



## Arrêt du 23 décembre 2014

---

Composition

Vito Valenti (président du collège),  
Franziska Schneider et Michael Peterli, juges,  
Yannick Antoniazza-Hafner, greffier.

---

Parties

**A.** \_\_\_\_\_,  
représenté par ASSUAS Association suisse des assurés,  
Avenue Vibert 19, Case postale 1911, 1227 Carouge,  
recourant,

contre

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

---

Objet

Assurance-invalidité (décision du 24 octobre 2012).

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

Le requérant A.\_\_\_\_\_, ressortissant français né le [...] 1963, obtient son certificat d'aptitude professionnelle de boulanger en France en 1981 puis travaille en Suisse dans cette profession pendant plusieurs années en tant que frontalier, en dernier lieu pour B.\_\_\_\_\_ (doc 11 p. 4; 23 p. 5; 84 p. 3; doc 88 p. 2). Souffrant de douleurs costo-vertébrales (doc 11 p. 10) pour lesquelles seront par la suite posé le diagnostic de syringomyélie cervico-dorsale (doc 8 p. 3), il cesse l'exercice de toute activité lucrative dès le 1<sup>er</sup> juin 2004 pour des raisons de santé (cf. rapport de l'employeur du 15 décembre 2005 [doc 12 p. 1 n° 1.4]) et dépose une demande de prestations AI à l'attention des autorités suisse en date du 7 novembre 2005. Par décision du 30 août 2007 entrée en force (doc 40), l'Office de l'assurance-invalidité pour les assurés résidant à l'étranger (ci-après: OAIE) rejette la requête.

**B.**

Le 12 juillet 2010 (doc 58 p. 1), l'assuré dépose une deuxième demande de prestations AI que l'OAIE rejette derechef par décision du 24 octobre 2012 (doc 104) faisant suite à un projet de décision du 20 janvier 2012 établi par l'Office AI du canton de Genève (ci-après: OAI GE). Il s'appuie notamment sur les rapports d'expertise du Dr C.\_\_\_\_\_, neurologue, du 27 janvier 2011 (doc 75) et de la Dresse D.\_\_\_\_\_, psychiatre, du 4 juillet 2011 (doc 84), des prises de position de son service médical des 13 septembre 2011 (doc 86) et 14 décembre 2011 (doc 90) et une comparaison des revenus du 26 septembre 2011 (doc 87). L'administration est d'avis que l'intéressé ne peut certes plus accomplir la profession de boulanger mais qu'en revanche une activité adaptée est exigible de sa part à 70%. La comparaison des revenus ferait ainsi apparaître un taux d'invalidité de 26.68% insuffisant pour ouvrir le droit à une rente.

**C.**

L'assuré, représenté par ASSUAS Association suisse des assurés, interjette recours contre cette décision auprès du Tribunal administratif fédéral par acte du 27 novembre 2012. En substance, il conteste toute capacité de travail dans son ancienne profession et estime son incapacité de travail dans un travail adapté à au moins 50%. Par ailleurs, il produit des certificats médicaux nouveaux des 9 novembre 2012 (pce TAF 1 annexe 27), 22 novembre 2012 (TAF 1 annexe 28), 26 novembre 2012 (pce TAF 1 annexes 25 et 26 [deux certificats datés du même jour]) et 27 novembre 2012 (pce TAF 1 annexe 29).

**D.**

Invité à s'acquitter, jusqu'au 16 janvier 2013, d'une avance sur les frais de procédure de Fr. 400.- par ordonnance du 14 décembre 2012 (pce TAF 2), l'assuré verse la somme requise sur le compte du Tribunal le 10 janvier 2013 (pce TAF 4).

**E.**

Dans un préavis du 23 avril 2013 (pce TAF 7 p. 1-2), l'OAIE conclut au rejet du recours et à la confirmation de la décision attaquée en renvoyant à une prise de position de l'OAI GE du 18 avril 2013 (pce TAF 7 p. 3-5).

**F.**

Dans une réplique du 17 juin 2013 (pce TAF 9), le recourant fait valoir une dégradation de son état de santé et produit des rapports médicaux des 5 juin 2013 (pce TAF 9 annexe 30) et 12 juin 2013 (pce TAF 9 annexe 31).

**G.**

Appelé à dupliquer, l'OAIE transmet le dossier à l'OAI GE pour prise de position. Celui-ci requiert l'avis de son service médical. Dans un rapport du 9 août 2013 (pce TAF 13 p. 5-6), la Dresse E. \_\_\_\_\_ relève que les nouveaux documents produits attestent d'une péjoration de l'état de santé avec la pression de nouvelles cavités syringomyéliques. Elle précise toutefois, que, comme ces certificats sont postérieurs à la date de la décision attaquée, il n'y a pas lieu de revenir sur l'appréciation antérieure de l'état de santé qui couvrait la période allant jusqu'au 24 octobre 2012. Par contre, selon elle, il sera nécessaire de reprendre l'instruction du dossier après le prononcé du Tribunal administratif fédéral afin de déterminer si cette aggravation radiologique entraîne des limitations fonctionnelles supplémentaires qui ont des répercussions sur la capacité de travail exigible après le prononcé de l'acte entrepris.

Sur la base de cette appréciation, l'OAI GE, dans une prise de position du 8 août 2013 (pce TAF 13 p. 3-4), estime que la nouvelle documentation produite par l'assuré justifie tout au plus d'ouvrir une procédure de révision de la rente.

Dans sa duplique du 19 août 2013 (pce TAF 13 p. 1-2), l'OAIE confirme ses conclusions visant au rejet du recours.

**H.**

Le recourant, dans une deuxième réplique du 21 octobre 2013 (pce TAF 17 p. 1-2) indique qu'il maintient son recours, fait valoir ses affections qui,

selon lui, se seraient aggravées avec l'apparition de nouveaux troubles fonctionnels et produit une décision de réorientation professionnelle du 24 mai 2013 émise par les autorités françaises (pce TAF 17 p. 3), un rapport d'une conseillère en réadaptation du 1<sup>er</sup> octobre 2013 (pce TAF 17 p. 8-10) et des rapports médicaux des 16 septembre 2013 (TAF 17 p. 4-5 [deux certificats datés du même jour]), 19 septembre 2013 (pce TAF 17 p. 6), 24 septembre 2013 (pce TAF 17 p. 7), 14 octobre 2013 (pce TAF 17 p. 11-14) et 15 octobre 2013 (pce TAF 17 p. 15).

Par ordonnance du 4 mars 2014 (pce TAF 18), ces documents sont envoyés à l'OAIE pour connaissance.

