



---

Cour III  
C-8056/2007

{T 0/2}

## Arrêt du 27 mars 2009

---

Composition

Francesco Parrino (président du collège),  
Franziska Schneider, Johannes Frölicher, juges,  
Yann Hofmann, greffier.

---

Parties

A. \_\_\_\_\_, \_\_\_\_\_,  
représenté par Maître Karin Baertschi,  
rue du 31 décembre 41, 1200 Genève,  
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 31 octobre 2007)

## **Faits :**

### **A.**

A.\_\_\_\_\_, ressortissant français né le \_\_\_\_\_, travaille en Suisse à compter d'avril 1973 en tant qu'électricien-monteur frontalier, en dernier lieu auprès de l'entreprise B.\_\_\_\_\_ SA, sise à Genève (pièces dans le dossier 1/ n° 1 ss; pces 2/ 1 ss).

### **B.**

Le 29 janvier 1988, A.\_\_\_\_\_ subit un premier accident de travail entraînant des lombalgies après un traumatisme de levage lors de l'installation d'un câble (pces 3/ 17 s.). Il est victime d'un second accident de travail, le 18 mars 1993, qui occasionne un retournement, une entorse au poignet gauche et un choc violent au genou gauche (pces 1/ 3; 3/ 1 et 3 s.). Le cas est annoncé le 24 mars 1993 à la Caisse nationale suisse d'assurance en cas d'accidents (ci-après: SUVA) (pce 3/ 1).

B.\_\_\_\_\_ SA lui signifie son congé pour le 30 novembre 1993 pour des raisons économiques (pce 3/ 2). Par décision du 23 juin 1994, l'Assedic Ain et Deux-Savoie met A.\_\_\_\_\_ au bénéfice d'une allocation de chômage dégressive avec effet au 16 janvier 1994 (pce 3/ 12).

Le 16 avril 1996, la SUVA, estimant que l'état de santé de l'intéressé s'est stabilisé, met fin à ses prestations d'assurance (pce 3/ 33).

### **C.**

Le 29 octobre 1997, A.\_\_\_\_\_ présente une demande de prestations auprès de l'assurance-invalidité suisse (pce 1/ 3).

Dans le cadre de la procédure d'examen de la demande, l'administration produit le dossier de la SUVA (dossier 3), comportant pour l'essentiel les pièces médicales suivantes:

- le rapport médical initial du 30 décembre 1993 du Dr Robert de la SUVA, lequel diagnostique des séquelles de contusions au genou et une gonarthrose fémoro-patellaire débutante (pce 3/ 5);

- la déclaration d'accident du Dr Papadimitriou, chirurgien orthopédique, qui, au 15 novembre 1994, constate une rechute (pce 3/ 10);
- le certificat médical du 23 janvier 1995 du Dr Papadimitriou, qui dit le patient très inquiet et fixé sur son affection. Ledit médecin retient un status douloureux de la rotule gauche au niveau de l'insertion du tendon du quadriceps (pce 3/ 13);
- le rapport d'examen du 10 mars 1995 du Dr Roten, médecin d'arrondissement, qui estime que les sollicitations à éviter sont les longues marches, surtout en montée ou en descente, les accroupissements et agenouillements, ainsi que le port de charges. Ce médecin estime que dans toute activité permettant régulièrement de s'asseoir, mais n'obligeant pas à rester des heures durant assis sans changement de position, le patient pourrait travailler à temps complet et avec un rendement total. Sur le plan psychique, il dénote une grande inquiétude et une probable exagération inconsciente. Le Dr Roten relève une forte discrépance entre les plaintes du patient et le status objectif relativement pauvre (pce 3/ 16);
- l'attestation de sortie du 10 mai 1995 de la Dresse Renfer de la clinique de réadaptation de Bellikon, laquelle atteste d'un traitement stationnaire du 10 avril au 5 mai 1995. Elle retient les diagnostics de lombalgie aiguë après traumatisme de levage, pour le premier accident, et de distorsion du poignet et du genou gauche, pour le second. Le médecin constate à ce jour la persistance d'un syndrome douloureux fémoro-patellaire diffus. Elle estime que A.\_\_\_\_\_ peut reprendre une activité à plein temps dans le cadre de ses possibilités (pces 3/ 17 et 18);
- un rapport sur l'estimation de l'atteinte à l'intégrité, rédigé le 5 juillet 1995 par le Dr Roten, qui considère que les troubles relevés ne nécessitent actuellement aucun traitement et ne justifient aucune atteinte à l'intégrité, ni invalidité (pce 3/ 21);
- le certificat médical établi le 29 janvier 1996 par le Dr Courvoisier, qui propose de refaire des radiographies, voire un scanner rotulien (pce 3/ 29);
- le compte-rendu d'électromyogramme du 30 octobre 1996 réalisé par la Dresse Champey, neurologue, qui n'a pas montré d'arguments

formels en faveur d'une lésion du nerf médian au poignet (pce 3/ 32);

- un rapport médical du 3 octobre 1996 du Dr Van Nieuwenhuyse, chirurgie orthopédique, lequel dénote un syndrome rotulaire relativement modéré sans phénomène d'instabilité (pce 3/ 34);
- un certificat médical établi le 7 janvier 1997 par le Dr Casez, rhumatologue, qui constate l'absence d'anomalie radiologique et d'éléments paracliniques objectifs. Il conclut toutefois à une incapacité de travail de 67% (pce 3/ 38);
- un rapport du 14 janvier 1998 du Dr Alborini, qui estime que A.\_\_\_\_\_ peut exercer son métier, mais que la discrète chondropathie rotulienne dont il souffre et la légère perte de force du poignet gauche limitent le port de très lourdes charges et le travail à genoux (pce 3/ 48).

