



---

Cour III  
C-6696/2014

## Arrêt du 3 novembre 2017

---

Composition

Madeleine Hirsig-Vouilloz (présidente du collège),  
Daniel Stufetti, David Weiss, juges,  
Audrey Bieler, greffière.

---

Parties

**A.** \_\_\_\_\_, France,  
représenté par Maître Marc Lironi,  
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, droit à la rente, décision du 8 octobre  
2014.

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

A.\_\_\_\_\_ (ci-après : l'assuré), né le [...] 1971, ressortissant portugais résidant en France, a cotisé à l'assurance-vieillesse, invalidité et survivants suisse (AVS/AI) en travaillant à 100% comme frontalier à Genève du 1<sup>er</sup> septembre 2003 au mois d'octobre 2012 en tant que chauffeur de bus (cf. AI pces 1 et 2 ; le questionnaire à l'employeur du 20 novembre 2012 [AI pce 8]).

**B.**

**B.a** Suite à une chute de vélo intervenue le 7 août 2011 (cf. la feuille-accident SUVA [AI pce 3, p. 1] ; la déclaration de sinistre du 9 août 2011 [AI pce 7, p. 121]), l'assuré s'est blessé à l'épaule droite, atteinte qui a entraîné des douleurs persistantes. Outre l'entorse acromio-claviculaire constatée (cf. les résultats d'IRM du 5 octobre 2011 [AI pce 7, pp. 101 s.]), il souffre d'une entorse bénigne du poignet droit ayant entraîné douleurs et paresthésies qui évoluent favorablement malgré un discret syndrome du tunnel carpien droit (cf. le rapport du 27 août 2012 du Dr B.\_\_\_\_\_ [AI pce 7 p. 27] ; le rapport neurologique du Dr C.\_\_\_\_\_ du 25 octobre 2012 [AI pce 21 p. 48] ; les rapports médicaux des 6 et 7 novembre 2012 du Dr D.\_\_\_\_\_ [AI pce 7, p. 6 et pce 16]).

**B.b** Une pathologie acromio-claviculaire est diagnostiquée et l'assuré est opéré par acromioplastie le 2 février 2012 par le chirurgien orthopédique le Dr B.\_\_\_\_\_ (cf. le rapport opératoire du 2 février 2012 [AI pce 7, p. 74], les rapports médicaux intermédiaires des 6 mars 2012 et 18 avril 2012 [AI pce 7, pp. 54 et 64]). Malgré les traitements médicaux et les séances de physiothérapie (AI pces 7 pp. 30, 45, 60 ; AI pce 21 p. 46 ; AI pce 32 pp. 21, 33, 63), les douleurs persistent et l'évolution est lentement favorable.

**B.c** En arrêt de travail total depuis le 27 septembre 2011 (cf. le certificat d'arrêt de travail du Dr E.\_\_\_\_\_ [AI pce 3, p. 1] et les certificats médicaux du Dr B.\_\_\_\_\_ [AI pce 3 et pce 7, pp. 13, 41, 62, 73, 86 s., 95, 110, 116 et 118]), l'assuré reprend son activité à 50% dès le 18 juin 2012 (cf. le rapport médical intermédiaire SUVA du 5 septembre 2012 établi par le Dr B.\_\_\_\_\_ [AI pce 7, p. 26] et celui du 27 novembre 2012 [AI pce 21, p. 45] ; cf. également le certificat médical du 9 juillet 2012 [AI pce 7, p. 39]). Cette reprise est soldée par un échec et l'assuré est à nouveau mis en arrêt de travail total dès le 16 octobre 2012 (cf. le courrier du 16 octobre 2012 du Dr B.\_\_\_\_\_ [AI pce 7, p. 20] et son rapport médical

intermédiaire du 11 novembre 2012 [AI pce 9] ; cf. les résultats de radiographie du 18 octobre 2012 (AI pce 7, p. 8).

### **C.**

**C.a** Le 1<sup>er</sup> novembre 2012 (AI pce 1), l'assuré dépose une demande de prestations d'invalidité auprès de l'office d'invalidité du canton de Genève (ci-après : l'OAI-GE ou l'office AI). Sont également produits en cause des résultats de radiographie/IRM lombaire et cervicale du 16 août 2005 (AI pce 47, pp. 13 et 14), du 13 novembre 2008 (AI pce 47, p. 12), du 24 novembre 2011 (AI pce 7, p. 103), du 18 février 2013 (AI pce 21, p. 14) faisant état de troubles débutants.

**C.b** Dans un rapport du 28 février 2013 (AI pce 21, pp. 2 à 7), le Dr F.\_\_\_\_\_, rhumatologue de la clinique romande de réadaptation (ci-après : CRR) fait état d'un séjour de l'assuré du 9 janvier 2013 au 2 février 2013 dans le service de réadaptation de l'appareil locomoteur (cf. le certificat d'incapacité de travail entière pour la période de janvier à mars 2013 [AI pce 21, p. 28]).

