



Arrêt du 11 mars 2022

Composition

Madeleine Hirsig-Vouilloz (présidente du collège),
Caroline Bissegger, David Weiss, juges,
Julie Cyprien, greffière.

Parties

A. _____, (France)
recourant,

contre

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

Objet

Assurance-invalidité, rente d'invalidité
(décision du 15 mars 2019).

Faits :**A.**

A._____ (ci-après : assuré ou recourant) est un ressortissant français né le (...) 1962 (AI doc 4). Il vit dans son pays d'origine, n'a pas de formation professionnelle (AI doc 4) et a travaillé en Suisse de 1987 à 1992, puis de nouveau à partir de 2006, cotisant ainsi à l'assurance-vieillesse, survivants et invalidité (AVS/AI) suisse (AI doc 10). Son dernier emploi était celui de polisseur à temps plein auprès d'une succursale de B._____ SA à (...), emploi qu'il a occupé à partir du 21 février 2007 (AI doc 14). Une incapacité de travail totale lui a été reconnue dès le 18 octobre 2017 par l'assureur perte de gain de son employeur, qui lui a dès lors versé des indemnités journalières (AI doc 14).

B.

B.a Le 22 février 2018, l'assureur perte de gain, agissant pour le compte de l'assuré, a transmis la demande de prestations de l'assurance-invalidité (AI) de celui-ci à l'Office cantonal de l'assurance-invalidité du canton C._____ (ci-après : OAI) et évoqué la compensation des indemnités journalières versées à l'assuré avec d'éventuelles prestations AI (AI doc 5). Dans sa demande, datée du 15 février 2018, l'assuré se plaignait d'une atteinte au bras droit, ainsi qu'au canal carpien, de problèmes nerveux et de douleurs à l'épaule (AI doc 4).

B.b Procédant à l'instruction de cette demande, l'OAI a tout d'abord estimé que des mesures de réadaptation ne pouvaient pour l'instant être mises en œuvre (AI doc 11), car l'état de santé de l'assuré n'était pas stabilisé (AI doc 46). Puis il a mandaté, en commun avec l'assureur perte de gain et suite à l'avis du médecin-conseil de ce dernier, une expertise auprès du Dr D._____, rhumatologue (expertise du 6 décembre 2018 [AI doc 37], compte-rendu table ronde assureur perte de gain et OAI d'août 2018 [AI doc 25]).

L'expert a examiné l'assuré le 28 novembre 2018 et a conclu à : - des cervicalgies chroniques non-spécifiques dans un contexte de discopathies cervicales étagées sans critères de gravité, notamment du point de vue neurologique ; - une arthropathie acromio-claviculaire de l'épaule droite d'allure dégénérative et inflammatoire ; - un remaniement dégénératif du dos du carpe, des deux côtés, prédominant à droite. Le statut après neurolyse du nerf médian au canal carpien droite, le 8 mars 2018, est sans évidence de complications, ni persistance d'une souffrance au nerf médian ; - des céphalées chroniques de caractère migraineux, existant depuis

l'âge de 10 ans, bénéficiant d'un traitement efficace. L'expert a estimé que l'assuré devait donc respecter les limites fonctionnelles suivantes : - éviter les travaux exigeant un maintien en extension de la colonne cervicale, en élévation des membres supérieures, les ports de charges au-delà de 10 kg occasionnellement et les travaux de force répétitifs de préhension et de torsion des poignets. En l'absence de pathologies significatives de la coiffe des rotateurs, les travaux en élévation et abduction partielles du bras droit, de l'ordre de 45 à 50° étaient compatibles avec l'arthrose acromio-claviculaire. L'expert a ensuite évalué qu'une incapacité totale définitive dans l'activité habituelle de l'assuré n'était pas justifiée et qu'une reprise de l'activité habituelle de l'assuré à 25% était possible, une augmentation progressive à 50% sur trois mois étant envisageable. Quant à la capacité de travail dans une activité respectant les limitations fonctionnelles indiquées, elle était de 100% « dès à présent ».

B.c Dans son rapport du 19 décembre 2018, le service médical régional (ci-après : SMR) s'est rallié en grande partie aux conclusions de l'expertise, qu'il considère complète et convaincante, et a ainsi estimé qu'une incapacité totale devait être reconnue à l'assuré dans son activité habituelle du 18 octobre 2017 au 27 novembre 2018. À partir du 28 novembre 2018 (date de l'examen de l'assuré par l'expert) au 28 février 2019, l'assuré avait une capacité de travail de 25% dans son activité habituelle, qui augmenterait à 50% dès le mois mars, soit trois mois après l'examen de l'assuré par l'expert. En revanche, contrairement aux conclusions de l'expertise, le SMR a estimé que la capacité de travail de l'assuré dans une activité respectant les limitations fonctionnelles identifiées était de 100% et ce, « depuis toujours » (AI doc 39).

B.d Reprenant les conclusions du SMR, l'OAI a donc fait part à l'assuré de son intention de lui refuser une rente d'invalidité par un projet de décision du 15 janvier 2019 (AI doc 40).

Par écrit reçu le 11 février 2019 par l'OAI, l'assuré a fait valoir son droit d'être entendu en affirmant que l'activité proposée par son employeur ne convenait pas. Il sollicitait une aide pour trouver un emploi qui respectait ses limitations fonctionnelles et annexait à son écrit un rapport du 6 février 2019 de son médecin traitant, le Dr E. _____ (AI docs 44 et 45). Le 15 février 2019, le Dr F. _____, rhumatologue, a rendu un rapport que l'OAI a reçu le 21 février 2019 (AI doc 48).

B.e Par décision du 15 mars 2019, l'Office de l'assurance-invalidité pour les assurés résidant à l'étranger (ci-après : OAIE), reprenant la motivation

du projet de décision de l'OAI, a refusé une rente d'invalidité à l'assuré (AI doc 53).

C.

C.a Par acte du 22 mars 2019 (timbre postal), l'assuré interjette recours contre cette décision devant le Tribunal administratif fédéral (ci-après : TAF ou le Tribunal). Il conclut implicitement à l'octroi d'une rente, affirmant ressentir des douleurs persistantes au niveau vertébral, de l'épaule et du poignet malgré les soins dont il a bénéficié. Pour cette raison, son médecin traitant avait prolongé son arrêt de travail et recommandé des examens plus approfondis par un spécialiste. Annexé à son recours se trouve un rapport médical figurant déjà au dossier (TAF pce 1)

C.b Par décision incidente du 28 mars 2019, le Tribunal a invité le recourant à payer une avance de frais de Fr. 800.- dans les 30 jours, sous peine d'irrecevabilité du recours (TAF pce 4). Ce montant a été acquitté dans le délai imparti (TAF pce 6).

