérieure à la décision prise et donc non déterminante. Il releva par ailleurs que les lombalgies invoquées ne l'avaient pas été antérieurement ce qui justifiait de ne pas les prendre en compte dans la présente cause. Il précisa que l'atteinte à la santé de l'intéressé étant consécutive à un accident uniquement, l'assurance-invalidité était en droit d'appuyer et d'aligner sa décision sur les actes de la SUVA. Enfin il nota que la comparaison de revenus effectuée avant et après invalidité, prenant en compte un abattement du revenu avec invalidité de 15% pour circonstances per-

sonnelles avec l'application du parallélisme des revenus, n'était pas manifestement erronée (pce TAF 9).

H.

A titre de réplique, le recourant adressa le 24 novembre et le 12 décembre 2011 trois nouveaux documents médicaux (pces TAF 12, 14):

- un certificat médical du Dr G._____, psychiatre, daté du 25 octobre 2011, indiquant les plaintes de maux de tête, vertiges, sensation d'électricité dans la jambe gauche, baisse de l'élan vital, irritabilité, lombalgies, notant que toute la vie de l'intéressé était focalisée sur les conséquences de ses troubles qui prenaient un aspect post-traumatique,
- deux rapports médicaux du Dr H._____, médecine générale, datés des 18 et 22 novembre 2011, médecin traitant, indiquant que le priapisme dont souffrait l'intéressé était consécutif à l'opération de décembre 2009 à l'Hôpital cantonal de Bâle et que l'intéressé présentait un état dépressif important ainsi que des douleurs dans la jambe gauche et à la colonne lombaire sous traitement,
- une attestation de Mme I._____, psychologue clinicienne, datée du 8 décembre 2011, faisant état d'un suivi à 15 jours en consultation du psychotraumatisme.

I.

Par duplique du 3 février 2012, l'OAIE maintint ses conclusions faisant siennes les motivations de la prise de position de l'OAI-BS du 1^{er} février 2012. Dans celles-ci l'office indiqua que la documentation nouvellement produite émanait de nouveaux praticiens faisant nouvellement état d'une dépression, laquelle n'était pas couverte par l'assurance-invalidité suisse car survenue plus d'une année après la fin des rapports de travail ou ne devait pas être prise en compte dans la mesure où l'atteinte était survenue avant août 2007 du fait qu'elle n'avait jamais été alléguée auparavant contrairement au devoir de collaboration de l'assuré à l'établissement des faits (pce TAF 16).

J.

Invité par ordonnance du 9 février 2012 à effectuer une avance sur les frais de procédure de 400.- francs, le recourant s'en acquitta dans le délai imparti (pces TAF 17-19). Par envoi du 13 mars 2012 l'intéressé produisit encore une attestation de suivi médical et d'arrêt de travail depuis le 2

juin 2006 signée du Dr H._____ et une attestation de suivi psychologique datée du 18 janvier 2012 signée de Mme I._____.

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 concernant l'octroi de rente d'invalidité prises par l'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 S'agissant de la motivation du recours, il convient de préciser ce qui suit. Le recours ne contenait ni motivation ni conclusion. Il a néanmoins été régularisé par l'acte du 5 septembre 2011 dont on peut déduire la volonté d'obtenir la modification de la décision litigieuse. En effet, selon une jurisprudence développée sous le régime de l'ancien art. 85 al. 2 let. b de la loi fédérale du 20 décembre 1946 sur l'assurance-vieillesse et survivants (LAVS, RS 831.10; cf. ATF 116 V 353 consid. 2b) puis étendue à toutes les assurances sociales (RAMA 1994 n° U 192 p. 150 consid. 4c),

le juge saisi d'un recours dans ces matières ne doit pas se montrer trop strict lorsqu'il apprécie la forme et le contenu d'un acte de recours. Il peut ainsi objectivement être compris du recours et de son complément que l'assuré estime ne plus pouvoir travailler en raison de son état de santé. Partant, déposé en temps utile et dans les formes requises par la loi (art. 60 LPGA et 52 PA) et l'avance de frais ayant été fournie, le recours est recevable.