Lors de ce séjour, des examens orthopédique, neurologique et rhumatologique sont conduits (AI pce 21 pp. 8 à 13), ainsi que divers examens (IRM, arthro-CT, ultrasons ; AI pce 21, pp. 14 à 19 et pp. 22 s.). Il en ressort que les douleurs persistantes de l'assuré découlent d'un petit œdème osseux de la clavicule et d'un syndrome du défilé thoracique d'allure neurogène secondaire. S'agissant des douleurs au poignet, il est constaté une lésion du ligament scapho-lunaire partielle mais transfixiante sans instabilité. Les médecins ne proposent pas d'approche chirurgicale, mais un suivi de physiothérapie. Une réinsertion dans son ancienne activité est considérée comme défavorable, tandis qu'une réinsertion dans une activité adaptée est dite favorable.

L'état psychique de l'assuré est également discuté et, bien qu'une réaction dépressive en nette amélioration soit évoquée, aucun diagnostic psychiatrique n'est retenu (cf. le rapport du 14 janvier 2013 de la Dresse G.\_\_\_\_\_) [AI pce 21, pp. 20 s.].

**C.c** L'assuré est considéré comme en incapacité de travail totale jusqu'au 31 octobre 2013 par son médecin traitant (cf. les rapports médicaux intermédiaire du Dr B.\_\_\_\_\_) et les certificats d'arrêt de travail [AI pce 32, pp. 10, 11, 29, 30, 31, 51, 59, 69, 71 et 77]). Dès le mois de novembre 2013, l'assuré reprend à l'essai son ancienne activité à 50%

(Al pce 32, p. 5). Ce taux d'activité est exigible selon le médecin SUVA, lequel cite en outre les limitations fonctionnelles suivantes : éviter les ports de charges de plus de 25 kg, le maniement d'outils lourds, les travaux répétitifs au-dessus de la tête, ainsi que les sollicitations de charges répétées (cf. le rapport du 9 juillet 2013 du médecin SUVA [Al pce 32, pp. 43 à 49] et la communication du 9 octobre 2013 de l'OCAS [Al pce 32, p. 18]).

**C.d** En raison de ses douleurs à l'épaule droite et gauche (sursollicitation), la capacité de travail de l'assuré est réduite à 25% dès le 1<sup>er</sup> février 2014 (cf. le certificat d'arrêt de travail du 11 février 2014 du Dr B. \_\_\_\_\_ [Al pce 46, p. 114], celui du 7 mars 2014 [Al pce 4,7 p. 95] et le rapport médical intermédiaire du 24 janvier 2014 [Al pce 34, p. 2]).

Dans un rapport médical du 10 mars 2014 (Al pce 47 p. 96), le Dr B. \_\_\_\_\_ retient un pronostic très défavorable pour l'assuré qui présente une augmentation de ses douleurs chroniques entraînant insomnie et fatigue. Selon lui, il n'est pas sûr que l'assuré puisse travailler même à un taux de 25% dans sa profession de chauffeur de bus.

**C.e** Finalement, dans un rapport médical du 30 avril 2014 (Al pce 47, pp. 73 s.), le Dr B. \_\_\_\_\_ diagnostique un syndrome douloureux chronique post-traumatique avec une évolution défavorable. Il retient une incapacité de travail totale depuis le 1<sup>er</sup> avril 2014, car l'assuré ne se sent plus capable de conduire un bus (cf. les certificats d'arrêt de travail pour les mois d'avril, mai et juin 2014 [Al pce 47, p.67, p. 9, p. 86]). Il estime qu'une expertise est nécessaire.

## **D.**

**D.a** Dans un avis SMR du 21 mars 2014 (Al pce 40), le Dr H. \_\_\_\_\_ retient que l'assuré présente depuis le 18 juin 2012 une capacité de travail entière dans des activités adaptées permettant d'éviter les ports de charges de plus de 25 kg, le maniement d'outils lourds, les travaux répétitifs au-dessus de la tête, ainsi que les sollicitations de charges répétées.

**D.b** Par projet de décision du 25 avril 2014 (Al pce 47, pp. 76 s.), l'OAI-GE propose le rejet de la demande de rente et de mesures professionnelles déposée par l'assuré, au motif qu'il ne présente pas un degré d'invalidité suffisant pour ouvrir le droit à une rente d'invalidité, considérant qu'une activité adaptée à 100% est exigible dès le 17 juin 2012 (perte de gain de 36%).

**D.c** L'assuré s'oppose à ce projet par lettre du 10 mai 2014 (AI pce 47, p. 71). Il estime que le rejet de sa demande de rente est prématuré, considérant qu'il souffre de tout le côté droit du corps jusque dans les doigts de pieds, ce qui l'empêche totalement d'exercer son activité de chauffeur de bus. Il fait état d'une expertise mandatée par la SUVA.

**E.**

La SUVA mandate une expertise orthopédique et neurologique auprès des Drs I.\_\_\_\_\_ et J.\_\_\_\_\_ (AI pce 47, p. 89). Ceux-ci orientent leur expertise sur la question de savoir si les atteintes de l'assuré découlent ou non de l'accident.

