



---

Cour III  
C-445/2016

## Arrêt du 23 janvier 2018

---

Composition

Madeleine Hirsig-Vouilloz (présidente du collège),  
Franziska Schneider, Michela Bürki Moreni, juges,  
Brian Mayenfisch, greffier.

---

Parties

**A.** \_\_\_\_\_, (France),  
représenté par Me Christine Graa,  
recourant,

contre

**Office de l'assurance-invalidité pour les assurés  
résidant à l'étranger (OAIE),**  
autorité inférieure,

---

Objet

Assurance-invalidité ; rejet de la demande de prestations ;  
décision du 2 décembre 2015.

**Faits :****A.**

A.\_\_\_\_\_, ressortissant français né le (...) 1979, au bénéfice d'un Certificat d'Aptitude Professionnelle (CAP) de boulangerie, a travaillé à plusieurs reprises en Suisse comme travailleur frontalier à compter du mois de novembre 2004, et en dernier lieu en tant que boulanger dans le canton B.\_\_\_\_\_, du 1<sup>er</sup> avril 2011 au 30 juin 2011, auprès de l'employeur C.\_\_\_\_\_ Sàrl. Ses derniers salaires mensuels se sont montés à CHF 5'070.80-, CHF 4990.45.- et CHF 4854.45.-, pour les mois d'avril, mai et juin 2011. Le 24 juin 2011, l'intéressé s'est blessé au dos et aux abdominaux alors qu'il portait un tapis à enfourner ; il a été mis en arrêt de travail à compter de cette date. Ses prétentions d'assurance-accidents ont par la suite été rejetées par l'institution compétente, celle-ci ayant considéré que les conditions d'octroi du droit à l'assurance-accidents n'étaient pas remplies (AI docs 1, 3, 11 p. 1 ss et 13, 13 p. 7, 15).

**B.**

**B.a** Le 17 juin 2012, l'intéressé a déposé une demande de prestations de l'assurance-invalidité auprès de l'Office de l'assurance-invalidité pour le canton B.\_\_\_\_\_, qui a reçu celle-ci le 28 juin 2012 (ci-après : l'Office cantonal ou l'Office ; AI doc 1).

**B.b** Diverses pièces ont été versées dans le cadre de l'instruction du dossier d'A.\_\_\_\_\_, à savoir :

- des certificats médicaux à la date et au contenu presque entièrement illisible, établis par le Dr D.\_\_\_\_\_, médecin traitant de l'intéressé (on peut toutefois y lire que le médecin met l'intéressé en incapacité de travail totale dès le mois de juin 2011 ; AI doc 13 p. 5, 7, 8),
- une série de certificats médicaux établis par la Dresse E.\_\_\_\_\_, médecin généraliste, en date du 28 juin 2011, 19 juillet 2011, et 31 octobre 2011 (AI doc 13 p. 6, 10, 12, 14), mettant l'intéressé en arrêt de travail du 28 juin 2011 au 1<sup>er</sup> janvier 2012, en raison d'une atteinte abdominale et lombaire (L3 – S1),
- un « scanner du rachis lombaire » établi par le Dr F.\_\_\_\_\_, radiologue, en date du 13 juillet 2011, concluant à un discret pincement postérieur à l'étage L5 – S1, à un discret bombement discal aux étages L3 – L4, L4 – L5, et L5 – S1 sans conflit disco radiculaire mis en évidence, ainsi qu'à un diamètre canalaire limite (AI doc 13 p. 9),

- un certificat médical difficilement lisible, daté du 1<sup>er</sup> septembre 2011 et établi par le Dr D. \_\_\_\_\_, constatant l'existence de lomboradiculalgie L5 – S1 et prolongeant l'arrêt de travail (AI doc 13 p. 11 ; voir aussi doc 29 p. 2),
- un rapport médical établi par la Dresse G. \_\_\_\_\_, médecin traitant, en date du 23 août 2012, et basé sur un examen effectué le 7 février 2012 ainsi que sur une imagerie par résonance magnétique (IRM) lombaire et pelvis du 5 juin 2012 (AI doc 18) ; dans ce document, la médecin pose comme diagnostics une lombosciatalgie gauche clinique avec retentissement sous forme d'un déficit des releveurs du pied sur discopathies L4 – L5 avec possible conflit radiculaire droit et gauche, des lombalgies sur déchirure de l'anneau discal fibreux postérieur en L4 – L5 et L5 – S1, une hernie inguinale gauche, et enfin une minime hernie inguinale droite résiduelle sur « sp cure », ne suffisant pas à expliquer les douleurs inguinales et crurales droites du patient ; la médecin note que l'intéressé présente une « marche avec discrète boiterie à gauche », un BMI à 38, une raideur lombaire avec attitude antalgique en anteflexion du tronc, un déficit des releveurs du pied gauche avec diminution de la force musculaire (marche sur des talons impossible à tenir à gauche, absence de steppage), une abolition du réflexe achilléen gauche, une absence d'hypoesthésie objective, un lasègue positif à 40° à gauche sans lasègue colatéral ; s'agissant concrètement des limitations fonctionnelles présentes dans une activité professionnelle, sont retenues l'impossibilité pour l'intéressé de porter des charges supérieures à 10 kg, de se tenir en station debout prolongée, ainsi que de répéter des mouvements en anteflexion du tronc ; la Dresse G. \_\_\_\_\_ retient, sur cette base, une incapacité totale dans l'activité habituelle de boulanger, mais note en revanche que l'intéressé devrait pouvoir bénéficier d'un reclassement professionnel,
- une expertise médicale rhumatologique établie par le Dr H. \_\_\_\_\_, rhumatologie et médecine interne, datée du 10 avril 2013, et basée sur un examen effectué la veille (AI doc 29) ; le médecin retient, comme diagnostics avec répercussion sur la capacité de travail, des lombopseudo-sciatalgies gauches chroniques, des discopathies lombaires, ainsi qu'une hernie inguinale bilatérale ; il relève en outre un status après ligamentoplastie de la cheville gauche (sans répercussion sur la capacité de travail [résultant d'un traumatisme ayant entraîné deux opérations en 2008]) ; s'agissant des limitations fonctionnelles que ces affections entraînent, le médecin indique que l'intéressé n'est pas en

mesure d'effectuer des travaux lourds nécessitant de devoir porter des charges supérieures à 10 kg, de réaliser des mouvements répétitifs de flexion-extension, de s'exposer à des vibrations basses, et de devoir se tenir en position statique debout au-delà de 30 minutes et assises au-delà d'une heure ; le médecin retient dès lors une capacité de travail « *nulle dans son activité professionnelle de boulanger mais de 90% dans une activité adaptée et respectant les limitations fonctionnelles décrites (...) en tenant compte de sa diminution de rendement qui reste lié à la diminution de vitesse d'exécution de certaines tâches impliquant le rachis et la prise éventuelle de pauses supplémentaires* ».

**B.c** Dans un avis du 11 juillet 2013, le Dr I.\_\_\_\_\_, médecin du Service médical régional AI (ci-après : médecin SMR), a indiqué que l'expertise du Dr H.\_\_\_\_\_ du 10 avril 2013 était convaincante, et a retenu une pleine capacité de travail dans une activité adaptée, avec une éventuelle baisse de rendement de 10% liée à une certaine lenteur dans les mouvements (AI doc 31).

**B.d** Par communication du 6 février 2014, l'Office cantonal a indiqué à l'intéressé qu'elle prenait en charge les frais d'un stage d'orientation au sens de l'art. 15 de la loi fédérale du 19 juin 1959 sur l'assurance-invalidité (LAI, RS 831.20), dès le 10 février 2014 et jusqu'au 11 juillet 2014, au sein de l'ORIF de Z.\_\_\_\_\_; ces mesures ont ensuite été relocalisées à l'ORIF de J.\_\_\_\_\_ (AI docs 42, 45, 52, 63, 64). Une mesure de reclassement au sens de l'art. 17 LAI a débuté en date du 12 juillet 2014, sous la forme d'une formation d'attestation fédérale de formation professionnelle (AFP) d'employé de bureau auprès de l'ORIF de J.\_\_\_\_\_ (AI docs 66, 69 ; selon ces documents, il était prévu qu'elle se termine en date du 31 juillet 2016).

L'intéressé a, en parallèle à ces mesures, bénéficié d'indemnités journalières, continuant dès lors de cotiser durant l'année 2014 à l'AVS/AI suisse (voir AI docs 49, 61, 70, 75, 77, 115 p. 2).

**B.e** Plusieurs pièces ont été versées au dossier dans le courant de l'année 2014, à savoir notamment :

- deux avis d'arrêt de travail et un certificat médical établis par le Dr D.\_\_\_\_\_ (au contenu et à la date difficilement lisibles ; il semblerait toutefois que le médecin y constate l'apparition d'une maladie de

Verneuil, et qu'il présente une incapacité de 50% dans l'activité d'employé de bureau ; AI docs 83, 96 p. 3, 99),

- un avis d'arrêt de travail difficilement lisible, établi par le même médecin et probablement daté du 8 juillet 2014 (AI doc 71),
- et un compte-rendu opératoire à l'entête de l'Office cantonal, établi par le Dr K.\_\_\_\_\_ en date du 25 juillet 2014, service de chirurgie générale, portant sur une intervention d'une durée de 25 minutes pratiquée sur l'intéressé ce même jour, en raison d'un kyste épidermique peri-anal gauche (AI doc 103).

**B.f** Par un premier courrier du 12 novembre 2014 (AI doc 105), l'Office cantonal a indiqué à l'intéressé avoir été informé par l'ORIF de J.\_\_\_\_\_ du comportement inadéquat dont faisait preuve l'assuré (non-respect des directives, propos grossiers, gestes obscènes ; voir notamment, sur ce point, AI docs 86, 87, 92, 93). L'Office a dès lors informé l'intéressé qu'il se verrait contraint d'interrompre la mesure de reclassement si celui-ci n'améliorait pas son comportement.