1.5 En application de l'art. 40 al. 2 du règlement du 17 janvier 1961 sur l'assurance-invalidité (RAI, RS 831.201), dans sa teneur en vigueur jusqu'au 31 décembre 2011, selon lequel l'office AI du secteur d'activité dans lequel le frontalier exerce une activité lucrative est compétent pour enregistrer et examiner les demandes présentées par les frontaliers, l'OAI-BS a enregistré et instruit la demande dont la décision, notifiée par l'OAIE conformément à la disposition précitée, a été déférée devant le Tribunal de céans.

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 136 V 24 consid. 4.3 et les références). Les dispositions de la 5^e 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 si l'incapacité de travail a débuté après le 1^{er} janvier 2007, ce qui motive qu'il y soit fait également référence si nécessaire, étant précisé que l'application du nouveau droit ne modifie pas la notion d'invalidité, ni la manière d'évaluer le taux d'invalidité (cf. arrêt du Tribunal fédéral 9C_942/2009 du 15 mars 2010 consid. 3.1). Selon les directives transitoires de la 5^e révision de la LAI (cf. Office fédéral des assurances sociales (OFAS), La 5^e révision de l'AI et le droit transitoire, Lettre circulaire n° 253 du 12 décembre 2007) la rente peut être versée après un délai d'attente d'une année à condition que la demande de rente ait été présentée jusqu'au 31 décembre 2008.

Les dispositions de la 6^{ème} révision de la LAI (premier volet) en vigueur depuis le 1^{er} janvier 2012 (RO 2011 5659, FF 2010 1647) ne sont pas applicables.

En l'espèce, le Tribunal peut se limiter à examiner si le recourant remplissait les conditions d'octroi d'une rente jusqu'au 25 mai 2011, 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 avec les réf.).

3.

3.1 Le recourant est citoyen d'un Etat membre de la Communauté européenne. Par conséquent est applicable, en l'espèce, l'accord sur la libre circulation des personnes du 21 juin 1999 entre la Confédération suisse, d'une part, et la Communauté européenne et ses Etats membres, d'autre part, entré en vigueur le 1^{er} juin 2002 (ALCP, RS 0.142.112.681).

3.2 L'annexe II de l'ALCP qui règle la coordination des systèmes de sécurité sociale a été modifiée au 1^{er} avril 2012 (Décision 1/2012 du Comité mixte du 31 mars 2012; RO 2012 2345). Toutefois, le cas d'espèce reste régi (par renvoi de l'art. 80a LAI) par la version de l'annexe II en vigueur jusqu'au 31 mars 2012 (cf. RO 2002 1527, RO 2006 979 et 995, RO 2006 5851, RO 2009 2411 et 2421) et selon laquelle les parties contractantes appliquent entre elles notamment les actes communautaires suivants: 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 (RO 2004 121, RO 2008 4219, RO 2009 4831) – 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 le règlement (CEE) n° 574/72 du Conseil du 21 mars 1972 relatif à l'application du règlement (CEE) n° 1408/71 (RO 2005 3909, RO 2009 621, RO 2009 4845).

3.3 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'exa-

men des conditions à l'octroi d'une rente d'invalidité suisse ressortissent au droit interne suisse.

3.4 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 consid. 2 du 4 février 2003; 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 à une rente de l'assurance-invalidité suisse est déterminé exclusivement d'après le droit suisse. En effet, selon l'art. 40 par. 4 du règlement (CEE) n° 1408/71, la décision prise par l'institution d'un Etat membre au sujet de l'état d'invalidité d'un requérant ne s'impose à l'institution de tout autre Etat membre concerné, qu'à la condition que la concordance des conditions relatives à l'état d'invalidité entre les législations de ces Etats soit reconnue à l'annexe V, ce qui n'est pas le cas pour les relations entre la Suisse et chacun des autres Etats membres (ATF 130 V 253 consid. 2.4). Toutefois, conformément à l'art. 40 du règlement (CEE) n° 574/72, lors de l'évaluation du degré d'invalidité, l'institution d'un Etat membre doit prendre en considération les documents et rapports médicaux ainsi que les renseignements d'ordre administratif recueillis par l'institution de tout autre Etat membre. Chaque institution conserve néanmoins la faculté de faire procéder à l'examen du requérant par un médecin de son choix.

4.