Dans un rapport du 20 mai 2014, le Dr J.\_\_\_\_\_, neurologue, décrit un examen neurologique clinique sans atteinte somatique clairement objectivable avec des troubles sensitifs atypiques. Bien qu'il ne soit pas possible d'objectiver une atteinte organique, il existe un discret syndrome du défilé costo-claviculaire, une irritation du nerf cubital/ulnaire au coude et une irritation du nerf médian au niveau du canal carpien à l'origine des troubles sensitifs. Du point de vue neurologique, il n'est pas retenu de limitation de la capacité de travail de l'assuré dans son activité de chauffeur de bus. Il n'est pas décrit de limitations fonctionnelles au niveau neurologique autres que d'éviter d'avoir les bras en l'air de façon prolongée (AI pce 47, pp. 40 à 64).

Dans un rapport du 27 mai 2014, le Dr I.\_\_\_\_\_, chirurgien orthopédique, estime que les traitements après mi-septembre 2011 ne sont plus en lien de causalité naturelle avec l'accident dont les suites n'ont pas duré plus d'un mois. Selon lui les douleurs chroniques dans tout l'hémicorps droit de l'assuré - qui présente des antécédents de dépression - sont sans substrat anatomique objectivable. Il ne prend pas position sur la capacité de travail de l'assuré (AI pce 47, pp. 22 à 38).

**F.**

Dans un courrier du 8 juillet 2014, le Dr B.\_\_\_\_\_ commente l'expertise orthopédique et atteste que l'atteinte acromio-calviculaire est la conséquence de l'accident (AI pce 47, pp. 6 s.). S'agissant de l'évolution défavorable qui a suivi, la situation est moins clairement liée au traumatisme selon le médecin, les plaintes multiples s'étendent bien au-delà du problème à l'épaule. Il ajoute qu'il est fort possible que, dans un contexte dépressif préexistant, le traumatisme et son évolution aient eu un impact psychologique important.

**G.**

Dans un avis SMR du 15 août 2014 (AI pce 48), le Dr K. \_\_\_\_\_ reprend les conclusions de l'expertise orthopédique (Dr I. \_\_\_\_\_) et neurologique (Dr J. \_\_\_\_\_) mandatée par la SUVA et estime que l'assuré ne présente pas d'atteinte pouvant justifier une incapacité de travail. Aucun élément n'a été produit lui permettant de revoir sa position.

**H.**

Le 9 septembre 2014, la SUVA rend une décision déniaut à l'assuré tout droit à des prestations LAA depuis le 1<sup>er</sup> août 2014 (AI pce 52).

**I.**

Dans un rapport de réadaptation du 24 septembre 2014 (AI pce 53), l'OAI-GE estime que des mesures professionnelles ne sont pas indiquées pour l'assuré qui ne pense pas pouvoir retravailler en raison de douleurs permanentes et insurmontables. Il n'a pas pu être replacé à l'interne en tant que conducteur de tram au vu de son taux d'activité de seulement 25% (AI pce 32, p. 66, p. 70 ; AI pce 34, pp. 5 s. ; AI pce 37 et 47).

**J.**

Par décision du 8 octobre 2014 (AI pce 56), l'Office AI pour les assurés résidant à l'étranger (ci-après : l'OAIE) rejette la demande de rente et de mesures professionnelles déposée par le recourant. Il est retenu que celui-ci, malgré son atteinte à la santé et une capacité de travail entravée depuis le 7 août 2011 (chute à vélo), a retrouvé une capacité de travail de 100% dans une activité adaptée depuis le 17 juin 2012, ce qui entraîne une perte de gain de 36%, taux insuffisant pour ouvrir le droit à une rente d'invalidité (pour le calcul cf. AI pce 42).

**K.**

Le 17 novembre 2014, A. \_\_\_\_\_ (ci-après : le recourant), par l'intermédiaire de son représentant, interjette recours contre cette décision auprès du Tribunal administratif fédéral (ci-après : le TAF ou le Tribunal). Principalement, il conclut à l'annulation de la décision entreprise et à l'octroi d'une rente entière d'invalidité depuis le 7 août 2011, subsidiairement, au renvoi du dossier à l'administration pour complément d'instruction s'agissant de l'état de santé du recourant et de l'opportunité de mesures professionnelles (TAF pce 1). Il produit plusieurs pièces déjà au dossier.

**L.**

Par réponse du 23 janvier 2015, l'OAIE conclut au rejet du recours à la confirmation de la décision attaquée (TAF pce 3). Il se réfère à la prise de

position de l'OAI-GE du 20 janvier 2015 qui estime un complément d'instruction injustifié et se rallie aux conclusions de son service médical.

**M.**

Invité par décision incidente du 3 février 2015 (TAF pce 4) à verser une avance de frais de 400 francs jusqu'au 4 mars 2015, le recourant s'acquitte de ce montant le 19 février 2015 (TAF pce 6).