#### **D.**

L'Office cantonal de l'assurance-invalidité de la république et du canton de Genève (OCAI-GE) verse encore aux actes le rapport du 16 avril 1998 du Dr Casez, qui diagnostique une entorse du poignet gauche avec instabilité séquellaire responsable de douleurs d'effort et une chondropathie rotulienne gauche post-traumatique avec syndrome rotulien séquellaire. Il dénote en outre un syndrome dépressif, de type sinistrosique, secondaire en partie à la perte du travail et à la non-reconnaissance du handicap. L'intéressé serait, au sens dudit médecin, incapable de travailler dans son ancienne profession, mais pourrait exercer un travail de bureau (cf. dossier 4).

Dans son rapport du 8 juin 1998, le Dr Claivaz du service médical de l'OCAI-GE, estime qu'il n'y a somme toute que peu de signes objectifs, que les avis médicaux sont concordants et qu'il n'y a dès lors pas lieu de requérir une expertise complémentaire. Il conclut à une pleine capacité de travail de l'intéressé dans une activité adaptée, depuis soit 1995 soit 1998 (cf. dossier 4).

#### **E.**

Par projet de décision du 23 octobre 1998, l'OCAI-GE, se fondant sur la prise de position de son service médical, signifie à A.\_\_\_\_\_ qu'il entend refuser sa demande de prestations (cf. dossier 4).

Dans le cadre de la procédure d'audition, A.\_\_\_\_\_, par le truchement de sa mandataire, exprime son désaccord avec ce projet et demande à pouvoir bénéficier de mesures de reclassement professionnel (cf. dossier 4).

Dans son écriture du 2 décembre 1998 adressée au recourant, l'OCAI-GE expose que A.\_\_\_\_\_ était assuré jusqu'au 9 novembre 1994 et que, jusqu'à cette date, l'atteinte à la santé ne permettait pas encore la mise en œuvre de mesures de réadaptation d'ordre professionnel. L'intéressé n'était donc à son sens plus assuré au moment où de telles mesures auraient pu entrer en ligne de compte pour la première fois. S'agissant de l'évaluation théorique de l'incapacité de gain ce celui-ci, l'Office estime que l'activité d'ouvrier sur travaux sériels est compatible avec son état de santé et qu'il aurait pu l'entreprendre sans aucune mesure de réadaptation. L'OCAI-GE procède donc à une comparaison des revenus de A.\_\_\_\_\_ et aboutit à une perte de gain de 41% (le revenu annuel d'invalidé, de Fr. 39'000.- dans l'activité de substitution retenue, est comparé au revenu sans invalidité, évalué à Fr. 65'539.-), à savoir à un degré inférieur aux 50% requis pour le versement d'une rente à un assuré ayant son domicile à l'étranger (cf. dossier 4).

#### **F.**

Par décision du 22 mars 1999, l'Office de l'assurance-invalidité pour les assurés résidant à l'étranger (ci-après: OAIE) rejette la demande de prestations de A.\_\_\_\_\_ (cf. dossier 4).

Par acte du 6 mai 1999, A.\_\_\_\_\_, représenté par Maître Baertschi, avocate à Genève, recourt contre cette décision en concluant, sous suite de frais et dépens, principalement, à l'octroi d'une rente entière d'invalidité et, subsidiairement, à la mise en œuvre d'une expertise médicale orthopédique. A l'appui de son recours, il produit, outre certaines pièces figurant déjà au dossier, le rapport médical du 27 avril 1994 du Dr Robert, chiropraticien, lequel reprend les diagnostics connus et conclut à une pleine capacité de travail de l'intéressé à compter de la fin du traitement (cf. dossier 4).

Dans le cadre d'un complément d'instruction mené par la Commission, la SUVA, par courrier du 22 novembre 2000, signifie à celle-ci que A.\_\_\_\_\_ n'a pas été mis au bénéfice d'une rente de l'assurance-accidents, mais qu'il a été indemnisé pour les périodes du 10

novembre au 12 décembre 1993 et du 10 avril au 7 mai 1995 (cf. dossier 4).

**G.**

Par jugement du 29 novembre 2000, la Commission fédérale de recours en matière d'assurance-vieillesse, survivants et invalidité pour les personnes résidant à l'étranger (ci-après: la Commission), admet partiellement le recours interjeté par A.\_\_\_\_\_ et renvoie la cause à l'OAIE, afin que celui-ci fasse compléter l'instruction en confiant une expertise pluridisciplinaire aux médecins du Centre d'observation médical de l'assurance-invalidité (COMAI). Celui-ci aura en particulier la charge de déterminer si, à compter du 9 novembre 1993, A.\_\_\_\_\_ était apte à exercer sa profession d'électricien ou une activité de substitution adaptée. La Commission estime en effet que les documents médicaux figurant au dossier sont soit imprécis, soit contradictoires et que, dans cette mesure, elle ne saurait statuer en pleine connaissance de cause (cf. dossier 4; pce 1 jointe au recours).