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);
- compter au moins trois années de cotisations (art. 36 al. 1 LAI). 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 3 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.

5.

5.1 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.

5.2 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. 2 LAI). 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. 29 al. 4 LAI - 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).

5.3 Selon l'art. 28 al. 1 LAI 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 LPGA) d'au moins 40% en moyenne durant une année sans interruption notable; c. au terme de cette année, il est invalide (art. 8 LPGA) à 40 % au moins. 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. 28 al. 1 LAI (cf. chiffre 2010 de la Circulaire concernant l'invalidité et l'impotence; Jurisprudence et pratique administrative des autorités d'exécution de l'AVS/AI [VSI] 1998 p. 126 consid. 3c).

5.4 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

LPGA). L'incapacité de gain est définie à l'art. 7 LPGA 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 LPGA).

5.5 Selon l'art. 17 LPGA, si le taux d'invalidité du bénéficiaire de la rente subit une modification notable, la rente est, d'office ou sur demande, révisée pour l'avenir, à savoir augmentée ou réduite en conséquence, ou encore supprimée. Le deuxième alinéa de la même règle prévoit que toute prestation durable accordée en vertu d'une décision entrée en force est, d'office ou sur demande, augmentée ou réduite en conséquence, ou encore supprimée si les circonstances dont dépendait son octroi changent notablement. Selon la jurisprudence du Tribunal fédéral, la rente peut être révisée non seulement en cas de modification sensible de l'état de santé, mais aussi lorsque celui-ci est resté le même, mais que ses conséquences sur la capacité de gain ont subi un changement important (ATF 130 V 349 consid. 3.5).

5.6

5.6.1 En cas de décision simultanée sur l'octroi d'une rente et son remplacement par une autre rente ou même sa suppression, le changement est régi par l'art. 88a du règlement du 17 janvier 1961 sur l'assurance invalidité (RAI, RS 831.201) lequel prévoit (dans sa version valable jusqu'au 31 décembre 2011) à l'al. 1 que, si la capacité de gain ou la capacité d'accomplir les travaux habituels d'un assuré s'améliore ou que son impotence ou le besoin de soin découlant de l'invalidité s'atténue, il y a lieu de considérer que ce changement supprime, le cas échéant, tout ou partie de son droit aux prestations dès qu'on peut s'attendre à ce que l'amélioration constatée se maintienne durant une assez longue période. Il en va de même lorsqu'un tel changement déterminant a duré trois mois déjà, sans interruption notable et sans qu'une complication prochaine soit à craindre.

5.6.2 L'art. 88^{bis} al. 2 let. a RAI, déterminant le moment à partir duquel la diminution de la rente prend effet, s'applique en cas de révision, la disposition suppose l'existence d'une rente en cours. Elle n'est donc pas appli-

cable quand, statuant pour la première fois sur l'octroi de prestations de rente, l'administration alloue rétroactivement d'abord une rente entière puis une rente partielle ou la supprime en raison du changement survenu dans le degré d'invalidité. Dans ce cas, le passage d'une rente à l'autre ou la limitation de la rente dans le temps est uniquement déterminé par l'art. 88a al. 1 RAI (ATF 106 V 16; arrêts du Tribunal fédéral I 251/03 du 2 mars 2004 consid. 3.1, I 621/04 du 12 octobre 2005 consid. 3.2, 9C_255/2009 du 28 mai 2009 consid. 3.2 et 3.3; MICHEL VALTERIO, Droit de l'assurance-vieillesse et survivante (AVS) et de l'assurance-invalidité (AI), Zurich 2011, n° 3112).

6.

6.1 Le requérant a travaillé en Suisse pendant quelques années comme peintre jusqu'au jour de son accident du 2 août 2006. Il n'a plus repris d'activité lucrative depuis lors.

6.2 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. 28a al. 1 LAI, pour évaluer le taux d'invalidité, le revenu que l'assuré aurait pu obtenir s'il n'était pas invalide est comparé, en application de la méthode dite générale, 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.

6.3 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).

