



Cour III
C-169/2021

Arrêt du 11 août 2025

Composition

Caroline Gehring (présidente du collège),
Caroline Bissegger, Michela Bürki Moreni, juges,
Cécile Bonmarin, greffière.

Parties

A. _____, (France)
recourant,

contre

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

Objet

Assurance-invalidité, nouvelle demande
(décisions du 15 décembre 2020)

Faits :**A.**

A._____ – ressortissant français né le (...) 1965, célibataire, sans enfants, domicilié en France voisine, titulaire d'un certificat d'aptitude professionnelle de mécanicien ainsi que d'un certificat de soudeur (ci-après : l'assuré ou le recourant) – a travaillé en Suisse et cotisé aux assurances sociales suisses d'avril 1986 à mars 2018, en dernier lieu au service de B._____ AG en qualité d'ouvrier de production travaillant en rotation d'équipes (« Schichtarbeit ») dans la chimie bâloise depuis juin 1990 (AI pces 1, 3, 8, 9, 26 p. 6, 90 p. 4). Atteint dans sa santé physique (asthme, apnées du sommeil, migraines chroniques, hypertension) et psychique (dépression), il a multiplié les périodes d'incapacité de travail dès 2016, avant de subir une incapacité de travail durable de 50 % à partir de mars 2017, puis de 100 % dès janvier 2018, et d'être licencié avec effet au 31 décembre 2018 (AI pces 7, 33, 34 p. 2, 51).

B.

Le 20 mai 2016, l'assuré a déposé une première demande de prestations de l'assurance-invalidité (ci-après : AI) invoquant une atteinte aux poumons depuis l'enfance (asthme aggravé au cours des deux années précédentes) et une autre aux vertèbres cervicales à la suite d'un accident (AI pces 1, 3, 7). Dans un rapport du 16 juin 2016, le Dr C._____ (médecin du travail auprès du Service de médecine du travail de B._____ AG) a indiqué que l'assuré présentait diverses atteintes (syndrome de la colonne vertébrale et douleurs cervicales suite à un accident survenu en 2013, migraines, asthme, hypertension) aggravant son absentéisme, mais permettant néanmoins la poursuite de son activité lucrative habituelle, le travail en rotation d'équipes étant toutefois contre-indiqué (AI pces 11, 14 p. 2). Le 15 juillet 2016, le Dr D._____ (cardiologue traitant) a diagnostiqué un syndrome d'apnées du sommeil obstructives sévère à appareiller chez un patient présentant une hypertension artérielle mal équilibrée malgré le traitement et un surpoids avec fatigue et somnolence diurnes (AI pce 17 p. 7). Le 8 août 2016, le Dr E._____ (généraliste traitant) a retenu les diagnostics avec incidence sur la capacité de travail d'hypertension, asthme, syndrome d'apnées obstructives du sommeil (ci-après : AOS) appareillé, contre-indiquant le travail de nuit et dans la poussière (AI pce 17 p. 2-6). Par communication du 20 février 2017, l'Office de l'assurance-invalidité F._____ (ci-après : OAI/F._____ ou autorité d'instruction) a dénié à l'assuré toute prétention à des mesures de réadaptation professionnelle ou à une rente compte tenu d'une amélioration de son état de santé qui lui a permis de conserver son travail à plein temps auprès du même employeur

moyennant l'abandon du travail en rotation d'équipes (« Schichtarbeit ») et du versement de la prime de salaire de CHF 18'188.20 lié à celui-ci (cf. Communication du 20 février 2017 et Protocole final des mesures d'intervention précoce du 6 décembre 2016 [AI pces 19-21] ; voir également Questionnaire pour l'employeur du 6 juin 2016 [AI pce 9]).

C.

En date du 25 septembre 2018, l'assuré a déposé une nouvelle demande de prestations AI fondée sur des troubles pulmonaires, cervicaux et psychologiques (AI pce 23).

C.a Procédant à l'instruction économique de celle-ci, l'OAI/F. _____ a recueilli le questionnaire AI pour l'employeur aux termes duquel B. _____ AG a attesté une relation de travail à 100 % au titre d'ouvrier pharmaceutique du 1^{er} juin 1990 au 31 décembre 2018, le dernier jour effectif de travail ayant été le 21 décembre 2017. Le salaire annuel de CHF 82'524.- au 1^{er} mars 2018 incluait un bonus annuel d'environ 11 %, les revenus versés de 2016 à 2018 s'élevant à CHF 99'075.11, CHF 90'712.75, respectivement CHF 90'287.50 (AI pce 33).

C.b Sur le plan des mesures de réadaptation professionnelle, l'OAI/F. _____ a décidé, par communication du 3 octobre 2019, d'interrompre la procédure de réinsertion de l'assuré, celui-ci ayant déclaré ne pas se sentir capable, pour des raisons médicales, de travailler ni de suivre des mesures de réinsertion professionnelle (AI pces 37 et 41).

C.c Partant de cela, l'OAI/F. _____ a procédé à l'instruction du droit à la rente. Ce faisant, l'autorité d'instruction a porté au dossier les avis médicaux :

- du Dr D. _____ (cardiologue) indiquant que l'assuré présente un syndrome d'apnées obstructives du sommeil intermédiaire traité par orthèse mandibulaire avancée et qu'il se trouve sous traitement d'une hypertension artérielle mal équilibrée nécessitant une surveillance annuelle (cf. rapport du 27 juin 2019 [AI pce 55 p. 43]).
- du Dr G. _____ (généraliste) indiquant que l'assuré présente un asthme responsable d'une dyspnée de stade 2 NYHA (New York Heart Association), un syndrome d'apnées obstructives du sommeil intermédiaire responsable d'une somnolence diurne et d'une hypertension artérielle essentielle (cf. rapport du 1^{er} juillet 2019 [AI pce 55 p. 44]).

- du Dr H._____ (psychiatre) qui indique suivre l'assuré en consultation une fois toutes les deux semaines depuis le 4 juin 2018 pour un état dépressif sur constat d'épuisement professionnel associé à des symptômes d'anxiété, d'insomnie, de déstabilisation, d'asthénie, d'idées d'incapacité et d'irritabilité, le traitement médicamenteux se composant de Lexomil et d'Escitalopram. Posant les diagnostics *sans* impact sur la capacité de travail de syndrome d'apnées obstructives du sommeil et *avec* impact sur la capacité de travail de troubles dépressifs sévères (F32.2) depuis 2017 ainsi que de troubles obsessionnels compulsifs, le Dr H._____ retient une incapacité de travail de l'assuré de 100 % depuis le 4 juin 2018 pour une durée indéterminée, le pronostic demeurant réservé (cf. rapports des 11 août 2019, 9 juillet 2019, 14 février 2019 et 27 août 2018 [AI pce 31, pce 36 p. 3, pce 55 p. 33, 45, 46]).

- De la Dre I._____ (neurologue) qui indique avoir reçu l'assuré en consultation le 26 septembre 2019 sur l'indication de migraines invalidantes et lui avoir prescrit un protocole de crise (cf. certificat du même jour [AI pce 38 p. 2]). Le 27 janvier 2020, la neurologue observe chez l'assuré des symptômes de syndrome dépressif, thymie triste, idées noires, altération du sommeil, anxiété, céphalées, majoration de l'agressivité, le patient signalant une asthénie, une majoration de son agressivité depuis 18 mois, de l'anxiété, des cervicalgies et des céphalées. Elle pose les diagnostics sans incidence sur la capacité de travail d'hypertension et avec effets sur la capacité de travail de syndrome dépressif, migraine, asthme et apnées obstructives du sommeil entraînant des restrictions mentales et psychiques à la capacité de travail (lenteur, difficultés d'organisation et de planification, crises d'angoisse, rendement diminué en raison du risque d'erreur), une amélioration étant attendue sous traitement bien conduit (AI pce 54).

- du Service médical régional (...), [ci-après : SMR]) selon lequel la nature tant psychique (troubles dépressifs et obsessionnels compulsifs) que somatique (troubles pulmonaires, douleurs de l'appareil locomoteur en particulier au niveau cervical, migraines) des troubles invalidants rapportés par l'assuré nécessite la mise en œuvre d'une expertise pluridisciplinaire en médecine interne, neurologie, pneumologie, rhumatologie et psychiatrie, afin qu'une évaluation consensuelle de l'état de santé ainsi que de la capacité résiduelle de travail de l'assuré soit établie, les taux sanguins de psychotropes et, en cas de potentiels problèmes d'alcoolisme, de CDT (Carbohydate

Deficient Transferrin) étant à vérifier (cf. rapport du 14 février 2020 du Dr J._____, généraliste [AI pces 51-53]).