Dans leur rapport du 3 octobre 2002 (cf. dossier 5; pce 3 jointe au recours), les Drs Perdrix et Stingelin du COMAI diagnostiquent un syndrome douloureux somatoforme persistant, un épisode dépressif d'intensité moyenne avec syndrome somatique et, subsidiairement, une possible hypertension artérielle. M. Gennart, responsable du pan psychologique de l'expertise, expose que même si le stress important de 1993 et la décompensation dépressive qui a suivi peuvent rendre compte pour une part de la perte de mémoire de l'intéressé, il semble que celle-ci puisse être également motivée par des facteurs psychologiques plus profonds. La psychologue considère que l'accident de 1993, comme tel, ne semble pas avoir débouché sur un état de stress post-traumatique. Les Drs Perdrix et Stingelin concluent finalement à une capacité de travail résiduelle de 50% dans une activité de substitution adaptée, probablement à compter de 1996, lorsque A.\_\_\_\_\_ arrive au terme des indemnités de l'assurance-chômage et qu'un important découragement s'installe (cf. p. 16 et 19). Lesdits médecins précisent toutefois, à réitérées reprises, que l'intéressé pourrait également reprendre son ancienne activité d'électricien dans cette même mesure (cf. p. 19).

**H.**

Dans sa missive du 20, respectivement sa note du 21 janvier 2003, la

Dresse Barmettler du service médical de l'OCAI-GE relève le défaut d'un examen psychiatrique dans l'expertise COMAI. Le médecin dénote que A.\_\_\_\_\_ n'a plus été suivi médicalement depuis 1997, qu'il n'a jamais été traité pour une affection d'ordre psychiatrique et que ni les médecins de la SUVA ni le Dr Papadimitriou n'ont diagnostiqué de syndrome douloureux somatoforme persistant. Elle estime qu'en regard de ces contradictions il conviendrait de diligenter une expertise psychiatrique (cf. dossier 5). Dans son avis du 15 avril 2003, le Dr Claivaz, médecin auprès de l'OCAI-GE, souligne que A.\_\_\_\_\_ ne souffre à ce jour plus d'aucune affection liée à l'accident de 1993. Il relève en outre que l'état de santé de l'intéressé s'est particulièrement aggravé en mars 1999 suite de la réception de la réponse négative de l'OAIE et rappelle la nécessité de mettre en oeuvre une expertise psychiatrique complémentaire (cf. dossier 5).

Pour donner suite à la requête du service médical de l'OCAI-GE, le rapport d'expertise psychiatrique du 14 janvier 2004 du Dr Couto Popovic est encore versé aux actes (cf. dossier 5). Ce médecin, spécialiste en psychiatrie et psychothérapie, retient comme diagnostics ayant une répercussion sur la capacité de travail un trouble dépressif récurrent existant depuis environ 1988 à ce jour en rémission, une personnalité de type paranoïaque depuis l'adolescence et un syndrome douloureux somatoforme persistant. Le trouble dépressif serait lié au décès de ses parents et aux difficultés rencontrées en 1996 lorsque les prestations de chômage devaient prendre fin. Le Dr Couto Popovic estime que A.\_\_\_\_\_ peut exercer à mi-temps une activité plutôt solitaire ne nécessitant pas le port de charges lourdes, ni beaucoup de concentration et qui permet d'éviter les positions à genoux. L'expert considère toutefois que la reprise de son activité d'électricien n'est pas envisageable. A.\_\_\_\_\_ aurait en effet un vécu de rejet et éprouverait ainsi des difficultés à reprendre son ancienne activité. Le Dr Couto Popovic conclut finalement à l'existence d'une pleine capacité de travail de l'intéressé avant 1996 et d'une capacité réduite à 50% depuis 1996 (cf. p. 6, 7 et 8).

Dans sa prise de position du 2 février 2004, le Dr Claivaz retient que la problématique douloureuse et les troubles psychiques limitaient la capacité de travail de A.\_\_\_\_\_ à 50% depuis 1996 (cf. dossier 5).

## **I.**

Dans son projet de décision du 20 août 2007, l'OAIE, se fondant sur

les conclusions des expertises produites et sur la prise de position de son service médical, considère que la capacité de travail de A.\_\_\_\_\_ était entière jusqu'au 15 avril 1996 et qu'elle était diminuée à 50% à compter du lendemain. Comparant son revenu annuel d'invalidé de Fr. 19'500.- (50% d'un revenu d'une activité légère et adaptée à son état de santé) à son revenu sans invalidité de Fr. 69'539.-, l'administration aboutit à une perte de gain de 70%. L'Office relève toutefois que l'intéressé n'était pas assuré au 1<sup>er</sup> avril 1997 (après un délai d'attente d'un an), à telle enseigne qu'il ne répond pas à la condition de la clause d'assurance. L'OAIE signifie ainsi à A.\_\_\_\_\_ qu'il entend lui reconnaître un degré d'invalidité de 70% depuis le 1<sup>er</sup> avril 1997 et un droit à une rente entière d'invalidité dès le 1<sup>er</sup> janvier 2001 (cf. dossier 5; pce 8 jointe au recours).

Dans le cadre de la procédure d'audition, A.\_\_\_\_\_ fait principalement valoir que la Commission, dans son jugement du 29 novembre 2000, lui a expressément reconnu la qualité d'assuré (cf. dossier 5; pce 9 jointe au recours).

#### **J.**

Par décision du 31 octobre 2007, l'OAIE reconnaît à A.\_\_\_\_\_ un degré d'invalidité de 70% depuis le 1<sup>er</sup> avril 1997 et un droit à une rente entière d'invalidité dès le 1<sup>er</sup> janvier 2001. L'Office reprend la motivation avancée dans son projet du 20 août 2007 (cf. dossier 5; pce 10 jointe au recours).