## **Droit :**

### **1.**

**1.1** En application de l'art. 40 du règlement du 17 janvier 1961 sur l'assurance-invalidité (RAI, RS 831.201), l'office AI du secteur d'activité dans lequel le frontalier a travaillé est compétent pour examiner les demandes présentées par des frontaliers, tandis que les décisions sont notifiées par l'OAIE. Sous réserve des exceptions prévues à l'art. 32 de la loi 17 juin 2005 sur le Tribunal administratif fédéral (LTAF, RS 173.32), le Tribunal de céans, en vertu de l'art. 31 LTAF, connaît des recours contre les décisions au sens de l'art. 5 de la loi fédérale du 20 décembre 1968 sur la procédure administrative (PA, RS 172.021) prises par les autorités mentionnées à l'art. 33 LTAF. En particulier, les décisions rendues par l'OAIE concernant l'octroi de prestations d'invalidité peuvent être contestées devant le Tribunal administratif fédéral conformément à l'art. 69 al. 1 let. b de la loi fédérale du 19 juin 1959 sur l'assurance-invalidité (LAI, RS 831.20). Celui-ci est dès lors compétent pour connaître de la présente cause.

**1.2** En vertu de l'art. 3 let. d<sup>bis</sup> PA, auquel renvoie l'art. 37 LTAF, 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 la présente 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. Or, l'art. 1 al. 1 LAI mentionne que les dispositions de la LPGA s'appliquent à l'assurance-invalidité (art. 1a à 26<sup>bis</sup> 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** Le droit matériel applicable est déterminé par les règles en vigueur au moment où les faits juridiquement déterminants se sont produits, le juge n'ayant pas à prendre en considération les modifications du droit ou de l'état de fait postérieures à la date déterminante de la décision litigieuse (ATF 129 V 4 consid. 1.2). Lors d'un changement de législation durant la période déterminante, le droit éventuel à des prestations se détermine selon l'ancien droit pour la période antérieure et selon le nouveau dès ce moment-là (application pro rata temporis; ATF 130 V 445). Ainsi, les modifications consécutives à la 6<sup>ème</sup> révision de la LAI, entrées en vigueur le 1<sup>er</sup> janvier 2012, trouvent également application en l'espèce, étant précisé que les nouvelles normes n'ont pas apporté de changements par rapport à l'ancien droit quant à l'évaluation de l'invalidité dont il convient de procéder in casu.

**2.2** Au niveau du droit international, 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<sup>er</sup> juin 2002 avec notamment son annexe II qui règle la coordination des systèmes de sécurité sociale par renvoi statique au droit européen. 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 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 portant sur la coordination des systèmes de sécurité sociale (RS 0.831.109.268.1 et 0.831.109.268.11). Ces Règlements sont donc applicables in casu (cf. arrêt du Tribunal fédéral 8C\_455/2011 du 4 mai 2012; 8C\_870/2012 du 8 juillet 2013 consid. 2.2). Conformément à l'art. 4 du règlement (CE) n° 883/2004, 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. On précisera que le règlement (CEE) n° 1408/71 – auquel l'ALCP renvoyait pour la période antérieure courant jusqu'au 31 mars 2012 – contenait une disposition similaire à son art. 3 al. 1.

**2.3** En dérogation à l'art. 24 LPGA, l'art. 29 al. 1 LAI prévoit que le droit à la rente prend naissance au plus tôt à l'échéance d'une période de 6 mois à compter de la date à laquelle l'assuré a fait valoir son droit aux prestations conformément à l'art. 29 al. 1 LPGA. En l'occurrence, le recourant a déposé une deuxième demande de prestations AI le 12 juillet 2010 auprès de l'office de liaison français (doc 58 p. 1). Le Tribunal peut donc se limiter in casu à examiner si le recourant avait droit à une rente le 12 janvier 2011 (6 mois après le dépôt de la demande) ou si le droit à une rente était né entre cette date et le 24 octobre 2012, 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. 1.2; ATF 129 V 222, consid. 4.1; ATF 121 V 362 consid. 1b).

### **3.**

Selon les normes applicables, tout requérant, pour avoir droit à une rente de l'assurance-invalidité suisse, doit remplir cumulativement les conditions suivantes: 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 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 et remplit donc la condition de la durée minimale de cotisations (doc 88 p. 2).

### **4.**

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 LPGA et 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. Ainsi 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). Le Tribunal fédéral a néanmoins jugé que les données fournies par les médecins constituent un élément utile pour déterminer quels travaux peuvent encore être exigés de l'assuré (ATF 125 V 256 consid. 4).

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.

**5.**

Lorsque la rente a été refusée parce que le degré d'invalidité était insuffisant, la nouvelle demande au sens de l'art. 87 al. 4 RAI ne peut être examinée que si les conditions prévues à l'alinéa 3 de cette disposition sont remplies (ATF 133 V 263). Ainsi, dans sa nouvelle demande, le recourant doit établir de façon plausible que le taux d'invalidité s'est modifié de manière à influencer ses droits. En cas d'entrée en matière, l'autorité procède de façon analogue à un cas de révision au sens de l'art. 17 LPGA et doit examiner si la modification du degré d'invalidité alléguée s'est effectivement produite depuis la dernière décision déterminante. Si tel n'est pas le cas, elle rejettera le recours. Dans le cas contraire, elle devra encore déterminer si la modification constatée est suffisante pour conclure au droit à une rente d'invalidité et prendre une décision en conséquence. En cas de recours, il incombe au juge de procéder au même examen matériel (ATF 117 V 198 consid. 3a; arrêt du Tribunal fédéral I 490/03 du 25 mars 2004 consid. 3.2).

**6.**

En l'espèce, l'objet du litige a donc trait au point de savoir si le taux d'invalidité du recourant a connu une modification notable depuis la décision de rejet de sa première demande AI en date du 30 août 2007 et, le cas échéant, au taux d'invalidité à retenir.

**7.**

Cela étant, il ressort des actes de la cause ce qui suit.

**7.1** Lors de la première demande de prestations, les documents suivants ont notamment été versés à la cause.

**7.1.1** Des rapports médicaux des 10 et 30 septembre 2003 (doc 63 p. 4 et doc 48 p. 1) indiquent que l'assuré a fait une chute sur la tête le 9 septembre 2003 avec traumatisme crânio-cérébral sans commotion, ce qui a entraîné une incapacité de travail totale jusqu'au 15 septembre 2003.

**7.1.2** La Dresse F. \_\_\_\_\_, dans un rapport d'expertise du 1<sup>er</sup> septembre 2005 (doc 11 p. 2 ss), relève que l'assuré ne travaille plus depuis août 2004 pour des raisons de santé. Posant les diagnostics de syringomyélie, de trouble dépressif moyen avec trouble de l'adaptation et sentiments d'insuffisance, elle conclut que l'assuré ne peut plus exercer sa profession habituelle et qu'une réadaptation professionnelle est indiquée. Le métier de

substitution devrait être exercé principalement en position assise avec possibilité de changer de position, permettre de ménager la colonne vertébrale et ne pas comprendre le port de poids de plus de 5 kg.