C.d Aux termes du rapport d'expertise pluridisciplinaire établi le 13 août 2020, les Drs K._____, (généraliste), L._____, (neurologue), M._____, (pneumologue), N._____, (psychiatre) et O._____, (rhumatologue) du Centre d'expertise P._____, GmbH (ci-après : expertise P._____) ont retenu les diagnostics avec impact sur la capacité de travail, d'asthme bronchique depuis l'enfance, syndrome d'apnées hypopnées obstructives du sommeil (SAHOS), accentuation des traits de personnalité compulsive et émotionnellement instable (CIM 10 Z73.1) et statuts post épisode dépressif avec quelques légers symptômes résiduels (CIM 10 F32) entraînant une incapacité de travail dans l'activité lucrative habituelle de 50 % à partir du 7 mars 2017 pour des motifs pulmonaires, puis de 100 % depuis janvier 2018 pour des motifs psychiques, tandis qu'il a présenté une capacité de travail de 50 % du 7 mars 2017 au 27 décembre 2017, de 0 % du 1^{er} janvier 2018 au 12 août 2020 et depuis le 13 août 2020, de 80 % dans une activité lucrative adaptée à son état de santé, l'incapacité de travail de 20 % résultant de la fatigue diurne liée au syndrome d'apnées hypopnées obstructives du sommeil (AI pce 73).

C.e Dans sa prise de position SMR finale du 9 septembre 2020, le Dr J._____ (médecin-conseil généraliste) a considéré que l'expertise P._____ était complète, qu'elle reposait sur des examens cliniques approfondis et qu'elle avait été réalisée en connaissance de l'anamnèse médicale de l'assuré. Les plaintes de ce dernier avaient été prises en compte et un tableau complet de son état de santé avait été dressé. Les experts s'étaient déterminés sur les avis divergents des médecins traitants. Les indicateurs standards avaient été discutés et pris en compte. L'évaluation et les conclusions du rapport d'expertise étaient motivées et compréhensibles. Sur le plan psychiatrique, le SMR a constaté que l'expert psychiatrique retenait une symptomatologie dépressive qui s'était certes résorbée, mais qui laissait néanmoins subsister une certaine labilité psychique. Il a ajouté que les pièces au dossier ne permettaient pas d'évaluer la gravité initiale de la dépression ni son évolution au cours du temps, de sorte qu'il convenait de se référer à l'avis du psychiatre traitant pour déterminer la capacité de travail de l'assuré durant la période antérieure à l'expertise P._____ (AI pce 76).

C.f Se fondant sur le rapport d'expertise P._____ du 13 août 2020 et sur la prise de position SMR du 9 septembre 2020, l'OAI-F._____ a communiqué à l'assuré un projet de décision du 30 septembre 2020 lui octroyant

une rente entière à partir du 1^{er} mars 2019 fondée sur un degré d'invalidité de 100 %, puis un quart de rente à compter du 1^{er} décembre 2020 compte tenu d'un degré d'invalidité de 42 %. En bref, il a expliqué que l'assuré avait présenté de manière ininterrompue depuis mars 2017 une incapacité conséquente de travail dans toute activité lucrative, de sorte que compte tenu du délai de carence d'une année à compter de cette date ainsi que du délai d'attente de 6 mois suivant le dépôt en septembre 2018 de la demande AI, son droit à une rente entière s'ouvrait en mars 2019. Depuis au plus tard le 13 août 2020, il avait récupéré une capacité de travail de 80 % dans l'exercice d'une activité lucrative de substitution, de sorte qu'il n'avait plus droit qu'à un quart de rente à compter du 1^{er} décembre 2020. L'autorité d'instruction a ajouté que le degré d'invalidité avait été calculé sur la base des salaires statistiques étant donné, en particulier, que le contrat de travail de l'assuré auprès de son dernier employeur avait pris fin le 31 décembre 2018 en raison d'une restructuration d'entreprise, soit pour des motifs indépendants de son état de santé (AI pce 77).

C.g Par opposition du 15 octobre 2020 complétée les 2 et 27 novembre 2020, l'assuré – représenté par le Comité de protection des travailleurs frontaliers européens – a contesté le projet de décision se prévalant d'une aggravation de son état de santé (AI pces 79, 88) et produisant à l'appui de ses conclusions les documents médicaux suivants :

- un rapport du 16 juin 2020 du Dr Q. _____ (généraliste traitant) sollicitant l'avis d'un confrère pour une rhinite obstructive chronique malgré antihistaminique chez un patient présentant des antécédents de migraine sous traitement de Propaznolol, rhinite chronique avec dysperméabilité nasale, hémibloc antérieur gauche, asthme, hypertension artérielle essentielle, syndrome d'apnées obstructives du sommeil traité par orthèse d'avancée mandibulaire, dépression et pneumallergènes (pollens, poils de chat, ficus) (AI pce 81 p. 4),
- un certificat médical du 29 octobre 2020 du Dr H. _____ (psychiatre traitant) attestant suivre l'assuré depuis le 4 juin 2018 pour un état dépressif stationnaire ne permettant pas la reprise d'une activité professionnelle (AI pce 81 p. 5),
- un certificat du 23 novembre 2020 du Dr R. _____ (neurologue traitant) attestant suivre l'assuré pour une migraine commune chronique justifiant un traitement de fond par Laroxyl (AI pce 84 p. 2),

- une ordonnance pour des traitements contre l'asthme datée du 30 novembre 2020 et une attestation du même jour aux termes de laquelle le Dr S. _____ (pneumologue) indique que l'assuré s'est présenté ce jour à sa consultation pour un suivi ultérieur, ainsi qu'un rapport de polygraphie ventilatoire du 2 décembre 2020 dans lequel le pneumologue diagnostique un syndrome modéré dans un contexte d'asthme avec bronchopneumopathie chronique obstructive (BPCO) de stade II avec indication pour une PPC (pression positive continue) (AI pce 88 pp. 3-5 ; TAF pce 1, annexes 5-7).

C.h Dans sa prise de position SMR du 3 décembre 2020, le Dr J. _____ (médecin-conseil généraliste) a indiqué qu'aucune des pièces médicales produites en procédure d'audition n'était susceptible de modifier l'appréciation et les conclusions de l'expertise P. _____ (AI pce 85).

C.i Par décisions du 15 décembre 2020, l'OAIE a écarté les arguments invoqués par l'assuré en procédure d'audition et a confirmé le projet de décision du 30 septembre 2020 lui allouant une rente entière du 1^{er} mars 2019 au 30 novembre 2020, puis un quart de rente à partir du 1^{er} décembre 2020 (AI pce 90).

D.

D.a Par écriture du 13 janvier 2021 (timbre postal), l'assuré saisit le Tribunal administratif fédéral (ci-après : le Tribunal ou TAF) d'un recours contre les décisions de l'OAIE du 15 décembre 2020, concluant à l'annulation de celles-ci et au renvoi de la cause à l'autorité inférieure pour nouvelle instruction et nouvelle décision au motif d'une aggravation de son état de santé. A l'appui de cette conclusion, il produit les mêmes pièces médicales qu'en procédure d'audition, à l'exception d'un avis d'arrêt de travail du 7 janvier 2021 établi par le Dr H. _____ (TAF pce 1 et annexes).

D.b Par réponse du 31 mars 2021, l'OAIE conclut au rejet du recours et à la confirmation des décisions litigieuses. Se référant à la prise de position de l'OAI/F . _____ du 26 mars 2021 – elle-même fondée sur la prise de position SMR du 1^{er} mars 2021 du Dr J. _____ (AI pce 92) –, l'autorité inférieure considère, d'une part que les conclusions de l'expertise P. _____ sont médicalement motivées et non contradictoires de sorte qu'il convient de s'y référer pleinement, d'autre part que les documents médicaux produits par le recourant en procédure de recours ne démontrent pas de dégradation de son état de santé, ni n'apportent d'éléments objectifs permettant de douter des résultats de l'expertise P. _____. Par ailleurs, l'OAIE précise que la comparaison des revenus avec et sans

invalidité est fondée à juste titre sur les revenus statistiques dès lors que l'assuré a été licencié avec effet au 31 décembre 2018 pour des motifs de restructuration d'entreprise (TAF pce 6 et annexe).

D.c Par répliques des 21 et 27 avril 2021 ainsi que 27 octobre 2021 (timbres postaux [TAF pces 9-11]), le recourant maintient ses conclusions et produit les nouveaux actes médicaux suivants :

- une ordonnance du 19 janvier 2021 et un certificat médical du 23 avril 2021 du Dr Q._____ (TAF pce 9 annexe 6, pce 10 annexe 2),
- une ordonnance du Dr R._____ du 1^{er} avril 2021 prescrivant du Laroxyl et un certificat médical du 7 janvier 2022 du Dr R._____ (TAF pce 9 annexe 5, pce 15 annexe 2),
- une ordonnance du 7 janvier 2021, un avis d'arrêt de travail du 1^{er} avril 2021 ainsi qu'un certificat médical du 15 avril 2021 du Dr H._____ (TAF pce 9 annexes 2-4),
- un rapport du 15 juillet 2021 du Dr S._____ (TAF pce 11 annexe 2).