Le 27 novembre 2007, A.\_\_\_\_\_ interjette recours auprès du Tribunal administratif fédéral à l'encontre de la décision du 31 octobre 2007, en concluant à son annulation et à l'octroi d'une rente entière d'invalidité à partir du 1<sup>er</sup> avril 1997. Il avance qu'il était bien assuré au 9 novembre 1994, date de la survenance de l'invalidité, puisqu'il a cessé de travailler en Suisse le 10 septembre 1994 et qu'il est resté assuré durant une année encore en application de la Convention franco-suisse. Il prétend en outre que la Commission, dans son jugement du 29 novembre 2000, lui a expressément reconnu la qualité d'assuré (pce 16 TAF).

#### **K.**

Dans sa réponse du 25 juin 2008, l'OAIE, se référant à la détermination du 10 juin 2008 de l'OCAI-GE, reprend l'argumentation avancée dans la décision entreprise. L'Office conclut ainsi au rejet du

recours et à la confirmation de la décision attaquée (pce 9 TAF).

A.\_\_\_\_\_, dans sa réplique du 5 août 2008, renonce à se déterminer plus avant sur l'argumentation de l'OAIE (pce 11 TAF).

**L.**

Par décision incidente du 7 août 2008, le Tribunal administratif fédéral fixe l'avance pour les frais présumés à Fr. 300.- et octroie à A.\_\_\_\_\_ un délai de 30 jours pour la verser. L'avance est payée le 21 août 2008 (pces 12 à 14 TAF).

## **Droit :**

### **1.**

**1.1** Sous réserve des exceptions – non réalisées en l'espèce – prévues à l'art. 32 LTAF, le Tribunal administratif fédéral, 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'assurance-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-là étant dès lors compétent pour connaître de la présente cause.

**1.2** En vertu de l'art. 3 let. d<sup>bis</sup> PA, la procédure en matière d'assurances sociales n'est pas régie par la PA (cf. art. 37 LTAF) 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. En application de 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 pas à la LPGA.

**1.3** En l'espèce, le recourant est particulièrement touché par la décision attaquée et a un intérêt digne de protection à ce qu'elle soit annulée ou modifiée (art. 59 LPGA). Il a, partant, qualité pour recourir.

**1.4** Dans la mesure où le recours a été introduit dans le délai et la forme prescrits (art. 60 LPGA et 52 PA), l'avance de frais versée dans les délais, il est entré en matière sur le fond du recours.

## **2.**

Le recourant est citoyen d'un Etat membre de la Communauté européenne. Par conséquent, est applicable en l'espèce l'accord du 21 juin 1999 entre la Confédération suisse, d'une part, et la Communauté européenne et ses Etats membres, d'autre part, sur la libre circulation des personnes, entré en vigueur le 1<sup>er</sup> juin 2002 (ALCP, RS 0.142.112.681) – dont l'Annexe II règle la coordination des systèmes de sécurité sociale (art. 80a LAI). Conformément à l'art 3 al. 1 du règlement du 14 juin 1971 (CEE) N° 1408/71 du Conseil, les personnes, qui résident sur le territoire de l'un des Etats membres et auxquelles les dispositions dudit règlement sont applicables, sont soumises aux obligations et sont admises au bénéfice de la législation de tout Etat membre dans les mêmes conditions que les ressortissants de celui-ci, sous réserve de dispositions particulières contenues dans ledit règlement.

Avant l'entrée en vigueur de l'ALCP le 1<sup>er</sup> juin 2002, l'art. 3 al. 1 de la Convention franco-suisse de sécurité sociale conclue le 3 juillet 1975 (RS 0.831.109.349.1), prévoyait à son art. 3 al. 1 que, sauf dispositions contraires de la Convention ou de son Protocole final, les ressortissants de l'un des Etats contractants sont soumis aux obligations de la législation de l'autre Etat et admis au bénéfice de cette législation dans les mêmes conditions que les ressortissants de cet Etat.

Tant sous l'égide de l'ALCP qu'avant son entrée en vigueur, le degré d'invalidité d'un assuré qui prétend une rente de l'assurance-invalidité suisse doit être déterminé exclusivement d'après le droit suisse (art. 40 par. 4 du règlement 1408/71).

## **3.**

**3.1** Les juges des assurances sociales statuent dans la règle sur la situation de fait existant au moment où a été prise la décision attaquée (ATF 130 V 455 et réf. cit.).

Le recourant a présenté sa demande de rente le 29 octobre 1997. En

dérogation à l'art. 24 LPGA, l'art. 48 al. 2 LAI prévoit que si l'assuré présente sa demande de rente plus de douze mois après la naissance du droit, les prestations ne sont allouées que pour les douze mois précédant le dépôt de la demande. Concrètement, le Tribunal peut se limiter à examiner si le recourant avait droit à une rente le 29 octobre 1996 (12 mois avant le dépôt de la demande) ou si le droit à une rente était né entre cette date et le 31 octobre 2007, date de la décision attaquée.

**3.2** S'agissant du droit matériel, il sied de relever qu'en principe les règles applicables sont celles en vigueur au moment où les faits juridiquement déterminants se sont produits (ATF 130 V 445 consid. 1).

Par conséquent, le droit à la rente s'examine pour la période s'étendant jusqu'au 31 décembre 2000 à la lumière des anciennes normes et, à partir de ce moment-là, des nouvelles. Les prestations à verser entre le 1<sup>er</sup> janvier 2001 et le 31 décembre 2002 sont définies par les normes en vigueur à cette période et ainsi de suite pour les normes entrées en vigueur le 1<sup>er</sup> janvier 2003 (LPGA) et le 1<sup>er</sup> janvier 2004 (4<sup>ème</sup> révision LAI). Pour les mêmes raisons, les dispositions relatives à la 5<sup>ème</sup> révision, entrées en vigueur le 1<sup>er</sup> janvier 2008, ne sont pas prises en considération.