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 exper-

tises 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). Il est à relever dans ce cadre, en ce qui concerne la valeur probante des rapports établis par les médecins traitants, que le juge peut et doit tenir compte du fait que, selon l'expérience, le médecin traitant est 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 consid. 3a, 122 V 160 consid. 1c et les références). Cette réserve s'applique également aux rapports médicaux que l'intéressé sollicite de médecins non traitants spécialement mandatés pour étayer un dossier médical (cf. dans ce sens relativement aux expertises de parties: arrêt du Tribunal fédéral 8C_558/2008 du 17 mars 2009 consid. 2.4.2). Toutefois le simple fait qu'un certificat 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 353 consid. 3b/dd et les références citées).

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 (arrêt du Tribunal fédéral I 564/02 du 13 janvier 2004 consid. 5 = Pratique VSI 2004 p. 188; cf. 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, dans la mesure d'une complète motivation fondant une divergence (ATF 126 V 288), par l'évaluation de l'invalidité en application des critères de l'assurance-accidents, 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, fondées sur des critères différents car l'assurance-accident prend en compte le rapport de causalité adéquate entre l'accident et l'invalidité alors que ce critère n'est pas déterminant pour l'assurance-invalidité, sont donc indépendantes (cf. arrêt du Tribunal fédéral 8C_558/2008 du 17 mars 2009 consid. 2.3; VALTERIO, op. cit., n° 2053 s.). Cette indépendance des décisions n'implique toutefois pas que des expertises ordonnées par une assurance ne puissent pas être utilisées par l'autre assurance s'il appert que les constatations des status médicaux et capacités de travail ont été effectuées de façon globale et que, notamment, la question de la causalité adéquate entre l'accident couvert et les atteintes à la santé – qui est propre à l'assurance-accidents (cf. ALFRED MAURER / GUSTAVO SCARTAZZINI / MARC HÜRZELER, *Bundessozialversicherungsrecht*, 3^{ème} éd. Bâle 2009, § 10 n° 39 ss) – n'a pas limité le champ d'investigation de l'expertise.

9.

9.1 En l'espèce, à la suite d'un examen du 20 mars 2009, le médecin d'arrondissement de la SUVA, le Dr E._____, a établi que l'intéressé ne pouvait plus reprendre son activité de peintre en bâtiment, ni exercer une activité impliquant une station orthostatique, des déplacements, nécessitant l'usage d'escaliers, le passage sur des terrains accidentés, le port de moyennes et lourdes charges, des conditions d'humidité, de froid, de courant d'air, de vibrations corporelles. Il indiqua cependant que l'intéressé était en mesure d'exercer une activité en position assise pied gauche occasionnellement surélevé à plein temps et plein rendement. Pour la SUVA cet examen fut déterminant. Il n'appert pas du dossier que l'intéressé ait par la suite recouru contre la décision de l'assureur accident du 14 juillet 2010 lui ayant alloué, sur cette appréciation médicale et l'évaluation de l'invalidité qui s'ensuivit, une rente fondée sur un taux d'invalidité de 17%. Le service médical de l'OAI-BS, dans le cadre de la demande de prestations d'invalidité présentée le 27 mars 2008, s'est fondé sur le rapport médical du médecin de la SUVA du 20 mars 2009 pour reconnaître à l'assuré une pleine capacité de travail dans une activité assise correspondant à celle déterminée par le Dr E._____. Or il n'apparaît pas de ce rapport médical que celui-ci ait été établi dans le cadre d'un examen limité au rapport de causalité entre l'accident survenu et l'invalidité reconnue. Il a établi une capacité de travail de 100% dans une activité adaptée compte tenu de l'ensemble des atteintes de l'assuré à sa santé. Il s'ensuit que sur le plan somatique ce rapport a toute valeur pour fonder la capacité de travail résiduelle de l'assuré dans le cadre de ses prétentions en-

vers l'assurance-invalidité. Certes fin décembre 2008 l'intéressé a souffert d'un priapisme, indépendamment de la question de savoir si ce priapisme peut être mis en relation avec le traitement du pied gauche de l'assuré – ce que l'assureur-accident a nié – il sied de relever qu'en date du 20 mars 2009 le Dr E. _____ n'a pas indiqué sur le plan somatique que cette atteinte limitait l'intéressé dans sa capacité de travail dans une activité adaptée. Il convient en outre de relever que, exception faite du priapisme apparu en décembre 2008, la situation médicale décrite par le Dr E. _____ était stable depuis quelques mois. En effet, ce médecin fonde son évaluation sur des examens objectifs effectués jusqu'au mois de décembre 2008 et lors de l'examen du 20 mars 2009 la situation médicale n'avait pas changé par rapport à ces examens.

9.2 Sur le plan psychique il peut être relevé que l'intéressé n'a pas allégué d'atteintes dans ses écritures mais s'est limité à indiquer qu'il ne pouvait exercer d'activité lucrative et qu'il était "en traitement médical assisté de façon intensive". Il produisit à titre de justificatifs en date du 5 septembre 2011, d'une part, un certificat médical du Dr F. _____ daté du 24 août 2011 faisant état d'une demande de prise en charge rééducative dans un contexte de lombalgie et de l'éventualité d'une rééducation à sec et en piscine et, d'autre part, un rapport médical de la Dresse B. _____ daté du 19 février 2011, faisant état des atteintes connues. En particulier ce certificat, émanant du médecin traitant de l'intéressé, n'a pas fait mention de troubles psychiques et d'un suivi thérapeutique lié. Ce n'est qu'à l'occasion de la réplique du 24 novembre complétée de l'envoi du 12 décembre 2011 que l'intéressé produisit des documents médicaux faisant état de troubles psychiques de type baisse de l'élan vital, irritabilité, focalisation sur les atteintes somatiques (rapport du 25 octobre 2011 Dr G. _____, psychiatre), état dépressif important (rapports des 18 et 22 novembre 2011 du Dr H. _____, médecin généraliste). Il s'ensuit de ce qui précède qu'au moment où la décision attaquée a été prise l'intéressé ne présentait pas de troubles psychiques tels qu'ils pouvaient avoir une incidence sensible sur sa capacité de travail reconnue sur le plan somatique.

9.3 Il sied par ailleurs de relever, à toutes fins utiles, que dans sa duplique du 3 février 2012 l'OAI-BS a émis quelques considérations juridiques erronées sur la non-couverture cas échéant des troubles psychiques dans la mesure où ceux-ci seraient apparus après août 2007. En effet dans sa teneur en vigueur jusqu'au 31 décembre 2000, l'art. 6 al. 1 LAI contenait une clause d'assurance selon laquelle les ressortissants suisses et étrangers ainsi que les apatrides avaient droit aux prestations

conformément aux dispositions de la LAI, s'ils étaient assurés lors de la survenance de l'invalidité. Or l'art. 6 al. 1 LAI a été modifié avec effet au 1^{er} janvier 2001 par le ch. 1 de l'annexe à la modification de la LAVS du 23 juin 2000 (RO 2000 2677 et 2682) en ce sens que la clause d'assurance a été supprimée (voir à ce sujet ALESSANDRA PRINZ, Suppression de la clause d'assurance pour les rentes ordinaires de l'AI: conséquences dans le domaine des conventions internationales, Sécurité sociale 1/2001 p. 42 ss; voir ég. arrêt du Tribunal fédéral I 627/06 du 25 juin 2007 consid. 2.2).

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'invalide 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). Ce gain doit être comparé au moment déterminant avec celui que la personne valide aurait effectivement pu réaliser au degré de la vraisemblance 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. L'important dans l'évaluation de l'invalidité est que les deux termes de la comparaison, à savoir revenu sans invalidité et revenu d'invalide, soient équivalents, c'est à dire qu'ils se rapportent à un même marché du travail et à une même année de référence (ATF 110 V 273 consid. 4d; arrêt du Tribunal fédéral I 383/06 du 5 avril 2007 consid. 4.4).