**N.**

Par réplique du 4 mars 2015 (TAF pce 7), le recourant indique souffrir en permanence de l'épaule droite et être en totale incapacité de travail depuis le 1<sup>er</sup> avril 2014. Selon lui son état de santé n'est pas suffisamment stabilisé pour qu'on puisse se déterminer sur sa capacité de travail à long terme.

Il joint un rapport médical du 27 janvier 2015 établi par le Pr L.\_\_\_\_\_, médecin chef du service de chirurgie orthopédique des hôpitaux universitaires genevois (HUG), dont il demande par ailleurs l'audition par le Tribunal. Le spécialiste diagnostique chez le recourant une laxité de l'épaule droite en raison d'un étirement qu'il a subi lors de son accident de vélo en 2011. Une grande poche axillaire avec peut-être une désinsertion du ligament gléno-huméral inférieur sur l'humérus est constatée et une opération de l'épaule droite par « Capsular Shift » est conseillée pour réduire le volume articulaire et stabiliser l'épaule.

**O.**

Par duplique du 2 avril 2015 (TAF pce 9), l'OAIE réitère ses précédentes conclusions en se référant à la prise de position de l'OAI-GE du 31 mars 2015 qui lui-même se rallie aux conclusions de son service médical auquel les documents produits en réplique ont été soumis (cf. l'avis du 30 mars 2015 du Dr K.\_\_\_\_\_. Le médecin SMR estime qu'il n'est pas fait mention d'un élément qui n'a pas déjà été pris en compte, le Pr L.\_\_\_\_\_ ne faisant que confirmer les limitations fonctionnelles de protection du membre supérieur droit déjà retenues.

**P.**

Par décision incidente du 15 avril 2015 (TAF pce 10), le Tribunal rejette la requête du recourant tendant à l'audition du Pr L.\_\_\_\_\_, celle-ci étant inutile, considérant que celui-ci a déjà livré son appréciation par écrit et que le recourant a tout loisir de produire des rapports médicaux supplémentaires dans le cadre de l'échange d'écriture.

**Q.**

Invité à se prononcer, le recourant dépose une triplique datée du 26 mai 2015 (TAF pce 14). Il indique être dans l'attente d'un rapport complémentaire du Pr L.\_\_\_\_\_. Par ailleurs, le recourant précise que ses douleurs, bien que subjectives dans leur ressenti, ont été objectivées par le Pr L.\_\_\_\_\_.

Par acte du 1<sup>er</sup> juillet 2015 (TAF pce 17), le recourant persiste dans ses conclusions et transmet au Tribunal un nouveau rapport du Pr L.\_\_\_\_\_ du 10 juin 2015. Celui-ci rappelle son dernier examen clinique et confirme qu'il a pu mettre en évidence une hyperlaxité douloureuse de l'épaule droite du recourant, même si le Dr K.\_\_\_\_\_ ignore ce résultat.

**R.**

Par acte du 16 juillet 2015 (TAF pce 19), l'OAIE maintient ses conclusions en renvoyant à l'avis de l'OAI-GE du 13 juillet 2015, qui estime que le rapport médical du Pr L.\_\_\_\_\_ du 10 juin 2015 ne fait que confirmer sa précédente prise de position à propos de laquelle le SMR a déjà pris position.

Par ordonnance du 2 décembre 2015 (TAF pce 20), le Tribunal transmet cet acte pour information au recourant.

**Droit :****1.****1.1**

Sous réserve des exceptions – non réalisées en l'espèce – prévues à l'art. 32 LTAF, le Tribunal, en vertu de l'art. 31 LTAF en relation avec l'art. 33 let. d LTAF et l'art. 69 al. 1 let. b LAI (RS 831.20), connaît des recours interjetés par les personnes résidant à l'étranger contre les décisions concernant l'octroi de rente d'invalidité prises par l'OAIE. En application de l'art. 40 al. 2 RAI (RS 831.201), l'office AI du secteur d'activité dans lequel un frontalier a travaillé - en l'espèce celui du canton de Genève - est compétent pour examiner les demandes présentées par des frontaliers, tandis que les décisions sont notifiées par l'OAIE.

**1.2** Conformément à l'art. 3 let. d<sup>bis</sup> PA, la procédure en matière d'assurances sociales n'est pas régie par la PA dans la mesure où la LPGA (RS 830.1) est applicable. Conformément à l'art. 1 al. 1 LAI, les dispositions de la LPGA s'appliquent à l'assurance-invalidité (art. 1a à 26<sup>bis</sup> et 28 à 70), à moins que la LAI ne déroge à la LPGA.

**1.3** Touché par la décision entreprise, le requérant présente un intérêt digne de protection à son annulation ou sa modification et a qualité pour recourir selon l'art. 59 LPGA. Il a déposé son recours en temps utile et dans les formes requises par la loi (art. 60 LPGA et 52 PA). Pour finir, il s'est acquitté de l'avance de frais requise par le Tribunal dans le délai imparti (TAF pces 4 et 6).