Le Tribunal fédéral a cependant précisé que les définitions de l'incapacité de travail, l'incapacité de gain, l'invalidité, de la méthode de comparaison des revenus et de la révision (de la rente d'invalidité et d'autres prestations durables) contenues dans la LPGA correspondent aux notions précédentes dans l'assurance-invalidité telles que développées à ce jour par la jurisprudence (ATF 130 V 445 consid. 2-3.6).

#### **4.**

**4.1** Selon les normes en vigueur à la date de la décision attaquée, tout requérant doit remplir cumulativement les conditions suivantes pour avoir droit à une rente de l'assurance invalidité suisse:

- être invalide au sens de la LPGA/LAI et
- avoir versé des cotisations à l'AVS/AI durant une année au moins (art. 36 al. 1 LAI).

Jusqu'au 31 décembre 2000, le requérant devait en outre satisfaire la condition de la clause d'assurance. Il devait, en d'autres termes, être assuré lors de la survenance de l'invalidité au sens de la législation suisse (art. 6 al. 1 LAI, en vigueur jusqu'à cette date) ou de la Convention bilatérale en matière de sécurité sociale conclue entre la Suisse et son pays d'origine. L'art. 6 al. 1 LAI a été modifié avec effet au 1<sup>er</sup> janvier 2001 par le chiffre 1 de l'annexe à la loi fédérale du 23 juin 2000 (RO 2000 2677 et 2682). Par cette modification, le législateur a supprimé le dernier membre de la première phrase de l'art. 6 al. 1 LAI, relatif à la clause d'assurance (voir à ce sujet ALESSANDRA PRINZ, Suppression de la clause d'assurance pour les rentes ordinaires de l'AI: conséquences dans le domaine des conventions internationales, Sécurité sociale 1/2001, p. 42 ss, et le Message du Conseil fédéral, FF 1999 4617 s., 4629 et 4631). Il est le lieu de relever qu'en vertu des dispositions transitoires relatives aux modifications de la LAI (al. 4), les personnes, qui n'avaient pas droit à une rente parce qu'elles n'étaient pas assurées lors de la survenance de l'invalidité, peuvent demander l'octroi d'une rente de l'assurance-invalidité. Le droit à la rente naît alors au moment de l'entrée en vigueur de la modification de la loi, savoir le 1<sup>er</sup> janvier 2001.

**4.2** L'article 11 de la Convention franco-suisse de sécurité sociale précisait que le ressortissant français résidant en Suisse et le frontalier contraints d'abandonner leur activité en Suisse à la suite d'une maladie ou d'un accident, mais dont l'état d'invalidité est constaté dans ce pays, sont considérés assurés au sens de la législation suisse pour la durée d'une année à compter de la date de l'interruption du travail suivie d'invalidité et doivent acquitter les cotisations à l'assurance vieillesse, survivants et invalidité suisse comme s'ils avaient leur domicile en Suisse.

**4.3** En l'occurrence, le recourant a versé des cotisations à l'AVS/AI pendant plus d'une année au total et remplit, partant, la condition de la durée minimale de cotisations.

Il reste dès lors à examiner s'il est invalide au sens de la loi suisse et s'il était assuré lors de la survenance de l'invalidité.

## 5.

**5.1** Aux termes de l'art. 8 LPGA, est réputée invalidité l'incapacité de gain totale ou partielle qui est présumée permanente ou de longue durée. L'art. 4 LAI précise que l'invalidité peut résulter d'une infirmité congénitale, d'une maladie ou d'un accident.

**5.2** Un assuré a droit à un quart de rente s'il est invalide à 40% au moins, à une demi-rente s'il est invalide à 50%, à trois-quarts de rente s'il est invalide à 60% et à une rente entière s'il est invalide à 70% au moins (art. 28 al. 1 LAI). Jusqu'au 31 décembre 2003, l'assuré avait droit à un quart de rente s'il était invalide à 40%, à une demi-rente s'il était invalide à 50% et à une rente entière s'il était invalide à 66,67%. Toutefois, selon l'art. 28 al. 1<sup>er</sup> LAI, les rentes correspondant à un taux d'invalidité inférieur à 50% ne sont versées qu'aux assurés qui ont leur domicile et leur résidence habituelle en Suisse (art. 13 LPGA) ou - ensuite de l'entrée en vigueur le 1<sup>er</sup> juin 2002 de l'Accord bilatéral entre la Suisse et la Communauté européenne - au sein de l'Union européenne (UE) ou d'un pays membre de l'Association européenne de libre-échange (AELE).

**5.3** Conformément à l'art. 29 al. 1 LAI, le droit à une rente prend naissance au plus tôt à la date dès laquelle l'assuré présente une incapacité de gain durable de 40% au moins (let. a), ou l'assuré a présenté, en moyenne, une incapacité de travail de 40% au moins pendant une année sans interruption notable (let. b). D'après la jurisprudence constante du Tribunal fédéral, la let. a s'applique si l'état de santé de l'assuré est stabilisé et a acquis un caractère essentiellement irréversible, la let. b si l'état de santé est labile, c.-à-d. susceptible d'une amélioration ou d'une aggravation (ATF 121 V 264, ATF 111 V 21 consid. 2b). Une incapacité de travail de 20% doit être prise en compte pour le calcul de l'incapacité de travail moyenne selon la let. b de l'art. 29 al. 1 LAI (VSI 1998 p. 126 consid. 3c).