C.c Dans sa réponse du 22 mars 2019, l'OAIE a suivi le préavis de l'OAI du 26 juin 2019 et conclu au rejet du recours ainsi qu'à la confirmation de la décision attaquée (TAF pce 8).

C.d Invité à répliquer par ordonnance du 5 juillet 2019 du Tribunal (TAF pce 9), le recourant n'a pas réagi.

C.e Suite à l'ordonnance du 18 novembre 2021 (TAF pce 13), ont été transmis au Tribunal certaines pièces manquantes au dossier (TAF pces 17 et 15).

D. Les autres faits et arguments pertinents de la cause seront exposés et discutés, en tant que de besoin, dans les considérants en droit ci-après.

Droit :

1.

Le Tribunal administratif fédéral est compétent pour connaître du présent recours (art. 31, 32 et 33 let. d LTAF ; art. 69 al. 1 let. b LAI [RS 831.20]). Dans la mesure où le recourant est directement touché par la décision attaquée et a un intérêt digne d'être protégé à ce qu'elle soit annulée ou modifiée, il a qualité pour recourir (art. 59 LPGA [RS 830.01] et 48 al. 1 PA). Déposé en temps utile et dans les formes requises par la loi (art. 60

LPGA et 50 al. 1 PA ; art. 52 al. 1 PA), et l'avance sur les frais de procédure ayant été dûment acquittée (art. 63 al. 4 PA), le recours est recevable.

2.

Le litige porte en l'espèce sur le droit du recourant à une rente AI.

3.

3.1 La procédure dans le domaine des assurances sociales fait prévaloir la maxime inquisitoire (art. 43 LPGA ; ATF 138 V 218 consid. 6). Ainsi, le Tribunal administratif fédéral définit les faits et apprécie les preuves d'office et librement (art. 12 PA ; MOOR/POLTIER, Droit administratif, vol. II, 3e éd. 2011, ch. 2.2.6.3). Ce faisant, il ne tient pour existants que les faits qui sont prouvés, cas échéant au degré de la vraisemblance prépondérante (ATF 139 V 176 consid. 5.2 ; 138 V 218 consid. 6). Par ailleurs, il applique le droit d'office, sans être lié par les motifs invoqués par les parties (art. 62 al. 4 PA ; ATAF 2013/46 consid. 3.2), ni par l'argumentation juridique développée dans la décision entreprise (MOOR/POLTIER, op. cit., ch. 2.2.6.5 ; BENOÎT BOVAY, Procédure administrative, 2^e éd. 2015, p. 243). 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^e éd. 2013, p. 25 n. 1.55). Les parties ont le devoir de collaborer à l'instruction (art. 13 PA et 43 al. 3 LPGA ; arrêt du TAF C-6134/2017 du 3 avril 2018 consid. 5.4) et de motiver leur recours (art. 52 PA).

3.2 En particulier, le Tribunal examine d'office les conditions formelles de validité et de régularité de la procédure devant l'autorité inférieure, soit notamment le point de savoir si l'autorité qui a rendu la décision litigieuse était compétente (ATF 142 V 67 consid. 2.1, 140 V 22 consid. 4).

A ce sujet, il y a lieu de remarquer qu'aux termes 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 exerce une activité lucrative est compétent pour enregistrer et examiner les demandes présentées par les frontaliers, tandis que l'office AI pour les assurés résidant à l'étranger notifie les décisions (al. 2)

Etant donné que le recourant, domicilié en France voisine, a exercé son activité lucrative dans la ville de (...) jusqu'à son arrêt de travail le 18 octobre 2017, c'est à juste titre que l'OAI du canton C. _____ a enregistré puis instruit la demande et que l'OAIE a notifié la décision entreprise.

4.

4.1 Selon les principes généraux du droit intertemporel, le droit matériel applicable est en principe celui en vigueur lors de la réalisation de l'état de fait qui doit être apprécié juridiquement ou qui a des conséquences juridiques, sous réserve de dispositions particulières du droit transitoire (ATF 143 V 446 consid. 3.3 ; 136 V 24 consid. 4.3 ; 132 V 215 consid. 3.1.1).

4.2 Dans la mesure où le recourant est un ressortissant français, domicilié en France, ayant travaillé en Suisse, l'affaire présente un aspect transfrontalier (ATF 143 V 354 consid. 4 ; 143 V 81 en particulier consid. 8.1 ; 141 V 521 consid. 4.3.2). Est dès lors applicable à la présente cause l'accord du 21 juin 1999 sur la libre circulation des personnes (ALCP, RS 0.142.112.681), conclu entre la Suisse et la Communauté européenne et ses Etats membres, dont l'annexe II règle la coordination des systèmes de sécurité sociale (art. 8 ALCP). Dans ce contexte, l'ALCP fait référence depuis le 1er 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 (ci-après : règlement n° 883/2004, RS 0.831.109.268.1), ainsi qu'au règlement (CE) n° 987/2009 du Parlement européen et du Conseil du 16 septembre 2009 fixant les modalités d'application du règlement (CE) n° 883/2004 (ci-après : règlement n° 987/2009, RS 0.831.109.268.11 ; art. 1 al. 1 de l'annexe II en relation avec la section A de l'annexe II). A compter du 1er janvier 2015, sont également applicables dans les relations entre la Suisse et les Etats membres de l'Union européenne (UE) les modifications apportées notamment au règlement n° 883/2004 par les règlements (UE) n° 1244/2010 (RO 2015 343), n° 465/2012 (RO 2015 345) et n° 1224/2012 (RO 2015 353). Toutefois, même après l'entrée en vigueur de l'ALCP et des règlements de coordination, l'invalidité ouvrant droit à des prestations de l'assurance-invalidité suisse se détermine exclusivement d'après le droit suisse (art. 46 al. 3 du règlement n° 883/2004, en relation avec l'annexe VII dudit règlement ; ATF 130 V 253 consid. 2.4 ; arrêt du TF 9C_573/2012 du 16 janvier 2013 consid. 4).

4.3 La présente cause doit donc être examinée à l'aune des dispositions de la LAI et de son règlement d'exécution telles que modifiées par la 6^e révision de la LAI (premier volet), entrées en vigueur dès le 1er janvier

2012 (RO 2011 5659, FF 2010 1647). Les dispositions de la LPGGA, LAI et des ordonnances y afférentes entrées en vigueur le 1er janvier 2022 ne sont pas applicables (« Développement continu de l'AI » ; RO 2021 705, RO 2021 706).

5. En l'espèce, le recourant a versé des cotisations à l'assurance-vieillesse, survivants et invalidité pendant plus de 3 ans et remplit donc la condition de la durée minimale de cotisations eu égard au moment de l'ouverture éventuelle du droit à la rente (art. 36 al. 1 LAI). Il reste à examiner s'il est invalide au sens de la LAI.

6.