D.d L'autorité inférieure duplique le 30 novembre 2021, indiquant confirmer son rejet du recours sur la base de la prise de position de l'OAI/F._____ du 24 novembre 2021, lequel renonce à déposer une nouvelle prise de position dès lors que les documents médicaux produits par le recourant dans ses différentes écritures de réplique ne contiennent aucun élément médical nouveau sur lequel le SMR ne s'est pas déjà exprimé et qu'en outre, ils ont été établis après les décisions litigieuses, de sorte qu'ils ne sont définitivement pas de nature à démontrer une aggravation de l'état de santé de l'assuré depuis l'établissement du rapport d'expertise P._____ (TAF pce 13 et annexes).

D.e Par ordonnance du 6 décembre 2021, le Tribunal transmet la duplique au recourant et clôt l'échange d'écritures (TAF pce a14).

D.f Le 11 janvier 2022, le recourant produit un nouveau rapport médical daté du 7 janvier 2022 aux termes duquel le Dr R._____ (neurologue) indique suivre l'assuré pour une migraine commune chronique nécessitant un traitement de fond par Laroxyl (TAF pce 15 annexe 2), document transmis pour information à l'autorité inférieure par ordonnance du 18 janvier 2022 (TAF pce 16).

D.g Par courrier du 23 janvier 2023, le Comité de protection des travailleurs frontaliers européens annonce mettre fin à ses activités à compter du 1^{er} février 2023 (TAF pce 17). Par courrier du 20 juin 2023 (timbre postal), il transmet au Tribunal la résiliation du mandat de représentation signé par le recourant en date du 28 mars 2023 (TAF pce 20).

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

Droit :

1.

1.1 Sous réserve des exceptions – non réalisées en l'espèce – prévues à l'art. 32 de la loi du 17 juin 2005 sur le Tribunal administratif fédéral (ci-après : LTAF ; RS 173.32), le Tribunal de céans connaît, en vertu de l'art. 31 LTAF en relation avec l'art. 33 let. d LTAF et l'art. 69 al. 1 let. b de la loi fédérale du 19 juin 1959 sur l'assurance-invalidité (ci-après : LAI ; RS 831.20), des recours interjetés par des personnes résidant à l'étranger contre les décisions au sens de l'art. 5 de la loi fédérale du 20 décembre 1968 sur la procédure administrative (ci-après : PA ; RS 172.021) prises par l'OAIE.

1.2 Selon l'art. 37 LTAF, la procédure devant le Tribunal administratif fédéral est régie par la PA, pour autant que la LTAF n'en dispose pas autrement. En vertu de l'art. 3 let. d^{bis} PA, la procédure en matière d'assurances sociales n'est pas régie par la PA dans la mesure où la loi fédérale du 6 octobre 2000 sur la partie générale du droit des assurances sociales (ci-après : LPGA ; RS 830.1) est applicable. Conformément à l'art. 2 LPGA, les dispositions de cette loi sont applicables aux assurances sociales régies par la législation fédérale si et dans la mesure où les lois spéciales sur les assurances sociales le prévoient. En application de l'art. 1 al. 1 LAI, les dispositions de la LPGA s'appliquent à l'assurance-invalidité (art. 1a à 26^{bis} et art. 28 à 70 LAI), à moins que la LAI ne déroge expressément à la LPGA.

1.3 Quiconque est touché par la décision et a un intérêt digne d'être protégé à ce qu'elle soit annulée ou modifiée a qualité pour recourir (art. 59 LPGA et 48 al. 1 PA). Ces conditions sont remplies en l'espèce.

1.4 Déposé en temps utile et dans les formes requises par la loi (art. 60 LPGA et 50 al. 1 PA ; art. 52 al. 1 PA), le recours est recevable, l'avance sur les frais de procédure présumée ayant au demeurant été dûment acquittée (art. 63 al. 4 PA) (TAF pce 4).

2.

Aux termes des décisions litigieuses, l'OAIE a alloué à l'assuré une rente entière à partir du 1^{er} mars 2019, puis un quart de rente à partir du 1^{er} décembre 2020. Dès lors que le recourant réclame le maintien de son droit à une rente entière au-delà du 30 novembre 2020 – contestant toute amélioration de son état de santé – l'objet du litige porte en particulier sur la diminution à un quart de rente à partir du 1^{er} décembre 2020, de son précédent droit à une rente entière. Lorsque – comme en l'espèce – l'autorité administrative alloue ainsi rétroactivement une rente d'invalidité temporaire et que seule la diminution ou la suppression des prestations est contestée, le pouvoir d'examen du Tribunal n'est pas limité au point qu'il doive s'abstenir de se prononcer sur les périodes durant lesquelles l'octroi des prestations n'est pas remis en cause (cf. ATF 131 V 164 consid. 2.2 et consid. 2.3 avec référence à l'ATF 125 V 417 consid. 2d ; cf. également TAF C-5774/2019 du 26 août 2021 consid. 2.1 et les références citées).

3.

Dans la mesure où le recourant est un ressortissant français, domicilié en France voisine et assuré à l'assurance-vieillesse, survivants et invalidité suisse (AVS/AI), l'affaire présente un aspect transnational (ATF 145 V 231 consid. 7.1 ; 143 V 354 consid. 4 ; 143 V 81 en particulier consid. 8.1). Par conséquent est 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 1^{er} 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 1^{er} 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, le 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), étant précisé que la documentation médicale et administrative fournie par les institutions de sécurité sociale d'un autre Etat membre doit être prise en considération (art. 49 al. 2 du règlement n° 987/2009)].

4.

4.1 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 ; PIERRE MOOR/ETIENNE POLTIER, *Droit administratif*, vol. II, 3^e 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 ; JEROME CANDRIAN, *Introduction à la procédure administrative*, 2013, n°176). 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 ; ANDRÉ MOSER/MICHAEL BEUSCH/LORENZ KNEUBÜHLER/MARTIN KAYSER, *Prozessieren vor dem Bundesverwaltungsgericht*, 3^e éd. 2022, 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). Conformément à l'art. 49 PA, le recourant peut invoquer devant le Tribunal administratif fédéral la violation du droit fédéral, y compris l'excès et l'abus du pouvoir d'appréciation (let. a), de même que la constatation inexacte ou incomplète des faits pertinents (let. b) et l'inopportunité de la décision (let. c).

4.2 Dans ce contexte, 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 et 140 V 22 consid. 4 ; arrêt du TAF C-3964/2019 du 13 décembre 2021 consid. 3.2). En la matière, l'art. 40 al. 2 du règlement du 17 janvier 1961 sur l'assurance-invalidité (RAI, RS 831.201) dispose que 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. Cette règle s'applique également aux anciens frontaliers pour autant que leur domicile

habituel se trouve encore dans la zone frontalière au moment du dépôt de la demande et que l'atteinte à la santé remonte à l'époque de leur activité en tant que frontalier. L'office AI pour les assurés résidant à l'étranger (OAIE) notifie les décisions. Attendu que le recourant a son domicile en France voisine et que l'atteinte à la santé est survenue alors qu'il exerçait en tant que frontalier une activité lucrative dans le canton (...), (cf. *supra* lettre A), c'est à juste titre que l'OAI/F. _____ a enregistré et instruit la demande de prestations, tandis que l'OAIE a notifié les décisions litigieuses.

5.

5.1 Sur le plan matériel, le droit 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 146 V 364 consid. 7.1 ; 139 V 335 consid. 6.2 ; 136 V 24 consid. 4.3). Le présent litige porte sur la demande de rente déposée le 25 septembre 2018 à la suite d'une éventuelle incapacité de travail de 50 % survenue en mars 2017, augmentée à 100 % en janvier 2018 et diminuée à 20 % en août 2020 susceptible d'ouvrir le droit à des prestations d'invalidité à partir du 1^{er} mars 2019, puis de le diminuer à partir du 1^{er} décembre 2020. Cela étant, la cause doit 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 l'AI (premier volet) en vigueur depuis le 1^{er} janvier 2012 (RO 2011 5659, FF 2010 1647) qui seront seules citées dans la présente affaire. Entrées en vigueur le 1^{er} janvier 2022, les modifications de la LAI et de la LPGA adoptées le 19 juin 2020 (Développement continu de l'AI ; RO 2021 705 ; FF 2017 2363), ainsi que celles du 3 novembre 2021 apportées au règlement du 17 janvier 1961 sur l'assurance-invalidité (RAI, RS 831.201 ; RO 2021 706) ne s'appliquent pas en l'espèce.