**1.4** Ainsi, le recours est recevable et il est entré en matière sur le fond du recours.

## **2.**

Le TAF définit les faits et apprécie les preuves d'office et librement (art. 12 PA). En outre, il applique le droit sans être lié par les motifs invoqués (art. 62 al. 4 PA) ou par l'argumentation juridique développée dans la décision entreprise (PIERRE MOOR/ETIENNE POLTIER, Droit administratif, vol. II, Les actes administratifs, 3<sup>e</sup> éd. 2011, pp. 300 s.; JÉRÔME CANDRIAN, Introduction à la procédure administrative fédérale, La procédure devant les autorités administratives fédérales et le Tribunal administratif fédéral, 2013, n° 176). Cependant, l'autorité saisie se limite en principe aux griefs soulevés et n'examine les questions de droit non invoquées que dans la mesure où les arguments des parties ou le dossier l'y incitent (ATF 122 V 157 consid. 1a, 121 V 204 consid. 6c; MOSER/BEUSCH/KNEUBÜHLER, Prozessieren vor dem Bundesverwaltungsgericht, 2<sup>ème</sup> éd. 2013, p. 25 n. 1.55).

## **3.**

**3.1** S'agissant du droit applicable dans le temps, il convient de rappeler le principe selon lequel les règles applicables sont celles en vigueur au moment où les faits juridiquement déterminants se sont produits (ATF 139 V 297 consid. 2.1, 132 V 215 consid. 3.1.1, 130 V 445 consid. 1.2.1).

**3.2** L'affaire présente un aspect transfrontalier dans la mesure où le requérant est un ressortissant portugais domicilié en France ayant versé des cotisations sociales en Suisse. La cause doit donc être tranchée non seulement au regard des normes du droit suisse mais également à la lumière des dispositions de 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) et des règlements auxquels il renvoie. L'ALCP et ses règlements sont entrés en vigueur pour la relation entre la Suisse et les Etats de l'Union européenne le 1<sup>er</sup> juin 2002. Dans le

cadre de l'ALCP la Suisse est aussi un "Etat membre" au sens des règlements de coordination (art. 1<sup>er</sup> al. 2 de l'Annexe II de l'ALCP).

**3.3** Depuis le 1<sup>er</sup> avril 2012 les parties contractantes appliquent entre elles le règlement (CE) n°883/2004 du Parlement européen et du Conseil du 29 avril 2004 portant sur la coordination des systèmes de sécurité sociale, modifié par le règlement (CE) n°988/2009 du Parlement européen et du Conseil du 16 septembre 2009 (RS 0.831.109.268.1) et le règlement (CE) n°987/2009 du Parlement européen et du Conseil du 16 septembre 2009 fixant les modalités d'application du règlement (CE) n°883/2004 (RS 0.831.109.268.11; art. 1 al. 1 de l'Annexe II de l'ALCP en relation avec sa section A). Selon l'art. 4 du règlement (CE) n°883/2004, les personnes auxquelles ce règlement s'applique (cf. art. 2 du règlement) bénéficient a priori des mêmes prestations et sont soumises aux mêmes obligations, en vertu de la législation de tout Etat membre, que les ressortissants de celui-ci.

**3.4** 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 (ATF 130 V 253 consid. 2.4). Cela étant, la documentation médicale et administrative fournie par les institutions de sécurité sociale d'un autre Etat membre doit être prise en considération (art. 49 al. 2 du règlement n°987/2009).

**3.5** Ainsi, ce sont les dispositions légales suisses qui s'appliquent à la présente cause, à savoir les dispositions de la 6<sup>ème</sup> révision de la LAI (premier volet) en vigueur depuis le 1<sup>er</sup> janvier 2012 (RO 2011 5659, FF 2010 1647).

#### **4.**

En l'espèce, la question litigieuse est le bien-fondé de la décision du 8 octobre 2014 par laquelle l'OAIE a rejeté la demande de mesures professionnelles et de rente d'invalidité déposée le 1<sup>er</sup> novembre 2012 par le recourant, au motif que celui-ci, malgré l'atteinte à sa santé reconnue, a retrouvé une capacité de travail suffisante pour exclure le droit à une rente d'invalidité (perte de gain de 36%). Des mesures professionnelles ne sont pas considérées comme indiquées au vu de l'attitude du recourant qui estime ne plus pouvoir exercer d'activité professionnelle et ainsi ne remplit pas les conditions subjectives à de telles mesures.

**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 et 29 al. 1 LAI) et compter au moins trois années de cotisations (art. 36 al. 1 LAI). Il est précisé que 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 [art. 6 et 45 du règlement n°883/2004]).

Or, en l'espèce, le recourant remplit la condition de la durée minimale de cotisations au moment de l'ouverture éventuelle du droit à la rente (cf. *supra* Faits let. A).

Il reste à examiner s'il est invalide au sens de la LAI.