**7.1.3** Dans un rapport neurochirurgical du 4 octobre 2005 (doc 30 p. 5), le Dr G.\_\_\_\_\_ relève que, selon l'IRM, il existe une malformation au niveau de l'arc C1 qui donne une compression en regard de la moelle épinière à ce niveau avec un hypersignal. Par ailleurs, des cavités syringomyéliques étendues de D12 jusqu'à D6 sont mises en évidence. A la lumière du tableau clinique actuel, il se dit partisan d'une intervention chirurgicale.

**7.1.4** Dans plusieurs rapports médicaux, le Dr H.\_\_\_\_\_ est d'avis que, compte tenu de son état de santé et du besoin d'un geste chirurgical, l'assuré n'est plus en mesure d'exercer son activité habituelle ou toute autre activité de substitution actuellement (cf. rapports des 11 octobre 2004 [doc 11 p. 10], 25 février 2005 [doc 11 p. 9], 1<sup>er</sup> juin 2005 [doc 11 p. 8] et 1<sup>er</sup> décembre 2005 [doc 8 p. 1-2; doc 9; doc 10 {trois certificats médicaux datés du même jour}]).

**7.1.5** Dans un rapport d'expertise pluridisciplinaire du 22 février 2007 (doc 23) effectué à la Polyclinique K.\_\_\_\_\_, il est mentionné les diagnostics avec répercussion sur la capacité de travail de myélopathie cervicale compressive au niveau C1 sur rétrécissement du canal médullaire (M48.02), de syringomyélie cervico-dorsale (G95.0), de fonctionnement intellectuel limite QI 72 (R41.8) et de personnalité dépendante (F60.7). Selon les experts, l'ancienne activité de boulanger n'est actuellement plus exigible de la part de l'intéressé. En revanche, celui-ci serait a priori à même d'effectuer à temps complet un travail de substitution peu contraignant tenant compte de sa personnalité dépendante sous réserve d'une prise en charge médicale ou chirurgicale adéquate (doc 23 p. 14-15 et p. 16 in fine).

**7.1.6** Se basant principalement sur ce dernier document, une prise de position de son service médical du 11 mai 2007 (doc 25) et une comparaison des revenus du 18 mai 2007 (doc 26), l'OAIE a rejeté la première demande AI de l'intéressé par décision du 30 août 2007 entrée en force (doc 40).

**7.2** Dans le cadre de la deuxième demande de prestations, les pièces suivantes ont notamment été versées à la cause.

**7.2.1** Selon un rapport du 8 novembre 2007, l'assuré a effectué à Genève un stage de réadaptation professionnelle du 1<sup>er</sup> octobre au 2 novembre 2007 (doc 45).

**7.2.2** Le Dr I. \_\_\_\_\_, dans un compte rendu opératoire du 5 février 2008 (doc 60 p. 5), indique qu'il a procédé chez l'assuré à un vissage transarticulaire C2-C1 par voie postérieure avec contrôle radiologique per-opératoire et recalibrage canalaire C1 par laminectomie de C1. L'opération était indiquée pour cause de souffrance médullaire en C1 avec syndrome tétraparalytique et douleurs par instabilité C1-C2 et sténose canalaire à ce niveau chez un patient aux antécédents de surcharge pondérale. Par ailleurs, dans un rapport ultérieur du 23 septembre 2010 (doc 68 p. 2), ce praticien indiquera qu'une expertise est nécessaire pour évaluer la capacité de travail de l'assuré.

**7.2.3** L'assuré ayant effectué un stage professionnel en France du 24 août au 13 novembre 2009, un bilan y afférent retient qu'un travail adapté à mi-temps semble plus adapté à l'état de santé de l'intéressé (doc 60 p. 14-20).

**7.2.4** Dans un bilan neurologique du 5 février 2010 (doc 60 p. 11 ss), le Dr J. \_\_\_\_\_, psychologue et neuropsychologue, signale que l'assuré présente des troubles cognitifs légers ayant une incidence finalement significative sur sa capacité de travail et qu'une orientation en milieu protégé pourrait être une indication.

**7.2.5** Dans plusieurs certificats médicaux, le Dr H. \_\_\_\_\_ relève en substance que l'ancienne activité de boulanger n'est plus exigible de la part de l'assuré et que le patient est d'accord avec la reprise d'un travail adapté à mi-temps (cf. rapports des 20 mars 2008 [doc 63 p. 7], 22 août 2008 [doc 63 p. 1], 3 novembre 2009 [doc 63 p. 6], 4 juillet 2010 [doc 60 p. 1], 29 juillet 2010 [doc 63 p. 2], 4 septembre 2010 [doc 67 p. 1-3 et doc 67 p. 5 {deux certificats datés du même jour}], 9 septembre 2010 [doc 67 p. 4], 17 septembre 2010 [doc 68 p. 3] et 28 février 2012 [doc 96 p. 9]).

**7.2.6** Dans un rapport d'expertise neurologique du 27 janvier 2011 (doc 75), le Dr C. \_\_\_\_\_ retient que les diagnostics avec incidence sur la capacité de travail de syringomyélie pauci-symptomatique, radiologiquement visible de D6-D11, avec status post-opératoire d'une ostéosynthèse C2-C1 pour rétrécissement canalaire à ce niveau, QI bas et fonctionnement exécutif/attentionnel/mnésique-verbal limites. Il conclut que la capacité de travail de l'assuré est de 70% dans son ancienne activité de boulanger ainsi que dans tout autre activité de substitution adaptée.

**7.2.7** Pour sa part, la Dresse D. \_\_\_\_\_, dans un rapport d'expertise psychiatrique du 4 juillet 2011 (doc 84), ne retient aucun diagnostic avec incidence sur la capacité de travail et pose les diagnostics sans répercussion

sur la capacité de travail de notions neuropsychologiques d'un fonctionnement intellectuel limite (QI 72 selon les données au dossier) code R41.8 selon la classification DSM 4 et de traits dépendants de la personnalité F60.7 selon la CIM 10. Cette praticienne est d'avis que l'intéressé ne présente aucune limitation sur le plan psychique et mental.