**B.g** À la suite de courrier, les documents médicaux suivants ont été versés au dossier :

- un avis d'arrêt de travail daté du 17 novembre 2014, à l'en-tête du Centre hospitalier du L.\_\_\_\_\_, rapportant la présence de deux kystes au niveau des faces internes des cuisses, et mettant l'intéressé en arrêt de travail jusqu'au 21 novembre 2014 (AI doc 96 p. 2),
- un courrier daté du même jour, dans lequel le Dr M.\_\_\_\_\_, chirurgien remplaçant du Dr N.\_\_\_\_\_, indique avoir procédé à l'excision de deux kystes sous anesthésie locale au niveau des cuisses (AI doc 104),
- un certificat à nouveau établi par le Dr D.\_\_\_\_\_, transmis à l'Office cantonal en date du 1<sup>er</sup> décembre 2014, et mettant l'intéressé en arrêt de travail à 50% (AI doc 96 p. 1).
- un avis médical SMR daté du 2 décembre 2014, dans lequel le Dr I.\_\_\_\_\_ constate que les irritations cutanées évoquées dans les pièces médicales du 25 juillet 2014 et du 17 novembre 2014 (voir *supra*) impliquent pour l'intéressé qu'il travaille en portant des vêtements amples et en coton, mais que rien ne permet en revanche

de conclure à une baisse de la capacité de travail dans une activité adaptée (AI doc 97),

- et un second avis médical SMR, daté du 9 décembre 2014 et faisant suite au rapport du Dr M. \_\_\_\_\_ du 17 novembre 2014, dans lequel le Dr I. \_\_\_\_\_ confirme que cette intervention minimale (qui a eu pour conséquence une absence de deux heures et une « petite intervention sous anesthésie locale ») ne justifie aucunement la réduction de la capacité de travail (AI doc 100).

**B.h** Dans un courrier du 9 décembre 2014 (AI doc 102), l'Office cantonal a indiqué à l'intéressé qu'aucun élément figurant au dossier ne justifiait une baisse de sa capacité de travail à 50%, comme il l'exigeait. L'Office a dès lors sommé l'intéressé de reprendre sa formation à 100% avec effet immédiat ; ces courriers faisaient en outre suite au mauvais comportement de l'intéressé constaté dans le cadre des mesures de réadaptation. L'Office a en outre rappelé à l'assuré que les prestations pourraient lui être refusées en cas de manquement à son devoir de collaborer, et a précisé que le point sur sa situation serait fait en date du 17 décembre 2014.

**B.i** Par courrier électronique non daté (mais enregistré dans une note de l'Office du 10 décembre 2014), l'assuré a fait savoir qu'il estimait ne pas pouvoir travailler à plus de 50% (AI doc 107).

Il ressort d'un rapport de l'ORIF de J. \_\_\_\_\_ du 12 décembre 2014 (AI doc 113) et d'une note d'entretien de l'Office du 17 décembre 2014 (AI doc 112) que suite à ce courrier électronique, l'intéressé a été sommé de reprendre sa formation à 100% ; parallèlement à cela, un questionnaire a été envoyé au Dr D. \_\_\_\_\_ afin que celui-ci se prononce plus en détails sur la question de l'état de santé de son patient.

**B.j** Par courrier du 6 janvier 2015, l'administration a constaté que l'intéressé avait totalisé 31 jours d'absence pour cause de maladie durant l'année 2014 (AI doc 115 p. 2).

**B.k** Dans un nouveau certificat reçu par l'Office le 12 janvier 2015, le Dr D. \_\_\_\_\_ indiquait une nouvelle fois que la capacité de travail de l'intéressé dans l'activité adaptée à ses limitations fonctionnelles s'élevait à 50% (AI doc 117).

Une note téléphonique établie par l'Office cantonal le lendemain de la réception dudit certificat, et faisant suite à un échange téléphonique

effectué avec le Dr D.\_\_\_\_\_, relevait en revanche comme suit : « *le Dr D.\_\_\_\_\_ est très franc, le 50% est une demande de l'assuré, il se doit (selon ses dires) d'aller dans le sens de son patient. Il précise également qu'il semble évident que M. A.\_\_\_\_\_ n'est absolument pas motivé à redémarrer dans une activité professionnelle (...) Selon lui, la problématique des kystes a été réglée lors de l'intervention en automne 2014* » (AI doc 119).

**B.I** De nouveaux documents médicaux ont encore été versés par la suite au dossier, à savoir :

- un certificat médical difficilement lisible établi par le Dr D.\_\_\_\_\_, duquel il semble toutefois ressortir que le médecin retient à nouveau une capacité de travail de 50% dans une activité adaptée (AI doc 152),
- un certificat médical daté du 19 janvier 2015 et établi par le Dr O.\_\_\_\_\_, du Centre P.\_\_\_\_\_ de (...), mettant l'intéressé en arrêt de travail jusqu'au 2 février 2015 en raison d'une entorse à la cheville gauche et de contusion à la hanche droite suite à une chute (AI doc 122),
- un document à l'en-tête du Centre P.\_\_\_\_\_ de (...) et daté du 30 janvier 2015, dans lequel le Dr Q.\_\_\_\_\_, médecin généraliste, relève la nécessité d'une ablation de kystes cutanés des deux cuisses dans le cadre d'une maladie de Verneuil (AI doc 153),
- un questionnaire médical, rempli par le Dr D.\_\_\_\_\_ et à la demande de l'Office cantonal en date du 21 janvier 2015 (AI doc 126), dans lequel le médecin indique que la capacité de travail dans une activité de bureau est de 100% dès le 2 février 2014, pour autant que l'intéressé ne doive pas rester en station assise ou debout prolongée (environ 1 heure) et qu'il puisse aller et venir dans le bureau ; il ressort également de ce document qu'un diagnostic « purement clinique » de maladie de Verneuil a été posé, dans la mesure où l'intéressé présente des furoncles au niveau des cuisses (favorisés par l'obésité et le frottement),
- et, enfin, un avis d'arrêt de travail du 16 février 2015, établi par le même médecin (AI doc 150).

**B.m** Dans son avis médical SMR du 17 février 2015, le Dr I.\_\_\_\_\_, à la suite notamment d'un second échange téléphonique s'étant tenu avec le

médecin traitant de l'intéressé, a retenu comme suit : « le Dr D. \_\_\_\_\_ (...) a confirmé très clairement sa dernière correspondance médicale en date du 21 janvier 2015 dans laquelle il donne clairement une pleine capacité de travail à notre assuré pour sa profession d'employé de bureau. Il ajoute spontanément que son patient cherche par tous les moyens à ne pas travailler, que le patient est en fait responsable de la récurrence de ses abcès par ses manipulations incessantes et non conformes, et qu'actuellement le seul problème est que l'assuré doit subir un examen de type scanner car une des plaque-filet mise en place pour son hernie inguinale n'est peut-être plus en place et nécessite une petite réintervention. Une telle atteinte n'est pas invalidante et a été prise en compte dans les limitations fonctionnelles dictées par l'expertise. Une nouvelle réintervention ne nécessitera qu'une incapacité de travail totale de courte durée sans effet sur la capacité de travail et les capacités de l'assuré. Il n'y a donc sur le plan médical aucune atteinte nouvelle qui justifierait une diminution de la capacité de travail de notre assuré, qui est pleine et entière (...) Dans le cas d'une intervention pour reprise de hernie inguinale, une incapacité de travail ne devrait pas dépasser 30 jours et ne modifierait en rien les capacités de travail ou les limitations fonctionnelles déjà admises » (AI doc 137).

**B.n** Dans un courriel daté du 20 février 2015 et adressé à l'Office cantonal, l'ORIF de J. \_\_\_\_\_ a rapporté que l'intéressé avait estimé, lors d'un entretien s'étant tenu le 13 février 2015, ne pas être en mesure de poursuivre sa formation au vu de ses problèmes de santé, et avait affirmé vouloir mettre fin à sa mesure de reclassement (AI doc 146).

**B.o** Dans son rapport final du 23 février 2015 (AI doc 148), l'Office cantonal a décidé, au vu de l'ensemble des circonstances (et en particulier quant aux désaccords subsistant entre l'Office et l'assuré quant à sa capacité de travail), de mettre fin à son aide au placement, en constatant par ailleurs, en effectuant une comparaison des revenus avant et après invalidité, un degré d'invalidité de 19.05%. Le contrat d'apprentissage de l'intéressé a dès lors été résilié le même jour (voir AI docs 155, 156).

**B.p** Les documents suivants ont par la suite été déposés au dossier :

- un avis d'arrêt de travail daté du 18 mars 2015, établi par le Dr R. \_\_\_\_\_, chirurgie viscérale, digestive et cancérologie, qui fait état de douleurs inguinales invalidantes (AI doc 158 ; l'intéressé sera convoqué une nouvelle fois au 16 avril 2015, au 20 mai 2015 et au 17 juin 2015 [AI doc 158]),

- un compte rendu-opératoire du 26 mai 2015, faisant état de l'ablation d'un kyste sébacé infecté de la région deltoïdienne gauche (AI doc 161),
- et un rapport médical établi par la Dresse G. \_\_\_\_\_ en date du 3 août 2015, confirmant les diagnostics retenus dans son rapport du 23 août 2012 (voir *supra*, let. B.b), en y ajoutant ceux d'obésité morbide et de maladie de Verneuil, et en précisant que l'intéressé a subi une infiltration inguino scrotale en mars 2015 ; en outre, sont retenus, comme diagnostics sans incidence sur la capacité de travail, une hernie inguinale droite, un traumatisme de la cheville gauche et une hypertension artérielle ; retenant une incapacité totale dans l'activité habituelle de boulanger, la médecin note que l'intéressé présente une « marche avec boiterie modérée à gauche absence de steppage », un BMI 48 (+ 10 points en 3 ans), une raideur lombaire avec attitude antalgie en antéflexion du tronc, un déficit des releveurs du pied gauche (marche sur des talons impossible à tenir à gauche), une abolition du réflexe achilléen gauche, une absence d'hypoesthésie objective, un lasègue positif à 40° à gauche, et une absence d'éléments de la lignée vasculaire (les pouls périphériques sont perçus) ; s'agissant des limitations fonctionnelles, il est relevé que compte tenu de la lombosacralgie gauche déficitaire sur discopathies avérées, et de la faiblesse de la paroi abdominale aggravée par l'obésité morbide, son patient ne peut effectuer des travaux incluant des charges supérieures à 10 kg, une station debout prolongée, la répétition des mouvements en antéflexion, et enfin des travaux nécessitant une vigilance importante (en raison de la prise d'antalgiques opiacés) ; la Dresse G. \_\_\_\_\_ note par ailleurs que la pathologie cutanée entraînant de multiples kystes sébacés infectés récidivants impose à l'intéressé d'alterner les positions de travail afin d'éviter la stase lymphatique, ainsi que le port de vêtements en coton lâches – limitant les récurrences –, larges et confortables ; la médecin note enfin que l'intéressé peut exercer une activité dans différentes positions à 50%, avec augmentation progressive de la capacité de travail (AI doc 163).