**6.**

**6.1** 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. 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).

**6.2** La notion d'invalidité, dont il est question à l'art. 8 LPGA et à l'art. 4 LAI est de nature économique/juridique et non 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 ou psychique, qui peut résulter d'une infirmité congénitale, d'une maladie ou d'un accident, et non la maladie en tant que telle. Pour évaluer le taux d'invalidité, le revenu que l'assuré aurait pu obtenir s'il n'était pas invalide est comparé avec celui qu'il pourrait obtenir en exerçant l'activité qui peut raisonnablement être exigée de lui après les traitements et les mesures de réadaptation sur un marché du travail équilibré (art. 16 LPGA ; MICHEL

VALTÉRIO, Droit de l'assurance-vieillesse et survivants [AVS] et de l'assurance-invalidité [AI], 2011, pp. 547 ss, n°2060 ss).

**6.3** Selon une jurisprudence constante, bien que l'invalidité soit une notion juridique et économique, les données fournies par les médecins constituent néanmoins un élément utile pour apprécier les conséquences de l'atteinte à la santé et pour déterminer quels travaux peuvent être encore raisonnablement exigés de l'assuré (ATF 115 V 133 consid. 2, 114 V 310 consid. 3c ; RCC 1991 p. 329 consid. 1c).

## **7.**

**7.1** Selon l'art. 28 al. 1 LAI, l'assuré a droit à une rente si : (a) sa capacité de gain ou sa capacité d'accomplir ses travaux habituels ne peut pas être rétablie, maintenue ou améliorée par des mesures de réadaptation raisonnablement exigibles (b) il a présenté une incapacité de travail (art. 6 LPGGA) d'au moins 40 % en moyenne durant une année sans interruption notable et (c) au terme de cette année, il est invalide (art. 8 LPGGA) à 40 % au moins.

**7.2** 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.

**7.3** Le droit à la rente prend naissance au plus tôt à l'échéance d'une période de six mois à compter de la date à laquelle l'assuré a fait valoir son droit aux prestations conformément à l'art. 29 al. 1 LPGGA, mais pas avant le mois qui suit le 18e anniversaire de l'assuré (art. 29 al.1 LAI).

## **8.**

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

(ATF 125 V 256 consid. 4, ATF 115 V 133 consid. 2, ATF 114 V 310 consid. 3c, ATF 105 V 156 consid. 1 ; voir supra consid. 6).

**8.2** 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.

**8.3** Le juge des assurances sociales doit, pour sa part, 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. A cet égard, l'élément décisif pour apprécier la valeur probante d'une pièce médicale n'est en principe ni son origine, ni sa désignation sous la forme d'un rapport ou d'une expertise, mais bel et bien son contenu.

Avant de conférer pleine valeur probante à un rapport médical, le Tribunal s'assurera que les points litigieux importants ont fait l'objet d'une étude circonstanciée. Le rapport doit se fonder sur des examens complets, prendre en considération les plaintes exprimées par la personne examinée et avoir été établi en pleine connaissance de l'anamnèse. Pour finir, la description du contexte médical et l'appréciation de la situation médicale se doivent d'être claires et les conclusions de l'expert dûment motivées (ATF 125 V 351 consid. 3a et les réf. cit.).

## **9.**

**9.1** En l'espèce, il est admis que le recourant, en raison d'une chute à vélo, a subi une entorse acromio-claviculaire de l'épaule droite et une entorse bénigne du poignet droit le 7 août 2011. Malgré une opération par acromioplastie de l'épaule droite du recourant le 2 février 2012, les douleurs ont persisté et l'évolution est lentement favorable malgré divers traitements (infiltrations, physiothérapie, antalgiques, etc.). Le recourant présente également des antécédents de troubles débutants du rachis lombaire et cervical depuis 2005 et 2008, ainsi que des antécédents de dépression avec prescription d'antidépresseurs depuis 2005.

**9.2** Toutefois, les douleurs du recourant ont évoluées entre octobre 2012 et janvier 2014 en un « syndrome douloureux chronique post-

traumatique » touchant tout le côté droit du corps (paresthésies et irradiations) et des douleurs dans l'épaule gauche sont apparues en raison d'une sursollicitation (cf. le rapport du 30 avril 2014 du Dr B. \_\_\_\_\_ du 30 avril 2014 [AI pce 47, pp. 73 s.]). Le diagnostic de « polytraumatisme épaule/main/dos » est posé dès janvier 2014 par le Dr B. \_\_\_\_\_ dans un rapport du 24 janvier 2014 (AI pce 34 p.2).

Les experts SUVA, dans leur rapport établi en mai 2014, n'arrivent pas à objectiver les douleurs et paresthésies du recourant, dont l'intensité ne correspond pas aux atteintes neurologiques et orthopédiques principales reconnues : (1) un discret syndrome du défilé costo-claviculaire, (2) une irritation du nerf cubital/ulnaire au coude, (3) une irritation du nerf médian au niveau du canal carpien, (4) une bursite sous-acromiale droite, (5) des discopathies lombaires et cervicales sans atteinte radriculaire.

Le Dr I. \_\_\_\_\_, expert orthopédiste, diagnostique principalement un état dépressif chronique traité depuis 2005, ainsi qu'un syndrome subjectif douloureux insomniant et invalidant de l'hémicorps droit, *sans substrat anatomique objectivable*. Le Dr J. \_\_\_\_\_, expert neurologue SUVA décrit un examen neurologique clinique *sans atteinte somatique clairement objectivable* avec des troubles sensitifs nouveaux et atypiques.