**7.2.8** Dans une comparaison des revenus du 26 septembre 2011 (doc 87), l'administration relève que le revenu de l'assuré sans atteinte à la santé se serait monté à Fr. 49'075.- en 2005 selon les indications de l'ancien employeur et à Fr. 52'967.- en 2010 en tenant compte de l'augmentation des salaires (doc 87 p. 2). Pour ce qui est du revenu d'invalidé, celui-ci correspondrait au salaire moyen statistique pour homme TA1, toute profession confondue, niveau 4, en 2008 (Fr. 4'806.- par mois pour 40 h./sem.) adapté à la durée hebdomadaire normale de travail et à l'augmentation des salaire jusqu'en 2010 ainsi que multiplié par 12, ce qui aboutirait à un revenu annuel de Fr. 61'642.-. Ce montant devrait être diminué de 30% pour tenir compte de la capacité de travail limitée à 70% dans une activité de substitution adaptée, puis de 10% afin de prendre en considération les particularités du cas concret, de sorte que le salaire annuel d'invalidé serait en définitive de Fr. 38'834.-. Il s'ensuivrait un taux d'invalidité de 26.68% insuffisant pour ouvrir le droit à une rente. ( $\{(52'967 - 38'834) \times 100\} : 52'967$ ).

## 8.

En se basant sur cette comparaison des revenus et après avoir consulté son service médical à plusieurs reprises (cf. prises de position des 13 septembre 2011 [doc 86], 14 décembre 2011 [doc 90] et 19 avril 2012 [doc 101]), l'OAIE a estimé que le cas avait été suffisamment instruit et a rejeté la deuxième demande de prestations de l'assuré par décision du 24 octobre 2012. Le Tribunal de céans ne peut toutefois trancher en l'état du dossier pour les raisons qui suivent.

**8.1** Tout d'abord, selon le questionnaire pour l'employeur du 15 décembre 2005, il est indiqué que l'assuré avait obtenu un salaire de Fr. 47'699.- en 2003 (doc 12 p. 2), soit l'année avant son arrêt du travail pour des raisons de santé, et qu'il avait été licencié le 29 mai 2004 après plusieurs avertissements, le dernier jour effectif de travail ayant été le 31 mai 2004 (doc 12 p. 1 n° 1.4). Cela étant, on peut se demander si ce salaire relativement bas en 2003 n'était pas déjà dû à des problèmes de santé. En effet, l'assureur-maladie avait chargé la Dresse F. \_\_\_\_\_ d'examiner l'assuré en 2005. Dans un rapport d'expertise du 1<sup>er</sup> septembre 2005, cette praticienne relève que l'assuré souffre d'un syndrome vertébral de longue date avec en parallèle décompensation psychique entre 2000 et 2003, ce qui a incité le

médecin traitant à réduire son temps de travail à 36 heures par semaines et à prescrire des anti-inflammatoires et du Lexotanil en réserve (doc 11 p. 4). En outre, dans l'expertise psychiatrique du 4 juillet 2011 (doc 84 p. 3), il est relevé que l'assuré a cumulé les mises en arrêt maladie à la suite d'une chute au lieu de travail intervenue en septembre 2003 (doc 84 p. 3). Sous cet angle, il est étonnant que l'expertise pluridisciplinaire du 22 février 2007 indique que les problèmes de santé de l'assuré remonte à mai 2004 seulement (doc 23 p. 3). Les doutes quant à la pertinence du salaire effectif pour effectuer la comparaison des revenus sont renforcés du fait que, comme on le verra ci-après (consid. 8.2), le salaire obtenu par l'intéressé en 2004 était nettement inférieur au salaire statistique moyen d'un boulanger au bénéfice d'un certificat d'aptitude professionnelle. Il revenait donc à l'administration d'investiguer plus avant sur ce point, par exemple en requérant auprès de l'assureur maladie la production de son dossier et en questionnant l'ancien employeur.

**8.2** Ensuite, même à supposer que les problèmes de santé du recourant soient effectivement intervenus en mai 2004 seulement, il n'est pas certain que le dernier salaire obtenu par l'intéressé puisse servir de référence pour la comparaison des revenus.

Dans ce contexte, il sied de rappeler que, chez les assurés actifs, le degré d'invalidité doit être déterminé sur la base d'une comparaison des revenus. Pour cela, le revenu que l'assuré aurait pu obtenir s'il n'était pas invalide est comparé avec celui qu'il pourrait obtenir en exerçant l'activité qui peut raisonnablement être exigée de lui après les traitements et les mesures de réadaptation, sur un marché du travail équilibré (art. 28a al. 1 LAI en corrélation avec l'art. 16 LPGa). La comparaison des revenus s'effectue, en règle générale, en chiffrant aussi exactement que possible les montants de ces deux revenus et en les confrontant l'un avec l'autre, la différence permettant de calculer le taux d'invalidité. A cet effet, il convient de se référer au moment où le droit à la rente aurait pu naître au plus tôt (ATF 129 V 222 consid. 4.1 et 4.4).

Selon le Tribunal fédéral, il peut se justifier d'opérer un parallélisme des revenus à comparer si la rémunération de l'assuré était nettement inférieure aux normes de salaire usuelles dans la branche concernée selon les données de l'enquête suisse sur la structure des salaires (ESS) pour des raisons étrangères à l'invalidité (par exemple pour cause de formation scolaire minimale, de manque de formation professionnelle ou de difficultés à être embauché consécutives au status de saisonnier) et que rien n'incite à penser que l'assuré s'était volontairement contenté d'un salaire inférieur à

la moyenne (ATF 135 V 58 consid. 3.1; arrêt du Tribunal fédéral I 848/05 du 29 novembre 2006 consid. 5.2.1). En pratique, le parallélisme des deux revenus à comparer peut être effectué soit au regard du revenu sans invalidité en augmentant de manière appropriée le revenu effectivement réalisé ou en se référant aux données statistiques, soit au regard du revenu d'invalidité en réduisant de manière appropriée la valeur statistique (ATF 134 V 322 consid. 4.1). L'arrêt 135 V 297 précise qu'un revenu peut être considéré comme nettement inférieur à la moyenne, en cas de divergence d'au moins 5% par rapport au salaire statistique usuel. Par ailleurs, le parallélisme doit porter seulement sur la part qui excède le taux minimal déterminant de 5%.