6.1 L'invalidité au sens de la LPGGA et de la LAI est l'incapacité de gain totale ou partielle qui est présumée permanente ou de longue durée (art. 8 al. 1 LPGGA). Elle peut résulter d'une infirmité congénitale, d'une maladie ou d'un accident (art. 4 al. 1 LAI) et est réputée survenue dès qu'elle est, par sa nature et sa gravité, propre à ouvrir droit aux prestations entrant en considération (art. 4 al. 2 LAI). Selon l'art. 7 al. 1 LPGGA, 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. De plus, il n'y a incapacité de gain que si celle-ci n'est pas objectivement surmontable (art. 7 al. 2 LPGGA). En cas d'incapacité de travail de longue durée, l'activité qui peut être exigée de l'assuré peut aussi relever d'une autre profession ou d'un autre domaine d'activité (art. 6, 2^{ème} phrase LPGGA).

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

6.3 L'art. 29 al. 4 LAI prévoit que 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 (art. 13 LPGGA) en Suisse. Suite à l'entrée en vigueur le 1er juin 2002 de l'ALCP (voir *supra*, consid. 4), cette restriction n'est pas applicable lorsqu'un assuré est un ressortissant suisse ou de

l'UE et réside dans l'un des Etats membres de l'UE (ATF 130 V 253 consid. 2.3 ; art. 4 et 7 du règlement n° 883/2004, RS 0.831.109.268.1).

6.4 Lorsqu'une décision accorde avec effet rétroactif une rente d'invalidité échelonnée ou limitée, les dispositions sur la révision d'une rente d'invalidité sont applicables par analogie (ATF 133 V 263 consid. 6.1; arrêts du TF 8C_71/2017 du 20 avril 2017 consid. 3; 9C_226/2011 du 15 juillet 2011 consid. 4.3.1 qui n'a pas été publié dans l'ATF 137 V 369; MARGRIT MOSER-SZELESS, Loi sur la partie générale des assurances sociales, Commentaire romand, 2018, art. 17 n° 9 p. 249 s.). Elle doit donc se fonder sur une modification notable du taux d'invalidité. La date de la modification du droit doit être fixée conformément à l'art. 88a RAI (par analogie : ATF 125 V 417 consid. 2d; arrêt du TF I 21/05 du 12 octobre 2005 consid. 3.3; voir aussi MICHEL VALTERIO, Commentaire, Loi fédérale sur l'assurance-invalidité [LAI], 2018, art. 31 n° 32) dont l'al. 1 prévoit que s'il y a amélioration de la capacité de gain ou de la capacité d'accomplir les travaux habituels, ce changement n'est déterminant pour la suppression de tout ou partie du droit aux prestations qu'à partir du moment où on peut s'attendre à ce que l'amélioration constatée se maintient durant une assez longue période. Il en va de même lorsqu'un tel changement déterminant a duré trois mois déjà, sans interruption notable et sans qu'une complication prochaine soit à craindre.

7.

7.1 Pour pouvoir déterminer la capacité de travail médico-théorique et évaluer l'invalidité de la personne concernée, l'administration, ou le tribunal 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 (arrêt du TF 8C_623/2012 du 6 décembre 2012 consid. 1). Précisément, la tâche des médecins consiste à porter un jugement sur l'état de santé et à indiquer dans quelle mesure et pour quelles activités la personne concernée est incapable de travailler, compte tenu de ses limitations (ATF 143 V 418 consid. 6 ; 132 V 93 consid. 4 ; 125 V 256 consid. 4 ; 115 V 133 consid. 2 ; 114 V 310 consid. 3c ; 105 V 156 consid. 1 ; voir également ATF 140 V 193 consid. 3.2 et les réf. cit.).

7.2 Le principe de la libre appréciation des preuves s'applique de manière générale à toute procédure de nature administrative, que ce soit devant

l'administration ou le juge. La jurisprudence a toutefois posé des lignes directrices en matière d'appréciation des rapports médicaux et d'expertise (ATF 125 V 351 consid. 3b et 3c).

7.3 Ainsi, avant de conférer pleine valeur probante à un rapport médical, il convient de s'assurer que les points litigieux importants 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 du médecin sont dûment motivées (ATF 134 V 231 consid. 5.1 ; 125 V 351 consid. 3a). La valeur probante d'un rapport médical ou d'une expertise est de plus liée à la condition que le médecin qui se prononce dispose de la formation spécialisée nécessaire et de compétences professionnelles dans le domaine d'investigation (arrêts du TF 9C_555/2017 du 22 novembre 2017 consid. 3.1 et les réf. cit. ; 9C_745/2010 du 30 mars 2011 consid. 3.2 et 9C_59/2010 du 11 juin 2010 consid. 4.1; MICHEL VALTERIO, op. cit., art. 57 LAI n° 33).

7.4 Lorsqu'au stade de la procédure administrative, une expertise confiée à un médecin indépendant est établie par un-e spécialiste reconnu-e, sur la base d'observations approfondies et d'investigations complètes, de même qu'en pleine connaissance du dossier, et que l'expert-e aboutit à des résultats convaincants, il y a lieu de reconnaître pleine valeur probante à ces résultats, aussi longtemps qu'aucun indice concret, tel que des contradictions manifestes ou des éléments essentiels ignorés, ne permet de douter de leur bien-fondé et fiabilité (ATF 137 V 210 consid. 2.2.2 ; 135 V 465 consid. 4.4 ; 125 V 351 consid. 3b/bb).

7.5 S'agissant des rapports établis par les médecins traitants, qu'il ou elle soit médecin de famille généraliste ou spécialiste, il convient de les apprécier avec une certaine réserve en raison de la relation de confiance, issue du mandat thérapeutique confié au médecin traitant, qui unit celui-ci ou celle-ci à son ou sa patient-e (ATF 125 V 351 consid. 3b/cc et les réf. cit. ; arrêt du TF I 655/05 du 20 mars 2006 consid. 5.4). Toutefois, le simple fait qu'un rapport médical soit établi à la demande d'une partie et soit produit pendant la procédure ne justifie pas en soi des doutes quant à sa valeur probante (arrêt du TF 8C_278/2011 du 26 juillet 2011 consid. 5.3) ; ainsi, on en retiendra des éléments, notamment si ceux-ci, objectivement vérifiables, ont été ignorés dans le cadre d'une expertise indépendante et s'avèrent suffisamment pertinents pour remettre en cause les conclusions

de l'expert-e (ATF 125 V 351 consid. 3b/dd et les réf. cit. ; arrêts du TF 9C_338/2016 du 21 février 2017, publié in : Droit des assurances sociales – Jurisprudence [SVR] 2017 IV n° 49 consid. 5.5 ; 9C_876/2009 du 6 juillet 2010 consid. 2.2 ; 9C_24/2008 du 27 mai 2008 consid. 2.3.2 ; 9C_201/2007 du 29 janvier 2008 consid. 3.2 ; MICHEL VALTERIO, op. cit., art. 57 LAI n° 48 et 49).