5.2 Le juge des assurances sociales apprécie la légalité des décisions attaquées, en règle générale, d'après l'état de fait existant jusqu'au moment où la décision litigieuse a été rendue (en l'espèce, le 15 décembre 2020). Les faits nouveaux qui se sont réalisés avant le prononcé de la décision litigieuse mais qui n'étaient pas connus de l'instance inférieure peuvent être invoqués dans la procédure devant le tribunal des assurances sociales. Il en va de même des nouveaux moyens de preuve (MOSER/BEUSCH/ KNEUBÜHLER/KAYSER, op. cit., n. 2.204 ; voir également arrêt du TAF C-2077/2020 du 22 novembre 2022 consid. 3.4). Les faits survenus postérieurement, aussi appelés vrais novas, et qui ont modifié cette situation, doivent en principe faire l'objet d'une nouvelle décision administrative (ATF 144 V 210 consid. 4.3.1 ; 130 V 138 consid. 2.1 ; 121 V 362

consid. 1b). Ils doivent néanmoins être pris en considération lorsqu'ils sont étroitement liés à l'objet du litige et de nature à en influencer l'appréciation au moment où la décision attaquée a été rendue. En particulier, même s'il a été établi postérieurement à la date déterminante, un rapport médical doit être pris en considération s'il a trait à la situation antérieure à cette date (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.), respectivement s'il permet de mieux appréhender l'état de santé et la capacité de travail de l'intéressé jusqu'à la décision sujette à recours (ATF 130 V 445 consid. 1.2.1, 121 V 362 consid. 1b).

5.2.1 En l'occurrence, le recourant produit un avis d'arrêt de travail et une ordonnance du 7 janvier 2021 ainsi qu'un certificat médical du 15 avril 2021 du Dr H. _____ (TAF pce 1, annexe 4 ; TAF pce 9, annexe 3 ; TAF pce 9, annexe 4), une ordonnance du 1^{er} avril 2021 et un certificat médical du 7 janvier 2022 du Dr R. _____ (TAF pce 9, annexe 5 ; TAF pce 15 annexe 2), une ordonnance du 19 janvier 2021 et un certificat médical du 23 avril 2021 du Dr Q. _____ (TAF pce 9 annexe 6 ; TAF pce 10, annexe 2). Tous ces documents médicaux font référence au même état de santé général de l'assuré – asthme, apnées obstructives du sommeil, migraine, dépression – tel que constaté médicalement dans la documentation produite antérieurement aux décisions litigieuses. Dès lors qu'ils permettent d'appréhender l'évolution de ces symptômes dans le temps, il convient d'en tenir compte dans la présente procédure. Par contre, le rapport médical du 15 juillet 2021 du Dr S. _____ constate, à distance de 6 mois du prononcé le 15 décembre 2020 des décisions litigieuses, un asthme bronchique avec aggravation fonctionnelle et obstruction bronchique nécessitant une intensification thérapeutique par Sérétide 50 (2 inhalations matin et 2 inhalations le soir) et un bilan immunologique, de sorte qu'il atteste une péjoration de l'état de santé pneumologique de l'assuré qui ne saurait entrer en ligne de compte dans la présente procédure de recours. Il ne sera par conséquent pas pris en considération dans celle-ci mais sera transmis à l'OAIE comme objet de sa compétence (TAF pce 11 annexe 2).

6.

6.1 Pour avoir droit à une rente de l'AI suisse, tout requérant doit remplir cumulativement les conditions suivantes : être invalide au sens de la LPGA et de la LAI (art. 8 LPGA ; art. 4, 28 al. 1, 29 al. 1 LAI) et compter au moins trois années entières de cotisations (art. 36 al. 1 LAI).

6.2 Dans ce cadre, les cotisations versées à une assurance sociale assimilée d'un Etat membre de l'Union européenne (UE) ou de l'Association européenne de libre-échange (AELE) peuvent également être prises en considération, à condition qu'une année au moins de cotisations puisse être comptabilisée en Suisse (FF 2005 p 4065 ; art. 6 et 45 du règlement n° 883/2004 ; ATF 131 V 390). En l'espèce, il est établi que le recourant a cotisé d'avril 1986 à mars 2018 aux assurances sociales suisses (cf. *supra* lettre A), de sorte qu'il remplit la durée minimale de cotisations de 3 ans. Il reste à examiner s'il présente en outre une invalidité fondant le droit à une rente d'invalidité.

6.3 L'invalidité au sens de la LPGA et de la LAI est l'incapacité de gain totale ou partielle qui est présumée permanente ou de longue durée (art. 8 al. 1 LPGA). 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 LPGA, est réputée incapacité de gain toute diminution de l'ensemble ou d'une partie des possibilités de gain de l'assuré sur un marché du travail équilibré dans son domaine d'activité, si cette diminution résulte d'une atteinte à sa santé physique, mentale ou psychique et qu'elle persiste après les traitements et les mesures de réadaptation exigibles. Seules les conséquences de l'atteinte à la santé sont prises en compte pour juger de la présence d'une incapacité de gain. 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 (art. 6, 1^{ère} phrase, LPGA). L'assurance-invalidité suisse couvre ainsi seulement les pertes économiques liées à une atteinte à la santé physique ou psychique, et non la maladie en tant que telle (ATF 116 V 246 consid. 1b). En d'autres termes, l'objet assuré n'est pas l'atteinte à la santé, mais l'incapacité de gain probablement permanente ou de longue durée qui en résulte et qui n'est pas objectivement surmontable (art. 7 al. 2 LPGA). 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, LPGA).

6.3.1 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 LPGA) 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 LPGA) à 40 % au moins (let. c). L'assuré a droit à un quart de rente s'il est invalide à 40 % au moins, à une demi-rente s'il est invalide à 50 % au moins, à trois quarts de rente s'il est invalide à 60 % au moins et à une rente entière s'il est invalide à 70 % au moins (art. 28 al. 2 LAI). 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 LPGA) en Suisse. Toutefois, suite à l'entrée en vigueur de l'ALCP le 1^{er} juin 2002, la restriction prévue à l'art. 29 al. 4 LAI n'est pas applicable lorsque, comme en l'espèce, la personne assurée est une ressortissante suisse ou de l'Union européenne (UE) et réside dans l'un des Etats membres de l'UE (ATF 130 V 253 consid. 2.3 et 3.1 ; art. 4 et 7 du règlement n° 883/2004).

6.3.2 En cas de rentes rétroactives limitées dans le temps, les dispositions relatives à la révision sont applicables. Ainsi, si le taux d'invalidité du bénéficiaire de la rente subit une modification notable, la rente est, d'office ou sur demande, révisée pour l'avenir, à savoir augmentée ou réduite en conséquence, ou encore supprimée (art. 17 al. 1 LPGA). La rente peut être révisée non seulement en cas de modification sensible de l'état de santé, mais aussi lorsque celui-ci est resté le même, mais que ses conséquences sur la capacité de gain ont subi un changement important (ATF 141 V 9 consid. 2.3, 134 V 131 consid. 3, 130 V 343 consid. 3.5). Une simple appréciation différente d'un état de fait qui, pour l'essentiel, est demeuré inchangé, n'appelle en revanche pas une révision au sens de l'art. 17 LPGA (ATF 141 V 9 ; arrêt du TF 9C_414/2016 du 7 décembre 2016 consid. 5.2).

6.3.3 En cas de décision simultanée sur l'octroi d'une rente et son remplacement par une autre rente ou même sa suppression, le changement est régi par l'art. 88a al. 1 RAI. Aux termes de celui-ci, si la capacité de gain ou la capacité d'accomplir les travaux habituels de l'assuré s'améliore (...), 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 maintienne durant une assez longue période (1^{ère} phrase). 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 (2^{ème} phrase). Cette règle s'applique également en cas d'attribution rétroactive d'une rente échelonnée (ATF 133 V 263 consid. 6.1 ; arrêts du TF 8C_578/2019 du 5 mars 2020 consid. 4.2 avec renvois ainsi que 8C_759/2020 du 22 janvier 2020 consid. 2.2). Dans ce cas, le moment déterminant pour la comparaison des revenus est celui où le droit à la rente pourrait subir une modification en application des art. 88a

et 88bis OAI (cf. arrêt du TF 9C_882/2010 du 25 janvier 2011 consid. 7.2.1 ; voir également arrêt du TAF C-3065/2022 du 10 mars 2025 consid. 13.2.2).

6.4 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 (arrêts du TF 8C_623/2012 du 6 décembre 2012 consid. 1). Le Tribunal fédéral a jugé que les données fournies par les médecins constituent un élément utile pour apprécier les conséquences fonctionnelles de l'atteinte à la santé, quand bien même la notion d'invalidité est de nature économique/juridique et non médicale. 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.). Dans ce contexte, on rappellera qu'il n'appartient pas au juge de remettre en cause le diagnostic retenu par un médecin et de poser de son propre chef des conclusions qui relèvent de la science et des tâches du corps médical (arrêt du TF 9C_719/2016 du 1^{er} mai 2017 consid. 5.2.1).

6.4.1 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). 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, Commentaire, Loi fédérale sur l'assurance-invalidité, 2018, art. 57 LAI n° 33).

6.4.2 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).

6.4.3 Lorsqu'au stade de la procédure administrative, une expertise confiée à un médecin indépendant est établie par un spécialiste reconnu, sur la base d'observations approfondies et d'investigations complètes, de même qu'en pleine connaissance du dossier, et que l'expert 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).