La jurisprudence portant sur le parallélisme des revenus se base sur l'idée qu'on ne peut attendre d'une personne nouvellement atteinte dans sa santé qu'elle obtienne un salaire moyen se situant aux alentours des revenus statistiques, lorsque, avant que surgissent les problèmes de santé, elle gagnait déjà un salaire sensiblement inférieures aux revenus statistiques variables dans la branche concernée, parce que des raisons inhérentes à sa personne rendaient impossible l'obtention d'un salaire moyen. Face à un salaire effectif de valide sensiblement inférieur à la moyenne, il revient donc à l'administration d'examiner si l'assuré présente des caractéristiques personnelles qui incitent à penser qu'il ne lui est pas possible d'obtenir un salaire moyen statistique. Cette jurisprudence s'applique aux personnes qui, avant l'atteinte à la santé, exerçaient des activités simples et répétitives (niveau 4 selon les données ESS), éventuellement également aux personnes disposant de connaissances professionnelles spécialisées (arrêt du Tribunal fédéral 8C\_298/2013 du 20 décembre 2013 consid. 5.2.2 non publié à l'ATF 140 V 41)

En l'occurrence, le recourant est au bénéfice d'un certificat d'aptitude professionnelle (CAP) de boulanger (cf. infra consid. 9.1.2, 2<sup>ème</sup> paragraphe). Selon les données de l'ESS, le salaire usuel dans le secteur alimentaire en 2004 pour un assuré disposant de connaissances professionnelles spécialisées dans le domaine "industrie alimentaire" (niveau de qualification 3; cf. arrêt du Tribunal fédéral 8C\_807/2012 du 21 février 2013 consid. 5) se montait à Fr. 5'336.- pour 40 h./s. En tenant compte de l'horaire moyen usuel de 42 h./sem. et de l'augmentation des salaires de 1.4% en 2005, on obtient un salaire statistique mensuel de Fr. 5'681.24. Parallèlement, selon les données pour l'employeur du 15 décembre 2005, l'assuré aurait gagné un salaire annuel brut de Fr. 49'075.- en 2005 sans atteinte à la santé (doc 12 p. 2 n° 7) soit Fr. 4'089.58 par mois. La différence entre le revenu effectif et le salaire statistique usuel dans la branche est donc de 28.02% ( $\frac{5'681.24 - 4'089.58}{4'089.58} \times 100$ ). La part excédant le taux maximal

de 5% conformément à la jurisprudence exposée au paragraphe précédent est ainsi de 23.02%, ce qui est un taux tout à fait significatif. Or, l'autorité inférieure ne s'est aucunement prononcée sur cette question, alors qu'elle aurait été tenue de le faire compte tenu de l'état de fait donné et de la jurisprudence du Tribunal fédéral susmentionnée. Pour cette raison également, il convient de renvoyer l'affaire à l'OAIE pour complément d'instruction.

## **9.**

De surcroît, force est également de constater qu'il reste encore des questions ouvertes du point de vue médical.

**9.1** Certes, le Tribunal de céans peut suivre le raisonnement des Drs C. \_\_\_\_\_ et D. \_\_\_\_\_ lorsque ceux-ci retiennent une capacité de travail de l'intéressé de 70% dans un travail adapté.

**9.1.1** En effet, le premier praticien cité est spécialiste en neurologie et la Dresse D. \_\_\_\_\_ experte en psychiatrie. Ces spécialistes possèdent donc toutes les qualifications requises pour se prononcer valablement sur l'état de santé et la capacité de travail de l'assuré qui souffre au niveau physique d'un statut après opération au rachis ainsi que d'une maladie de la moelle épinière et pour lequel un état dépressif ainsi qu'une intelligence limite avec troubles cognitifs a été mentionné dans différents rapports médicaux. Ces deux praticiens ont effectué un examen approfondi de l'assuré, étant relevé que le Dr C. \_\_\_\_\_ a aussi effectué à un examen neuropsychologique complet. Par ailleurs, ils se sont déterminés en pleine connaissance de l'anamnèse et ont dûment pris note des plaintes du recourant en les mettant en relation avec les éléments objectifs constatés lors de l'examen clinique et ont dûment motivé pour quelles raisons ils ont estimé que l'assuré bénéficiait encore d'une capacité de travail résiduelle de 70%.

Ainsi, le Dr C. \_\_\_\_\_, dans la rubrique de l'expertise intitulée "Appréciation du cas et pronostic", relève ce qui suit: "Si l'imagerie médullaire réalisée chez le patient il y a quelques années, qui a permis démontrer une image syringomylique dorsale associée à un discret hypersignal au-dessus de cette cavité, et à un rétrécissement canalaire C1-C2, qui a abouti une intervention chirurgicale d'élargissement de ce canal avec ostéosynthèse C1-C2, il faut constater qu'actuellement, le patient ne présente que de très discrets signes de myélopathie, essentiellement sous la forme d'une minime asymétrie des réflexes tendineux aux MS, contrastant avec l'absence d'anomalie sensitive dissociée ou non, de troubles sphinctériens, et d'une

façon générale de syndrome segmentaire ou sous-segmentaire. En particulier, si par le passé, notamment avant l'opération, il avait été décrit un syndrome "tétrapyrimal", je n'en ai aucun élément actuellement. Par ailleurs, les lâchages observés lors du testing des Interosseux ne correspondent pas à une parésie spécifique, entrant dans le contexte observé d'une façon plus générale d'une grande fluctuation à la réalisation des tests moteurs. En fait, la quasi absence de signes neurologiques centraux ou périphériques contrastent avec les plaintes douloureuses rachidiennes, issues de la région sous-jacente à l'opération, où le patient décrit une tension, un tiraillement, une impression de brûlures qui seraient la cause principale de son incapacité aux activités privées ou professionnelles. Les éléments les plus significatifs actuellement sont d'ordre cognitif, sur le plan des capacités neurologiques, puisque nous avons déjà la notion d'un QI bas à 72, et que notre examen neuropsychologique démontre en effet une dysfonction exécutive, mnésique-verbale, et attentionnelle, très vraisemblablement ancienne, qui limite clairement les ressources du patient dans le cadre de ses difficultés médicales, sociales et professionnelles, même s'il faut relever que par le passé, au moment où il avait un grand succès comme boulanger, ceci n'a pas été le cas. En tenant compte des troubles douloureux rachidiens post opératoires, ainsi que des troubles cognitifs susmentionnés, une limitation de la capacité de travail de 30% paraît clairement un maximum, au plan neurologique. Quant aux séquelles myélopathiques elles-mêmes, elles sont si minimes qu'elles ne correspondent à aucune limitation particulière de la capacité professionnelle. [...] En ce qui concerne le pronostic, il est clair que l'évolution d'une syringomyélie peut être variable, et doit être suivie sur le plan neurologique. Cependant, à ce stade et avec le recul maintenant disponible après le diagnostic, ainsi que la réalisation de l'opération susmentionnée, il est très peu probable que l'on assiste à une détérioration myélopathique rapidement significative. Une stabilité persistante de l'état actuel est clairement plus vraisemblable, ce qui devra être confirmé par les évaluations cliniques neurologiques régulières, en principe 1-2x/année" (doc 75 p. 7). En rapport avec la capacité de travail, l'expert conclut de façon générale que "les tiraillement et douleurs au niveau du rachis limitent les activités physiques très lourdes, comme celles de manoeuvre ou de magasinier. Sur le plan neuropsychologique, le QI bas et la dysfonction cognitive modérée empêchent la réalisation d'activités intellectuelles élaborées, notamment sur le plan professionnel (doc 75 p. 8 let. B.1). En ce qui concerne la capacité de travail dans l'activité exercée jusqu'à l'atteinte à la santé, il précise qu'"il n'y a pas de limitation neurologique spécifique concernant l'activité de boulanger, à l'exclusion d'un travail physique très lourd (port répété de charges dépassant