7.6 Concernant enfin les rapports et expertises des médecins rattachés à un assureur, il sied de relever que le fait précisément que ces médecins soient liés à l'assureur, d'un point de vue institutionnel ou par un rapport de travail, ne permet pas, pour ce seul motif, de douter de l'objectivité de leurs appréciations ; le Tribunal fédéral n'y voit pas de motif de partialité ou de subjectivité. La valeur probante de tels rapports dépend bien plutôt de leur contenu : ainsi doivent-ils être jugés pertinents, compréhensibles et cohérents pour avoir valeur de preuve ; en outre, il ne doit pas exister d'indice suffisant plaidant contre leur fiabilité (ATF 135 V 465 consid. 4.4; 125 V 351 consid. 3b/ee; MICHEL VALTERIO, op. cit., art. 57 LAI n° 43).

7.7 Si l'administration ou le juge, se fondant sur une appréciation consciencieuse des preuves, sont convaincus que certains faits présentent un degré de vraisemblance prépondérante et que d'autres mesures probatoires ne pourraient plus modifier cette appréciation, il est superflu d'administrer d'autres preuves (appréciation anticipée des preuves ; UELI KIESER, ATSG-Kommentar, 3^e éd. 2015, art. 42 LPGA n° 30 ; ATF 122 II 464 consid. 4a). Une telle manière de procéder ne viole pas le droit d'être entendu selon l'art. 29 al. 2 Cst. (Sozialversicherungsrecht [SVR] 2001 IV n° 10 p. 28).

8.

8.1 Dans le cadre de l'instruction du dossier, les pièces suivantes ont notamment été versées en cause :

- un rapport d'IRM du rachis cervical du 23 novembre 2017 du Dr G. _____ , radiologue, effectuée au centre d'Imagerie Médicale H. _____ , concluant à un rétrécissement foraminaux droit C3-C4 et en C4-C5, ainsi qu'à un rétrécissement foraminaux gauche C5-C6 et en C6-C7. Ces rétrécissements survenant sur des discopathies globales et uncarthrose (AI doc 32, p. 87) ;
- un rapport d'IRM du poignet droit du 28 novembre 2017 du Dr I. _____ , radiologue, réalisée dans le même centre et indiquant une

tendinopathie a minima du long extenseur et court extenseur radial du carpe (AI doc 20, p. 51) ;

- un compte-rendu du 6 décembre 2017 du Dr P._____, neurochirurgien, constatant des cervicalgies associées à une névralgie cervico-brachiale droite, une amyotrophie du biceps droite, l'IRM démontrant une discarthrose multi-étagée (TAF pce 17) ;
- les résultats d'un électromyogramme du 19 décembre 2017 effectué par le Dr K._____, neurologue, ne retenant aucun signe d'atteinte radiculaire au niveau du membre supérieur droit, mais une souffrance modérée des deux nerfs médians au niveau du canal carpien prédominant à droite (AI doc 32, p. 83) ;
- le compte-rendu d'un myeloscanner cervical du 15 janvier 2018 par le L._____, radiologue, indiquant une unco-cervicarthrose droite C3-C4, une petite saillie discale non focale postéro-médiane C4-C5 et une hernie discale de large base implantation postéro-médiane C5-C6 (AI doc 32, p. 84) ;
- un rapport d'un examen radiologique du même jour réalisé par la Dresse M._____, radiologue, constatant un petit trouble statique coronal dorso-lombaire, ainsi qu'une discopathie lombaire pluri-étagée modérée (AI doc 32, p. 86) ;
- provenant du dossier intitulé « tiers » de l'assureur perte de gain transmis à l'OAI (AI doc 63), un rapport manuscrit du 23 janvier 2018 établi par le Dr E._____, dont le contenu est difficilement lisible, mentionnant une incapacité de 100% dans l'activité exercée du 18 octobre 2017 au 28 février (...[année illisible]). Il y est précisé qu'une intervention aurait lieu fin février et que le pronostic était bon, mais qu'il y aurait des probables complications au niveau cervical (AI doc 63, p. 183 à 184) ;
- une attestation d'hospitalisation le 8 mars 2018 auprès du Centre Hospitalier N._____, (AI doc 32, p. 88) ;
- un rapport du 19 mars 2018 par le Dr O._____, orthopédiste, attestant du traitement du 8 mars 2018 et d'un syndrome du canal carpien. La capacité de travail du recourant dans l'activité exercée jusqu'à présent serait totale d'ici au 8 avril 2018 (AI doc. 9) ;

- un extrait du compte individuel de l'assuré au 26 mars 2018 (AI doc 10) ;
- le questionnaire pour l'employeur rempli par la succursale de B. _____ SA à (...) et daté du 9 avril 2018 (AI doc 14) ;
- un rapport d'IRM de l'épaule droite du 14 avril 2018 du Dr J. _____ , radiologue, effectuée au centre d'Imagerie Médicale H. _____ , concluant à une tendinopathie du supra et épineux et du sous-scapulaire sans argument pour une rupture transfixiante, ainsi qu'à des remaniements dégénératifs de l'articulation acromio-claviculaire avec ossification para-articulaire probablement séquellaire (AI doc. 32, p. 85) ;
- provenant également du dossier de l'assureur perte de gain transmis à l'OAI (AI doc 64), un rapport du 13 juin 2018 du Dr E. _____ , qui indique que l'état de santé de l'assuré contre-indique la reprise de l'activité de polisseur de manière définitive. Ce dernier présente des séquelles d'un traumatisme de l'épaule droite avec tendinopathie et remaniement dégénératif de l'articulation acromio-claviculaire, des névralgies cervico-brachiales par rétrécissement foraminaux droit C3-C4 et en C4-C5, ainsi que rétrécissement foraminaux gauche C5-C6 et C6-C7. Une amyotrophie du biceps droit était également présente (AI doc 64, p. 186) ;
- une lettre du 18 juillet 2018 du Dr F. _____ , qui évoque une raideur cervicale en rotation droite et une tendinopathie du supra-épineux, le problème principal étant le poignet (TAF pce 17) ;
- un rapport du 13 août 2018 du Dr E. _____ , confirmant ses précédents diagnostics, sauf celui du biceps droit. L'assuré présentait une incapacité totale dans l'activité habituelle à partir du 20 octobre 2017 de durée non déterminée (AI doc 32, p. 76 à 82) ;
- un rapport d'expertise du 6 décembre 2018 du Dr D. _____ , rhumatologue (AI doc 37, voir *supra* let. B.b) ;
- un avis SMR du 19 décembre 2018 (AI doc 39 ; voir *supra* let. B.c) ;
- des notes internes de l'OAI des 17 décembre 2018, 11 janvier 2019 et 6 mai 2019 (AI doc 62) ;
- un courrier du 23 janvier 2019 de l'assureur perte de gain annonçant à l'assuré la cessation du versement des indemnités journalières au motif

que son taux d'incapacité ne lui donnait plus droit à de telles prestations (AI doc 42) ;

- un rapport du 6 février 2019 du Dr E. _____, qui affirme que l'emploi qui avait été proposé à l'assuré était contre-indiqué et qu'une actualisation allait être effectuée par un rhumatologue (AI doc 44) ;
- un compte-rendu d'un arthroscanner de l'épaule droite du 15 février 2019 effectué par le Dr F. _____, rhumatologue, indiquant une suspicion de rupture du tendon sus épineux, une tendinopathie chronique et un doute sur l'atrophie du supra épineux droit. Une infiltration de diprostène est effectuée (AI doc 48) ;
- un rapport manuscrit difficilement lisible du 20 mars 2019 du Dr E. _____, qui estime que les conclusions de l'expertise étaient contradictoires et que l'assuré présentait une incapacité totale dans son activité habituelle de polisseur. De nouveaux examens étaient programmés et les résultats de l'infiltration pratiquée par le Dr F. _____ restaient à venir (AI doc 55 et TAF pce 1 annexe 1) ;
- un courrier du 10 avril 2019 de l'assureur perte de gain qui explique avoir soumis le rapport du 20 mars 2019 du Dr E. _____ à l'expert (AI doc 65, p. 189), qui a confirmé les conclusions de son expertise étant donné qu'il n'y avait pas de nouveaux éléments (rapport du 3 avril 2019 du Dr D. _____, AI doc 65, p. 190).

9. Le Tribunal constate que la décision dont est recours se fonde particulièrement sur l'expertise médicale du 6 décembre 2018 diligentée par l'assureur perte de gain (AI doc 37), ainsi que sur la détermination de la perte économique se trouvant dans la note interne de l'OAI du 11 janvier 2019 (AI doc 62, p. 180).

10.

10.1 S'agissant de l'expertise susmentionnée, le Tribunal constate que les plaintes, initiales et actuelles, de l'assuré ont été relevées par l'expert, qui les a précisément décrites (AI doc 37, p. 100 à 101) et prises en compte (AI doc 37, p.106).

En outre, le rapport énumère et résume le questionnaire employeur, la demande de prestations AI, ainsi que tous les documents médicaux figurant au dossier de l'assuré (AI doc 37, p. 98 et 99). Sont également pris en

compte les éléments provenant du dossier de l'assureur perte de gain (rapports médicaux des 23 janvier et 13 juin 2018 du Dr E. _____ [AI doc 37 p. 98]) ou remis par l'assuré directement (rapport du Dr P. _____, neuro-chirurgien, du 6 décembre 2017 et lettre du Dr F. _____ du 18 juillet 2018 [AI doc. 37 p. 99]). L'expert est donc en pleine connaissance du dossier de l'assuré lorsqu'il se prononce.

L'expert a effectué une anamnèse complète de l'assuré (AI doc 37, p. 98 à 103) et des examens généraux, neurologique et ostéo-articulaire poussés dont il décrit précisément le résultat (AI doc 37, p. 103 à 105). Le dossier radiologique de l'assuré a également été examiné (AI doc 37, p. 105).

Dans son appréciation de l'état de santé de l'assuré, l'expert a bien ciblé le point litigieux, à savoir la capacité de travail de l'assuré dans son activité habituelle, que son médecin traitant estime nulle (AI doc 37, p. 106). Il expose ensuite sa propre analyse, estimant en substance que l'assuré ne présentait pas de pathologies d'une gravité importante, et indique sur quels éléments il se base (AI doc 37, p.106 à 108). Suite à cette appréciation claire de la situation médicale de l'assuré, l'expert a posé les diagnostics et limitations, ainsi que leurs conséquences sur la capacité de travail du recourant exposés plus haut (voir *supra*, let. B.b).

Force est ainsi de constater que le rapport d'expertise remplit les exigences jurisprudentielles en matière d'appréciation des rapports médicaux et d'expertise.

10.2 Certes, l'expert ne discute pas explicitement le point de vue du médecin traitant, le Dr E. _____, qui ressort notamment de son rapport du 13 juin 2018, alors qu'il en a pourtant connaissance, et qui mentionne une incapacité de travail totale du recourant dans son activité habituelle (AI doc 37 p. 98). Cependant, l'expert a estimé qu'il n'y avait pas de divergence significative entre les différents intervenants médicaux en ce qui concerne les diagnostics (AI doc 37, p. 109). Le Tribunal ne voit pas d'éléments prouvant le contraire. En outre, une appréciation différente de la capacité de travail ne saurait à elle seule remettre en cause les conclusions de l'expertise. Du reste, force est de constater que l'expert s'est basé sur une description très précise de l'activité habituelle de l'assuré (AI doc 37, p. 102), ainsi que sur le questionnaire de l'employeur, qui décrit également l'activité habituelle du recourant (AI doc 37, p. 99). Il a ainsi pu identifier spécifiquement quels mouvements seraient problématiques pour le recourant dans son activité habituelle (AI doc 37, p. 110). Or, dans son rapport du 20 mars 2019, postérieur à la décision querellée, mais qu'il

convient de prendre en compte (arrêts du TF 9C_758/2020 du 25 mai 2021 consid. 3.2 ; 9C_34/2017 du 20 avril 2017 consid. 5.2 et les réf. cit.), le Dr E. _____ évoque uniquement les « gestes précis répétitifs » de l'activité de polisseur, qui seraient problématiques (AI doc 55). Soumis par l'assureur perte de gain à l'expert, le Dr D. _____, ce rapport n'a, à juste titre, pas permis à ce dernier de modifier ses conclusions. L'expert retient en effet la persistance des mêmes symptômes, précisant que le médecin traitant n'apporte pas d'éléments nouveaux, mais ne fait qu'apporter une autre interprétation de la même situation médicale (rapport médical complémentaire du 3 avril 2019 du Dr D. _____ [AI doc 65]). Il sied enfin de relever que le Dr E. _____ n'étaye pas son allégation faite dans son rapport du 20 mars 2019 selon laquelle les conclusions de l'expertise médicale sont particulièrement contradictoires (AI doc 55 AI et TAF pce 1 annexe).

10.3 . Au vu de la qualité des rapports médicaux du médecin traitant, qui ne remplissent pas les exigences jurisprudentielles (*supra* consid. 7.3) et étant rappelé que, ceux-ci doivent être appréciés avec une certaine réserve au vu de la relation de confiance entre les médecins traitants et leur patients (*supra* consid. 7.5), les conclusions de l'expertise ne sauraient être ainsi mises en doute.

10.4 Quant au rapport du Dr F. _____, rhumatologue, rendu après le projet de décision du 15 janvier 2019 et seulement quelques mois après l'expertise du 6 décembre 2018, l'OAIE n'en fait nullement mention dans sa décision litigieuse. Cependant, force est de constater qu'il s'agit d'un document extrêmement sommaire, qui n'indique nullement une aggravation soudaine de l'état de santé de l'assuré (AI, doc 48). Il ne mentionne pas non plus l'incidence des pathologies identifiées sur la capacité de travail du recourant. Enfin, si le rhumatologue identifie une suspicion de rupture du tendon sus épineux à l'épaule droite, l'expert estime qu'il n'y a pas d'anomalie significative au niveau des différents tendons (AI doc 37, p. 107), ce que semble confirmer le Dr J. _____, qui affirme qu'il n'y a aucun argument pour une rupture transfixiante (AI doc 32, p. 85). Certes, le rhumatologue diagnostique ensuite une tendinopathie chronique et doute, contrairement à l'expert, qu'il y ait une atrophie du supra épineux ; cependant cette simple divergence n'est pas suffisante à remettre en cause l'expertise.

10.5 Le Tribunal relève enfin que l'expert s'est trompé quant à la date de certains documents (questionnaire pour l'employeur [AI doc 37, p. 99, en comparaison avec AI doc 14]; voir également le rapport de la docte

M. _____ [AI doc 37, p. 105, en comparaison avec AI doc 32, p. 86]). Une comparaison avec les pièces au dossier permet cependant de recouper les informations nécessaires sans difficulté.

10.6 Etabli par un spécialiste FMH en rhumatologie et médecine interne générale, possédant donc une formation reconnue et les compétences professionnelles nécessaires pour juger l'état de santé du recourant, l'expertise possède dès lors la pleine valeur probante.

11. S'agissant de l'avis SMR du 19 décembre 2018 (AI doc 39), celui-ci reprend l'ensemble des conclusions de l'expertise pour ce qui est des limitations fonctionnelles et de la capacité de travail exigible.

Le SMR ne s'écarte des conclusions de l'expertise que pour ce qui est du début de la capacité du recourant dans une activité adaptée, qu'il estime exister « depuis toujours », contrairement à l'expert qui la fixe au 28 novembre 2018, date de l'expertise. Cependant, le Tribunal constate que pour motiver sa décision, le SMR se base sur des éléments peu probants, citant certaines « données expertales » sans toutefois préciser lesquelles, se contentant de se référer à certains passages de l'expertise. En outre, le rapport médical du Dr O. _____ du 19 mars 2018 (AI doc 9), qu'il cite également à l'appui de son argumentation, est très succinct. Bien que ce médecin ait estimé que le recourant retrouverait une capacité totale à partir du 8 mars 2018, force est de constater qu'il n'a pris en compte que le syndrome du canal carpien dont souffre le recourant, à l'exclusion des autres pathologies identifiées par l'expert et les autres intervenants médicaux. Une capacité « depuis toujours » dans une activité adaptée comme le retient le SMR ne peut pas non plus être reconnue au recourant du seul fait que les atteintes dont il souffre sont sans gravité, puisque l'expert, qui est arrivé à la même constatation quant à la gravité de celles-ci, n'a pas pu fixer le début de la capacité de travail antérieurement à la date de son examen, soit le 28 novembre 2018. Compte tenu de ce qui précède, il ne peut être reconnu une pleine valeur probante à l'avis du SMR du 19 décembre 2018 quant à la date à laquelle une capacité de travail totale peut être reconnue à l'intéressé.

12. Pour conclure, le Tribunal constate qu'il a été établi selon la vraisemblance prépondérante (*supra* consid. 3.1) que l'assuré a présenté, en raison de ses atteintes à la santé, une incapacité de travail totale dans toute activité professionnelle du 18 octobre 2017 au 27 novembre 2018. Dès le 28 novembre 2018, date de l'expertise, il retrouve une capacité de travail qui est de 100% dans une activité adaptée et de 25% dans son activité

habituelle. Du reste dès le mois de mars 2019, trois mois après l'examen par l'expert, sa capacité de travail dans son activité habituelle augmente pour atteindre 50%.

13. Il sied maintenant d'examiner la détermination du taux d'invalidité de l'assuré.

13.1 Le choix de la méthode d'évaluation de l'invalidité (comparaison des revenus, méthode mixte, comparaison des travaux habituels ou méthode spécifique d'évaluation) dépend du statut du bénéficiaire potentiel de la rente : personne exerçant une activité lucrative à temps complet, personne exerçant une activité lucrative à temps partiel, personne non active. Selon la jurisprudence, pour déterminer la méthode applicable au cas particulier, il faut à chaque fois se demander ce que la personne concernée aurait fait si l'atteinte à la santé n'était pas survenue, et non pas chercher à savoir dans quelle mesure l'exercice d'une activité lucrative aurait été exigible de la part de la personne concernée (arrêt du TF 9C_875/2015 du 11 mars 2016 consid. 6.2). Selon la pratique, la question du statut doit être tranchée sur la base de l'évolution de la situation jusqu'au prononcé de la décision administrative litigieuse, bien que, pour admettre l'éventualité de l'exercice d'une activité lucrative partielle ou complète, il faille que la force probatoire reconnue habituellement en droit des assurances sociales atteigne le degré de la vraisemblance prépondérante (ATF 141 V 15 consid. 3.1 ; 137 V 334 consid. 3.2 et les réf. cit. ; arrêt du TF 9C_339/2014 du 31 juillet 2014 consid. 2.3). Il convient également de tenir compte de la volonté hypothétique de la personne concernée, volonté qui, comme fait interne, ne peut être l'objet d'une administration directe de la preuve et doit être déduite d'indices extérieurs, établis là aussi au degré de la vraisemblance prépondérante tel que requis en droit des assurances sociales (arrêts du TF 9C_883/2017 du 28 février 2018 consid. 4.1.2 et les réf. cit., et 9C_435/2013 du 27 septembre 2013 consid. 3.3).

Dans le cas d'espèce, il apparaît au degré de la vraisemblance prépondérante que si l'atteinte à la santé n'était pas survenue, le recourant aurait poursuivi l'exercice à plein temps de son activité de polisseur qu'il exerce depuis un certain nombre d'années (questionnaire pour l'employeur du 9 avril 2018 [AI pce 14]). Du reste il a exprimé à plusieurs reprises vouloir retrouver une activité professionnelle, mais qui soit adaptée à ses limitations (AI docs 45 et 52 p. 154). Le statut de personne exerçant une activité lucrative à temps complet peut donc être retenu.

13.2 Le degré d'invalidité des personnes exerçant une activité lucrative doit être déterminé en application de la méthode ordinaire de comparaison des revenus, conformément à l'art. 16 LPGA, en lien avec l'art. 28a al. 1 LAI. Ainsi, le revenu que l'assuré aurait pu obtenir s'il n'était pas invalide (revenu sans invalidité) 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 du travail équilibré (revenu avec invalidité). La différence entre ces deux revenus détermine alors le degré d'invalidité (méthode générale de comparaison des revenus ; ATF 130 V 343 consid. 3.4.2 ; arrêt du TF 8C_536/2017 du 5 mars 2018 consid. 5.1).

13.3 Pour procéder à la comparaison des revenus, il convient de se placer au moment de la naissance (hypothétique) du droit à la rente ; les revenus avec et sans invalidité doivent être déterminés par rapport à un même moment, et les modifications de ces revenus susceptibles d'influencer le droit à la rente survenues jusqu'au moment où la décision est rendue doivent être prises en compte (ATF 129 V 222 consid. 4.1 et 4.2 ; arrêt du TF 8C_84/2018 du 1er février 2019 consid. 6.2). En outre, lorsqu'il s'agit d'évaluer le degré d'invalidité d'une personne résidant à l'étranger, la comparaison des revenus déterminants pour ce faire doit s'effectuer sur le même marché du travail, car la disparité des niveaux de rémunération et des coûts de la vie d'un pays à l'autre ne permet pas de procéder à une comparaison objective des revenus en question (ATF 137 V 20 consid. 5.2.3.2 ; 110 V 273 consid. 4b ; arrêt du TF 8C_300/2015 du 10 novembre 2015 consid. 7.1).

En l'occurrence, le moment déterminant pour la comparaison des revenus est octobre 2018, compte tenu de la demande AI du 15 février 2018 du recourant, que l'OAI a reçue le 22 février 2018, ainsi que l'atteinte à la santé avec incapacité de travail remontant au 18 octobre 2017. En effet, 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 (art. 29 al. 1 LAI) en tenant également compte du délai d'attente d'une année (art. 28 al. 1 let. b LAI).

13.4 Le revenu hypothétique de la personne valide se détermine en principe en établissant au degré de la vraisemblance prépondérante ce qu'elle aurait effectivement pu gagner au moment déterminant – au moment de la naissance (hypothétique) du droit à la rente – si elle était en bonne santé. Le revenu sans invalidité doit être évalué de la manière la plus concrète possible et se déduit en principe du salaire réalisé en dernier lieu par la

personne concernée avant l'atteinte à la santé, en tenant compte de l'évolution nominale des salaires. Au regard des capacités professionnelles de la personne concernée et des circonstances personnelles la concernant, on prend en considération ses chances réelles d'avancement compromises par le handicap, en posant la présomption qu'elle aurait continué d'exercer son activité sans la survenance de son invalidité. Des exceptions ne sauraient être admises que si elles sont établies au degré de la vraisemblance prépondérante (ATF 139 V 28 consid. 3.3.2 ; 134 V 322 consid. 4.1 ; arrêt du TF 9C_708/2017 du 23 février 2018 consid. 8.1).

13.5 Le revenu d'invalidé doit être évalué avant tout en fonction de la situation professionnelle concrète de l'intéressé-e. Si, la personne concernée n'a pas repris d'activité, ou aucune activité adaptée lui permettant de mettre pleinement en valeur sa capacité résiduelle de travail, contrairement à ce qui serait raisonnablement exigible de sa part, le revenu d'invalidé peut être évalué, notamment, sur la base des données statistiques résultant de l'Enquête suisse sur la structure des salaires (ESS) édité par l'Office fédéral de la statistique (OFS ; ATF 139 V 592 consid. 2.3 et les réf. cit. ; 129 V 472 consid. 4.2.1 ; 126 V 75 consid. 3b/aa). Il y a lieu de se référer en principe toujours aux données de l'ESS les plus récentes (ATF 143 V 295 consid. 2.3).

13.6 Dans ce cas, il s'agit de se fonder, en règle générale, sur les salaires mensuels indiqués dans le tableau TA1 de l'ESS, relatif au secteur privé, ligne « Total secteur privé » (ATF 129 V 472 consid. 4.2.1 ; 126 V 75 consid. 3b/aa ; 142 V 178 consid. 2.5). Toutefois, lorsque cela apparaît indiqué dans le cas concret, afin de permettre à la personne concernée de mettre pleinement à profit sa capacité résiduelle de travail, il y a lieu de se référer aux salaires mensuels de secteurs particuliers, voire de branches particulières. Tel est notamment le cas lorsque, avant l'atteinte à la santé, la personne concernée a travaillé dans un même domaine pendant de nombreuses années et qu'une activité dans un autre domaine n'entre quasiment plus en ligne de compte (arrêt du TF 8C_471/2017 du 16 avril 2018 consid. 4.2). Par ailleurs, il n'y a pas d'obligation de recourir systématiquement au tableau TA1 (arrêt du TF 9C_841/2013 du 7 mars 2014 consid. 4.2) ; cela étant, lorsqu'il convient de faire usage de l'ESS 2012 ou d'une enquête plus récente, il y a alors lieu de se référer – jusqu'à nouvel ordre – au tableau TA1 uniquement (ATF 142 V 178 consid. 2.5.7). Dans la mesure où les salaires tirés de l'ESS sont en principe déterminés en fonction d'un horaire de 40 heures par semaine, il convient de les rapporter à la durée hebdomadaire de travail durant l'année considérée (ATF 126 V 75

consid. 3b/bb). En outre, il y a lieu d'adapter ces salaires à l'évolution nominale des salaires, en se fondant sur l'indice des salaires nominaux spécifique aux hommes et aux femmes et par branche (ATF 129 V 408 consid. 3.1.2).

13.7 Selon la jurisprudence, dans certains cas, le revenu d'invalidité déterminé d'après les données statistiques doit être réduit afin de tenir compte des circonstances personnelles et professionnelles de la personne concernée (limitations liées au handicap, âge, années de service, nationalité ou la catégorie d'autorisation de séjour et taux d'occupation) susceptibles de diminuer ses possibilités de réaliser un gain se situant dans la moyenne, applicable aux employé-e-s ne souffrant pas d'invalidité, sur le marché ordinaire de l'emploi. Pour fixer la hauteur de cet abattement, il convient d'examiner dans un cas concret et de manière globale si des indices permettent de conclure qu'à cause de l'une ou l'autre des caractéristiques précitées, la personne assurée n'est en mesure d'utiliser sa capacité résiduelle de travail sur le marché ordinaire de l'emploi que contre une rémunération inférieure au salaire moyen correspondant. La hauteur de l'abattement dépend de chaque cas d'espèce, une réduction automatique n'étant pas admissible, et ne peut dépasser 25% du salaire statistique (ATF 142 V 178 consid. 1.3 ; 135 V 297 consid. 5.2 ; 134 V 322 consid. 5.2 ; 126 V 75 consid. 5b ; 124 V 321 consid. 3b/aa ; arrêt du TF 9C_677/2015 du 25 janvier 2016 consid. 3.3). L'abattement résulte d'une évaluation et doit être brièvement motivé par l'administration. Le juge des assurances sociales, pour sa part, ne peut, sans motif pertinent, substituer son appréciation à celle de l'administration ; il doit s'appuyer sur des circonstances de nature à faire apparaître sa propre appréciation comme la mieux appropriée (ATF 126 V 75 consid. 6 ; arrêt du TF 8C_103/2018 du 25 juillet 2018 consid. 4).

13.8 En l'occurrence, au moment déterminant, soit en octobre 2018 (*supra* consid. 13.3), il a été établi que le recourant n'était en mesure de travailler ni dans son activité habituelle, ni dans une activité adaptée (*supra* consid. 12). Il était donc en incapacité de gain totale correspondant à un taux d'invalidité de 100%, ce qui est suffisant pour lui ouvrir le droit à une rente entière (art. 28 al. 2 LAI).

13.9 Reste à déterminer si l'amélioration de la capacité de travail du recourant intervenue le 28 novembre 2018 (*supra* consid. 12), qui ne pourra être prise en compte qu'après l'observation d'un délai de trois mois, soit à compter du 1^{er} mars 2019 (art. 88a al. 1 RAI, *supra* consid. 6.4), se traduit par une modification de son taux d'invalidité.

Selon le questionnaire pour l'employeur, son revenu annuel sans invalidité se monte à Fr. 62'335.- (AI doc 14 ; salaire mensuel de Fr. 4'795.- versé treize fois l'an). Il s'agit du montant qu'il percevait auprès de son dernier employeur jusqu'à tout le moins le 17 octobre 2017, avant son incapacité de travail et le versement d'indemnités par l'assureur perte de gain. Indexé à 2018 (OFS, Tableau T39 « Evolution des salaires nominaux, des prix à la consommation et des salaires réels, 2010-2018 », « Salaires nominaux », « Hommes » ; $[62'335.- \times 2'260 \{année\ 2018\}] : 2'249 \{année\ 2017\}$), ce salaire se monte à Fr. 62'639.88.

S'agissant du revenu avec invalidité, le tableau TA1_tirage_skill_level tous secteurs confondus (total) de l'ESS 2016 - données statistiques les plus récentes - indique qu'un homme de niveau de compétences 1 (tâches physiques ou manuelles simples) peut réaliser un salaire mensuel brut de Fr. 5'340.- (1/12 du 13^{ème} salaire étant inclus). Il se monte à Fr. 5'566.95 une fois adapté à l'horaire hebdomadaire usuel en 2018, soit 41,7 heures. Cela donne ainsi un salaire annuel brut de Fr. 66'803.40. Indexé (OFS, Tableau T39 « Evolution des salaires nominaux, des prix à la consommation et des salaires réels, 2010-2018 », « Salaires nominaux », « Hommes » ; $[66'803.40.- \times 2'260 \{année\ 2018\}] : 2'239 \{année\ 2016\}$), ce salaire s'élève désormais à Fr. 67'429.96. Enfin, ce dernier montant doit subir un abattement que l'autorité inférieure a fixé à 15% pour tenir compte des limitations fonctionnelles que subit le recourant, de son âge et de son ancienneté dans son activité habituelle (AI doc 62, p. 180). Bien motivée, cette argumentation peut être suivie. Ainsi, après un abattement de 15%, le revenu d'invalidité du recourant correspond à un montant de Fr. 57'315.46.

La comparaison des revenus de valide et d'invalidé ainsi obtenue débouche sur une perte de gain de 8.50% ($[62'639.88-57'315.46] \times 100 : 62'639.88$).

Force est de constater que ce taux d'invalidité, inférieur au minimum de 40%, ne donne plus droit à une rente d'invalidité.

14.

En définitive, il y a lieu d'admettre partiellement le recours et de réformer la décision du 15 mars 2019 en ce sens que le recourant a droit à une rente entière d'invalidité du 1er octobre 2018 au 28 février 2019.

15.

15.1 La présente procédure étant soumise à des frais de justice (art. 69 al. 1^{bis} et 2 LAI), fixés, compte tenu de la charge liée à la procédure, à Fr. 800.-, la partie recourante, qui ne succombe que partiellement, doit en conséquence s'acquitter de frais de justice fixés à Fr. 600.-, qui seront toutefois imputés sur l'avance de frais de Fr. 800.- qu'elle a versée au cours de l'instruction. Le surplus, de Fr. 200.-, lui sera remboursé dès l'entrée en force du présent arrêt, sur le compte bancaire qu'elle aura désigné au Tribunal administratif fédéral. Aucun frais de procédure n'est mis à la charge de l'autorité inférieure (art. 63 al. 1 et 2 PA).

15.2 Le recourant ayant agi sans s'être fait représenter par un mandataire professionnel et n'ayant pas démontré avoir dû supporter des frais indispensables relativement élevés, il n'est pas alloué de dépens (art. 64 al. 1 PA et les art. 7 al. 2 et 4 du règlement du 21 février 2008 concernant les frais, dépens et indemnités fixés par le Tribunal administratif fédéral [FITAF, RS 173.320.2]). En vertu de l'art. 7 al. 3 FITAF, l'autorité inférieure n'a pas droit aux dépens.

Par ces motifs, le Tribunal administratif fédéral prononce :

1.

Le recours est partiellement admis. La décision du 19 mars 2019 est annulée et réformée, en ce sens que le recourant a droit à une rente entière d'invalidité du 1er octobre 2018 au 28 février 2019.

2.

Les frais de procédure de Fr. 600.- sont mis à la charge du recourant. Ce montant est compensé par l'avance de frais de 800 francs déjà perçue. Le solde de Fr. 200 Fr. sera restitué au recourant sur le compte bancaire qu'il aura désigné au Tribunal administratif fédéral, une fois le présent arrêt entré en force.

3.

Il n'est pas alloué de dépens.

4.

Le présent arrêt est adressé au recourant, à l'autorité inférieure et à l'OFAS.

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

La présidente du collège :

La greffière :

Madeleine Hirsig-Vouilloz

Julie Cyprien

Indication des voies de droit :

La présente décision peut être attaquée devant le Tribunal fédéral, Schweizerhofquai 6, 6004 Lucerne, par la voie du recours en matière de droit public, dans les trente jours qui suivent la notification (art. 82 ss, 90 ss et 100 LTF). Ce délai est réputé observé si les mémoires sont remis au plus tard le dernier jour du délai, soit au Tribunal fédéral soit, à l'attention de ce dernier, à La Poste Suisse ou à une représentation diplomatique ou consulaire suisse (art. 48 al. 1 LTF). Le mémoire doit indiquer les conclusions, les motifs et les moyens de preuve, et être signé. La décision attaquée et les moyens de preuve doivent être joints au mémoire, pour autant qu'ils soient en mains de la partie recourante (art. 42 LTF).

Expédition