6.4.4 Les expertises commandées par un assureur à des spécialistes indépendants et externes à cet assureur, en application de l'art. 44 LPGa (dans sa teneur en vigueur jusqu'au 31 décembre 2021), se voient reconnaître une pleine valeur probante, à moins que des indices concrets ne mettent en doute leur fiabilité (ATF 137 V 210 consid. 2.2.2 ; 135 V 465 consid. 4.4). La valeur probante d'une expertise médicale établie en vue d'une révision dépend en outre largement du fait de savoir si elle explique d'une manière convaincante la modification survenue de l'état de santé. Les experts doivent alors prendre en considération que la modification de l'état de santé doit être notable et qu'une nouvelle appréciation du cas,

alors que les circonstances sont demeurées inchangées, ne constitue pas un motif de révision (arrêts du TF 9C_418/2010 du 29 août 2011 consid. 4.2 à 4.4 ; 8C_445/2017 du 9 mars 2018 consid. 2.2). Une évaluation médicale répondant aux réquisits jurisprudentiels posés dans le cadre d'une évaluation initiale du droit à la rente ne saurait se voir conférer pleine valeur probante dans le cadre d'une procédure de révision si elle ne démontre pas suffisamment une modification notable de l'état de santé et de la capacité de travail. Un tel rapport d'expertise doit établir clairement que les faits constitutifs de la modification sont nouveaux et/ou que les faits préexistants se sont substantiellement modifiés dans leur nature et/ou leur étendue. Tel sera le cas si les experts décrivent les aspects spécifiques de l'évolution de l'état de santé et leur impact sur le développement de la capacité de travail de l'assuré. Ces exigences doivent se refléter dans le contenu des questions posées à l'expert (arrêt du TF 9C_158/2012 du 5 avril 2013 ; arrêt du TAF C-2687/2017 du 3 février 2022 consid. 9.2.1).

6.4.5 S'agissant des maladies psychiques, tels les symptomatologies douloureuses sans substrat organique objectivable, autrement appelées « troubles somatoformes douloureux », les autres affections psychosomatiques assimilées (ATF 140 V 8 consid. 2.2.1.3), ou encore les troubles dépressifs, y compris de degré léger ou moyen (ATF 143 V 409 consid. 4.5.1 et 4.5.2), la capacité de travail réellement exigible de la personne souffrant de ces troubles doit être évaluée sur la base d'une vision d'ensemble, à la lumière des circonstances du cas particulier et sans résultat prédéfini, dans le cadre d'une procédure d'établissement des faits structurée et normative, permettant, d'une part, de mettre en lumière des facteurs d'incapacités et, d'autre part, les ressources de la personne concernée (ATF 141 V 281 consid. 2, 3.4 à 3.6, 4.1 ; 143 V 418 consid. 6 ss). Le point de départ de cet examen, et donc sa condition première, nécessaire à la reconnaissance de l'existence d'une atteinte à la santé psychique, est la présence d'un diagnostic émanant d'un·e expert·e (psychiatre) et s'appuyant, *lege artis*, sur les critères d'un système de classification reconnu, tel le CIM ou le DSM-IV (ATF 141 V 281 consid. 2.1 ; 143 V 418 consid. 6 et 8.1 ; arrêt du TF 9C_815/2012 du 12 décembre 2012 consid. 3). Puis, afin d'évaluer la capacité de travail et le caractère invalidant des affections susmentionnées, le Tribunal fédéral a conçu un catalogue d'indicateurs, classés en deux catégories (ATF 141 V 281 consid. 4.1.3) : la catégorie « degré de gravité fonctionnel » (consid. 4.3), comprenant le complexe « atteinte à la santé » (consid. 4.3.1 : expression des éléments pertinents pour le diagnostic, succès du traitement ou résistance à cet égard, succès de la réadaptation ou résistance à cet égard, comorbidités), le complexe « personnalité » (consid. 4.3.2 : structure et développement de la personnalité,

ressources personnelles) et le complexe « contexte social » (consid. 4.3.3) ; ainsi que la catégorie « cohérence » (consid. 4.4 : point de vue du comportement), relative à la limitation uniforme du niveau des activités dans tous les domaines comparables de la vie (consid. 4.4.1) et au poids des souffrances révélé par l'anamnèse établie en vue du traitement et de la réadaptation (consid. 4.4.2).

7.

7.1 En l'espèce, l'OAIE a alloué à l'assuré, aux termes des décisions litigieuses du 15 décembre 2020, une rente entière à partir du 1^{er} mars 2019, puis un quart de rente à partir du 1^{er} décembre 2020 (AI pce 77). A l'appui des décisions litigieuses, il s'est fondé sur les conclusions du rapport d'expertise P. _____ du 13 août 2020 (AI pce 73), ainsi que sur les prises de position SMR établies les 9 septembre 2020 et 3 décembre 2020 par le Dr J. _____ (médecin-conseil généraliste) (AI pces 76, 85). Le recourant contestant l'amélioration de son état de santé, respectivement de sa capacité de travail, à partir d'août 2020, il convient d'examiner la valeur probante du rapport d'expertise P. _____.

7.2 Le rapport d'expertise P. _____ a été établi le 13 août 2020 par les Drs K. _____ (généraliste), L. _____ (neurologue), M. _____ (pneumologue), N. _____ (psychiatre) et O. _____ (rhumatologue), lesquels ont dressé un rapport d'expertise partielle dans leur discipline respective à l'issue d'un examen clinique, avant de confronter leurs appréciations dans une évaluation consensuelle interdisciplinaire (AI pce 73).

7.2.1 Ainsi, il ressort du rapport d'expertise partielle en médecine interne établi par le Dr K. _____ sur examen clinique du 7 juillet 2020 que l'expertisé indique souffrir d'importantes migraines une à deux fois par semaine associées à des douleurs au niveau des deux genoux, des hanches de temps en temps, parfois du bas du dos, douleurs articulaires que l'expertisé attribue à son âge. Il rapporte également avoir été victime de brûlures au niveau de la lèvre supérieure et du torse à la suite de deux accidents, le second lui ayant laissé des séquelles respiratoires. Il rapporte également souffrir d'apnées obstructives du sommeil depuis de nombreuses années et présenter plus généralement des troubles du sommeil (cauchemars). Enfin, il indique que ses troubles psychiques (accès de colère et d'impatience, hypersensibilité aux bruits) constituent sa préoccupation principale et nécessitent un suivi psychothérapeutique (AI pce 73, pp. 30-33). A l'examen clinique, le Dr K. _____ observe un sujet présentant un poids de 95kg pour une taille de 171cm, une tension artérielle de 120/70

mmHg, un pouls inguinal et périphérique palpable, un pouls régulier, une respiration vésiculaire, un abdomen adipeux avec des bruits intestinaux normaux ainsi que diverses cicatrices de brûlures, avant de poser les diagnostics, *sans* effet sur la capacité de travail, de status post brûlures à la suite d'accidents, de status post amygdalectomie et de pression artérielle élevée, aucun diagnostic invalidant n'étant retenu (AI pce 73, pp. 25-38).

7.2.2 Dans un rapport d'expertise partielle en rhumatologie établi le 15 juillet 2020 sur la base d'une consultation clinique du 9 juillet 2020, le Dr O. _____ (rhumatologue spécialisé en médecine physique et rééducation) énumère les douleurs décrites par l'expertisé dans le bas du dos, au niveau de la nuque et du rachis cervical (la douleur irradiant de la nuque jusqu'au haut du crâne lors d'épisodes de migraine, la zone cervicale étant toujours tendue), dans les genoux et les hanches, ainsi que des difficultés à serrer les poings le matin. L'expertisé indique également avoir perdu une partie de ses facultés de concentration.

Aux dires d'expert, l'examen clinique se révèle sans particularités, tant au niveau du dos que des articulations. Les principaux symptômes évoqués par l'expertisé sont des déséquilibres musculaires au niveau des épaules et du bassin, ainsi que des douleurs au niveau des vertèbres cervicales et lombaires, bien que les résultats des examens cliniques n'indiquent pas de douleurs discogènes ou facettaires. Ni l'anamnèse, ni l'examen clinique, ni les examens de laboratoire du 9 mai 2019 (cf. rapport d'analyses médicales du 9 mai 2019 [AI pce 73 pp. 111-117]) ne laissent pressentir une maladie rhumatismale inflammatoire, de sorte que les douleurs au niveau de la colonne cervicale et de la colonne lombaire doivent être considérées comme non spécifiques. Aussi l'expert rhumatologue ne retient-il aucun diagnostic invalidant. En revanche, il retient les diagnostics – *sans* effet sur la capacité de travail – de 1) déséquilibre musculaire bilatéral au niveau de la ceinture scapulaire (muscles trapèzes et rhomboïdes) et au niveau de la ceinture pelvienne (muscles fléchisseurs du genou et piriformes), 2) syndrome cervico-vertébral chronique, 3) lombalgies non spécifiques, 4) début de maladie de Dupuytren au niveau des 3^{èmes} doigts des deux mains et du 4^{ème} doigt gauche et 5) pieds étalés.