**5.4** Par incapacité de travail on entend toute perte, totale ou partielle, résultant d'une atteinte à la santé physique, mentale ou psychique, de l'aptitude de l'assuré à accomplir dans sa profession ou son domaine d'activité le travail qui peut raisonnablement être exigé de lui. En cas d'incapacité de travail de longue durée, l'activité qui peut être exigée de lui peut aussi relever d'une autre profession ou d'un autre domaine d'activité (art. 6 LPGA). L'incapacité de gain est définie à l'art. 7 LPGA et consiste dans toute diminution de l'ensemble ou d'une partie des possibilités de gain de l'assuré, sur un marché de travail équilibré, si

cette diminution résulte d'une atteinte à sa santé physique, mentale ou psychique et qu'elle persiste après les traitements et les mesures de réadaptation exigibles.

## **6.**

Le recourant a travaillé en Suisse à compter d'avril 1973 en qualité d'électricien-monteur frontalier. Il a cessé de travailler le 30 novembre 1993 et n'a depuis, pour des raisons de santé, plus repris d'activité lucrative. Il faut en outre mentionner que pour le mois d'août 1994, l'intéressé a versé des cotisations AVS/AI (cf. extrait du compte individuel).

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

Selon une jurisprudence constante, les données fournies par le médecin constituent néanmoins un élément utile pour apprécier les conséquences de l'atteinte à la santé et pour déterminer quels travaux on peut encore raisonnablement exiger de l'assuré (ATF 115 V 133 consid. 2, 114 V 310 consid. 3c, RCC 1991 p. 329 consid. 1c).

## **7.**

En l'espèce, il est établi que le recourant a souffert, dans un premier temps, d'un syndrome douloureux fémoro-patellaire diffus et de gonarthrose, puis, dans un second temps, d'un trouble dépressif récurrent, d'une personnalité de type paranoïaque et d'un syndrome douloureux somatoforme persistant.

Par voie de conséquence, eu égard au fait qu'il ne s'agit pas là d'un état de santé stabilisé, la let. a de l'art. 29 al. 1 LAI est inapplicable; seule peut entrer en considération la let. b de cette disposition légale

prévoyant en principe une période d'attente d'une année à partir du début de l'incapacité de travail relevante pour la détermination du début du droit à la rente.

## **8.**

L'art. 69 du règlement du 17 janvier 1961 sur l'assurance-invalidité (RAI, RS 831.201) 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. A cet effet, des renseignements, des rapports, des expertises ou des enquêtes sur place peuvent être exigés ou effectués. Il peut au demeurant être fait appel aux spécialistes de l'aide publique ou privée aux invalides.

Le Tribunal des assurances doit examiner de manière objective tous les moyens de preuve, quelle que soit leur provenance, puis décider si les documents à disposition permettent de porter un jugement valable sur le droit litigieux. Avant de conférer pleine valeur probante à un rapport médical, il s'assurera que les points litigieux ont fait l'objet d'une étude circonstanciée, que le rapport se fonde sur des examens complets, qu'il prend également en considération les plaintes exprimées par la personne examinée, qu'il a été établi en pleine connaissance de l'anamnèse, que la description du contexte médical et l'appréciation de la situation médicale sont claires et enfin que les conclusions de l'expert sont dûment motivées (ATF 125 V 352 consid. 3a et réf. cit.).

## **9.**

**9.1** Dans la présente occurrence, l'OAIE considère que la capacité de travail du recourant était entière jusqu'au 15 avril 1996 et diminuée à 50% ensuite d'une aggravation de son état de santé. Après avoir effectué une comparaison de ses revenus, l'Office conclut à une perte de gain de 70%, mais estime que le recourant n'était pas assuré au 15 avril 1997, à savoir une année après la survenance de l'invalidité (délai d'attente), et ne lui reconnaît dès lors un droit à la rente entière qu'à partir du 1<sup>er</sup> janvier 2001.

Le recourant, pour sa part, avance qu'il était assuré le 9 novembre 1994, date de la survenance de l'invalidité, puisqu'il a cessé de

travailler en Suisse le 10 septembre 1994 et qu'il est resté assuré durant une année encore en application de la Convention franco-suisse de sécurité sociale. Il conclut ainsi à l'annulation de la décision attaquée et à l'octroi d'une rente entière d'invalidité à partir du 1<sup>er</sup> avril 1997.

**9.2** Le 29 novembre 2000, la Commission fédérale de recours a annulé la première décision de l'OAIE, considérant que les documents figurant au dossier étaient imprécis, voire contradictoires. La cause a donc été renvoyée à l'autorité inférieure pour instruction complémentaire (cf. dossier 4; pce 1 jointe au recours). Dans le cadre de celle-ci, il a été établi que l'état de santé du recourant avant 1996 était compatible avec l'exercice à temps complet d'une activité de substitution adaptée. Il ressort en outre du rapport d'expertise pluridisciplinaire du 3 octobre 2002 du COMAI (cf. dossier 4; pce 3 jointe au recours) que l'intéressé aurait été capable, avant 1996, de travailler dans sa précédente activité d'électricien-monteur. Le rapport d'expertise psychiatrique du 14 janvier 2004 du Dr Couto Popovic indique qu'une reprise même partielle de son activité ne serait plus envisageable à partir de 1996 à cause d'un sentiment de rejet de sa profession (cf. dossier 4).