**B.q** Dans son avis médical du 25 août 2015, le Dr S. \_\_\_\_\_, médecin SMR, a constaté que l'intéressé présentait deux problèmes médicaux supplémentaires qui n'étaient soit pas actifs, soit pas encore présents en 2013 lors de l'expertise rhumatologique du 9 avril 2013 du Dr H. \_\_\_\_\_ (voir *supra*, let. B.b). Il a constaté tout d'abord une augmentation des inguinalgies en lien avec les anciennes cures de hernie inguinale, justifiant

une reprise chirurgicale ; il a toutefois relevé que si l'intervention impliquerait un certain temps d'incapacité de travail (environ 2 mois post-opératoires), celle-ci n'aurait aucune incidence durable sur la capacité de travail dans une activité adaptée aux limitations fonctionnelles lombaires. Ensuite, le Dr S. \_\_\_\_\_ a relevé l'existence d'une maladie de Verneuil au niveau des cuisses ; il a en revanche constaté que si cette maladie nécessitait des traitements médicaux fréquents (éventuellement des gestes chirurgicaux pouvant engendrer de brefs arrêts de travail d'une semaine au maximum), l'affection n'allait pas interférer de manière durable et significative avec l'activité professionnelle définie par les limitations fonctionnelles. S'agissant du taux de capacité de travail de 50% retenu par la Dresse G. \_\_\_\_\_, le Dr S. \_\_\_\_\_ a considéré que les diagnostics et le traitement antalgique retenus dans les expertises de la Dresse G. \_\_\_\_\_ du 9 avril 2013 et du 3 août 2015 étaient les mêmes ; le médecin SMR a dès lors retenu qu'aucun argument médical ne justifiait cette baisse à 50% de la capacité de travail dans une activité adaptée, qui restait dès lors pleine (AI doc 167).

**B.r** Par projet de décision du 15 octobre 2015, l'Office cantonal a confirmé à A. \_\_\_\_\_ l'interruption des démarches de réadaptation entreprises en sa faveur, en raison de son comportement ainsi que de son refus de reprendre ses mesures à un taux de 100% (AI doc 170). L'Office a dès lors indiqué qu'elle avait procédé, dans le cadre de l'examen du droit à une rente d'invalidité, à une comparaison des revenus avant invalidité (CHF 59'964.-) et après invalidité (CHF 48'540.-), et que dite comparaison avait mise en évidence un taux d'invalidité de 20%, insuffisant pour ouvrir le droit à une rente d'invalidité. L'Office a ainsi indiqué à l'intéressé qu'il entendait rejeter sa demande de prestations d'assurance-invalidité.

**B.s** L'intéressé s'est opposé à ce projet de décision en date du 27 octobre 2015, en faisant notamment valoir que la dégradation de son état de santé expliquait qu'il n'avait pas été en mesure de reprendre ses mesures de réadaptation à 100% en raison de son état de santé, et que ce n'était dès lors pas en raison de son comportement que les mesures avaient été interrompues. En outre, il a indiqué qu'il était atteint de dépression, sans donner plus de précisions quant à cette affirmation (AI doc 171). Il a notamment joint à son opposition deux nouvelles pièces médicales, à savoir :

- un certificat médical à l'en-tête du Centre P. \_\_\_\_\_ de (...), établi par le Dr T. \_\_\_\_\_ en date du 21 février 2015, et dans lequel le médecin, précisant que l'intéressé s'est présenté le 21 février 2015 en raison de

douleurs abdominales, lui prescrit un arrêt de travail du 21 février 2015 au 23 mars 2015 (AI doc 172 p. 21),

- une convocation à l'en-tête du Centre P.\_\_\_\_\_ universitaire de (...), datée du 24 mars 2015, et faite en vue d'une infiltration sous scanner prévue au 15 avril 2015 (AI doc 172 p. 22).

**B.t** Dans son avis médical SMR du 16 novembre 2015 (AI doc 177), le Dr I.\_\_\_\_\_ a considéré que l'intéressé n'apportait pas d'éléments nouveaux par rapport à ceux retenus dans l'avis médical du 25 août 2015 (voir *supra*, let. B.r). Ainsi, l'activité adaptée de bureau ne demandait pas de l'intéressé qu'il conduise une voiture ; par ailleurs, le traitement des douleurs aux hernies inguinales ne nécessitait qu'un arrêt de travail n'excédant pas deux mois. Le médecin a en outre estimé que la maladie de Verneuil rapportée n'était pas susceptible d'influencer la capacité de travail de l'intéressé. Le médecin a dès lors relevé que c'était à juste titre que l'intéressé avait été mis en demeure de reprendre sa formation à 100%.

**B.u** Par décision du 24 novembre 2015, l'OAIE a rejeté la demande de prestations d'invalidité de l'intéressé (AI doc 178). L'autorité inférieure a constaté que l'intéressé avait été prié, par un premier courrier daté du 12 novembre 2014, de changer son comportement jugé inadéquat ; par un second courrier daté du 9 décembre 2014, il avait été sommé de reprendre sa formation à 100% avec effet immédiat, et avait été averti des conséquences d'un refus de collaborer. Or dans la mesure où il n'avait pas donné satisfaction à la suite de ces courriers, la mesure avait été interrompue, en l'absence d'éléments médicaux justifiant une inaptitude d'effectuer sa formation à 100%. Cette interruption des mesures de réadaptation justifiait ainsi que l'autorité procède à une comparaison des revenus pour déterminer le droit à la rente ; l'OAIE a ainsi constaté que le revenu dans l'activité habituelle se montait, une fois annexé à l'année 2015, à CHF 59'964.- ; s'agissant de l'activité adaptée, l'autorité inférieure, se basant sur les informations figurant dans les statistiques cantonales et sur les données émises par la société U.\_\_\_\_\_, a retenu un montant de CHF 48'540.-, ce qui conduisait à une perte de gain s'élevant à CHF 11'424.-, et dès lors à un degré d'invalidité de 20%, insuffisant pour donner droit à une rente d'invalidité.

## C.

**C.a** Par acte du 20 janvier 2016 (TAF pce 1), l'intéressé, représenté par Maître Christine Graa (voir la procuration du 2 décembre 2015 ; TAF pce 1

[annexe 3]), a interjeté recours contre la décision de l'OAIE auprès du Tribunal administratif fédéral (ci-après : le Tribunal).

Dans son recours, l'intéressé a fait valoir que l'activité d'employé de bureau était peu adaptée aux limitations fonctionnelles retenues, dans la mesure où il ne pouvait garder une position statique plus d'une heure. Ensuite, il a relevé que l'expertise du 10 avril 2013 lui avait reconnu une capacité de travail de 90% dans une activité adaptée, et non une pleine activité. Il a de plus relevé que la Dresse G. \_\_\_\_\_ lui avait reconnu, dans son rapport médical du 3 août 2015, une capacité de travail de 50% dans une telle activité, et que c'était à tort que le médecin SMR avait écarté ce rapport en indiquant que l'état de santé du recourant n'avait pas changé. Il a encore fait valoir que l'autorité inférieure n'avait pas tenu compte du fait qu'il était dépressif, ce qu'il avait fait valoir dans son opposition du 27 octobre 2015. S'agissant de ses chances de pouvoir réintégrer le marché du travail, le recourant a relevé que celles-ci étaient nulles, dans la mesure où il ne disposait d'aucun diplôme et présentait des lacunes incompatibles avec l'exercice d'une profession d'employé de bureau, et qu'il ne pouvait porter une tenue de travail adéquate en raison de son affection cutanée ni rester en position assise plus de 30 minutes. Subsidièrement, il a relevé que si une capacité de travail dans une activité adaptée devait lui être reconnue, celle-ci ne saurait dépasser les 50% retenus par la Dresse G. \_\_\_\_\_, voir les 90% retenus par le Dr H. \_\_\_\_\_ ; il a par ailleurs relevé qu'il fallait procéder à un abattement de 25% sur son salaire d'invalidé. En outre, il a conclu, à nouveau à titre subsidiaire, à la mise en œuvre d'une expertise pluridisciplinaire. Enfin, il a requis l'octroi de l'assistance judiciaire totale.

Il a en particulier joint à son recours les documents médicaux suivants :

- un certificat médical établi à la demande de l'intéressé en date du 12 décembre 2015 par le Dr V. \_\_\_\_\_, psychiatre – psychothérapeute, indiquant que le recourant présente un état anxio-dépressif réactionnel, une impulsivité s'étant traduite par un passage à l'acte violent et un sentiment sensitif de persécution en rapport avec *«cette accumulation de difficultés qu'il présente sans vraiment concevoir la part qui lui revient dans ce cortège de malheurs »* (sic).
- une déclaration de consentement général au bénéfice du Dr W. \_\_\_\_\_, signée par le recourant en date du 18 janvier 2016,

- et une convocation non datée pour une intervention sous anesthésie locale en date du 9 février 2016 auprès du Dr W.\_\_\_\_\_, chirurgie osseuse et articulaire,

**C.b** Par courrier du 22 mars 2016, l'intéressé a encore transmis au Tribunal de céans un compte-rendu opératoire de l'intervention pratiquée le 9 février 2016 par le Dr W.\_\_\_\_\_, faisant état d'une exérèse suivie de suture cutanée sous anesthésie locale, en rapport avec les lésions cutanées et sous-cutanées de la cuisse gauche et du front (TAF pce 3).

**C.c** Par décision incidente du 6 avril 2016, le Tribunal a octroyé l'assistance judiciaire totale au recourant (TAF pce 5).

**C.d** En date du 4 avril 2016, le recourant a transmis au Tribunal des documents émis par un institut de sécurité social français, retenant chez lui une incapacité de travail de 2/3 et lui octroyant, sur cette base, une rente mensuelle de 266 euros (TAF pce 6).

**C.e** Dans sa réponse datée du 20 avril 2016, l'autorité inférieure a conclu au rejet du recours et à la confirmation de la décision attaquée. L'OAIE a renvoyé pour ce faire aux conclusions émises par l'Office cantonal en date du 11 avril 2016 (TAF pce 9). Ledit Office a en particulier justifié sa position en relevant tout d'abord qu'il avait déjà indiqué les raisons pour lesquelles le rapport de la Dresse G.\_\_\_\_\_ – qui n'était au demeurant pas médecin spécialiste – n'était pas en mesure de mener à une appréciation médicale différente (en particulier du fait qu'aucune « modification fondamentale et univoque du status clinique sur le versant des lombosciatalgies » justifiant une baisse à 50% de la capacité de travail dans une activité adaptée n'avait été constatée). En outre, le médecin SMR avait déjà indiqué les raisons pour lesquelles les inguinales et la maladie de Verneuil n'étaient pas susceptibles de modifier la capacité de travail. Ensuite, l'Office cantonal a soutenu que c'était à juste titre que la formation du recourant avait été interrompue, dans la mesure où celui-ci ne s'était pas montré disposé à mettre en valeur sa capacité de travail. Enfin, l'Office a relevé que les arguments apportés par le recourant quant à sa capacité à se réinsérer dans le marché du travail n'étaient pas susceptibles de conduire à un abattement de 25% de son salaire d'invalidé.

**C.f** Par réplique du 30 mai 2016 (TAF pce 12), l'intéressé a une nouvelle fois soutenu que c'était à tort que l'Office cantonal lui avait retenu une capacité de travail de 100% dans une activité adaptée, dans la mesure où l'expertise du 10 avril 2013 faisait état d'une capacité de travail de 90%. Il

a en outre relevé que cette expertise, de 2013, ne tenait pas compte de la détérioration de son état de santé apparue par la suite. Par ailleurs, il a fait valoir que ce n'était pas son comportement, mais ses problèmes de santé qui avaient mené à une interruption de sa formation.

Il a encore notamment joint à sa réplique plusieurs certificats d'arrêts de travail, établis par le Dr D. \_\_\_\_\_ entre le 9 février 2014 et le 1<sup>er</sup> mai 2016, ainsi que deux avis d'arrêt de travail de l'Hôpital X. \_\_\_\_\_ (13 novembre 2014) et du Centre hospitalier du L. \_\_\_\_\_ (17 novembre 2014).

**C.g** Dans sa duplique du 24 juin 2016 (TAF pce 14), l'autorité inférieure, se référant à la prise de position de l'Office cantonal du 20 juin 2016, a notamment relevé que l'expertise du 10 avril 2013 prévoyait une éventuelle baisse de rendement de 10% au vu de la lenteur dans les mouvements. Or dans un contexte de travail comme employé de bureau, cette baisse de 10% n'influçait pas la capacité de travail. Dès lors, c'était à juste titre qu'un taux de 100% dans une activité adaptée avait été retenu ; par ailleurs, l'Office a relevé que même si un taux de 90% devait être admis, le préjudice économique en résultant serait toujours insuffisant pour ouvrir le droit à la rente d'invalidité. S'agissant des documents médicaux nouvellement versés, l'Office cantonal a relevé qu'ils n'apportaient pas d'éléments médicaux inconnus jusqu'alors ; il a par ailleurs relevé que le Dr D. \_\_\_\_\_ leur avait explicitement indiqué avoir émis des certificats de complaisance, et que la pertinence des avis médicaux de ce médecin devaient dès lors être remise en cause.

**C.h** Dans ses observations du 2 août 2016, l'intéressé a soutenu que la baisse de rendement de 10% retenue dans l'expertise du 10 avril 2013 entraînait au contraire en ligne de compte dans le cadre d'une activité de bureau, et que par ailleurs, le fait de limiter la position assise à une heure était incompatible avec une telle activité (TAF pce 17).

**C.i** Par prise de position du 7 septembre 2016 (1<sup>er</sup> septembre 2016 s'agissant de l'Office cantonal), l'autorité inférieure a relevé que les médecins SMR avaient admis l'adéquation de l'activité lucrative d'assistant de bureau avec les problèmes de santé du recourant (TAF pce 19).

**C.j** En date du 10 octobre 2016 (TAF pce 21), l'intéressé a transmis au Tribunal de céans deux certificats médicaux établis les 1<sup>er</sup> et 7 octobre 2016 par la Dresse Y. \_\_\_\_\_, médecin généraliste, retenant comme diagnostics une protusion lombaire post-chute avec sciatgie gauche et (...) droite, ainsi qu'une maladie de Verneuil ; il y était indiqué que

l'intéressé présentait des difficultés dans les déplacements et qu'il devait changer régulièrement de position. La médecin concluait à une incapacité totale de travail dans toute activité.

**C.k** Dans sa prise de position du 9 novembre 2016 (1<sup>er</sup> novembre 2016 s'agissant de l'Office cantonal), l'autorité inférieure a retenu que ces documents n'étaient pas en mesure de remettre en cause son appréciation (TAF pce 23).

#### **D.**

Par courrier daté du 8 décembre 2017, l'autorité inférieure transmet, à la demande du Tribunal de céans, un extrait du Compte individuel du recourant ; celui-ci fait état d'une période totale de cotisations de 41 mois (versées entre les années 2004 et 2015 [TAF pce 32]).

#### **Droit :**

##### **1.**

**1.1** Au vu de l'art. 31 de la loi du 17 juin 2005 sur le Tribunal administratif fédéral (LTAF, RS 173.32), en relation avec l'art. 33 let. d LTAF et l'art. 69 al. 1 let. b LAI, le Tribunal administratif fédéral connaît des recours interjetés par les personnes résidant à l'étranger contre les décisions prises par l'OAIE. Demeurent réservées les exceptions – non réalisées en l'espèce – prévues à l'art. 32 LTAF.

**1.2** Selon l'art. 37 LTAF, la procédure devant le Tribunal administratif fédéral 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. Or, en vertu de l'art. 3 let. d<sup>bis</sup> 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. A cet égard, conformément à l'art. 2 LPGA en relation avec l'art. 1 al. 1 LAI, les dispositions de la LPGA s'appliquent à l'assurance-invalidité (art. 1a à 26<sup>bis</sup> et art. 28 à 70 LAI), 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** En outre, déposé en temps utile et dans les formes requises par la loi (art. 60 LPGA et art. 52 PA), le recours est recevable.

**2.**

En vertu de l'art. 40 al. 2 du règlement sur l'assurance-invalidité (RAI, RS 831.201), 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 – dans le cas concret il s'agit de de l'Office de l'assurance-invalidité pour le canton B.\_\_\_\_\_, l'assuré ayant travaillé en tant que frontalier dans ce canton (voir *supra*, let. A). En revanche, selon l'art. 40 al. 2 *in fine* RAI, c'est l'OAIE qui notifie les décisions.

**3.**

**3.1** Le recourant est citoyen d'un Etat membre de la Communauté européenne. Est dès lors applicable à la présente cause, en raison de son aspect transfrontalier, l'accord, entré en vigueur le 1<sup>er</sup> juin 2002, entre la Suisse et la Communauté européenne et ses Etats membres sur la libre circulation des personnes du 21 juin 1999 (ALCP, RS 0.142.112.681), dont l'annexe II règle la coordination des systèmes de sécurité sociale. Dans ce contexte, l'ALCP fait référence depuis le 1<sup>er</sup> avril 2012 au règlement (CE) n° 883/2004 du Parlement européen et du Conseil du 29 avril 2004 portant sur la coordination des systèmes de sécurité sociale (RS 0.831.109.268.1), ainsi qu'au règlement (CE) n° 987/2009 du Parlement européen et du Conseil du 16 septembre 2009 fixant les modalités d'application du règlement (CE) n° 883/2004 (RS 0.831.109.268.11 ; art. 1 al. 1 de l'annexe II en relation avec la section A de l'annexe II), applicables *in casu*. Conformément à l'art. 4 du règlement n° 883/2004, à moins que le règlement n'en dispose autrement, les personnes auxquelles ce règlement s'applique bénéficient en principe des mêmes prestations et sont soumises aux mêmes obligations, en vertu de la législation de tout Etat membre, que les ressortissants de celui-ci. Comme avant l'entrée en vigueur de l'ALCP, le degré d'invalidité d'un assuré qui prétend à une rente de l'AI suisse est déterminé exclusivement d'après le droit suisse ; l'octroi d'une rente étrangère d'invalidité ne préjuge pas l'appréciation de l'invalidité selon la loi suisse (art. 46 al. 3 du règlement n° 883/2004, en relation avec l'annexe VII dudit règlement ; ATF 130 V 253 consid. 2.4 ; arrêt du Tribunal fédéral I 376/05 du 5 août 2005 consid. 3.1), étant précisé que la documentation médicale et administrative fournie par les institutions de sécurité sociale d'un autre Etat membre doit être prise en considération (art. 49 al. 2 du règlement n° 987/2009).

**3.2** S'agissant du droit interne, la présente cause doit être examinée à l'aune des dispositions de la LAI et de son règlement d'exécution telles que modifiées par la 6<sup>e</sup> révision de l'AI (premier volet), entrées en vigueur le 1<sup>er</sup> janvier 2012 (RO 2011 5659, FF 2010 1647).

**4.**

Le litige porte en l'espèce sur le droit du recourant à une rente de l'AI suisse, en particulier sur le point de savoir si les affections dont il est victime ont pu entraîner une incapacité de travail suffisante pour ouvrir le droit à celle-ci.

**5.**

Tout requérant, pour avoir droit à une rente de l'assurance-invalidité suisse, doit remplir cumulativement les conditions suivantes : d'une part être invalide au sens de la LPGA et de la LAI (art. 8 LPGA ; art. 4, 28, 28a, 29 al. 1 LAI) ; d'autre part compter au moins trois années entières de cotisations (art. 36 al. 1 LAI). En l'espèce, le recourant a versé des cotisations à l'AVS/AI pendant plus de trois ans au total (voir *supra*, let. D), et remplit par conséquent la condition de la durée minimale de cotisations. Il reste donc à examiner s'il est invalide au sens de la LAI.

**6.**

L'invalidité au sens de la LPGA et de la LAI est l'incapacité de gain totale ou partielle qui est présumée permanente ou de longue durée, qui peut résulter d'une infirmité congénitale, d'une maladie ou d'un accident (art. 8 al. 1 LPGA, art. 4 al. 1 LAI). Selon l'art. 7 LPGA, est réputée incapacité de gain toute diminution de l'ensemble ou d'une partie des possibilités de gain de l'assuré sur un marché du travail équilibré dans son domaine d'activité, 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. 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 (art. 6 LPGA).

L'assurance-invalidité suisse couvre ainsi seulement les pertes économiques liées à une atteinte à la santé physique ou psychique, et non la maladie en tant que telle (ATF 116 V 246 consid. 1b). En d'autres termes, l'objet assuré n'est pas l'atteinte à la santé, mais les conséquences économiques de celle-ci, à savoir une incapacité de gain probablement permanente ou de longue durée.

## 7.

Le Tribunal constate, dans un premier temps, que si le bien-fondé de l'interruption des mesures de réadaptation n'a pas été directement mis en cause dans le recours, force est de constater que l'intéressé fait valoir, dans sa réplique du 30 mai 2016, que c'est en raison de ses problèmes de santé et non de son comportement que lesdites mesures ont été interrompues (voir *supra*, let. C.f). Par souci de complétude, le Tribunal examinera donc si c'est à bon droit que l'autorité inférieure a mis fin aux mesures de réadaptation, et pour quels motifs.

**7.1** Sur la base de l'art. 7 al. 2 LAI, l'assuré se doit de participer activement à la mise en œuvre de toutes les mesures raisonnablement exigibles contribuant soit au maintien de son emploi actuel, soit à sa réadaptation à la vie professionnelle ou à l'exercice d'une activité comparable (travaux habituels). Il s'agit en particulier, selon l'al. 2 let. c, de mesures d'ordre professionnel (art. 15 à 18 et 18b LAI).

Aux termes de l'art. 7b al. 1 LAI, les prestations peuvent être réduites ou refusées si l'assuré a manqué aux obligations prévues à l'art. 7 LAI ou à l'art. 43 al. 2 LPGA, et ce conformément à l'art. 21 al. 4 LPGA. Selon la dernière disposition citée, une telle sanction entre en ligne de compte lorsque l'assuré se soustrait ou s'oppose, ou encore ne participe pas spontanément, dans les limites de ce qui peut être exigé de lui, à un traitement ou à une mesure de réinsertion professionnelle raisonnablement exigible et susceptible d'améliorer notablement sa capacité de travail ou d'offrir une nouvelle possibilité de gain. L'art. 21 al. 4 LPGA prévoit en outre que ne peuvent être exigés les traitements et les mesures de réadaptation qui présentent un danger pour la vie ou pour la santé, sont impossibles ou irréalistes, ou encore sont voués à l'échec.

Par ailleurs, la procédure de sommation prévue à l'art. 21 al. 4 LPGA constitue un préalable incontournable à une réduction ou à une suppression des prestations. Elle est nécessaire même si l'assuré déclare d'emblée s'opposer à une mesure de réadaptation (ATF 134 V 189 consid. 2.3; 122 V 21).

**7.2** En l'espèce, il ressort des pièces figurant au dossier que les mesures de réadaptation octroyées au recourant ont été interrompues en raison, d'une part, de son comportement jugé inadéquat et, d'autre part, de son refus de vouloir reprendre sa formation à un taux de 100% (voir *supra*, let. B.g – B.o). S'agissant en particulier de ce deuxième point, le Tribunal constate que le Dr D.\_\_\_\_\_, à savoir le médecin traitant du recourant,

qui était pourtant le seul praticien à affirmer, durant l'année 2014, que son patient présentait une incapacité de 50%, a spontanément informé l'Office, en date du 12 janvier 2015 (voir *supra*, let. B.i), du 21 janvier 2015 (voir *supra*, let. B.m) et du 17 février 2015 (voir *supra*, let. B.n), que les certificats faisant état d'une telle incapacité de 50% avaient été établis à la demande de son patient, et que ce dernier cherchait en réalité à éviter de devoir travailler.

Ainsi, et bien qu'il ressorte des éléments figurant au dossier que la capacité de travail du recourant dans une activité adaptée se situe plutôt aux environs de 90% que de 100% (voir *infra*, consid. 11.2.2), il n'en demeure pas moins que le recourant était dans tous les cas en mesure de se soumettre à des mesures de réadaptation à un taux largement supérieur à celui de 50% auquel il prétendait, de sorte qu'il a dans tous les cas manifesté par son comportement un refus de se soumettre aux mesures qui pouvaient être raisonnablement exigées de lui. On ne saurait dès lors admettre, comme l'affirme le recourant, que les mesures de réadaptation ont été interrompues en raison de ses problèmes de santé ; au contraire, il ressort d'un nombre conséquent de documents et d'avis exprimés dans le dossier de l'intéressé que celui-ci a entraîné, du fait de son comportement, la sanction prévue à l'art. 7b al. 1 LAI, et ce en ne se soumettant pas, voire en cherchant à se soustraire aux mesures qui pouvaient être raisonnablement exigées de lui (en plus de présenter un comportement inadéquat largement relayé dans plusieurs documents figurant au dossier ; voir *supra*, let. B.g).

L'autorité inférieure ayant par ailleurs pris soin de procéder à une procédure de sommation en enjoignant l'intéressé de reprendre ces mesures au taux qui lui était demandé (voir *supra*, let. B.i, B.j), c'est dès lors à juste titre que l'autorité inférieure a mis fin aux mesures de réadaptation, celles-ci n'ayant pas été interrompues en raison de l'état de santé de l'assuré mais d'un défaut de collaboration de sa part. Au vu de l'impossibilité de poursuivre les mesures de réadaptation, il s'imposait dès lors pour l'autorité inférieure de procéder à l'examen de la demande de prestations du recourant sous l'angle de son éventuel droit à une rente d'invalidité.

## **8.**

Conformément à l'art. 28 al. 1 LAI, le droit à une rente naît dès que l'assuré ne peut rétablir, maintenir ou améliorer sa capacité de gain au moyen de mesures de réadaptation raisonnablement exigibles (let. a), présente une incapacité de travail de 40% au moins pendant une année sans interruption

notable (let. b) et, au terme de cette année, est invalide à 40% au moins (let. c). Cela signifie que le droit à une rente peut prendre naissance, pour autant que toutes les autres conditions soient remplies, au plus tôt après une année d'incapacité de travail ininterrompue d'au moins 40% en moyenne (MICHEL VALTERIO, Droit de l'assurance-vieillesse et survivants [AVS] et de l'assurance-invalidité [AI], Genève, Zurich, Bâle 2011, n. m. 2021). Enfin, selon la réglementation prévue à l'art. 29 al. 1 LAI, la rente auquel un assuré a droit peut être versée au plus tôt à l'échéance d'une période de six mois à compter de la date à laquelle l'assuré a fait valoir son droit aux prestations conformément à l'art. 29 al. 1 LPG. En l'espèce, l'incapacité de travail du recourant étant survenue au mois de juin 2011 (voir *supra*, let. A), et celui-ci ayant déposé une demande de prestations au mois de juin 2012 (voir *supra*, let. B.a), la rente peut être versée au plus tôt à compter du mois de décembre 2012.

Dans le cadre de l'art. 28 al. 1 let. b LAI, l'incapacité de travail peut être définie plus précisément comme la perte fonctionnelle, due à une atteinte à la santé, de la capacité de rendement de l'assuré dans sa profession. (MICHEL VALTERIO, op. cit., n. m. 2025).

Aux termes de l'art. 28 al. 2 LAI, l'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.

## 9.

Pour pouvoir déterminer la capacité de travail d'un assuré et évaluer son invalidité, l'administration, ou le juge en cas de recours, a besoin de documents que le médecin ou éventuellement d'autres spécialistes doivent lui fournir (ATF 117 V 282 consid. 4a) et sur lesquels elle s'appuiera, sous peine de violer le principe inquisitoire (arrêts du Tribunal fédéral 8C\_623/2012 du 6 décembre 2012 consid. 1 et I 733/06 du 16 juillet 2007 consid. 4.2.1). Le Tribunal fédéral a jugé en effet que les données fournies par les médecins constituent un élément utile pour déterminer quels travaux peuvent encore être exigés de l'assuré, quand bien même la notion d'invalidité est de nature économique/juridique et non médicale (ATF 125 V 256 consid. 4, ATF 115 V 133 consid. 2, ATF 114 V 310 consid. 3c, ATF 105 V 156 consid. 1; voir *supra* consid. 6).

La tâche du médecin consiste à porter un jugement sur l'état de santé et à indiquer dans quelle mesure et pour quelles activités l'assuré est incapable de travailler. Il lui appartient de décrire les activités que l'on peut encore

raisonnablement attendre de l'assuré compte tenu de ses atteintes à la santé, en exposant les motifs qui le conduisent à retenir telle ou telle limitation de la capacité de travail. Lorsqu'il est clair d'emblée que l'exercice d'activités relativement variées est encore exigible de l'intéressé, un renvoi général à un marché du travail équilibré, structuré de telle sorte qu'il offre un éventail d'emplois diversifié, est suffisant (arrêt du Tribunal fédéral I 636/06 du 22 septembre 2006 consid. 3.2; Pratique VSI 6/1998 p. 296 consid. 3b).

Le juge des assurances sociales, quant à lui, 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. En présence d'avis médicaux contradictoires, il doit indiquer les motifs pour lesquels il se fonde sur une appréciation plutôt que sur une autre. A cet égard, l'élément décisif pour apprécier la valeur probante d'une pièce médicale n'est en principe ni son origine, ni sa désignation sous la forme d'un rapport ou d'une expertise, mais bel et bien son contenu. Il importe, pour conférer pleine valeur probante à un rapport médical, que les points litigieux importants aient fait l'objet d'une étude circonstanciée, que le rapport se fonde sur des examens complets, qu'il prenne également en considération les plaintes exprimées par la personne examinée, qu'il ait été établi en pleine connaissance de l'anamnèse, que la description du contexte médical et l'appréciation de la situation médicale soient claires et enfin que les conclusions de l'expert soient dûment motivées (ATF 125 V 351 consid. 3a et les références).