Compte tenu des douleurs lombaires et cervicales, le Dr O. _____ recommande l'exercice d'une activité lucrative légère à moyenne, rarement lourde, sans positions corporelles contraignantes pour le rachis cervical et le rachis lombaire (soit en particulier sans postures inclinées / penchées sur l'avant prolongées, sans flexions ni torsions répétées). Compte tenu des informations ressortant du questionnaire AI pour l'employeur du 1^{er}

mars 2019, l'expert rhumatologue constate que les limites précitées ont pu être mises en pratique dans le cadre du dernier poste de travail occupé par l'assuré, raison pour laquelle aucune restriction à sa capacité de travail tant dans son activité lucrative habituelle que dans une activité lucrative de substitution n'est retenue sur le plan rhumatologique (Al pce 73 pp. 76-89).

7.2.3 Selon le rapport d'expertise partielle en neurologie établi le 9 juillet 2020 par le Dr L. _____ sur examen clinique du même jour, l'expertisé indique souffrir régulièrement depuis 4 à 5 ans de forts maux de tête lui causant de nombreux arrêts de travail. Il indique également des problèmes au niveau des articulations des doigts avec en particulier des difficultés de préhension prolongée à la main – dominante – droite, des douleurs à la nuque – l'expertisé ayant des difficultés à tourner la tête –, des douleurs aux genoux, aux hanches et aux articulations notamment lombaires, un syndrome d'apnées obstructives du sommeil, des troubles du sommeil et des troubles psychiques. Les maux de tête surviennent généralement la nuit – parfois en journée – irradiant de la nuque vers l'arrière de la tête avec une sensation de tension totale dans la nuque et à l'arrière du crâne. Durant ces épisodes migraineux qui surviennent sans cause particulière environ deux fois par semaine, l'expertisé se dit très sensible aux bruits mais pas à la lumière. Il ne peut ni s'asseoir, ni s'allonger et fait des allées et venues en gardant la tête baissée. Il lui arrive même parfois de dégurgiter. Lors des crises qui durent au minimum quatre heures, il prend pendant 3-4 jours/semaine des comprimés de Diclofenac 50mg dont il ressent les premiers effets environ deux heures après la prise initiale.

A l'examen clinique, l'expert neurologue observe une mobilité du rachis cervical limitée en fins de rotation, flexion et extension par des douleurs dans la nuque, toutefois sans douleurs ni paresthésies au niveau des extrémités supérieures. Aucune ataxie à la marche ou aux extrémités ne sont mises en évidence. Les réflexes musculaires sont déclenchés de manière symétrique et non augmentés. Aucun Babinski n'est constaté. Le tonus musculaire est normal. Aucune parésie au niveau des membres supérieurs et inférieurs n'est constatée, de même qu'aucun signe de Trendelenburg ou de Lasègue. La sensibilité au toucher et le ressenti à la douleur sont normaux, seule une sensation de vibration limite (7-8/8) est signalée au bout de l'index droit.

Fort de ces constats, l'expert neurologue pose les diagnostics – sans effet sur la capacité de travail – de migraine sans aura (CIM-10 G43.0) et de maux de tête consécutifs à la surconsommation de médicaments (CIM-10 G44.4). Le diagnostic de migraine sans aura est corroboré par la durée des

maux de tête, la nausée, l'hypersensibilité aux bruits et hyposensibilité à la lumière décrites par l'expertisé, l'expert neurologue ajoutant que l'IRM du 20 juin 2019 s'est révélée normale, seules les allées et venues de l'expertisé durant les crises constituant un symptôme singulier dans ce tableau clinique (AI pce 73, pp. 106-109). Ne retenant aucun diagnostic invalidant, le Dr L._____ explique que si l'assuré n'est pas apte à travailler lors d'un épisode migraineux, le diagnostic de migraine sans aura n'induit pas pour autant une incapacité durable de travail. Il préconise l'exercice d'une activité lucrative avec des horaires de travail en journée permettant des rythmes d'éveil et de sommeil réguliers, le travail en rotation d'équipes étant exclu. L'expert neurologue ajoute qu'un traitement par antihypertenseurs comme le Candesartan ou par antidépresseurs comme l'Amitriptyline ou la Duloxétine devraient réduire significativement les crises migraineuses, l'expertisé devant limiter les prises d'antalgiques à 10 jours/mois au maximum, afin d'éviter la surconsommation médicamenteuse (AI pce 73 pp. 39-55).

7.2.4 Selon le rapport d'expertise partielle établi le 11 juillet 2020 sur examen clinique en pneumologie du 9 juillet 2020, l'expert M._____ rapporte à l'anamnèse que l'assuré a souffert depuis son enfance d'asthme ainsi que d'allergie aux pollens et à la poussière alors traités par injections de Cortisone et ayant nécessité plusieurs hospitalisations. Au jour de l'expertise, il indique ne plus avoir de problèmes pneumologiques, sauf en hiver où il développe fréquemment des pneumonies. Les difficultés respiratoires sont déclenchées par le froid, la chaleur et l'exposition aux pollens. Traitées précédemment par hypo-sensibilisation, elles le sont désormais par la prise de comprimés pendant la saison des pollens. Après que les symptômes asthmatiques se sont ainsi sensiblement apaisés, l'assuré a subi une recrudescence de ces troubles après un accident lors duquel il est resté prisonnier dans l'habitacle d'un véhicule en feu et depuis lequel il rencontre des difficultés respiratoires lorsqu'il monte des escaliers ou fait du sport.

Sur la base de ses observations, l'expert pneumologue retient les diagnostics – avec effet sur la capacité de travail – d'asthme bronchique depuis l'enfance et syndrome d'apnées hypoxées obstructives sévère. A propos du premier diagnostic invalidant, il explique que l'assuré souffre d'asthme bronchique extrinsèque depuis l'adolescence. Outre par les pollens, les symptômes sont également déclenchés par la poussière, les gaz, les infections, le froid/la chaleur et les efforts physiques. La pléthysmographie corporelle du 9 juillet 2020 associée à une double thérapie topique avec Seretide 500 2 x par jour et Ventolin 2 à 3 fois par jour selon les besoins indique un léger trouble ventilatoire mixte obstructif / restrictif. La

composante restrictive peut être attribuée à l'obésité. Outre la composante respiratoire, les problèmes psychiques ont une influence significative sur la sensation de dyspnée. Quant au syndrome d'apnées hypopnées obstructives sévère, l'expert pneumologue indique que ce diagnostic a été posé en juin 2016 dans le cadre d'un examen d'hypertension artérielle. Une thérapie par CPAP (Continuous Positive Airway Pressure ou Pression Positive Continue [PPC]) a été tentée durant 2 ans sans succès, le sujet ne supportant pas l'appareil plus de 3 heures d'affilée et ni son sommeil ni sa fatigue ne s'en étant trouvés améliorés. Il a ensuite acquis une prothèse orthodontique mieux tolérée, mais également inefficace sur son sommeil. Le Dr M._____ constate au final un syndrome d'apnées hypopnées obstructives sévère sans que l'efficacité et l'observance du port d'une gouttière d'avancée mandibulaire ne soient documentées. Le trouble du sommeil est principalement déclenché par des réveils répétés suite à des cauchemars et ne peut guère être attribué au syndrome d'apnées hypopnées obstructives sévère. La fatigue diurne est légèrement renforcée par le trouble du sommeil (Epworth Sleepiness Score), une gestion adéquate de celui-ci – par des siestes au besoin – étant de nature à favoriser l'exercice d'une activité lucrative quotidienne peu influencée par la fatigue.

Dans l'ensemble, l'expert pneumologue considère que l'assuré souffre d'asthme bronchique traité par thérapie duale topique. La fonction pulmonaire de 81 % (obstruction légère) est bien préservée, la médication d'urgence étant peu utilisée et de manière ciblée. Les restrictions fonctionnelles en résultant sont circonscrites à la capacité physique et à l'exposition aux polluants atmosphériques et aux fortes variations de température, la dyspnée étant affectée par le psychisme. L'activité lucrative habituelle d'ouvrier pharmaceutique n'est plus exigible compte tenu de la charge physique et de l'exposition aux substances irritantes pour les voies respiratoires, de sorte que l'assuré subit une incapacité corrélative de travail de 100 %. Par contre, sa capacité de travail est de 80 % dans l'exercice d'une activité lucrative adaptée, c'est-à-dire sans exposition à des substances nocives pour la capacité respiratoire, au froid, à l'humidité, aux fortes variations de température et au risque d'infections tel que dans les transports en commun. La fatigue diurne fonde une diminution de 20 % de la capacité de travail dans une activité lucrative de substitution, le métier de chauffeur professionnel ainsi que toute activité lucrative impliquant la rotation d'équipes n'étant par conséquent pas adaptés à l'état de santé pneumologique.

7.2.5 Dans le rapport d'expertise partielle en psychiatrie établi à la suite de l'examen clinique du 16 juillet 2020, le Dr N._____ rapporte les

indications subjectives, la description détaillée d'une journée type, ainsi que l'anamnèse personnelle, familiale, sociale et médicale (suivi psychothérapeutique et traitement médicamenteux) de l'expertisé (ch. 3.2).