L'autorité de céans estime, sur le vu des pièces médicales versées en cause par la SUVA (notamment les rapports des Drs Roten, Casez et Alborini, respectivement pces 3/16, 38 et 48) et des diagnostics retenus par les médecins sollicités (gonarthrose et syndrome douloureux fémoro-patellaire diffus), qu'il paraît raisonnable de lui reconnaître, suite aux accidents de travail survenus en 1993, une capacité de travail réduite à 50% en tant qu'électricien-monteur. Les affections diagnostiquées chez le recourant pour la période antérieure à l'aggravation de 1996 sont d'ordre physique uniquement et ne sauraient toutefois raisonnablement empêcher l'exercice d'une activité de substitution légère et adaptée. L'intéressé aurait ainsi effectivement pu réaliser un revenu annuel de Fr. 39'000.-, par exemple en tant qu'ouvrier sur travaux sériels comme l'a retenu l'OCAI-GE (cf. dossier 4). Ce revenu d'invalidé, comparé au revenu annuel qu'il aurait perçu sans invalidité évalué à Fr. 65'539.- (pce 2/3), fait apparaître une perte de gain de 40.5% (cf. dossier 4).

Or, selon l'art. 28 al. 1<sup>er</sup> LAI, les rentes correspondant à un taux d'invalidité inférieur à 50% ne sont pas versées aux assurés qui ont

leur domicile et leur résidence habituelle à l'étranger. Ce n'est que depuis l'entrée en vigueur de l'Accord bilatéral qu'il est possible d'exporter le quart de rente dans l'Union européenne ou dans un pays de l'AELE. Il est le lieu de relever que l'art. 28 al. 1<sup>er</sup> LAI (depuis le 1<sup>er</sup> janvier 2008: art. 29 al. 4 LAI) ne régit pas simplement le versement de prestations, mais règle une condition du droit, de sorte qu'il est exclu d'admettre l'existence d'un droit fictif à un quart de rente (fondé sur un taux d'invalidité de 40% au moins, mais inférieur à 50%), lequel serait déterminant pour fixer le début du droit à la rente selon l'art. 88a al. 2 RAI (ATF 121 V 264).

Le recourant, qui présentait un taux d'invalidité inférieur à 50%, n'a donc pas droit à une rente d'invalidité pour la période antérieure à l'aggravation de 1996.

**9.3** Le recourant a, dans un second temps, subi une aggravation de son état de santé. Les experts du COMAI lui ont reconnu une capacité de travail résiduelle de 50% dans toute activité. Le Dr Couto Popovic a, pour sa part, clairement exclu la reprise de l'activité d'électricien-monteur, en raison du vécu de rejet du recourant.

Sur la base d'une capacité de travail résiduelle de 50% dans une activité de substitution, le recourant subit donc une perte de gain de 72% (revenu sans invalidité de Fr. 69'539.- comparé au revenu d'invalidité de Fr. 19'500.-), taux correspondant à une rente entière d'invalidité.

Le recourant remplit la condition de la durée minimale de cotisations et est invalide au sens de la loi suisse. Reste dès lors à déterminer quand est survenu le cas d'assurance et s'il était assuré ce moment-là.

## **10.**

**10.1** L'art. 4 al. 2 LAI dispose que l'invalidité est réputée survenue dès qu'elle est, par sa nature et sa gravité, propre à ouvrir droit aux prestations entrant en considération. Il est en principe possible qu'une seule atteinte à la santé provoque plusieurs cas d'assurance successifs. Une telle affection peut en effet, le cas échéant, remplir les conditions – à un moment donné ou à des époques différentes – ouvrant le droit à des prestations distinctes (une ou plusieurs mesures

de réadaptation, rentes, allocation pour impotents). Chaque prestation constitue un nouveau cas d'assurance qui exige un nouvel examen des conditions d'assurance (arrêt du 30 mai 2006 du Tribunal fédéral des assurances dans la cause I 76/05 consid. 1 publié dans SVR 2007 IV n. 7; voir aussi ATF 113 V 261 consid. 1b, ATF 112 V 275 consid. 1b, ATF 105 V 61 consid. 2c).

Le moment de la survenance de l'invalidité doit être déterminé objectivement, d'après l'état de santé; des facteurs externes fortuits n'ont pas d'importance. Il ne dépend en particulier ni de la date à laquelle une demande a été présentée, ni de celle à partir de laquelle une prestation a été requise, et ne coïncide pas non plus nécessairement avec le moment où l'assuré apprend, pour la première fois, que l'atteinte à sa santé peut ouvrir droit à des prestations d'assurance (ATF 126 V 5 consid. 2b, 118 V 82 consid. 3a et réf. cit.).

Si l'augmentation du taux d'invalidité justifiant le passage à une rente supérieure est la suite d'une aggravation de l'atteinte initiale à la santé, il ne se présente pas de nouveau cas d'assurance. A l'inverse, lorsque l'augmentation du taux d'invalidité est manifestement indépendante de l'affection préexistante, autrement dit lorsque les atteintes à la santé sont clairement distinctes, il s'agit alors d'un nouveau cas d'assurance (ATFA du 30 mai 2006 dans la cause I 76/05 consid. 2 et 5).

**10.2** En l'espèce, force est pour l'autorité de céans de constater que, sur le plan strictement physique, la situation clinique du recourant ne s'est guère modifiée depuis 1993. Certes, du fait que de nombreux médecins ont été sollicités, des appréciations différenciées ont été exprimées. Les diagnostics relevés sont cependant restés identiques. La santé psychique de l'intéressé s'est, par contre, clairement aggravée. Avant 1998, aucun document médical ne faisait état d'une quelconque affection psychique. Seuls les Drs Papadimitriou et Roten ont relevé une grande inquiétude. Le premier à avoir diagnostiqué un syndrome dépressif est le Dr Casez, le 16 avril 1998. Il s'agit dès lors manifestement d'un nouveau cas d'assurance.