La jurisprudence a posé des lignes directrices s'agissant de la manière d'apprécier certains types d'expertises ou de rapports médicaux. Ainsi, le juge ne s'écarte en principe pas sauf motifs impératifs des conclusions d'une expertise médicale mise en œuvre par une autorité conformément aux règles de procédure, dans la mesure où la tâche de l'expert est 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 352, consid. 3b ; ATF 118 V 286, consid. 1b). Selon la jurisprudence, peut constituer une raison de s'écarter d'une expertise le fait que celle-ci contient des contradictions ou lorsque d'autres spécialistes émettent des opinions contraires aptes à mettre sérieusement en doute la pertinence des déductions de l'expert (ATF 125 V 351, cons. 3b ; ATF 118 V 220, consid. 1b et les références ; arrêt du Tribunal fédéral I 131/03 du 22 mars 2004, consid. 2.2). Le simple fait qu'un avis médical divergent ait été produit par la personne assurée – même émanant d'un spécialiste – ne suffit cependant 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). Au sujet des rapports établis par les médecins traitants, il est constant que ceux-ci sont généralement enclin, en cas de doute, à prendre parti pour leur patient en raison de la relation de confiance qui les unit à ce dernier (ATF 125 V 351 consid. 3b/cc et les références citées). 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 d'émettre des doutes quant à sa valeur probante (ATF 125 V 351 consid. 3b/dd ; arrêt du Tribunal fédéral 9C\_24/2008 du 27 mai 2008 consid. 2.3.2 ; Plädoyer 2009 p. 72 ss).

## 10.

Selon le principe inquisitoire qui régit la procédure administrative (art. 43 al. 1 LPGA), de même que la procédure devant le Tribunal administratif fédéral (art. 37 LTAF) dans le domaine des assurances sociales, l'autorité doit établir d'office les faits déterminants (art. 12 PA ; ATF 110 V 199 consid. 2b, ATF 105 Ib 114 ; PIERRE MOOR, Droit administratif, vol. II, 3e éd., Berne 2011, ch. 2.2.6.3). Elle administre les preuves nécessaires et les apprécie librement (art. 19 PA en rapport avec l'art. 40 de la loi fédérale de procédure civile fédérale du 4 décembre 1947 [LPC, RS 273]; art. 61 let. c LPGA). Elle peut toutefois considérer qu'un fait est prouvé et renoncer à de plus amples mesures d'instruction lorsqu'au terme d'un examen objectif, elle ne conçoit plus de doutes sérieux sur l'existence de ce fait. Si de tels doutes subsistent, il lui appartient de compléter l'instruction de la cause, pour autant que l'on puisse attendre un résultat probant des mesures d'instruction entrant raisonnablement en considération (arrêt du Tribunal fédéral 9C\_574/2009 du 5 mars 2010 consid. 5 et les références). Dans ce contexte, le Tribunal fédéral a précisé que lorsque l'administration devait se prononcer sur la capacité de travail d'un assuré, elle devait appuyer son évaluation sur des rapports médicaux concluants qui permettaient de confirmer que l'appréciation des preuves avait été faite de manière globale et objective. Dans la mesure où de tels documents font défaut ou sont contradictoires, des investigations complémentaires s'avèrent indispensables, faute de quoi il y a lieu de conclure à une violation du principe inquisitoire (arrêts du Tribunal fédéral 8C\_672/2010 du 27 septembre 2010 consid. 1.3 et 9C\_818/2010 du 5 novembre 2010 consid. 2.2 in fine).

## 11.

**11.1.1** Il est en l'espèce admis que l'intéressé souffre tout d'abord de lombo-pseudo-sciatalgies gauches chroniques, de discopathies lombaires,

d'une hernie inguinale bilatérale, ainsi que d'un traumatisme de la cheville gauche (voir en particulier : expertise du Dr H. \_\_\_\_\_ du 10 avril 2013, rapport médical de la Dresse G. \_\_\_\_\_ du 23 août 2012, scanner du Dr F. \_\_\_\_\_ du 13 juillet 2011 [voir *supra*, let. B.b] ; voir encore le second rapport de la Dresse G. \_\_\_\_\_ du 3 août 2015 [*supra*, let. B.p], et enfin l'avis médical SMR du 11 juillet 2013 qui retient aussi ces diagnostics [voir *supra*, let. B.c]). Ensuite, il n'est pas contesté que le recourant a présenté deux nouvelles atteintes à compter de l'année 2014 (voir avis SMR du 25 août 2015 [*supra*, B.q]), à savoir, d'une part, une augmentation des inguinalgies en lien avec les anciennes cures d'hernie inguinale et, d'autre part, une maladie de Verneuil au niveau des cuisses et ayant entraîné des excisions de kystes (voir notamment : courrier du Dr M. \_\_\_\_\_ du 17 novembre 2014 [*supra*, let. B.g], document du Dr Q. \_\_\_\_\_ daté du 30 janvier 2015 [voir *supra*, let. B.i], avis d'arrêt de travail du Dr R. \_\_\_\_\_ du 18 mars 2015 [voir *supra*, let. B.p], rapport de la Dresse G. \_\_\_\_\_ du 3 août 2015, qui constate encore une obésité morbide [voir *supra*, let. B.p]).

**11.1.2** En outre, le recourant a produit en cours de procédure un certificat médical établi par le Dr V. \_\_\_\_\_ le 12 décembre 2015, posant comme diagnostic un état anxio-dépressif réactionnel (voir *supra*, let. C.a).

Or s'agissant de cette dernière atteinte, le Tribunal relève tout d'abord que dans le cadre de l'examen du droit aux prestations, il ne peut en principe prendre en considération que les rapports médicaux établis antérieurement à la décision attaquée, à moins que des rapports établis ultérieurement permettent de mieux comprendre la situation de santé et de capacité de travail de l'intéressée jusqu'à la décision dont est recours (ATF 129 V 1 consid. 1.2, ATF 121 V 362 consid. 1b). Concernant les faits survenus postérieurement, et qui ont modifié cette situation, ils doivent normalement faire l'objet d'une nouvelle décision administrative (ATF 117 V 287 consid. 4).

Dès lors, ce certificat, qui ne répond par ailleurs pas aux exigences posées par la jurisprudence afin de se voir attribuer de valeur probante (voir *supra*, consid. 9), fait état d'une nouvelle atteinte à la santé, celle-ci constituant ainsi un fait survenu postérieurement qui doit être écarté d'emblée.

**11.2** En ce qui concerne la capacité de travail du recourant, le Tribunal constate que si les médecins SMR ont conclu que l'incapacité était totale dans l'activité habituelle de boulanger (reprenant en particulier les avis des Drs H. \_\_\_\_\_ et G. \_\_\_\_\_ dans leurs rapports du 10 avril 2013, respectivement du 23 août 2012 et du 3 août 2015 [*supra*, let. B.b, B.p]),

ils ont en revanche retenu une pleine capacité de travail dans une activité adaptée, et ce tant avant l'apparition des nouvelles atteintes à la santé (voir *supra*, let. B.c), qu'après la survenance de celles-ci en 2014 (voir *supra*, let. B.q).

**11.2.1** Dans un premier temps, le Tribunal constate que parmi les quatre médecins qui se sont concrètement prononcés sur la question de la capacité de travail dans une activité adaptée, les indications émises par le Dr D.\_\_\_\_\_, médecin traitant du recourant, doivent être examinées avec prudence. En effet, si ledit médecin a fait état à plusieurs reprises d'une incapacité de 50% dans toute activité, il a en revanche déclaré par la suite avoir émis ces certificats à la demande de son patient, alors qu'il considérait lui-même que ce dernier présentait une pleine capacité de travail dans une activité adaptée (voir *supra*, let. B.k, B.m). Le questionnaire médical qu'il a rempli en date du 21 janvier 2015 à la demande de l'Office cantonal confirme par ailleurs ses déclarations, dans la mesure où ledit questionnaire fait état d'une pleine capacité dans l'activité d'employé de bureau (voir *supra*, let. B.i), avant de se rétracter à nouveau par la suite (voir *supra*, let. C.f). Au vu de ces éléments, le Tribunal ne saurait dès lors reconnaître de valeur probante aux documents médicaux établis par ce médecin, en particulier à ceux faisant état d'une incapacité de 50%.

**11.2.2** Ensuite, il ressort du dossier que les médecins SMR ont conclu à une pleine capacité de travail dans une activité adaptée sur la base de l'expertise du 10 avril 2013 établie par le Dr H.\_\_\_\_\_ (voir *supra*, let. B.b, B.c). S'agissant de la qualité de cette expertise, le Tribunal ne peut que constater que celle-ci, motivée, dont les conclusions sont claires, qui se fonde sur des examens complets en prenant en considération les plaintes exprimées par le recourant, et qui a en outre été établie en pleine connaissance de l'anamnèse, peut se voir attribuer pleine valeur probante (voir *supra*, consid. 9). En revanche, le Tribunal constate, à la lecture de ladite expertise, que le Dr H.\_\_\_\_\_ n'y retient pas une pleine capacité dans une activité adaptée, mais une capacité de 90% ; s'il nuance certes ses indications en affirmant que la capacité de travail « *est de 90%, ceci en tenant compte de sa diminution de rendement qui reste liée à la diminution de vitesse d'exécution de certaines tâches impliquant le rachis et la prise éventuelle de pauses supplémentaires* » (Al doc 29 p. 9), il n'en reste pas moins que l'argumentation tenue par l'autorité inférieure par la suite – à savoir que l'expertise du 10 avril 2013 prévoyait une éventuelle baisse de rendement de 10% au vu de la lenteur dans les mouvements, et que dans un contexte de travail comme employé de bureau, cette baisse

de 10% n'influçait pas la capacité de travail – peine à convaincre. En effet, on ne saurait voir en quoi l'activité d'employé de bureau, qui est, selon l'avis même de l'autorité inférieure, une activité parfaitement adaptée à l'état de santé du recourant, ne conduirait pas à une telle baisse de rendement de 10% indiquée par le Dr H. \_\_\_\_\_, alors que celui-ci prévoit une telle diminution précisément dans le cadre d'une activité adaptée. Force est dès lors de constater qu'il ressort de cette expertise que l'intéressé présentait, à la date de son établissement, soit au 10 avril 2013, une incapacité totale de travail dans l'activité habituelle, et une incapacité de 10% dans une activité adaptée, y compris dans celle d'employé de bureau.