A l'examen clinique, il observe un sujet un peu tendu. Sa pensée est un peu compliquée, notamment lorsqu'il rapporte en détail sa tendance à s'énerver intérieurement. Pour autant, il ne présente aucun problème cognitif ni trouble psychomoteur. Au terme de l'examen, l'expertisé apparaît légèrement en sueur, attestant une tension accrue. Procédant à l'appréciation du cas (ch. 6), l'expert psychiatre retient les diagnostics – avec effets sur la capacité de travail – d'accentuation des traits de personnalité compulsive et émotionnellement instable (CIM 10 Z73.1) et d'épisode dépressif avec quelques légers symptômes résiduels (CIM 10 F32), écartant ainsi les diagnostics de dépression sévère et troubles obsessionnels compulsifs posés par le psychiatre traitant (cf. rapport du 14 février 2019 du Dr H. _____ [AI pce 31]) qu'il [l'expert psychiatre] considère comme n'étant, à tout le moins, plus actuels (AI pce 73, pp. 68-69).

A l'appui du premier diagnostic, le Dr N. _____ explique que l'expertisé a très probablement développé des traits de personnalité primaire, lesquels expliquent partiellement la situation actuelle. Il présente en effet, d'une part une structure compulsive dans le sens où il effectue ses tâches de manière très précise et a tendance à maintenir l'ordre de manière excessive, d'autre part une tendance à opposer des réactions émotionnelles instables dans le sens où il se met en colère jusqu'à exprimer des accès de rage. Malgré cela, il n'a précédemment jamais rencontré de difficultés dans son cadre professionnel et social. Il a été plutôt apprécié professionnellement et a entretenu des contacts amicaux, en particulier dans le milieu des courses automobiles. Il n'y a par conséquent pas de souffrance subjective importante à cet égard. Si les critères d'un trouble de la personnalité ne sont par conséquent pas remplis, l'expertisé présente néanmoins des traits de personnalité accentués. Ses problèmes pulmonaires et ses arrêts maladie répétés suivis de son licenciement à l'issue de 28 ans de services ont progressivement exacerbé et hissé au premier plan les traits de personnalité de l'expertisé et simultanément déclenché une symptomatologie dépressive sur fond d'apathie, de perte de motivation, de troubles du sommeil avec des cauchemars, de perte de la maîtrise de soi et de pensées morbides. L'incapacité de travail et le suivi psychothérapeutique qui s'en sont suivis depuis l'été 2018 ont permis de soulager le patient et conduit à une amélioration de son état de santé psychique, en ce sens qu'il indique nouer à nouveau des contacts sociaux, prendre du plaisir à s'occuper de ses animaux de compagnie, à s'intéresser à différents sujets de reportage à la

télévision et qu'il se déclare plus tranquille durant la journée, bien que l'irritabilité demeure dans certaines situations, qu'il redoute encore de prendre le volant sur de longs trajets en raison de ses difficultés à se concentrer longtemps – alors même qu'aucun trouble cognitif n'a été observé par l'expert à l'examen clinique –, qu'il dorme mal (sommeil agité, cauchemars, mauvais rêves) et qu'il se retire socialement. Dans ces circonstances, le Dr N. _____ considère que l'expertisé ne souffre plus d'une humeur durablement dépressive ou d'une perte d'intérêt avec tristesse, même si une diminution de l'intérêt reste possible, l'expertisé exprimant avant tout une fatigabilité accrue. Les symptômes cardinaux de la dépression – humeur durablement déprimée, manque d'intérêt, perte de plaisir, grande fatigue – ne sont pas ou, à tout le moins, plus suffisamment prégnants, seuls des résidus de symptomatologie – une fatigue importante et une certaine irritabilité correspondant à la personnalité – étant encore présents. Les critères d'un trouble dépressif majeur ne se vérifiant plus, une amélioration de l'état de santé psychique de l'expertisé peut être retenue. Même s'il subsiste des traits de personnalité obsessionnelle, le diagnostic d'un trouble obsessionnel compulsif ne peut pas non plus être confirmé. Aussi le Dr N. _____ conclut-il à une rémission des troubles dépressifs présentés par l'expertisé, même s'il persiste une certaine vulnérabilité liée à une personnalité labile et du fait que l'expertisé n'a pas encore surmonté les conflits vécus avec son ancien employeur.

Cette labilité émotionnelle interdit toute réinsertion de l'expertisé dans son activité lucrative précédente compte tenu du risque de décompensation psychiatrique lié aux responsabilités et aux travaux de planification qu'il y assumait, ainsi qu'à l'organisation du travail en rotation d'équipes. L'expert psychiatre considère par conséquent que l'expertisé subit une incapacité totale de travail dans son activité lucrative habituelle depuis le début du traitement psychothérapeutique initié en juin 2018.

En revanche, il est capable de respecter les délais, ainsi que les règles et les routines quotidiennes. Il peut structurer des tâches, s'adapter à différentes situations, appliquer ses compétences professionnelles, se forger une opinion, prendre des décisions et s'affirmer. Sa résistance est toutefois limitée par une fatigabilité accrue, laquelle est imputable à la problématique physique. Néanmoins, il est apte à exercer une activité lucrative légère présupposant des tâches claires et structurées, sans rotation d'équipes, sans responsabilité, ni stress, ni pression temporelle. Dans ces conditions, aucune limitation fonctionnelle en lien avec l'état de santé psychique de l'expertisé n'est retenue à compter du jour de l'expertise, aucune appréciation rétroactive de l'état de santé psychique n'étant possible à défaut de

documentation médicale antérieure. Le Dr N. _____ prescrit enfin la poursuite du suivi psychothérapeutique et médicamenteux, afin de consolider la stabilisation de l'état de santé psychique de l'assuré (Al pce 73, pp. 57-74).

7.2.6 Aux termes de leur rapport consensuel de synthèse, les experts retiennent les diagnostics

- *sans* répercussion sur la capacité de travail, de brûlures (consécutives à un accident), status post ablation des amygdales, hypertension artérielle, migraine sans aura (CIM 10 G43.0), maux de tête liés à la surconsommation de médicaments (CIM 10 G44.4), déséquilibre musculaire au niveau de la ceinture scapulaire des deux côtés (muscles trapèzes et rhomboïdes) et de la ceinture pelvienne des deux côtés (muscles fléchisseurs du genou et piriformes), syndrome cervico-vertébral chronique, douleurs lombaires non spécifiques, début de maladie de Dupuytren au niveau des 3^{èmes} doigts des deux mains et du 4^{ème} doigt gauche, pieds étalés,
- *avec* répercussions sur la capacité de travail, d'asthme bronchique depuis l'enfance, syndrome d'apnées hypopnées obstructives du sommeil, accentuation des traits de personnalité compulsive et émotionnellement instable (CIM 10 Z73.1) et status post épisode dépressif avec quelques légers symptômes résiduels (CIM 10 F32).

En particulier, les experts expliquent que le syndrome d'apnées hypopnées obstructives du sommeil interdit le travail de chauffeur professionnel, ainsi que le travail en rotation d'équipes. Les restrictions pneumologiques affectent le travail de force, l'exposition aux polluants atmosphériques et aux variations de température importantes. Sur le plan psychique, les experts expliquent que la situation professionnelle de l'assuré a joué un rôle déterminant dans le développement des troubles psychiques, car l'expertisé a enduré une pression croissante au cours des dernières années, de même qu'il a eu des difficultés à accepter et à gérer les troubles somatiques qui l'ont affecté. L'état de santé psychique demeure ainsi instable, raison pour laquelle les charges psychologiques sont contre-indiquées, de sorte que seules des activités lucratives régulières sans responsabilité lui sont accessibles. Néanmoins, l'assuré demeure actif durant la journée, fait preuve d'intérêts divers, s'occupe de ses animaux et soigne ses contacts avec son ex-compagne et un ami. Aussi n'est-il pas limité dans sa vie quotidienne. Dans ces circonstances, le diagnostic de trouble dépressif sévère ne peut pas être confirmé au jour de l'expertise, raison pour laquelle les experts

considèrent que l'état de santé psychique de l'assuré s'est amélioré. Si le diagnostic de trouble obsessionnel compulsif ne peut pas non plus être confirmé, la présence de traits de personnalité obsessionnels peut en revanche l'être. De manière générale, seules des activités légères à moyennement lourdes, rarement lourdes, sont encore exigibles de la part de l'assuré. Les postures contraignantes du rachis cervical et du rachis lombaire (soit en particulier les postures inclinées / penchées sur l'avant prolongées, les flexions et les torsions répétées) doivent être également prohibées.