Dans un courrier du 8 juillet 2014, le Dr B. \_\_\_\_\_ déclare que l'évolution défavorable qui a suivi l'atteinte acromio-claviculaire n'est pas clairement liée au traumatisme, les plaintes multiples s'étendent bien au-delà de l'atteinte à l'épaule. Il ajoute qu'il est fort possible que, dans un contexte dépressif préexistant, le traumatisme et son évolution aient eu un impact psychologique important.

**9.3** En outre, le recourant présente des antécédents de dépression et est sous traitement antidépresseur depuis 2005. Lors de son séjour en clinique de réadaptation en janvier 2013, il lui est diagnostiqué une réaction dépressive à ses problèmes professionnels (AI pce 21, pp. 20 s.). La Dresse G. \_\_\_\_\_, cheffe de clinique du service psychosomatique, ne retient au final pas de diagnostic psychiatrique au sens strict.

**9.4** Dans l'activité habituelle de chauffeur de bus, il est admis que le recourant a présenté une incapacité de travail entière du 27 septembre 2011 au 17 juin 2012, puis qu'il a alterné incapacité de travail à 50% et incapacité entière de travail jusqu'au 1<sup>er</sup> février 2014 moment à partir duquel son médecin traitant lui reconnaît une incapacité de travail de 75%, puis de 100% dès le 1<sup>er</sup> avril 2014. En tous les cas, certaines

limitations fonctionnelles sont reconnues au recourant par les différents intervenants : éviter les ports de charges de plus de 25 kg, le maniement d'outils lourds, les travaux répétitifs au-dessus de la tête, ainsi que les sollicitations de charges répétées.

D'un point de vue de l'exigibilité d'une activité adaptée, le SMR considère que depuis le 17 juin 2012 le recourant a retrouvé une capacité de travail entière dans une activité adaptée à ses limitations fonctionnelles. Les autres intervenants ne prennent pas clairement position à cet égard.

**9.5** Au niveau des diagnostics posés par les médecins et experts, on remarque qu'aux atteintes objectivement fondées, vient s'ajouter un syndrome douloureux chronique sans substrat organique clair. Cet aspect est avancé par le Dr B. \_\_\_\_\_ à plusieurs reprises, mais également par les deux experts SUVA mandatés. À ses douleurs polyalgiques sans substrat organique objectivable s'ajoute un trouble dépressif dont l'évolution ne ressort pas clairement du dossier. Dès lors, il apparaît au Tribunal qu'il y a de forts indices allant dans le sens de l'existence d'un trouble somatoforme douloureux potentiellement invalidant et qui nécessite un complément d'instruction, soit une expertise pluridisciplinaire respectant les conditions jurisprudentielles ressortant de l'ATF 141 V 281.

Une expertise psychiatrique est en principe nécessaire quand il s'agit de se prononcer sur l'incapacité de travail que les troubles douloureux somatoformes sont susceptibles d'entraîner (ATF 137 V 54 consid. 4 et 5, 130 V 352 consid. 2.2.2).

Par ailleurs, l'Office AI n'a pas procédé à une instruction des faits du point de vue de l'AI, mais s'est contenté des conclusions des experts SUVA qui se sont limités à répondre aux questions posées pour déterminer si les atteintes à la santé sont consécutives à l'accident. Leurs conclusions sont incomplètes par rapport aux éléments importants pour décider du droit à une rente d'invalidité. En particulier, le rapport orthopédique du Dr I. \_\_\_\_\_ est insuffisant pour juger de l'état de santé et de la capacité de travail du recourant, car il se contente d'examiner si les atteintes du recourant sont en lien avec l'accident et ne se prononce pas sur la capacité de travail.

Le rapport SMR principal du 21 mars 2014 établi par le Dr H. \_\_\_\_\_, médecin généraliste, à la base de la décision entreprise est succinct et se contente du diagnostic « chute à vélo avec traumatisme de l'épaule droite et du poignet droit » (code de classification CIM V18.4 qui correspond à

l'accident de vélo). Ni les limitations fonctionnelles, ni les activités adaptées possibles ne sont indiquées. Dans un second avis du 15 août 2014, après avoir pris connaissance des expertises SUVA des Drs I. \_\_\_\_\_ et J. \_\_\_\_\_, le Dr K. \_\_\_\_\_, médecin généraliste du SMR, prend rapidement position. Il estime que, du point de vue orthopédique, l'expert n'évoque que des diagnostics déjà connus et que, du point de vue neurologique, il n'y pas d'atteinte pouvant justifier une incapacité de travail. Ainsi, le Dr K. \_\_\_\_\_ ne fait aucune mention des diagnostics des experts s'agissant d'un syndrome douloureux sans substrat organique objectivable qui s'ajoute aux atteintes objectivables au niveau de l'épaule et du poignet droit, ainsi qu'au niveau du rachis. Or, ces diagnostics ne ressortaient pas au moment du premier rapport SMR. Ces prises de position sont également insuffisantes. Considérant que les médecins SMR ne sont pas des spécialistes, qu'en l'espèce les expertises SUVA ne présentent pas valeur probante du point de vue de l'assurance invalidité et qu'il y a suspicion d'un trouble somatoforme douloureux, le Tribunal estime que le dossier ne permet pas de se prononcer sur l'invalidité du recourant, de sorte que la cause doit être renvoyée à l'administration pour complément d'instruction.