10.3 Lorsqu'un assuré a réalisé un revenu sans invalidité nettement inférieur au salaire statistique usuel de la branche en raison de facteurs étrangers à l'invalidité (p. ex. en raison d'un manque de formation ou de connaissances linguistiques, de possibilités de travail limitées en raison

d'un statut de saisonnier) et que l'on peut considérer qu'il ne désire pas s'en contenter délibérément, il convient d'effectuer un parallélisme des deux revenus à comparer (ATF 135 V 58 consid. 3.1). Est à considérer comme nettement inférieur au sens de cette jurisprudence un salaire effectivement réalisé inférieur d'au moins 5% au salaire statistique usuel de la branche (ATF 135 V 297 consid. 6.1.2). Si une différence au moins aussi grande apparaît, le parallélisme ne peut cependant porter selon la jurisprudence que sur la part dépassant les 5% précités (loc. cit. consid. 6.1.3; ainsi par ex. une différence de 12% est prise en compte pour 7%). Le parallélisme s'effectue soit au regard du revenu sans invalidité en augmentant de manière appropriée le revenu effectivement réalisé ou en se référant aux données statistiques, soit au regard du revenu d'invalidé en réduisant de manière appropriée la valeur statistique (ATF 134 V 322 consid. 4.1). Toutefois, lorsque la réalisation d'un revenu d'invalidé situé dans la moyenne apparaît raisonnablement possible et exigible, il n'y a pas lieu d'adapter en conséquence le revenu sans invalidité qui serait inférieur à la moyenne pour des motifs d'ordre économique. Cela n'est pas constitutif d'une inégalité de traitement à l'égard des personnes à faible revenu. En d'autres termes, un motif exclusivement économique pour justifier un salaire inférieur à la moyenne n'est pas suffisant pour adapter le salaire statistique (ATF 135 V 58 consid. 3.4.1-3.4.6 [en particulier consid. 3.4.4]).

Lorsqu'il y a lieu d'admettre que sans atteinte à la santé, l'assuré se serait contenté d'un gain modeste, celui-ci doit être en principe pris en compte pour la détermination du revenu sans invalidité même s'il eut pu bénéficier de meilleures conditions de rémunération (ATF 125 V 146 consid. 5c/bb) sous réserve de revenus temporaires modestes dont l'intéressé n'aurait pu se contenter sur la durée (VALTERIO, op. cit., n° 2088 note 2658 et les réf.).

10.4 L'administration doit de plus tenir compte pour le salaire d'invalidé 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). En cas de comparaison par parallélisme (cf. consid. 10.3 supra) il convient d'examiner si une déduction doit encore être opérée sur le revenu d'invalidé obtenu à partir des valeurs moyennes statistiques. En effet les conditions de la déduction résultant du parallélisme des revenus à comparer et de l'abattement pour circonstances personnelles sont dans une relation d'interdépendance dans la mesure où les mêmes facteurs qui ont une influence sur le revenu ne

peuvent pas justifier à la fois une déduction en raison du parallélisme des revenus à comparer et un abattement pour circonstances personnelles et professionnelle (ATF 134 V 322 consid. 5.2 et 6.2; VALTERIO, op. cit, n° 2089).

10.5 En l'espèce, le droit à une rente entière de l'intéressé du 1^{er} août 2007 au 31 mars 2009 n'est pas contesté. Pour le calcul de l'invalidité au-delà, il y a lieu en un premier temps de prendre en compte le salaire que l'intéressé aurait réalisé avant son atteinte à la santé valeur 2009. En effet, selon la jurisprudence, les salaires avant et après invalidité doivent être pris en compte / indexés jusqu'à la date de la survenance du droit éventuel à la rente, c'est-à-dire lorsque les conditions de santé peuvent être considérées comme stabilisées (ATF 128 V 174 et 129 V 222). Il y a ainsi lieu de prendre comme base de comparaison sans invalidité un revenu annualisé de l'assuré de (CHF 26.04 [cf. pce 16 p. 21] x 41.5 h./sem. x 52 sem.) 56'194.32 francs valeur 2006 (base 1939: 2'140 pts) indexé 2009 (base 1939: 2'266 pts) à 59'502.95.- francs. Il convient de préciser que le salaire horaire retenu est reporté sur une période de 52 semaines. Pour cette raison, le salaire horaire déterminant est de 26.04 francs, l'indemnité pour vacances (8.33%) et celle pour jours fériés (8.33%) devant être déduite du montant brut horaire de 30.- francs. Or il appert que le revenu annualisé de 59'502.95.- francs est inférieur de 9.1% au salaire usuel dans la branche de la construction de 64'117.50 francs valeur 2008 indexé (+ 2%) 2009 à 65'399.85 francs (CHF 5'150.- pour 40 h./sem. et CHF 5'343.12 pour 41.5 h./sem. = CHF 64'117.5 par année + 2% = CHF 65'399.85) selon l'Enquête suisse sur la structure des salaires (Table TA1 niveau de qualification 4).