**11.2.3** S'il n'y a pas lieu de remettre en cause le taux d'incapacité de travail fixé par le Dr H. \_\_\_\_\_, il reste encore à examiner si le degré d'incapacité dans une activité adaptée ne se serait pas dégradé par la suite, en raison des nouvelles atteintes somatiques qui n'ont été constatées chez le recourant qu'à compter de l'année 2014, à savoir la maladie de Verneuil et l'augmentation des inguinalgies en lien avec les anciennes cures d'hernie inguinale (voir *supra*, consid. 11.1.1). Le recourant fait en effet valoir, sur la base notamment du rapport médical établi par la Dresse G. \_\_\_\_\_ en date du 3 août 2015, que son taux d'incapacité s'est largement dégradé entre l'année 2013 et l'année 2015. Se pose dès lors la question de savoir si le Tribunal peut se rallier à ce nouveau document médical.

À la lecture dudit rapport, il convient tout d'abord de constater que celui-ci présente peu de différences avec le premier rapport établi par la Dresse G. \_\_\_\_\_ en date du 23 août 2012 (ce dernier ayant été par ailleurs pris en compte dans le cadre de l'expertise du Dr H. \_\_\_\_\_ [voir AI doc 29 p. 3]). En effet, les limitations fonctionnelles retenues sont les mêmes, tant du point de vue technique (marche avec boiterie modérée à gauche, absence de steppage, raideur lombaire avec attitude antalgique en antéflexion du tronc, déficit des releveurs du pied gauche [marche sur des talons impossible à tenir à gauche], abolition du réflexe achilléen gauche, absence d'hypoesthésie objective, lasègue positif à 40° à gauche, absence d'éléments de la lignée vasculaire) que de celui des limitations à prendre concrètement en compte dans une activité professionnelle (impossibilité de soulever des charges supérieures à 10 kg, de se tenir en station debout prolongée, ainsi que de répéter des mouvements en antéflexion du tronc). Les seules véritables différences sont un BMI passant de 38 à 48, et une nécessité, s'agissant spécifiquement de la maladie de Verneuil, d'alterner les positions de travail afin d'éviter la stase lymphatique et de porter des

vêtements en coton lâches, larges et confortables (comparer les rapports de la Dresse G. \_\_\_\_\_ [*supra*, let. B.b et B.p]).

Constatant ces similitudes entre les deux rapports de la Dresse G. \_\_\_\_\_, le médecin SMR a, en date du 25 août 2015, retenu l'absence de modification de la capacité de travail du recourant, en précisant que l'augmentation des inguinalgies en lien avec les anciennes cures d'hernie inguinale n'impliquait qu'une intervention chirurgicale et une incapacité de travail post-opératoire de deux mois (voir *supra*, let. B.q). Le Tribunal constate que cet avis est convaincant, dans la mesure où l'on ne saurait retenir que l'obligation pour le recourant de devoir porter des pantalons adaptés et de devoir subir un arrêt de travail d'environ deux mois constituerait une dégradation de la capacité de travail de celui-ci. Par ailleurs, l'autre différence qui s'observe entre les deux rapports de la Dresse G. \_\_\_\_\_, à savoir l'ajout d'un diagnostic d'obésité morbide, fait état d'une affection qui n'est pas susceptible de se répercuter sur le degré d'invalidité du recourant (arrêt du Tribunal fédéral I\_745/06 du 21 mars 2007 consid. 3.1). Ce rapport ne permet ainsi pas de conclure à une capacité de travail inférieure à 90% dans une activité adaptée, dans la mesure où la capacité de travail de 50% dont il fait état se révèle particulièrement peu motivée et convaincante ; on notera par ailleurs que la médecin ayant établi ce document ne possède pas de spécialisation dans la branche médicale concernée, et qu'il n'est pas même certain que ce rapport aurait été établi à la suite d'un examen effectué sur le recourant (voir *supra*, consid. 9).

Enfin, s'agissant des documents médicaux du 1<sup>er</sup> et du 7 octobre 2016 transmis par le recourant au Tribunal de céans en date du 10 octobre 2016 (voir *supra*, let. C.j), celui-ci relève que non seulement ils n'apportent pas de nouveaux éléments s'agissant des limitations fonctionnelles, mais qu'ils ne répondent de plus pas aux conditions posées par la jurisprudence pour se voir reconnaître une quelconque valeur probante (voir *supra*, consid. 9) ; ils peuvent dès lors être légitimement écartés par le Tribunal dans le cadre de l'appréciation de la situation du recourant.

Force est dès lors de constater, pour le Tribunal, qu'aucun des documents médicaux faisant état d'une capacité de travail inférieure à 90% figurant au dossier ne sont susceptibles d'emporter sa conviction, et que c'est ainsi à juste titre que les médecins SMR ont retenu que la capacité de travail du recourant ne s'était pas modifiée depuis l'établissement de l'expertise du 10 avril 2013. En revanche, il faut retenir que la capacité de travail du

recourant s'élève à 90% depuis le 25 juin 2011 (lendemain de l'accident de travail [voir *supra*, let. A]), et non à 100% (voir *supra*, consid. 11.2.2).

## 12.

**12.1** Le taux d'invalidité ne se confond pas nécessairement avec le taux d'incapacité fonctionnelle déterminé par le médecin ; ce sont les conséquences économiques objectives de l'incapacité fonctionnelle qu'il importe d'évaluer (ATF 110 V 273 consid. 4). Ainsi le taux d'invalidité d'une personne exerçant une activité lucrative est fixé d'après la comparaison des revenus prévue par l'art. 16 LPGA : le revenu que l'assuré aurait pu obtenir s'il n'était pas invalide est comparé au moment déterminant avec celui qu'il pourrait obtenir en exerçant l'activité qui peut raisonnablement être exigée de lui sur un marché du travail équilibré (méthode générale). Les deux revenus doivent être déterminés de façon objective. Des aspects étrangers à l'invalidité doivent être soit ignorés, soit pris en considération dans une mesure identique pour les deux revenus de référence (MICHEL VALTERIO, op. cit., n. m. 2061 ; ATF 129 V 222 consid. 4.4). En particulier, les conditions d'une situation de marché du travail difficile ne peuvent affecter l'évaluation de la capacité de travail pour l'examen du droit à une rente de l'AI.

La notion du marché équilibré du travail est, en effet, une notion théorique et abstraite, qui sert de critère de distinction entre les cas tombant sous le coup de l'assurance-chômage et ceux qui relèvent de l'assurance-invalidité. Elle implique, d'une part, un certain équilibre entre l'offre et la demande de main-d'œuvre et, d'autre part, un marché du travail structuré de telle sorte qu'il offre un éventail d'emplois diversifiés. D'après ces critères on déterminera si, dans les circonstances concrètes du cas, l'invalide a la possibilité de mettre à profit sa capacité résiduelle de gain, et s'il peut ou non réaliser un revenu excluant le droit à une rente (ATF 110 V 273 consid. 4b). Pour évaluer l'invalidité, il n'y a pas lieu d'examiner si un invalide peut être placé eu égard aux conditions concrètes du marché du travail, mais uniquement de se demander s'il pourrait encore exploiter sa capacité résiduelle de travail lorsque les places de travail disponibles correspondent à l'offre de la main d'œuvre (arrêts du Tribunal fédéral 9C\_25/2012 du 25 avril 2012 consid. 3.5 ; Pratique VSI 6/1998 p. 296 consid. 3b) La notion de marché équilibré du travail recouvre également les "emplois de niches", à savoir des places de travail dans lesquelles la personne présentant un handicap doit compter sur une certaine bienveillance et un engagement social de la part de son employeur (arrêt du Tribunal fédéral 9C\_775/2009 du 12 février 2010 consid. 4.2.1). On ne

saurait toutefois se fonder sur des possibilités d'emploi irréalistes, ou se borner à prendre en considération un genre d'activité quasiment inconnu du marché du travail. On ne peut en effet parler d'une activité raisonnablement exigible au sens de l'art. 28 al. 2 LAI dans la mesure où elle n'est possible que sous une forme tellement restreinte que le marché du travail général ne la connaît pratiquement pas ou qu'à la condition de concessions irréalistes de la part d'un employeur (arrêts du Tribunal fédéral I 61/05 du 27 juillet 2005 consid. 4.3 avec références). S'il est vrai que des facteurs tels que le manque de formation ou les difficultés linguistiques jouent un rôle non négligeable pour déterminer dans un cas concret les activités que l'on peut encore raisonnablement exiger d'un assuré, ils ne constituent pas des circonstances supplémentaires qui, à part le caractère raisonnablement exigible d'une activité, sont susceptibles d'influencer l'étendue de l'invalidité, même s'ils rendent parfois très difficile la recherche d'une place et, partant, l'utilisation de la capacité de travail résiduelle (arrêts du Tribunal fédéral 9C\_446/2008 du 18 septembre 2008 consid. 3.4 ; 9C\_236/2008 du 4 août 2008 consid. 4.2 ; 8C\_418/2011 du 27 juillet 2011 consid. 3.2 ; 8C\_944/2011 du 17 avril 2012 consid. 3.2). Ceci dit, on ne saurait exiger des assurés qu'ils prennent des mesures incompatibles avec l'ensemble des circonstances objectives et subjectives (arrêt 9C\_313/2007 du 8 janvier 2008 consid. 5.2 in fine et la référence).

**12.2** 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'intéressé 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 de l'Enquête suisse sur la structure des salaires (ESS), publiée par l'Office fédéral de la statistique (OFS ; <http://www.bfs.admin.ch>).

**12.3** Le gain d'invalidé, qui est une donnée théorique, est quant à lui évalué sur la base de statistiques de l'ESS relativement aux activités lucratives médicalement exigibles. 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 (arrêts du Tribunal fédéral I 85/05 du 5 juin 2005 consid. 6 et I 222/05 du 13 octobre 2005 consid. 6). Les données salariales ressortant de statistiques cantonales ou régionales ne sont en revanche pas admissibles (arrêts du Tribunal fédéral I 157/04 du 22 décembre 2004 consid. 3.3.2 et I 194/06 du 28 septembre 2006 consid. 2.2 ; voir encore MICHEL VALTERIO, op. cit., n. m. 2126). 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 pas, à ce titre, de déduction globale supérieure à 25% (ATF 126 V 75 consid. 5). La déduction, qui doit être effectuée globalement, résulte d'une évaluation et doit être brièvement motivée par l'administration. Le juge des assurances sociales ne peut, sans motif pertinent, substituer son appréciation à celle de l'administration (ATF 126 V 75 consid. 6).

**12.4** Enfin, le revenu d'invalidé 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 Tribunal fédéral a aussi précisé qu'un tel moment déterminant se réfère en principe à la date où le droit à la rente aurait pu naître au plus tôt. En outre, les modifications des revenus avant et après invalidité, susceptibles d'influencer le droit à la rente et survenues jusqu'au moment où la décision est rendue, doivent être prises en compte (ATF 132 V 393 consid. 2.1, 129 V 222 consid. 4.1 et 4.4 et 128 V 174).

**12.5** Le recourant fait valoir qu'il ne dispose d'aucun diplôme et présente des lacunes indispensables à l'exercice d'une profession d'employé de bureau, et qu'il ne peut par ailleurs pas porter de tenue de travail professionnellement adéquate en raison de son affection cutanée ni rester en position assise plus de 30 minutes ; il soutient en ce sens qu'il s'impose de procéder à un abattement de 25% sur son salaire d'invalidé.

**12.6** Comme l'a relevé le Tribunal de céans (voir *supra*, consid. 12.1), il s'agit, pour évaluer l'invalidité de l'intéressé, de se demander si celui-ci pourrait, dans les circonstances concrètes du cas, mettre à profit sa capacité résiduelle de gain en vue de réaliser un revenu excluant le droit à une rente. Il n'y a dès lors pas lieu d'examiner s'il pourrait être placé eu égard aux conditions concrètes du marché du travail, mais uniquement de se demander s'il pourrait encore exploiter sa capacité résiduelle de travail lorsque les places de travail disponibles correspondent à l'offre de la main d'œuvre. Or, dans le cas d'espèce, l'autorité inférieure ne s'est pas fondée sur des perspectives d'emplois irréalistes ; au contraire, elle s'est basée sur l'activité de bureau effectuée durant les mesures de reclassement qui ont été interrompues, pour rappel, en raison du comportement tenu par le recourant. L'autorité inférieure a par ailleurs pris en compte les différentes contraintes que devait subir l'intéressé dans l'exercice d'une telle activité (port de pantalons adéquats, nécessité d'alterner les positions). Vu l'absence d'autres éléments susceptibles de conduire à un abaissement du revenu d'invalidé (l'intéressé n'étant par ailleurs âgé que de 38 ans), le

Tribunal ne voit pas de motif de s'écarter de l'appréciation de l'autorité inférieure, qui n'a procédé à aucun abattement.

### 13.

**13.1** En l'espèce, au vu des années séparant le moment où le droit à la rente aurait pu naître au plus tôt et celui où la décision de rejet de la demande de prestations d'invalidité a été rendue, il y a lieu de procéder à une comparaison des revenus avec pour moment déterminant l'année de la naissance du droit à la rente, soit en 2012 (voir *supra*, consid. 8), en indexant toutefois ceux-ci à l'année 2015 (voir *supra*, consid. 12.4).

**13.2** En l'occurrence, l'autorité inférieure a retenu, sur la base du questionnaire pour l'employeur du 17 juillet 2011 (AI doc 11), un salaire avant invalidité annuel s'élevant à CHF 59'964.-, et ce après indexation à l'année 2015 ; en réduisant de ce montant la différence résultant de ladite indexation (à savoir 2.53% ( $[(2226 - 2171) / 2171] \times 100 = 2.53$  ; indice 100 = 1939 ; OFS Tableau T39 Evolution des salaires nominaux, des prix à la consommation et des salaires réels, 1976-2016, Salaires nominaux, Hommes), l'on constate que l'autorité inférieure a conclu que l'intéressé percevait en 2011 un revenu mensuel de CHF 4'870.60.- ( $59'964 - [59'964 \times 2.53\%] / 12 = 4'870.575$ ). Ce revenu mensuel moyen correspond plus ou moins au salaire indiqué dans le rapport pour employeur susmentionné, à savoir celui de CHF 4500 + 13<sup>ème</sup> salaire (AI doc 11 p. 2). Le Tribunal relève toutefois que l'intéressé a en réalité touché, dans le cadre de son dernier emploi, un revenu mensuel moyen de CHF 4'971.90.- ( $[(5070.80 + 4990.45 + 4854.45) / 3]$  ; du 1<sup>er</sup> avril 2011 au 30 juin 2011 ; AI doc 11 p. 3) ; c'est ce montant qui doit dès lors être retenu comme son dernier revenu effectivement perçu. Une fois celui-ci annexé à l'année 2015, il y a ainsi lieu de retenir, comme revenu annuel moyen du revenu avant invalidité, un montant de CHF 5'097.70.- ( $4'971.90 + [4'971.90 \times 2.53\%] = 5'097.68$ ).

**13.3** S'agissant ensuite du revenu après invalidité, le Tribunal constate que c'est à tort que l'autorité inférieure s'est référée, pour ce calcul, aux statistiques cantonales et à celles émises par la société U.\_\_\_\_\_ ; elle devait au contraire se baser sur les statistiques de l'ESS (voir *supra*, consid. 12.3).

En l'espèce, il est établi que l'activité du recourant lors de sa mesure de reclassement était adaptée, dans la mesure où, comme exposé plus haut, c'est son comportement et non son état de santé qui a conduit à l'interruption de la mesure (voir *supra*, consid. 7.2). Il y a dès lors lieu de

considérer que l'activité du recourant lors de cette mesure était adaptée à son état de santé. Sur cette base, et si l'on se réfère aux statistiques ESS susmentionnées (OFS, ESS 2012, Tableau TA1), on constate que la moyenne des salaires tout secteur confondu s'élève, pour un niveau de qualification 2 (tâches pratiques telles que la vente / les soins / le traitement de données et les tâches administratives / l'utilisation de machines et d'appareils électroniques / les services de sécurité / la conduite de véhicules), à CHF 5'633.- (c'est donc ce revenu qui doit être pris en compte : voir en ce sens arrêt du Tribunal fédéral 9C\_311/2012 du 23 août 2012 consid 4.1 ; ATF 124 V 321 consid. 3b/aa). Adapté à l'horaire usuel de 42.1 heures hebdomadaires en 2012 dans la branche concernée, « activités de service administratif et de soutien » (OFS, Durée normale du travail dans les entreprises selon la division économique [NOGA 2008], en heures par semaine), il faut retenir un revenu de CHF 5'928.75.-. Ce montant doit enfin être annexé à l'année 2015 ( $(2226 - 2188 / 2188) \times 100 = 1.73$  ; indice 100 = 1939 ; OFS Tableau T39 Evolution des salaires nominaux, des prix à la consommation et des salaires réels, 1976-2016, Salaires nominaux, Hommes) ; après indexation, il s'élève à CHF 6'031.30.- ( $5'928.75 + [5'928.75 \times 1.73 \text{ \%}]$ ). Et, enfin, s'agissant d'une activité pouvant être exercée à 90%, le revenu avec invalidité doit être fixé à CHF 5'428.20.-.

#### 14.

En opérant la comparaison des revenus (revenu sans invalidité de CHF 5'097.70.- et revenu d'invalidité de CHF 5'428.20.-), le Tribunal constate que l'intéressé ne subit aucun préjudice économique du fait de ses atteintes à la santé.

Au vu de ce qui précède, le recours du 20 janvier 2016 doit être rejeté et la décision litigieuse du 2 décembre 2015 confirmée.

#### 15.

Le recourant étant au bénéfice de l'assistance judiciaire par décision incidente du 6 avril 2016, il n'est pas perçu de frais de procédure (art. 63 al. 1 et 65 PA).

L'intéressé, représenté par Maître Christine Graa, a par ailleurs conclu à une indemnité de dépens. Les dépens comprennent les frais de représentation, en particulier les honoraires d'avocat, le remboursement des débours (frais de photocopie de documents, frais de déplacement et de repas, frais de port et de téléphone, etc), et les éventuels autres frais nécessaires de la partie (art. 8 et art. 9 al. 1 let. a et b du règlement du

21 février 2008 concernant les frais, dépens et indemnités fixés par le Tribunal administratif fédéral [FITAF, RS 173.320.2]).

Maître Christine Graa a fait parvenir au Tribunal un décompte comportant une liste des opérations effectuées pour un total de 15 heures 55 de travail, à un tarif horaire de CHF 180.- (TAF pce 27). Le Tribunal ne voit pas de motifs de s'écarter de ce décompte, qui correspond à l'importance et à la difficulté du litige (arrêt du Tribunal fédéral I 30/03 du 22 mai 2003).

Il apparaît dès lors équitable d'allouer à la représentante du recourant, à charge de la caisse du Tribunal de céans, une indemnité d'avocat commis d'office (art. 12 FITAF) à hauteur de CHF 2'799.- (correspondant au montant des honoraires [15 heures 55 de travail et à un tarif horaire de CHF 180.-] appliqué par l'avocate du recourant).

(dispositif : page suivante)

**Par ces motifs, le Tribunal administratif fédéral prononce :**

**1.**

Le recours est rejeté.

**2.**

Il n'est pas perçu de frais de procédure.

**3.**

Une indemnité de dépens de CHF 2'799.- à titre d'assistance judiciaire est allouée à Maître Christine Graa, à charge de la caisse du Tribunal de céans.

**4.**

Le présent arrêt est adressé :

- au recourant (Acte judiciaire)
- à l'autorité inférieure (n° de réf. [...] ; Recommandé)
- à l'Office fédéral des assurances sociales (Recommandé).

La présidente du collège :

Le greffier :

Madeleine Hirsig-Vouilloz

Brian Mayenfisch

**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 LTF). 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 :