## **10.**

**10.1** Dans ces circonstances, il se justifie de renvoyer la cause à l'autorité inférieure pour qu'elle procède à des mesures d'instruction complémentaires en application de l'art. 61 al. 1 PA, étant précisé que, dans ce cadre, le recourant pourra bénéficier des garanties de procédures introduites par l'ATF 137 V 210.

**10.2** Le renvoi de la cause à l'OAIE pour nouvelle instruction est indiqué en l'espèce, bien qu'il doive rester exceptionnel compte tenu de l'exigence de la célérité de la procédure (cf. art. 29 Cst. ; arrêt du Tribunal fédéral 8C\_633/2014 du 11 décembre 2014 consid. 3.1). Le Tribunal fédéral a précisé que le renvoi de l'affaire à l'autorité inférieure pour nouvelle instruction est notamment justifié lorsqu'il s'agit d'enquêter sur une situation médicale qui n'a pas encore fait l'objet d'un examen (cf. ATF 137 V 210 consid. 4.4.1.4 ; arrêt du Tribunal fédéral 8C\_633/2014 du 11 décembre 2014 consid. 3.2 et 3.3)

**10.3** Partant, le recours du 17 novembre 2014 est partiellement admis, la décision attaquée du 8 octobre 2014 annulée et la cause renvoyée à l'autorité inférieure pour complément d'instruction et nouvelle décision. En particulier, l'autorité inférieure veillera à requérir des rapports complets des

médecins traitants du recourant et ordonnera une expertise pluridisciplinaire orthopédique, neurologique, rhumatologique et psychiatrique. L'ensemble du dossier devra, par la suite, être soumis au service médical de l'OAIE pour examen. Enfin, une nouvelle décision devra être prise.

## 11.

**11.1** Vu l'issue de la présente procédure, le recourant ne doit pas participer aux frais de procédure (cf. art. 63 al. 1 PA). En effet, selon la jurisprudence, une partie est considérée comme ayant obtenu entièrement gain de cause lorsque l'affaire est renvoyée - comme en l'espèce - à l'autorité pour des instructions complémentaires et nouvelle décision (ATF 132 V 215 consid. 6). En conséquence, l'avance de frais de 400 francs versée (cf. TAF pces 4 et 6), sera restituée au recourant une fois le présent arrêt entré en force.

**11.2** L'art. 64 al. 1 PA et l'art. 7 du règlement concernant les frais, dépens et indemnités fixés par le Tribunal administratif fédéral (FITAF, RS 173.320.2) permettent au Tribunal d'allouer à la partie ayant entièrement ou partiellement obtenu gain de cause une indemnité pour les frais indispensables et relativement élevés qui lui ont été occasionnés. À défaut d'autres indications, les honoraires du représentant sont fixés sur la base du dossier, soit, selon l'appréciation de l'autorité, en raison de l'importance et de la difficulté du litige, ainsi que d'après le travail et le temps que le représentant a dû y consacrer (art. 10 et 14 al. 2 FITAF).

En l'espèce, le recourant a agi par l'intermédiaire d'un mandataire professionnel n'ayant pas produit de note d'honoraires. Au vue de l'issue de la procédure, le Tribunal alloue à la partie recourante, à charge de l'autorité inférieure, une indemnité de dépens qu'il est équitable de fixer à 2'800 francs. Il est rappelé que, dans le cas d'une défense privée, la TVA n'est pas due sur des prestations d'avocat fournies à une assuré résident à l'étranger (art. 9 al. 1 let. c FITAF ; art. 1 al. 2 let. a en relation avec l'art. 8 al. 1 de la loi fédérale du 12 juin 2009 régissant la taxe sur la valeur ajoutée [RS 641.20 ; LTVA] ; cf. également ATF 141 III 560 consid. 2 et 3, 141 IV 344 consid. 4 *a contrario*).

(Le dispositif se trouve à la page suivante).

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

**1.**

Le recours est partiellement admis et la décision du 8 octobre 2014 annulée.

**2.**

La cause est renvoyée à l'autorité inférieure pour complément d'instruction au sens des considérants et pour nouvelle décision.

**3.**

Il n'est pas perçu de frais de procédure. L'avance de frais déjà versée par le recourant lui sera restitué dès l'entrée en force du présent arrêt.

**4.**

Il est alloué une indemnité de dépens au recourant d'un montant de 2'800 francs à charge de l'autorité inférieure.

**5.**

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)

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

La présidente du collège :

La greffière :

Madeleine Hirsig-Vouilloz

Audrey Bieler

**Indication des voies de droit :**

Pour autant que les conditions des articles 82 ss, 90 ss et 100 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: