



Arrêt du 28 mars 2011

Composition

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

Parties

A. _____,
représenté par Me Anne-Sylvie Dupont,
1002 Lausanne,
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 (décisions du 10 août 2009)

Faits :**A.**

Le ressortissant français A. _____, né en 1956, a travaillé en Suisse de 1988 à 2003 notamment dans les transports routiers et en dernier lieu à plein temps dans l'industrie légère en tant qu'ouvrier-opérateur chargé du contrôle et du réglage de machines (pces 7 et 9). Il fut en incapacité de travail totale à compter du 4 novembre 2003 en raison d'une coxarthrose bilatérale qui a nécessité une arthroplastie prothétique de la hanche gauche le 28 novembre 2003 (pce 12) et une ostéosynthèse de la hanche droite par vis plaque le 14 septembre 2004 (cf pce 16). Le 13 décembre 2004 il déposa une demande de prestations d'assurance-invalidité auprès de l'Office de l'assurance-invalidité du canton de Vaud (OAI-VD, pce 2). Dans un rapport SMR Suisse romande du 3 août 2005, le Dr B. _____, chirurgie orthopédique, posa le diagnostic avec répercussion sur la capacité de travail de coxarthrose primaire bilatérale, status après mise en place d'une prothèse totale de la hanche gauche, status après fracture per-trochantérienne iatrogène à gauche, fracture itérative de la diaphyse fémorale droite et de syndrome lombo-vertébral chronique. Il nota la nécessité d'un travail sédentaire permettant d'alterner les positions assises et debout, de courts déplacements aplat étant possibles, la limite de port de charge étant fixée à 10kg, sans posture penchée en avant ou en porte-à-faux. Il nota qu'une reconversion professionnelle était indiquée et que depuis le 1^{er} mai 2005 la capacité de travail était de 0% dans l'activité antérieure mais de 100% avec un rendement diminué de 30% dans une activité adaptée (pce 16). Dans une note médicale du 16 août 2005 la Dresse C. _____ de l'OAI-VD confirma le rapport médical du SMR notant que des mesures professionnelles devaient être mises en place rapidement s'il y avait lieu (pce 18).

B.

En date du 16 février 2006 l'OAI-VD contacta l'intéressé pour un entretien (pce 27) qui eut lieu le 24 mars suivant. Au cours de cet entretien il fut pris acte que l'intéressé avait épuisé son droit aux indemnités journalières de l'assurance-maladie perte de gain en décembre 2005, que son état de santé s'était péjoré n'étant pas en mesure d'exercer quelque activité faute de ne pouvoir tenir ni assis ni debout, qu'une opération de la hanche droite était prévue le 19 mai suivant, que l'assuré ne s'était pas inscrit au chômage en France et que s'il le faisait il allait perdre son droit à des mesures professionnelles de l'assurance-invalidité suisse et qu'au terme de sa convalescence il bénéficierait certainement de mesures professionnelles (pce 29). Un entretien téléphonique entre l'assuré et

l'OAI-VD du 29 mai 2006 confirma l'opération du 19 mai 2006 devant être suivie d'une convalescence de 6 semaines au moins (pce 32, cf. ég. pces 33 et 35 attestant l'hospitalisation du 18-24 mai 2006 et la prothèse totale de la hanche droite avec très bonne évolution constatée le 3 juillet 2006 et indication en date du 13 juillet suivant, par le Prof. D. _____, orthopédie, qu'il était beaucoup trop tôt pour statuer définitivement). Par correspondance du 24 octobre 2006 l'intéressé requit de l'OAI-VD des renseignements sur la mise en route de mesures de réorientation professionnelle et indiqua être en attente d'une opération de la hanche gauche (pce 38). L'OAI-VD répondit en date du 7 décembre 2006 rester dans l'attente du rapport médical du Dr D. _____ pour déterminer si des mesures professionnelles pouvaient entrer en ligne de compte (pce 41). Ce rapport parvint à l'OAI-VD daté du 4 décembre 2006 concluant à une reprise de travail début 2007 sans effort de station debout en statique, de marches prolongées, d'efforts de soulèvement de charges (pce 42). Par courriel complémentaire au rapport du 2 février 2007 le Dr D. _____ indiqua qu'une intervention à la hanche gauche n'était pas envisagée et que des mesures professionnelles étaient appropriées (pce 44). Au cours d'un entretien du 6 février 2007 entre l'intéressé et le service de réadaptation de l'OAI-VD, l'assuré s'opposa à toute reprise de travail dans son ancienne activité à un poste adapté ou dans l'industrie légère, contestant d'être en mesure d'exercer une activité adaptée à 100% avec un rendement de 70%. Il s'ensuivit que le service de réadaptation mit un terme au dossier de l'assuré retenant un préjudice économique par rapport à son ancienne activité de 24% par rapport aux chiffres de l'Enquête suisse sur la structure des salaires 2006 indexé 2007 relativement à des activités simples et répétitives de type montage-assemblage-contrôle de pièces à l'établi à 70% (pce 46). Dans un rapport médical daté du 15 août 2007, le Dr D. _____ nota une marche déjà très esthétique avec minime boiterie, un status subjectif très satisfait, la disparition quasi complète des douleurs alléguées (pce 53). Dans un rapport médical daté du 22 septembre 2007, le Dr D. _____ rappela les antécédents médicaux de l'assuré et indiqua que son taux d'invalidité ne saurait en aucun cas être inférieur à moins de 50% (pce 56).

C.

C.a Par correspondance du 15 octobre 2007, l'intéressé, représenté par Me A.-S. Dupont, informa l'OAI-VD reprendre à titre d'essai une activité à 50% chez son ancien employeur. Il joignit un certificat d'incapacité de travail à 50% à partir du 1^{er} novembre 2007 signé du Dr E. _____ (pce 59). Il requit de plus en date du 30 octobre 2007 de pouvoir bénéficier de

mesures professionnelles (pce 61). Par correspondance du 6 décembre 2007 à l'OAI-VD, l'ancien employeur de l'intéressé indiqua que celui-ci n'avait pas repris d'activité et que l'entreprise ne disposait pas de poste adapté à sa situation (pce 73). A l'occasion d'un entretien entre le Service de réadaptation de l'OAI-VD et l'assuré du 31 mars 2008, ce dernier maintint une capacité de travail d'au plus de 50% et contesta la possibilité d'un 100% avec une diminution de rendement de 30% (pce 78). Il fit parvenir à l'OAI-VD un rapport médical du Dr E._____, médecine générale, daté du 4 avril 2008, retraçant ses atteintes à la santé, relevant un syndrome dépressif depuis 2006, et concluant à une capacité de travail résiduelle de 50% dans une activité adaptée à compter du 1^{er} novembre 2007 (pce 85). Par communication du 18 avril 2008 l'OAI-VD informa l'assuré qu'il allait bénéficier d'un soutien dans ses recherches d'emploi par le service de placement (pce 90).

C.b L'OAI-VD adressa au représentant de l'intéressé un projet d'acceptation de rente en date du 18 avril 2008 (pce 87), aux termes duquel l'intéressé était mis au bénéfice d'une rente entière entre le 1^{er} novembre 2004 et le 31 juillet 2005 et de nouveau d'une rente entière entre le 1^{er} juin 2007 et le 31 janvier 2008 et ensuite d'une demi-rente entre le 1^{er} février 2008 et le 31 mars 2008. Ce projet fut en partie contesté s'agissant des périodes durant lesquelles une rente complète n'était pas reconnue à l'intéressé (pce 93). Un avis médical SMR conclut à la nécessité d'un nouvel examen SMR (pce 97), lequel eut lieu le 21 juillet 2008. Dans son rapport médical du 4 août 2008, le Dr B._____, orthopédiste, retraça les antécédents de l'assuré et retint le diagnostic avec répercussion sur la capacité de travail de coxarthrose primaire bilatérale, status après prothèse totale de la hanche droite, status après changement de la prothèse totale de la hanche gauche, lombalgies chroniques, scoliose dégénérative, discopathie débutante L4-S1. Il nota les plaintes de douleurs lombaires associées à des douleurs de la face antérieure de la cuisse gauche apparaissant en position assise après plus de 45 minutes ou en position orthostatique de plus de 15 minutes. Il indiqua les limitations fonctionnelles telles que retenues dans le rapport SMR de 2005 et confirma une capacité de travail de 100% avec un rendement diminué de 30% depuis le 1^{er} novembre 2007, contrairement à l'avis du Dr E._____ ayant fait état d'une capacité de travail de 50%, relevant que l'appréciation du Dr D._____ d'une invalidité d'au moins 50% ne pouvait pas être retenue car la notion était économique. S'agissant des capacités de travail à retenir, il précisa les taux de 100% avec un rendement de 70% du 1^{er} mai 2005 au 18 mai 2006, de 0% dès le 18 mai 2006 pour 3 mois, de 100% avec rendement de 70% dès le 19

août 2006 jusqu'au 21 juin 2007, de 0% du 22 juin 2007 pour 4 mois, puis ensuite de 100% avec un rendement de 70% (pce 102). Le Dr F. _____ de l'OAI-VD confirma les conclusions du Dr B. _____ en date du 15 août 2008 (pce 103).

C.c Par projet d'acceptation de rente du 12 décembre 2008, l'OAI-VD communiqua à l'assuré sa nouvelle détermination (pce 114). Par correspondance du 27 janvier 2009 la représentante de l'assuré informa l'OAI-VD que l'intéressé avait repris une activité de chauffeur dans la Vallée de Joux depuis le 9 juin 2008 jusqu'au 31 janvier 2009 en tant que remplaçant avec un horaire variable d'en moyenne 7 à 9 heures par jour pendant 3 à 4 jours suivis de 2 jours de congé et que depuis le 2 février 2009 l'assuré serait engagé en qualité de chauffeur régulier pour un taux d'activité de 90% (pce 119, cf. ég. confirmation pces 125 s. mettant un terme au mandat d'aide au placement).

L'intéressé, par l'entremise de son représentant, se détermina sur le projet d'acceptation de rente en date du 2 février 2009, contestant les taux d'incapacité de travail résiduel retenus par l'OAI-VD. Il joignit à sa contestation un rapport médical établi le 14 octobre 2006 par le Dr G. _____, expert près la Cour d'appel de Besançon, retraçant ses atteintes à la santé et leurs évolutions, relevant un bon état général et notant une stabilisation envisageable au dernier trimestre 2007, l'intéressé n'étant pas atteint d'une invalidité le rendant incapable d'exercer une profession quelconque (pce 121).

C.d Invité par l'OAI-VD à prendre position sur l'opposition, le Dr F. _____, dans un rapport du 27 avril 2009, confirma les conclusions du rapport SMR de 2008 étayées par le Dr B. _____, spécialiste en orthopédie et traumatologie, relevant que le rapport du Dr G. _____, dont la spécialité n'était pas indiquée, n'apportait pas d'élément médical nouveau pour remettre en question les incapacités de travail déterminées par le Dr B. _____, dont il n'y avait pas lieu de s'écarter (pce 129).

C.e Par acte du 19 juin 2009 l'OAI-VD informa la représentante de l'assuré qu'il maintenait sa détermination et qu'une décision formelle s'ensuivrait. Il indiqua notamment que le rapport SMR qui avait suivi l'examen clinique du 21 juillet 2008 avait pleine valeur probante, bien qu'émanant d'un service régional AI, du fait d'avoir été établi par un médecin spécialiste en chirurgie orthopédique et traumatologie, que le rapport était fort détaillé et complet. Il nota que le rapport du Dr D. _____ s'était exprimé sur l'invalidité globale en tenant compte des antécédents et non sur la capacité de travail actuelle exigible, que le Dr G. _____ ne s'exprimait pas sur la capacité de travail exigible dans une activité adaptée, soulignant seulement un état de santé non stabilisé,

qu'en conséquence le rapport SMR ayant retenu une incapacité de travail de 30% durant les périodes litigieuses, il y avait lieu de s'y tenir de préférence à l'avis du médecin traitant de l'assuré en raison des liens de confiance présidant à la relation (pce 132).

D.

Par trois décisions datées du 10 août 2009, l'Office de l'assurance-invalidité pour les assurés résidant à l'étranger (OAIE) accorda à l'assuré une rente entière d'invalidité du 1^{er} novembre 2004 au 31 juillet 2005, du 1^{er} mai 2006 au 30 novembre 2006 et du 1^{er} juin 2007 au 31 janvier 2008. Il précisa dans une motivation jointe qu'une incapacité de travail continue était reconnue depuis le 4 novembre 2003, que l'ouverture du droit à la rente prenait effet une année après une incapacité de travail de 40% au moins, qu'une amélioration de la capacité de travail ayant duré au moins trois mois entraînait une modification du droit à la rente, qu'en l'occurrence il avait été retenu du 1^{er} mai 2005 au 17 mai 2006, du 19 août 2006 au 21 juin 2007 et dès le 1^{er} novembre 2007 une incapacité de travail de 30% dans une activité adaptée à 100% avec un rendement de 70% entraînant un préjudice économique de 23.75% établi sur la base des statistiques de l'Enquête sur la structure suisse des salaires, qu'en l'espèce entre son revenu avant invalidité (Fr. 50'440.- indexé 2005) et le revenu après invalidité (Fr. 38'457.- valeur 2005) le degré d'invalidité était de 23.75% (calcul établi non ici déterminant dans la présente cause). L'OAIE précisa que depuis son engagement au 1^{er} février 2009 pour un salaire de Fr. 4'000.- par mois à 90% il n'y avait plus de préjudice notable (pces 137-139).

E.

Contre ces décisions, A._____, représenté par Me A.S. Dupont, interjeta recours auprès du Tribunal de céans en date du 10 septembre 2009. Il conclut avec dépens principalement à l'octroi d'une rente entière du 1^{er} novembre 2004 au 31 octobre 2007 puis à une demi-rente du 1^{er} novembre 2007 au 8 juin 2008 et subsidiairement au renvoi de l'affaire à l'intimé pour complément d'instruction et nouvelle décision dans le sens des considérants. Il indiqua contester l'évaluation de son invalidité pour les périodes du 1^{er} mai 2005 au 17 mai 2006, du 19 août 2006 au 21 juin 2007 et du 1^{er} novembre 2007 au 9 juin 2008. Il joignit à son recours deux nouveaux rapports médicaux établis les 13 mai et 9 septembre 2007 respectivement par les Drs H._____ et I._____. Le premier fait essentiellement état – sous l'angle de la présente cause - dans le cadre d'une expertise pour faute médicale à l'encontre d'un médecin, qu'en date du 13 mai 2007 l'intéressé ne présentait pas un status consolidé

permettant de se prononcer sur son aptitude à exercer son activité professionnelle antérieure d'opérateur de machine numérique en position debout (pce annexe recours n° 3). Le deuxième, établi à la demande de la Mutuelle des frontaliers "La Frontalière", fait état, en date du 9 janvier 2007, d'une incapacité de travail de 100% et d'une incapacité fonctionnelle de 30% en relation avec la diminution de mobilité au niveau des membres inférieurs, la marche étant un peu limitée, se faisant avec boiterie et usage d'une canne. (pce annexe recours n° 4).

Dans son recours, s'agissant de la période du 1^{er} mai 2005 au 17 mai 2006, il fit valoir être en constant status de consultations médicales successives dans l'attente de la pose totale d'une prothèse de la hanche droite, reconnu en invalidité contractuelle de 64.51% par son assurance frontalière, en phase à des problèmes de la hanche gauche douloureuse due à l'intolérance au couple de frottement métal-métal qui ne fut soulagé qu'en 2007 lors du changement de prothèse totale. Il indiqua avoir été dans l'impossibilité de mettre en valeur une éventuelle capacité de travail résiduelle pour autant qu'elle ait existé de sorte que sa capacité de travail pour cette période devait être tenue pour nulle.

S'agissant de la deuxième période du 19 août 2006 au 21 juin 2007, il indiqua que la période d'incapacité suivant l'opération du 19 mai 2006 était évaluée à 9 mois par le Dr G. _____ et ne devait pas être évaluée à 3 mois déjà du fait du status de la hanche gauche. Il releva que, sachant qu'il allait être réopéré de la hanche gauche, il ne pouvait envisager une réintégration professionnelle et être employé. Il indiqua que le Dr G. _____ avait signalé des problèmes psychiques qui n'avaient nullement été investigués par l'administration. Il releva que le Dr H. _____, chirurgien orthopédiste, avait indiqué au terme de son examen [27 avril 2007] que la consolidation n'était pas complète et qu'il n'était donc pas possible de quantifier l'incapacité de travail, préconisant un examen à neuf mois et que le Dr I. _____ avait indiqué que pour lui le cas était stabilisé depuis le 8 janvier 2007 et que l'incapacité de travail était totale.

S'agissant de la période du 1^{er} novembre 2007 au 8 juin 2008, il indiqua que son état de santé s'était beaucoup amélioré mais que sa capacité de travail était au plus de 50% attestée par ses médecins traitant les Drs E. _____ et D. _____, ce que le premier projet des décisions avait retenu pour les mois de novembre et décembre 2007. Il rappela avoir subi le remplacement de la prothèse de la jambe gauche le 22 juin 2007 avec complication en juillet 2007 de sorte que l'incapacité à prendre en compte devait être de 6 mois au moins, voire de 9 mois (pce TAF 1).

F.

Invité à se déterminer sur le recours, l'OAIE, dans sa réponse du 30 octobre 2009, fit sienne la prise de position de l'OAI-VD du 28 octobre 2009 concluant au rejet du recours et au maintien [des décisions attaquées]. L'OAI-VD releva qu'il y avait unanimité d'avis des médecins sur les lésions de l'assuré et que seule était controversée sa capacité de travail pour différentes périodes. Ayant rappelé les modalités d'appréciation des rapports médicaux et expertises d'un dossier médical,

l'OAI-VD indiqua qu'il y avait lieu d'accorder pleine valeur probante au rapport du SMR du 4 août 2008 qui se basait sur une analyse complète du cas par un spécialiste FMH en chirurgie orthopédique et traumatologie, aucune raison ne permettant de s'en écarter (pce TAF 3).

G.

Par réplique du 7 décembre 2009 l'intéressé fit valoir que le rapport du SMR du 4 août 2008 n'avait pas pris en compte le rapport médical du Dr H. _____ et que les trois derniers rapports produits n'émanaient pas de ses médecins traitants dont on pourrait soupçonner de la complaisance. Il conclut à une nouvelle expertise dans la mesure où les derniers rapports produits ne permettaient pas de clarifier son état de santé pour les périodes incriminées (pce TAF 5).

H.

Invité par le Tribunal de céans à effectuer une avance sur les frais de procédure de Fr. 300.-, le recourant s'en acquitta dans le délai imparti (pces 6-8).

Droit :

1.

1.1. Sous réserve des exceptions – non réalisées en l'espèce – prévues à l'art. 32 de la loi du 17 juin 2005 sur le Tribunal administratif fédéral (LTAF, RS 173.32), entrée en vigueur le 1^{er} janvier 2007, le Tribunal de céans, en vertu de l'art. 31 LTAF en relation avec l'art. 33 let. d LTAF et l'art. 69 al. 1 let. b de la loi fédérale du 19 juin 1959 sur l'assurance-invalidité (LAI, RS 831.20), connaît des recours interjetés par les personnes résidant à l'étranger contre les décisions concernant l'octroi de rente d'invalidité prises par l'Office AI pour les assurés résidant à l'étranger (OAIE).

1.2. Selon l'art. 37 LTAF la procédure devant le Tribunal de céans est régie par la loi fédérale du 20 décembre 1968 sur la procédure administrative (PA, RS 172.021) pour autant que la LTAF n'en dispose pas autrement. En vertu de l'art. 3 let. d^{bis} PA, la procédure en matière d'assurances sociales n'est pas régie par la PA dans la mesure où la loi fédérale du 6 octobre 2000 sur la partie générale du droit des assurances sociales (LPGA, RS 830.1) est applicable. Selon l'art. 2 LPGA, les dispositions de ladite loi sont applicables aux assurances sociales régies

par la législation fédérale si et dans la mesure où les lois spéciales sur les assurances sociales le prévoient. En application de l'art. 1 al. 1 LAI, les dispositions de la LPGA s'appliquent à l'assurance-invalidité (art. 1a à 26^{bis} et 28 à 70), à moins que la LAI ne déroge à la LPGA.

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

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

2.

2.1. L'accord entre la Suisse et la Communauté européenne et ses Etats membres sur la libre circulation des personnes du 21 juin 1999 (ALCP, RS 0.142.112.681) est entré en vigueur le 1^{er} juin 2002. A cette date sont également entrés en vigueur son annexe II qui règle la coordination des systèmes de sécurité sociale, le règlement (CEE) n° 1408/71 du Conseil du 14 juin 1971 relatif à l'application des régimes de sécurité sociale aux travailleurs salariés, aux travailleurs non salariés et aux membres de leur famille qui se déplacent à l'intérieur de la Communauté (RS 0.831.109.268.1), s'appliquant à toutes les rentes dont le droit prend naissance au 1^{er} juin 2002 et ultérieurement et se substituant à toute convention de sécurité sociale liant deux ou plusieurs Etats (art. 6 du règlement), et enfin le règlement (CEE) n° 574/72 du Conseil du 21 mars 1972 relatif à l'application du règlement (CEE) n° 1408/71 (RS 0.831.109.268.11). Selon l'art. 3 du règlement (CEE) n° 1408/71 les ressortissants des Etats membres de la Communauté européenne et les ressortissants suisses bénéficient de l'égalité de traitement. Selon l'art. 20 ALCP, sauf disposition contraire découlant de l'annexe II, les accords de sécurité sociale bilatéraux entre la Suisse et les Etats membres de la Communauté européenne sont suspendus dès l'entrée en vigueur du présent accord, dans la mesure où la même matière est régie par le présent accord. Dans la mesure où l'accord, en particulier son annexe II qui régit la coordination des systèmes d'assurances sociales (art. 8 ALCP) ne prévoit pas de disposition contraire, l'organisation de la procédure de même que l'examen des conditions à l'octroi d'une rente d'invalidité suisse ressortissent au droit interne suisse.

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

2.3. De jurisprudence constante l'octroi d'une rente étrangère d'invalidité ne préjuge pas l'appréciation de l'invalidité selon la loi suisse (arrêt du Tribunal fédéral I 435/02 du 4 février 2003 consid. 2; Revue à l'intention des caisses de compensation [RCC] 1989 p. 330). Même après l'entrée en vigueur de l'ALCP, le degré d'invalidité d'un assuré qui prétend une rente de l'assurance-invalidité suisse est déterminé exclusivement d'après le droit suisse (ATF 130 V 253 consid. 2.4).

3.

L'examen du droit à des prestations selon la LAI est régi par la teneur de la LAI au moment de la décision entreprise eu égard au principe selon lequel les règles applicables sont celles en vigueur au moment où les faits juridiquement déterminants se sont produits (ATF 131 V 9 consid. 1; 130 V 445 consid. 1.2 et les références). Les dispositions de la 5^{ème} révision de la LAI entrées en vigueur le 1^{er} janvier 2008 sont applicables et les dispositions citées ci-après sont sauf précision contraire celles en vigueur à compter du 1^{er} janvier 2008. Toutefois, le droit à la rente s'étendant jusqu'au 31 décembre 2007 s'examine à la lumière des anciennes normes, ce qui motive qu'il y soit fait également référence.

4.

L'intéressé a déposé sa demande de rente le 13 décembre 2004. En dérogation à l'art. 24 LPG, l'art. 48 al. 2 LAI en vigueur jusqu'au 31 décembre 2007 prévoyait que si l'assuré présente sa demande de rente plus de douze mois après la naissance du droit, les prestations ne sont allouées que pour les douze mois précédant le dépôt de la demande. En l'espèce, le Tribunal peut se limiter à examiner si le recourant avait droit à une rente le 13 décembre 2003, en fait in casu le 1^{er} novembre 2004 compte tenu du délai d'attente d'une année selon l'art. 29 al. 1 let. b LAI en vigueur jusqu'au 31 décembre 2007 (actuellement art. 28 al. 1 LAI) pour percevoir une rente eu égard au cas d'assurance survenu le 4 novembre 2003, ou si le droit à une rente était né entre cette dernière date et le 10 août 2009, date de la décision attaquée marquant la limite dans le temps du pouvoir d'examen de l'autorité de recours (ATF 129 V 1 consid. 2.1 et ATF 121 V 362 consid. 1b).

5.

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

- être invalide au sens de la LPGA et de la LAI (art. 8 LPGA; art. 4, 28, 29 al. 1 LAI);
- avoir versé des cotisations à l'AVS/AI suisse durant une année au moins (art. 36 LAI dans sa teneur en vigueur jusqu'au 31 décembre 2007). A compter du 1^{er} janvier 2008, l'assuré doit toutefois compter au moins trois années de cotisations (art. 36 LAI dans sa nouvelle teneur selon la modification du 6 octobre 2006). Dans ce cadre, les cotisations versées à une assurance sociale assimilée d'un Etat membre de l'Union européenne (UE) ou de l'Association européenne de libre échange (AELE) peuvent également être prises en considération, à condition qu'une année au moins de cotisations puisse être comptabilisée en Suisse (FF 2005 p. 4065; art. 45 du règlement 1408/71).

Le recourant a versé des cotisations à l'AVS/AI pendant plusieurs années 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.

6.

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

6.2. Un assuré a droit à un quart de rente s'il est invalide à 40% au moins, à une demi-rente s'il est invalide à 50% au moins, à trois-quarts de rente s'il est invalide à 60% au moins et à une rente entière s'il est invalide à 70% au moins (art. 28 al. 1 LAI en vigueur jusqu'au 31 décembre 2007 et art. 28 al. 2 LAI en vigueur dès le 1^{er} janvier 2008). Suite à l'entrée en vigueur le 1^{er} juin 2002 de l'accord bilatéral entre la Suisse et la Communauté européenne, la restriction prévue à l'art. 28 al. 1^{er} LAI (art. 29 al. 4 à partir du 1^{er} janvier 2008) - selon laquelle les rentes

correspondant à un taux d'invalidité inférieur à 50% ne sont versées qu'aux assurés qui ont leur domicile et leur résidence habituelle en Suisse (art. 13 LPGA) - n'est plus applicable lorsqu'un assuré est un ressortissant suisse ou de l'UE et y réside (ATF 130 V 253 consid. 2.3).

Conformément à l'art. 29 al. 1 LAI en vigueur jusqu'au 31 décembre 2007, le droit à une rente naît dès que l'assuré présente une incapacité durable de 40% au moins (lettre a) ou dès qu'il a présenté, en moyenne, une incapacité de travail de 40% au moins pendant une année sans interruption notable (lettre b; voir ATF 121 V 264 consid. 6). D'après la jurisprudence constante du Tribunal fédéral, la lettre a s'applique si l'état de santé de l'assuré est stabilisé et a acquis un caractère essentiellement irréversible, la lettre b si l'état de santé est labile, c'est-à-dire susceptible d'une amélioration ou d'une aggravation (ATF 111 V 21 consid. 2). Une incapacité de travail de 20% doit être prise en compte pour le calcul de l'incapacité de travail moyenne selon la let. b de l'art. 29 al. 1 LAI (cf. chiffre marginal 2020 de la Circulaire concernant l'invalidité et l'impotence dans sa version en vigueur jusqu'au 31 décembre 2007; Jurisprudence et pratique administrative des autorités d'exécution de l'AVS/AI [Pratique VSI] 1998 p. 126 consid. 3c). Depuis le 1^{er} janvier 2008, l'art. 28 al. 1 LAI prévoit que l'assuré a droit à une rente aux conditions suivantes: a. sa capacité de gain ou sa capacité d'accomplir ses travaux habituels ne peut pas être rétablie, maintenue ou améliorée par des mesures de réadaptation raisonnablement exigibles; b. il a présenté une incapacité de travail (art. 6 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.

6.3. Par incapacité de travail on entend toute perte, totale ou partielle, résultant d'une atteinte à la santé physique, mentale ou psychique, de l'aptitude de l'assuré à accomplir dans sa profession ou son domaine d'activité le travail qui peut raisonnablement être exigé de lui. En cas d'incapacité de travail de longue durée, l'activité qui peut être exigée de lui peut aussi relever d'une autre profession ou d'un autre domaine d'activité (art. 6 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 dans sa nouvelle teneur en vigueur depuis le 1^{er} janvier 2008).

6.4. 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).

6.5. 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 831.301) lequel prévoit à l'al. 1 que, si la capacité de gain ou la capacité d'accomplir les travaux habituels ou l'impotence ou le besoin de soin découlant de l'invalidité d'un assuré 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.

7.

Le requérant a travaillé en Suisse pendant de nombreuses années comme chauffeurs poids-lourds puis en dernier lieu dans l'industrie légère en tant qu'ouvrier-opérateur chargé du contrôle et du réglage de machines. Il n'a plus repris d'activité entre novembre 2003, suite à l'opération de sa hanche gauche, et sa nouvelle activité de chauffeur reprise le 9 juin 2008, date à partir de laquelle il n'a plus présenté d'invalidité.

La notion d'invalidité, dont il est question à l'art. 8 LPGA et à l'art. 4 LAI, est de nature juridique/économique et non pas médicale (ATF 116 V 246 consid. 1b). En d'autres termes, l'assurance-invalidité suisse couvre seulement les pertes économiques liées à une atteinte à la santé physique mentale ou psychique - qui peut résulter d'une infirmité congénitale, d'une maladie ou d'un accident - et non la maladie en tant que telle. Selon l'art. 16 LPGA, applicable par le renvoi de l'art. 28 al. 2 LAI (art. 28a al. 1 LAI à compter du 1^{er} janvier 2008), pour évaluer le taux d'invalidité, le revenu que l'assuré aurait pu obtenir s'il n'était pas invalide est comparé avec celui qu'il pourrait obtenir en exerçant l'activité qui peut être raisonnablement exigée de lui après les traitements et les mesures de réadaptation sur un marché de travail équilibré.

Selon une jurisprudence constante, les données fournies par le médecin constituent néanmoins un élément utile pour apprécier les conséquences de l'atteinte à la santé et pour déterminer quels travaux on peut

encore raisonnablement exiger de l'assuré (ATF 115 V 133 consid. 2, 114 V 310 consid. 3c, RCC 1991 p. 329 consid. 1c).

8.

En l'espèce, il est établi que le recourant a souffert d'une coxarthrose bilatérale avec complications ensuite des opérations subies aux deux hanches et qu'il n'a pu reprendre son dernier emploi essentiellement en position debout. Il a toutefois retrouvé un emploi excluant tout droit à une rente à compter de juin 2008.

Eu égard au fait qu'il n'y a pas eu un état de santé stabilisé, la let. a de l'art. 29 al. 1 LAI en vigueur jusqu'au 31 décembre 2007 est inapplicable; seule peut entrer en considération la let. b de cette disposition légale prévoyant en principe une période d'attente d'une année à partir du début de l'incapacité de travail déterminante pour le début du droit à la rente.

9.

9.1. Conformément au principe inquisitoire qui régit la procédure dans le domaine des assurances sociales (art. 43 LPGa), l'administration est tenue de prendre d'office les mesures d'instruction nécessaires et de recueillir les renseignements dont elle a besoin. L'art. 69 RAI prescrit que l'office de l'assurance-invalidité réunit les pièces nécessaires, en particulier sur l'état de santé du requérant, son activité, sa capacité de travail et son aptitude à être réadapté, ainsi que sur l'indication de mesures déterminées de réadaptation; à cet effet peuvent être exigés ou effectués des rapports ou des renseignements, des expertises ou des enquêtes sur place, il peut être fait appel aux spécialistes de l'aide publique ou privée aux invalides.

9.2. Si l'administration ou le juge, se fondant sur une appréciation consciencieuse des preuves fournies par les investigations auxquelles ils doivent procéder d'office, sont convaincus que certains faits présentent un degré de vraisemblance prépondérante et que d'autres mesures probatoires ne pourraient plus modifier cette appréciation, il est superflu d'administrer d'autres preuves (appréciation anticipée des preuves; UELI KIESER, ATSG-Kommentar, 2^{ème} éd., Zurich 2009, art. 42 n° 19 p. 536 et les références ; ATF 130 II 425 consid. 2.1 et les références ; arrêt du Tribunal fédéral 9C_859/2007 du 16 décembre 2008 consid. 5). Une telle manière de procéder ne viole pas le droit d'être entendu selon l'art. 29 al. 2 Cst. (Sozialversicherungsrecht Rechtsprechung [SVR] 2001 IV n° 10 p. 28).

Le tribunal établit avec la collaboration des parties les faits déterminants pour la solution du litige; il administre les preuves nécessaires et les apprécie librement. Selon la jurisprudence, le juge qui estime que les faits ne sont pas suffisamment élucidés a en principe le choix entre deux solutions: soit renvoyer la cause à l'administration pour complément d'instruction, soit procéder lui-même à une telle instruction complémentaire. Un renvoi à l'administration, lorsqu'il a pour but d'établir l'état de fait, ne viole ni le principe de simplicité et de rapidité de la procédure, ni le principe inquisitoire. Il en va cependant autrement quand un renvoi constitue en soi un déni de justice (par exemple, lorsque, en raison des circonstances, seule une expertise judiciaire ou une autre mesure probatoire serait propre à établir l'état de fait), ou si un renvoi apparaît en général disproportionné dans le cas particulier. A l'inverse, le renvoi à l'administration apparaît en général justifié si celle-ci a constaté les faits de façon sommaire, dans l'idée que le tribunal les éclaircirait comme il convient en cas de recours (arrêt du Tribunal fédéral 9C_162/2007 du 3 avril 2008 consid. 2.3. et les références citées).

10.

10.1. 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).

10.2. La jurisprudence a posé des lignes directrices en ce qui concerne la manière d'apprécier certains types d'expertise ou de rapports médicaux. Ainsi, le juge ne s'écarte en principe pas sans motifs impératifs des conclusions d'une expertise médicale judiciaire, la tâche de l'expert étant précisément de mettre ses connaissances spéciales à la disposition de la justice afin de l'éclairer sur les aspects médicaux d'un état de fait donné (ATF 125 V 351 consid. 3b/aa; 118 V 286 consid. 1b et les références). Au sujet des rapports établis par les médecins traitant, le juge peut et doit tenir compte du fait que selon l'expérience, le médecin traitant est généralement enclin, en cas de doute, à prendre parti pour son patient en raison de la relation de confiance qui l'unit à ce dernier (ATF 125 V 351 consid. 3b/cc et les références). Cette constatation s'applique de même aux médecins non traitant consultés par un patient en vue d'obtenir un moyen de preuve à l'appui de sa requête du fait qu'une expertise de

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

11.

11.1. L'objet du présent litige est de savoir si c'est à juste titre que l'autorité inférieure a retenu par ses trois décisions du 10 août 2009 une amélioration de santé de l'intéressé au sens de l'art. 17 LPGA, comme elle le défend, pour fonder ses cessations successives du droit à la rente qui ont pris effet du 1^{er} août 2005 au 30 avril 2006, du 1^{er} décembre 2006 au 31 mai 2007 et à compter du 1^{er} février 2008. Celles-ci ont été motivées par une capacité de travail de 100% avec un rendement de 70% du 1^{er} mai 2005 au 17 mai 2006, du 19 août 2006 au 21 juin 2007 et dès le 1^{er} novembre 2007 limitant le préjudice économique à un taux d'invalidité n'ouvrant pas le droit à une rente.

L'autorité inférieure se fonde essentiellement pour confirmer ses décisions du 10 août 2009 sur le rapport SMR du 3 août 2005 du Dr B._____, chirurgie orthopédique, établi sur dossier, confirmé par la Dresse C._____ du SMR le 16 août suivant et confirmé à nouveau par le Dr B._____ dans son rapport du 4 août 2008 après avoir vu l'intéressé le 21 juillet précédent.

11.2. L'intéressé a été opéré des deux hanches respectivement les 28 novembre 2003 et le 14 septembre 2004. Il n'est pas contesté qu'il est resté en incapacité de travail totale pendant une année à compter de sa première opération et qu'un droit à une rente entière s'est ouvert au 1^{er} novembre 2004.

Dans un rapport sur dossier du 3 août 2005 le Dr B. _____ du SMR retint dans son anamnèse les deux opérations précitées sans évoquer de difficultés postopératoires et estima une reprise de travail possible à 100% dans une activité adaptée avec un rendement de 70% depuis le 1^{er} mai 2005. Cette appréciation, confirmée par la Dresse C. _____ du SMR le 16 août 2005, n'a pas pris en compte les complications de l'intéressé et les douleurs alléguées en 2005 relatées par le Dr H. _____ dans son rapport du 13 mai 2007 faisant notamment état des constatations du Dr J. _____, spécialiste en médecine physique et de rééducation. Le rapport du Dr B. _____ de 2008 ne discute de même pas les éléments du status de 2005. Par ailleurs, il y a lieu de relever que tant le Dr B. _____ que la Dresse C. _____ avaient indiqué que l'intéressé devait bénéficier au plus vite de mesures d'ordre professionnelle. Or ce n'est qu'en février 2006 que l'OAI-VD invita l'assuré, jusqu'alors maintenu dans un status d'invalidé pouvant se considérer comme tel, à un entretien à cette fin au cours duquel il fut constaté que de telles mesures n'avaient pas lieu d'être en raison d'un status non stabilisé et de la nécessité d'une prochaine intervention qui eu effectivement lieu le 19 mai suivant. Il s'ensuit que l'amélioration au 1^{er} mai 2005 telle que retenue par l'OAIE ne peut être confirmée.

S'agissant de l'amélioration de santé retenue du 19 août 2006 au 21 juin 2007, il y a lieu de relever que celle-ci s'est faite dans l'abstrait tenant compte d'une période théorique de récupération postopératoire de trois mois usuelle et non discutée en contradiction avec l'appréciation du Dr G. _____ ayant retenu en connaissance de l'intéressé une période de neuf mois. Par ailleurs il sied de souligner que le Dr H. _____ avait relevé le 27 avril 2007 que la consolidation n'était pas complète et qu'il n'était pas possible de quantifier l'incapacité de travail, laquelle avait été qualifiée d'inexistante par le Dr I. _____ à compter du 8 janvier 2007. Les avis contraires à ceux retenus par les rapports SMR n'ayant pas été discutés, le Tribunal de céans ne peut dès lors confirmer la deuxième amélioration de santé retenue par l'OAIE.

Enfin, s'agissant de l'amélioration de santé retenue du 1^{er} novembre 2007 au 8 juin 2008 – à compter du 9 juin 2008 il est admis que l'intéressé a recouvré une pleine capacité de travail –, qui a fait suite à la nouvelle opération de la hanche gauche, celle-ci se fonde sur une appréciation théorique d'un temps de convalescence usuel indépendamment des difficultés qui l'ont accompagnée. Or, pour cette période les médecins traitant de l'assuré ont retenu une capacité de travail de 50% qui avait d'ailleurs été retenue pour novembre et décembre 2007 dans le premier projet d'octroi de rentes. A ce sujet le rapport du 4 août 2008 du Dr B. _____ n'indique pas pour quelle raison une capacité de travail de 50% telle que retenue dans le premier projet ne devrait pas l'être, pas plus qu'il ne se prononce sur l'appréciation contradictoire du Dr E. _____ retenant une capacité de travail de 50% depuis le 1^{er} novembre 2007. Par ailleurs, l'intéressé fit valoir pour cette période un syndrome dépressif qui n'aurait pas été discuté. C'est toutefois à juste titre qu'il ne le fut pas faute d'élément médical documentant ce diagnostic.

11.3. Compte tenu de ce qui précède et notamment des diverses contradictions relevées dans ce dossier dont les avis contradictoires ne sont pas discutés pour être cas échéant écartés, il y a lieu d'annuler les décisions rendues et de renvoyer le dossier à l'autorité inférieure afin que celle-ci se détermine à nouveau sur le droit à une rente d'invalidité jusqu'au 8 juin 2008 en procédant à un complément d'instruction du point de vue médical.

12.

12.1. Le requérant ayant eu partiellement gain de cause il n'est pas perçu de frais de procédure et l'avance de frais versée de Fr. 300.- lui est restituée.

12.2. Le requérant ayant agi en étant représenté, il lui est alloué une indemnité globale de dépens à charge de l'autorité inférieure de Fr. 3'000.- (art. 64 al. 1 PA et art. 7 ss du règlement du 21 février 2008 concernant les frais, dépens et indemnités fixés par le Tribunal administratif fédéral [FITAF, RS 173.320.2]), compte tenu de l'issue du recours, de la difficulté de la cause ainsi que du travail effectué par l'avocat.

Par ces motifs, le Tribunal administratif fédéral prononce :

1.

Le recours est partiellement admis et les trois décisions du 10 août 2009 sont annulées. La cause est renvoyée à l'autorité inférieure afin qu'elle procède conformément au considérant 11 et rende une nouvelle décision.

2.

Il n'est pas perçu de frais de procédure. Le montant de l'avance de frais de Fr. 300.- versé est restitué au recourant.

3.

Il est allouée au recourant une indemnité de dépens de Fr. 3'000.- à charge de l'autorité inférieure.

4.

Le présent arrêt est adressé :

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

Le président du collège :

Le greffier :

Francesco Parrino

Pascal Montavon

Indication des voies de droit :

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

Expédition :