10.6 Le salaire après invalidité est généralement fixé sur la base des données statistiques résultant de l'Enquête suisse sur la structure des salaires (Table TA1; ATF 126 V 75 consid. 7a). En l'espèce, compte tenu de la possibilité pour l'intéressé d'exercer sans restriction une activité en position assise avec le pied gauche occasionnellement relevé, soit bon nombre d'activités de surveillance, de contrôle et dans l'industrie légère notamment principalement à l'établi, il peut être retenu le revenu médian pour des activités simples et répétitives de niveau 4 dans le secteur privé pour l'année 2008 (TA 1) de 4'806 francs par mois pour 40 h./sem. et de 4'998.24 francs pour 41.6 h./sem. selon l'horaire moyen hebdomadaire toutes branches confondues, indexé 2009 (+ 2.1%) à 5'103.20 francs. Sous déduction de 15% pour circonstances personnelles liées dont notamment des possibilités de déplacement limitées, il se monte à 4'337.72 francs par mois ou 52'052.67 francs par année.

Or il s'ensuit de la comparaison de revenus, après réduction du revenu avec invalidité de 4.1% à 49'918.51 francs en application du parallélisme, si tant est que le parallélisme doive effectivement être appliqué, question qui peut restée ouverte vu l'invalidité déterminée (voir supra consid. 10.3 in fine et l' ATF 135 V 58 cité), une perte de revenu de 16% ($[59'502.95 - 49'918.51] : 59'502.95 \times 100 = 16.1\%$), taux n'ouvrant pas le droit à une rente après le 31 mars 2009.

10.7 S'agissant de la date de la suppression de la rente, il convient de préciser ce qui suit. En principe, la rente doit être supprimée ou réduite le premier du mois qui suit la période de 3 mois prévue à l'art. 88a RAI (arrêt du Tribunal fédéral administratif C-3221/2009 du 19 octobre 2012 consid. 14.3 avec les renvois, en particulier l'arrêt du Tribunal fédéral 9C_491/2008 du 21 avril 2009 consid. 2). Une réduction ou une suppression immédiate est néanmoins possible si la situation est stable et que le changement de la capacité de gain est durable (RCC 1984, p. 137 consid. 3 et ATF 104 V 146). En l'espèce, l'autorité inférieure a limité le droit à la rente entière au 31 mars 2009 en se référant à l'expertise du Dr E. _____ du 20 mars 2009. Compte tenu du fait que l'amélioration existait déjà avant la date de cette expertise (cf. consid. 9.1 in fine) et que cette situation n'a guère évolué depuis lors, on peut admettre que le droit à la rente entière prend fin le 31 mars 2009.

11.

Il est utile de rappeler que, selon un principe général valable en assurances sociales, tout invalide qui demande des prestations de cette assurance 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 réf. cit.). Le fait que le recourant ne mette pas en valeur sa capacité résiduelle de travail pour des raisons étrangères à l'invalidité ne relève pas de l'assurance invalidité, car il s'agit là de facteurs qui ne sont pas liés à l'invalidité et que l'assurance-invalidité n'est pas tenue de prendre en charge (RCC 1991 p. 329 consid. 3c). Dans ce contexte, la formation professionnelle, les aptitudes physiques et mentales de l'assuré, ainsi que son âge, ne sont pas des facteurs supplémentaires propres à influencer l'étendue de l'invalidité (ATF 107 V 21 consid. 2c; RCC 1991 p. 333 consid. 3c, RCC 1989 p. 325 consid. 2b, RCC 1982 p. 34 consid. 2c).

12.

12.1 Vu l'issue de la procédure, les frais de celle-ci, fixés à 400 francs, 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 Il n'est pas alloué de dépens (art. 7 al. 1 a contrario et 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 de 400.- francs sont mis à la charge du recourant et sont compensés avec l'avance de frais de même montant déjà fournie.

3.

Il n'est pas alloué de dépens.

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 (Recommandé)

L'indication des voies de droit se trouve à la page suivante.

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).

Expédition :