A l'avis des experts mandatés par l'Office AI, l'aggravation de l'état de santé du recourant date de 1996. La psychologue M. Gennart a considéré que les troubles psychiques dont souffre l'intéressé peuvent être motivés pas des facteurs psychologiques plus profonds que

l'accident de travail de 1993. Celui-ci n'aurait, comme tel, pas débouché sur un état de stress post-traumatique. Les Drs Perdrix et Stingelin du COMAI ainsi que le Dr Popovic, spécialiste en psychiatrie et psychothérapie, estiment que le trouble dépressif du recourant serait lié au décès de ses parents, ainsi qu'aux difficultés rencontrées en 1996 lorsque les prestations de chômage devaient prendre fin. Le Dr Popovic a encore relevé, à juste titre, qu'à la sortie de la Clinique de Belikon, la capacité de travail de l'intéressé avait été estimée entière (pce 3/ 17 et 18). Lesdits médecins ont finalement fixé le début de l'atteinte à 1996 (cf. dossier 5). L'autorité de céans fait siennes les appréciations des divers experts mandatés, les estimant claires, concordantes et convaincantes. Dans la mesure où les points litigieux ont fait l'objet d'une étude circonstanciée, les rapports en question se sont fondés sur des examens complets, les plaintes exprimées par la personne examinée ont été prises en considération, les rapports ont été établis en pleine connaissance de l'anamnèse, la description du contexte médical et l'appréciation de la situation médicale sont claires et enfin les conclusions de l'expert sont dûment motivées, il sied de leur conférer une pleine valeur probante (ATF 125 V 352 consid. 3a et réf. cit.). Le juge ne s'écarte, en outre, en principe pas sans motifs impératifs des conclusions d'une expertise médicale, la tâche de l'expert étant précisément de mettre ses connaissances spéciales à la disposition de la justice afin de l'éclairer sur les aspects médicaux d'un état de fait donné (ATF 125 V 352 consid. 3b/aa, ATF 118 V 220 consid. 1b et réf. cit.).

**10.3** Le recourant a cessé de travailler en Suisse le 10 septembre 1994 (cf. recours, pce 1 TAF, p. 11). Il est, en application de l'art. 11 de la Convention franco-suisse de sécurité sociale, resté assuré durant une année encore depuis cette date, savoir jusqu'au 10 septembre 1995 (cf. supra 5.2). Même s'il fallait prendre en considération les cotisations versées en août 1994 (cf. extrait du compte individuel), on n'arriverait pas à un résultat différent.

Le recourant n'était donc pas assuré en 1997, une année après le début de l'incapacité de travail, soit lors de la survenance d'un nouveau cas d'assurance, et ne remplit pas la condition de la clause d'assurance. Avant cette date, il ne pouvait pas avoir droit à une rente d'invalidité parce que la condition d'invalidité n'était pas remplie, son taux d'invalidité étant inférieur à 50% (cf. ci-dessus consid. 9.2 ATF 121 V 264).

Il est à noter, de plus, que le fait de bénéficier de prestations de l'assurance-chômage n'est pas assimilable à l'exercice d'une activité lucrative (ATFA du 26 novembre 2002 dans la cause I 608/01). Le recourant ne saurait dès lors tirer argument du fait qu'il a perçu des indemnités de chômage du 16 janvier 1994 à 1996 (pce 3/12) pour arguer d'une prétendue qualité d'assuré.

**10.4** Dans la mesure où il remplit la condition de la durée minimale de cotisations et qu'il est invalide au sens de la loi suisse, le recourant doit bénéficier d'une rente entière d'invalidité à compter du 1<sup>er</sup> janvier 2001 en application des dispositions transitoires relatives aux modifications de la LAI (suppression de la clause d'assurance).

Partant, le recours déposé le 27 novembre 2007 doit être rejeté et la décision du 31 octobre 2007 de l'OAIE confirmée.

#### **11.**

Les frais de procédure, fixés à Fr. 300.-, sont mis à la charge du recourant (art. 63 al. 1 PA, applicable par le truchement de l'art. 37 LTAF). Ils sont compensés par l'avance de frais du même montant dont il s'est acquitté au cours de l'instruction.

Vu l'issue du litige, il n'est pas alloué d'indemnité de dépens (art. 7 al. 3 du règlement du 21 février 2008 concernant les frais, dépens et indemnités fixés par le Tribunal administratif fédéral [FITAF, RS 173.320.2]).

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

**1.**

Le recours est rejeté.

**2.**

Les frais de procédure, d'un montant de Fr. 300.-, sont mis à la charge de A.\_\_\_\_\_. Ce montant est compensé par l'avance de frais versée au cours de l'instruction.

**3.**

Il n'est pas alloué de dépens.

**4.**

Le présent arrêt est adressé :

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

Le président du collège :

Le greffier :

Francesco Parrino

Yann Hofmann

**Indication des voies de droit :**

La présente décision peut être attaquée devant le Tribunal fédéral, Schweizerhofquai 6, 6004 Lucerne, par la voie du recours en matière de droit public, dans les trente jours qui suivent la notification (art. 82 ss, 90 ss et 100 de la loi du 17 juin 2005 sur le Tribunal fédéral [LTF, RS 173.110]). Le mémoire doit indiquer les conclusions, les motifs et les moyens de preuve, et être signé. La décision attaquée et les moyens de preuve doivent être joints au mémoire, pour autant qu'ils soient en mains de la partie recourante (voir art. 42 LTF).

Expédition :