20 kg essentiellement). En l'absence de myélopathie résiduelle significative, seules peuvent être prises en compte sur le plan neurologique les douleurs rachidiennes fluctuantes qui seront pour le mieux intégrées dans une activité professionnelle permettant une variation de la position, ce qui a priori est le cas dans le métier de boulanger" (doc 75 p. 8 let. B.2.1). Quant à la capacité de travail dans une activité adaptée, l'expert relève que "globalement [avec] les douleurs et tiraillements au niveau rachidien, en l'absence de myélopathie significative, mais avec les troubles cognitifs, on peut admettre la survenue d'une fatigabilité limitant cette activité professionnelle dans l'ordre de 30%" (doc 75 p. 8 let. B.2.2), étant précisé que l'état de santé du patient doit être considéré comme stabilisé depuis début 2010 au plus tard (doc 75 p. 8 let. B.2.6).

Pour sa part, la Dresse D. \_\_\_\_\_, dans son rapport du 4 juillet 2011, relève que, "du point de vue personnel, l'expertisé ne relate aucun antécédent d'atteinte psychiatrique à la santé. Il n'y a pas non plus d'antécédent de suivi spécialisé ni de prescription de traitement psychotrope. A l'examen de ce jour, Il s'agit d'un homme collaborant, au discours généreux parfois redondant, dont les capacités intellectuelles observées peuvent correspondre au QI de 72 annoncé dans les documents antérieurs. L'intéressé est capable de comprendre des consignes, de les retenir, et de les exécuter. Etant donné qu'il a obtenu un CAP de boulanger, qu'il n'y a aucune suspicion de démence et qu'aucun événement n'est survenu pouvant porter atteinte à ses capacités intellectuelles, il se doit de conclure que l'intéressé a les capacités intellectuelles pour exercer un métier appris, qu'il soit dans la boulangerie ou dans une profession jugée comme équivalente. Quant à l'examen strictement psychiatrique, aucune atteinte à la santé à caractère incapacitant n'a été décelé. Une tendance à s'appuyer sur autrui et une légère difficulté à rebondir face aux contraintes de l'existence peut révéler la présence de traits dépendants de la personnalité, qui n'ont aucun caractère incapacitant. En conséquence, les conclusions de l'examen psychiatrique de ce jour peuvent attester que l'expertisé n'a pas de limitation psychiatrique à l'exercice d'une activité professionnelle adaptée aux limitations fonctionnelles somatiques" (doc 84 p. 5). La Dresse D. \_\_\_\_\_ précise toutefois que, étant donné le fonctionnement intellectuel de l'assuré et les traits dépendants de sa personnalité, une prise en charge cadrante dans une équipe de reconversion professionnelle pourrait faciliter une reprise du travail (doc 84 p. 7 let. B.3).

**9.1.2** Il ressort donc de ces considérations que, par rapport à la situation ayant été donnée en août 2007, l'état de santé de l'assuré n'a pas connu

de détérioration au niveau psychiatrique. En revanche, sur le plan somatique, le Dr C.\_\_\_\_\_ reconnaît une certaine péjoration suite à l'opération au dos intervenue le 5 février 2008, dès lors qu'il retient nouvellement une limitation de la capacité de travail dans un travail adapté de 30% au maximum. On rappelle que, lors de l'expertise pluridisciplinaire précédente du 22 février 2007, il avait été retenu que la capacité de travail de l'intéressé dans une activité de substitution était de 100% (doc 23 p. 16 in fine). Cela étant, quoiqu'en dise le recourant, les autres documents médicaux versés au dossier ne permettent pas d'invalider l'évaluation du taux de travail retenu par le Dr C.\_\_\_\_\_.

Ainsi, dans un rapport neuropsychologique du 5 février 2010 (doc 60 p. 11 ss), le Dr J.\_\_\_\_\_ constate chez l'assuré de légers troubles exécutifs ayant une incidence finalement significative sur sa prise en compte du monde et ayant une influence délétère sur ses relations et probablement son insertion professionnelle. Il estime qu'il est raisonnable de faire l'hypothèse qu'une partie des troubles exécutifs soient imputables à un traumatisme crânien intervenu lors d'une chute de l'assuré en date du 9 septembre 2003. Or, en ce qui concerne l'origine du trouble cognitif, on note qu'autant les experts mandatés lors de l'expertise du 22 février 2007 effectuée dans le cadre de la première demande de prestations AI (doc 23 p. 14) que le Dr C.\_\_\_\_\_, dans son rapport du 27 janvier 2011 (doc 75 p. 8 let. B.2.2) et la Dresse D.\_\_\_\_\_, dans son rapport du 4 juillet 2011 (doc 84 p. 6, 2<sup>ème</sup> énumération), rejettent une telle appréciation et estiment que l'atteinte est très vraisemblablement antérieure à 2003. Par ailleurs, le Dr C.\_\_\_\_\_ retient que, s'il est vrai que le patient souffre d'une dysfonction mnésique-verbale et attentionnelle clairement limitative vu la situation actuelle du patient (doc 75 p. 7), celle-ci reste toutefois modérée et fait uniquement obstacle à la réalisation d'activités intellectuelles élaborées, notamment sur le plan professionnel (doc 75 p. 8 let. B.1). Cette évaluation est corroborée par celle de la Dresse D.\_\_\_\_\_ qui relève que, selon son observation sommaire non spécialisée, l'assuré ne souffre d'aucun déficit mnésique ou attentionnel significatif (doc 84 p. 5, 3<sup>ème</sup> paragraphe). Compte tenu de ces prises de position claires des experts, l'avis du Dr J.\_\_\_\_\_ — qui au demeurant n'a pas exposé de façon convaincante pour quelles raisons de "légers troubles exécutifs" étaient susceptibles d'entraîner une incapacité de travail totale de l'assuré dans toute profession — ne saurait emporter la conviction.

Contrairement à ce que voudrait le recourant, les prises de position de son médecin traitant, le Dr H.\_\_\_\_\_, ne sont également pas susceptibles de remettre en cause le taux de travail exigible de sa part, dès lors que ce

praticien ne fait part d'aucun élément objectif qui aurait été omis par les experts. Bien plutôt, on note même certains éléments qui vont dans le sens de l'appréciation des Drs C. \_\_\_\_\_ et D. \_\_\_\_\_. Aussi, dans un rapport du 20 mars 2008, le Dr H. \_\_\_\_\_ relève que l'opération au dos s'est bien déroulée, les suites opératoire ayant été simples (doc 63 p. 8). Dans un rapport du 4 septembre 2010, il signale que le patient ne prend actuellement aucune médication sauf ponctuellement en cas de poussées de douleur (doc 67 p. 3 n° 1.5). Il précise que le patient "est en accord avec un emploi adapté pour une capacité résiduelle de 50% sous réserve de la fragilité du montage neurochirurgical C1C2 et de la syringomyélie T6-T11 qui peuvent être évolutifs" (rapports des 4 et 17 septembre 2010 [doc 67 p. 5 s. et 68 p. 3 s.]). Or, cette évaluation, qui se base en premier lieu sur l'impression subjective du patient, ne saurait convaincre. Finalement, dans un rapport du 18 février 2012 (doc 96 p. 9), le Dr H. \_\_\_\_\_ souligne la difficulté pour l'assuré de retrouver un emploi à 70% vu les atteintes dont il souffre et la désadaptation au travail. Il convient toutefois de relever que l'assurance-invalidité ne se base pas sur le marché concret du travail mais sur un marché équilibré et qu'il convient de ne pas subordonner la concrétisation des possibilités de travail et des perspectives de gain à des conditions excessives (cf. arrêt du Tribunal administratif fédéral C-5108/2012 du 26 avril 2013 consid. 11.1 et les références citées). Or, on ne saurait conclure que les atteintes fonctionnelles retenues chez l'assuré, même si elles devaient être plus étendues que celles retenues par les Drs C. \_\_\_\_\_ et D. \_\_\_\_\_ (cf. consid. 9.2 ci-après) et encore correspondre à celles qui avaient été retenues lors de l'expertise pluridisciplinaire du 22 février 2007 (cf. supra consid. 7.1.5), rendent illusoire la recherche d'un travail adapté. Par ailleurs, contrairement à ce que prétend le Dr H. \_\_\_\_\_ dans son rapport du 18 février 2012 (doc 96 p. 9), il n'est pas possible de retenir une quelconque incapacité de travail au niveau psychiatrique chez son patient en l'absence de tout diagnostic reconnu y afférent (cf. arrêt du Tribunal fédéral 8C\_822/2013 du 4 juin 2014 consid. 4.3). Finalement, on soulignera que même après l'entrée en vigueur de l'ALCP, le degré d'invalidité d'un assuré qui prétend à une rente de l'assurance-invalidité suisse est déterminé exclusivement d'après le droit suisse (art. 46 al. 3 du règlement [CE] n° 883/2004, en relation avec l'annexe VII dudit règlement; voir aussi 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 [CE] n° 987/2009). Le fait que les institutions de sécurité sociale d'un pays membre de l'Union Européenne mettent un assuré au bénéfice de certaines prestations sociales n'est donc en soi pas de nature à lier les organes de l'assurance-

invalidité suisse. Les attestations produites par le recourant lui reconnaissant le statut d'handicapé en France (cf., parmi d'autres, attestation du 20 mai 2009 [doc 60 p. 4]) ne lui sont ainsi d'aucun secours.

**9.1.3** Compte tenu de tout ce qui précède, il convient de retenir que, sur le plan médical, l'assuré est en mesure d'accomplir un travail adapté à un taux de 70% dès le 1<sup>er</sup> janvier 2010.

**9.1.4** On précisera que, comme le retient à juste titre le service médical de l'OAIE (cf. rapport du 3 août 2013 [pce TAF 13 p. 5]), la documentation que le recourant a fourni après le prononcé de la décision attaquée du 24 octobre 2012 (imageries médicales des 27 novembre 2012 [pce TAF 1, annexe 29], 5 juin 2013 [pce TAF 9, annexe 30], 16 septembre 2013 [TAF 17 p. 5]; rapport du Dr I. \_\_\_\_\_ du 16 septembre 2013 [pce TAF 17 p. 4]; rapports du Dr H. \_\_\_\_\_ des 16 novembre 2012 [pce TAF 1 annexe 26], 26 novembre 2012 [pce TAF 1 annexe 25], 12 juin 2013 [pce TAF 9, annexe 31], 24 septembre 2013 [pce TAF 17 p. 7], 14 octobre 2013 [pce TAF 17 p. 11 ss] et 15 octobre 2013 [pce TAF 17 p. 15]; rapport de réadaptation du 1<sup>er</sup> octobre 2013 [pce TAF 17 p. 8 ss]) se rapporte à son état de santé postérieur à la période déterminante. Elle ne peut donc être déterminante pour fixer la capacité de travail de l'assuré en l'espèce (cf. arrêt du Tribunal fédéral 9C\_899/2013 du 24 février 2014 consid. 4.3 et les références citées). Vu l'issue de la cause (cf. supra consid. 10), il reviendra toutefois à l'administration de se prononcer sur ces documents dans le cadre de la procédure complémentaire ordonnée par le présent Tribunal.

**9.2** Cela étant, le Tribunal de céans ne peut sans autre se rallier à l'opinion des Drs C. \_\_\_\_\_ et D. \_\_\_\_\_ dans la mesure où ceux-ci retiennent que l'intéressé pourrait encore accomplir son activité de boulanger à 70% et pourrait exercer tout autre travail adapté ne requérant pas de port de charges dépassant 20 kg essentiellement et permettant l'alternance des positions (doc 75 p. 8 et doc 84 p. 6; sur la possibilité de dénier la valeur probante d'une expertise sur un point déterminé sans pour le reste remettre en cause l'ensemble de l'appréciation des experts, cf. pour comparaison arrêt du Tribunal fédéral 9C\_687/2011 du 8 février 2012 consid. 3.2.1). Comme le souligne à juste titre le recourant (pce TAF 1 p. 8, paragraphes 5 et 6), cette évaluation s'intègre difficilement dans la documentation versée au dossier et cela pas seulement par rapport aux prises de position de son médecin traitant.

En effet, il appert que le service médical de l'administration ne fait pas sans autre siennes les conclusions des Drs C. \_\_\_\_\_ et D. \_\_\_\_\_ sur ce

point. Ainsi, dans le rapport du 13 septembre 2011 (doc 86), la Dresse E.\_\_\_\_\_ relève que, selon les rapports d'expertise des 27 janvier et 4 juillet 2011, la capacité de travail de l'assuré se monte à 70% dans une activité adaptée aux conditions d'épargne de la colonne cervicale et dorsale et dans un environnement d'exigences professionnelles adapté à ses capacités intellectuelles. En outre, elle interprète l'expertise neurologique du 27 janvier 2011 en ce sens que la persistance des douleurs rachidiennes fluctuantes rendent difficiles le port de charges lourdes et tout effort contraignant pour la nuque et le dos. Or, on cherche en vain dans l'expertise en question une affirmation selon laquelle tout effort mettant sous contrainte la nuque et le dos serait à éviter. Il semble donc que, sans le dire expressément, la Dresse E.\_\_\_\_\_ remet en question l'avis des Drs C.\_\_\_\_\_ et D.\_\_\_\_\_, dès lors que l'on voit mal — en l'absence de toute explication détaillée en la matière — qu'un assuré qui doit éviter tout effort contraignant pour la nuque et le dos puisse encore effectuer la profession de boulanger. Les prises de position ultérieures de cette praticienne vont également en ce sens. En effet, dans ses rapports des 14 décembre 2011 (doc 90) et 19 avril 2012 (doc 101), la Dresse E.\_\_\_\_\_ est d'avis que les capacités de travail décrites par les experts sont à traduire en termes de métiers par un spécialiste en réadaptation. Or, une telle affirmation n'a de sens que s'il s'agit de démontrer qu'il existe encore une capacité de travail dans l'activité habituelle. On note que, par la suite, l'administration n'a nullement consulté son service de réadaptation mais s'est limitée à indiquer à l'assuré, dans le projet de décision du 20 janvier 2012 (doc 93) et la décision attaquée du 24 octobre 2012 (doc 104 p 3, 1<sup>er</sup> paragraphe), que, selon son service médical, l'activité de boulanger n'était plus exigible de sa part mais que, dès le 1<sup>er</sup> Janvier 2010, il serait en mesure d'accomplir toute activité adaptée à ses affections. Ces circonstances sont donc de nature à jeter le doute sur les conclusions des Drs C.\_\_\_\_\_ et D.\_\_\_\_\_ quant à l'exigibilité de la profession de boulanger (cf. arrêts du Tribunal fédéral 8C\_724/2011 du 24 juillet 2012 consid. 5.3.3; 8C\_442/2013 du 4 juillet 2014 consid. 4.2; 8C\_56/2013 du 16 juillet 2013 consid. 3.3). Cela vaut d'autant plus que, lors de l'expertise précédente du 22 février 2007, les experts de la Policlinique K.\_\_\_\_\_ retenaient que l'activité de boulanger n'était actuellement pas exigible de la part de l'assuré "en raison des contraintes inhérentes à cette activité, susceptibles d'aggraver sa myélopathie. [...] Une intervention chirurgicale n'aurait pas la faculté d'augmenter sa capacité de travail, mais plutôt de diminuer les symptômes et d'éviter une possible complication ultérieure, spontanée ou dans le cadre d'un choc cervical, même modéré" (doc 23 p. 14; voir aussi expertise du 1<sup>er</sup> septembre 2005 [doc 11 p. 6 s.]). Vu cette prise de position antérieure et également les prises de position du médecin traitant de

l'assuré, il incombait donc au Dr C. \_\_\_\_\_ de motiver de façon plus circonstanciée pour quelles raisons il estimait la profession de boulanger encore exigible de la part de l'intéressé.

#### **10.**

Compte tenu de l'importance des lacunes constatées — et cela autant au niveau de la comparaison des revenus qu'en rapport avec la documentation médicale —, les actes versés à la cause ne permettent pas de se prononcer valablement sur l'étendue des activités encore exigibles de la part de l'assuré dans un travail de substitution adapté à 70%. En application de l'art. 61 al. 1 PA, il se justifie par conséquent de renvoyer exceptionnellement l'affaire à l'autorité inférieure pour qu'elle procède à un nouvel examen du cas après avoir entrepris les mesures d'instruction qui s'imposent (cf. ATF 137 V 210 consid. 4.4.1.4). En ce sens, elle se déterminera sur la pertinence du dernier salaire obtenu par l'assuré pour effectuer la comparaison des revenus (cf. supra consid. 8.1). Le cas échéant, elle se prononcera ensuite sur la nécessité de procéder à un parallélisme des revenus en l'espèce conformément au considérant 8.2. Elle veillera ensuite à compléter les actes de la cause avec la documentation idoine susceptible de faire toute la lumière sur la capacité du recourant à exercer son activité habituelle. Entre notamment en ligne de compte une demande d'explications plus détaillées auprès du Dr C. \_\_\_\_\_ quant à l'ensemble des limites fonctionnelles de l'assuré et l'exigibilité de la profession de boulanger dans la période déterminante courant jusqu'au 24 octobre 2012 (complément d'expertise; cf. arrêt du Tribunal fédéral 8C-834/2013 du 18 juillet 2014 consid. 7.1 et supra consid. 2.3) et cela après avoir fait établir un profil détaillé des activités effectuées dans la profession de boulanger par un spécialiste en réorientation professionnelle. Par ailleurs, comme l'a relevé l'OAI GE dans sa prise de position du 8 août 2013 (pce TAF 13 p. 3), elle se devra de traiter la documentation médicale nouvelle produite dans le cadre de la procédure de recours comme une demande de révision.

#### **11.**

Vu l'issue de la cause, il n'est pas perçu de frais de procédure (art. 63 PA) et le montant de Fr. 400.- versé par le recourant à titre d'avance de frais lui est restitué.

#### **12.**

Le recourant ayant agi en étant représentée par un mandataire professionnel, il lui est alloué une indemnité globale de dépens de Fr. 1'500.-, laquelle est fixée en fonction de l'importance et de la difficulté de la cause ainsi que du travail utile et nécessaire accompli par le mandataire (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]; cf. également ATF 132 V 215 consid. 6.2; cf., concernant le montant des dépens octroyé à une partie représentée par ASSUAS, l'arrêt du TAF C-2924/2006 du 6 mars 2008 consid. 6).

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

**1.**

Le recours est partiellement admis en ce sens que la décision du 24 octobre 2012 est annulée et la cause renvoyée à l'OAIE pour instruction complémentaire dans le sens des considérants.

**2.**

Il n'est pas perçu de frais de procédure. Le montant de Fr. 400.- versé par le recourant à titre d'avance de frais sera restitué à ce dernier dès l'entrée en force du présent jugement.

**3.**

Un montant de Fr. 1'500.- est alloué au recourant à titre d'indemnité de dépens, à la charge de l'autorité inférieure.

**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).

Le président du collège :

Le greffier :

Vito Valenti

Yannick Antoniazza-Hafner

**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, 6004 Lucerne, par la voie du recours en matière de droit public, dans les trente jours qui suivent la notification. 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 :