Procédant à l'appréciation de la capacité de travail de l'assuré dans son activité habituelle, les experts constatent que si la survenance de migraines entraîne une incapacité de travail temporaire, celles-ci restent néanmoins sans incidence sur la capacité de travail de l'assuré dans son activité lucrative habituelle. Du point de vue pneumologique, les experts constatent que malgré son asthme, l'expertisé a été exposé durant des années à des substances irritantes pour les voies respiratoires au service de son dernier employeur subissant finalement une réduction de 50 % de sa capacité de travail. Au jour de l'expertise, les experts retiennent un asthme bronchique avec un trouble ventilatoire obstructif léger annihilant toute capacité de travail de l'assuré dans l'exercice de son activité lucrative habituelle, seules des activités lucratives physiquement légères étant encore exigibles de l'assuré, des restrictions étant en outre posées à l'exercice d'activités l'exposant à des substances irritantes pour les voies respiratoires, au risque accru d'infections, ainsi qu'au travail en équipes de nuit. Sur le plan psychologique, les résidus de la symptomatologie dépressive et une certaine labilité émotionnelle exposent l'assuré à un risque de décompensation psychique en cas de reprise de l'activité lucrative habituelle, de sorte que celle-ci doit être désormais abandonnée. Cela étant, les experts considèrent que l'expertisé subit une incapacité totale de travail dans son activité lucrative habituelle depuis le suivi psychothérapeutique débuté en juin 2018 (AI pce 73, p. 14).

S'agissant de la capacité de travail de l'expertisé dans une activité lucrative de substitution, les experts considèrent comme adapté à son état de santé rhumatologique, l'exercice d'une activité lucrative légère à moyenne, sans positions contraignantes pour le rachis cervical et le rachis lombaire (soit en particulier sans postures inclinées / penchées sur l'avant prolongées, sans flexions ni torsions répétées). Du point de vue neurologique, ils préconisent l'exercice d'une activité lucrative favorisant des horaires de travail diurne avec un temps de veille et de sommeil régulier de manière à limiter la survenance des migraines. Sur le plan pneumologique, l'exercice d'une

activité lucrative de substitution est diminué de 20 % en raison de l'importante fatigue diurne résultant du syndrome d'apnées du sommeil. Au niveau psychiatrique, si les experts ne retiennent plus aucune incapacité de travail à compter du jour de l'expertise, ils préconisent néanmoins d'orienter l'assuré vers des activités organisées selon des horaires fixes, sans rotation d'équipes, avec des tâches claires, sans responsabilité, ni pression temporelle, ni stress. Partant, les experts retiennent une incapacité de travail de 20 % dans une activité lucrative adaptée aux limitations fonctionnelles à compter de la date de l'expertise (AI pce 73 pp. 9, 11-14).

7.3 A la lecture de ce qui précède, Tribunal constate que le rapport d'expertise P. _____ du 13 août 2020 a été établi par des spécialistes en médecine interne, pneumologie, rhumatologie, neurologie et psychiatrie, lesquels disposent des connaissances propres à évaluer l'ensemble des troubles somatiques et psychiques présentés par le recourant. En particulier, le Dr K. _____ (interniste) a retranscrit les plaintes, établi une anamnèse complète et posé les diagnostics – *sans* impact sur la capacité de travail – de brûlures, d'ablation des amygdales et de pression artérielle élevée après avoir effectué un examen clinique sur la personne de l'expertisé (AI pce 73 pp. 25-38). Le Dr L. _____ (neurologue) a également reporté les doléances de l'expertisé, de même qu'il a dressé une anamnèse complète de son état de santé et procédé à un examen clinique ainsi qu'à une analyse rigoureuse des documents médicaux, notamment de l'IRM du 20 juin 2019 (AI pce 73, pp106-109). Il a motivé le diagnostic de migraine sans aura de manière précise et en considération des plaintes et des antécédents médicaux de l'assuré ainsi que des constats cliniques (AI pce 73 pp. 39-55). Le Dr N. _____ (psychiatre) a établi une anamnèse complète de l'état de santé psychique, de la vie professionnelle, sociale et familiale de l'expertisé ainsi qu'une description détaillée du déroulement d'une journée-type. Il a motivé les diagnostics d'accentuation des traits de personnalité compulsive et émotionnellement instable et status post épisode dépressif avec quelques légers symptômes résiduels, de même qu'il a exposé les raisons pour lesquelles il s'écartait des diagnostics retenus par le psychiatre traitant. Il a également décrit de manière cohérente et compréhensible les incapacités corrélatives de travail ainsi que les caractéristiques d'une activité lucrative adaptée aux troubles psychiques constatés (AI pce 73 pp. 57-74). Le Dr O. _____ (rhumatologue) a rapporté les douleurs exprimées par l'assuré, dressé l'anamnèse de son état de santé et apprécié les constats cliniques et les tests de laboratoire – incluant le rapport d'analyses médicales du 9 mai 2019 (AI pce 73 pp. 111-117) – ayant fondé les diagnostics – *sans* effet sur la capacité de travail – de déséquilibre musculaire au niveau de la ceinture scapulaire et de la ceinture pelvienne,

syndrome cervico-vertébral chronique, lombalgies non spécifiques, début de maladie de Dupuytren et pieds étalés (AI pce 73 pp. 76-89). Le fait que l'expert rhumatologue confonde évaluation médicale de la capacité de travail et ergonomie au travail – en ne retenant aucune restriction à la capacité de travail de l'assuré dans son activité lucrative habituelle pour le motif que les limitations fonctionnelles rhumatologiques ont pu être mises en pratique dans le cadre du dernier poste de travail occupé par l'assuré – est sans incidence dès lors que dans l'évaluation consensuelle globale, les experts retiennent une incapacité totale de travail de l'assuré dans son activité lucrative habituelle. Enfin, le Dr M. _____ (pneumologue) a également recensé les plaintes de l'expertisé, dressé l'anamnèse de son état de santé et procédé à un examen clinique ainsi qu'à une analyse exhaustive de la documentation médicale – incluant en particulier la pléthysmographie du 9 juillet 2020 – mise à sa disposition (AI pce 73 p. 118). Les diagnostics – avec effets sur la capacité de travail – d'asthme bronchique et syndrome d'apnées obstructives du sommeil ont été retenus à l'issue d'une discussion cohérente avec les constats cliniques et sont compatibles avec les caractéristiques d'une activité lucrative considérée comme adaptée à l'état de santé pneumologique (AI pce 73 pp. 91-103).

Outre que le rapport d'expertise a été ainsi établi par des spécialistes justifiant des compétences requises, les points litigieux importants ont fait l'objet d'une étude circonstanciée. De plus, le rapport est fondé sur des examens complets, prend en considération les plaintes exprimées par l'expertisé et a été établi en pleine connaissance de l'anamnèse. La description du contexte médical et l'appréciation de la situation médicale sont claires et les conclusions des experts dûment motivées. Les troubles somatiques et psychiques concomitamment présentés par l'expertisé ont fait l'objet d'une évaluation consensuelle entre les experts afin de déterminer comment les différentes incapacités de travail et les différentes limitations fonctionnelles s'articulent (arrêt du TF 8C_483/2020 du 26 octobre 2020 consid. 4 1 ; voir aussi ANNE-SYLVE DUPONT, Assurance-invalidité, expertise pluridisciplinaire, incapacité de travail, évaluation globale, Art. 7, 8 et 44 LPG, 4 LAI : commentaires de l'arrêt du TF 8C_483/2020, Newsletter RC assurances, vol. décembre 2020). Ainsi que le SMR le souligne (cf. prise de position du Dr J. _____ du 9 septembre 2020 [AI pce 76]), la capacité résiduelle de travail de l'assuré a été dûment examinée à la lumière des indicateurs standards jurisprudentiels, l'expert-psychiatre ayant écarté d'éventuels critères d'exclusion et pris en considération l'évolution personnelle, professionnelle et médicale de l'assuré, le suivi psychothérapeutique, les traitements médicamenteux ainsi que les chances de guérison, la cohérence et la plausibilité des capacités, des ressources et des

contraintes ainsi que des facteurs psychosociaux. Enfin, le rétablissement d'une capacité de travail à 80 % dès le 13 août 2020 a été attribué de manière convaincante et cohérente à l'atténuation des troubles psychiques à la faveur d'un suivi psychothérapeutique et d'une médication bien conduits.

Compte tenu de ce qui précède, le Tribunal constate, à l'instar du SMR (cf. prise de position du 9 septembre 2020 du Dr J. _____ [AI pce 76]), que le rapport d'expertise P. _____ du 13 août 2020 a pleine valeur probante.

8.

8.1 Sur la base du rapport d'expertise P. _____, l'OAIE a alloué à l'assuré une rente entière à partir du 1^{er} mars 2019 compte tenu d'une incapacité totale de travail fondée avant tout sur des troubles psychiques considérés comme invalidants à partir de juin 2018 correspondant au début de la prise en charge psychothérapeutique de l'assuré par le Dr H. _____. Ces considérations sont partagées par le SMR (cf. prise de position SMR du 9 septembre 2020 du Dr J. _____ [AI pce 76 ; cf. *supra* lettre C.e]) et corroborées par le psychiatre traitant de l'assuré. Posant les diagnostics *sans* impact sur la capacité de travail de syndrome d'apnées obstructives du sommeil et *avec* impact sur la capacité de travail de troubles dépressifs sévères (F32.2) depuis 2017 ainsi que de troubles obsessionnels compulsifs, le Dr H. _____ (psychiatre) a retenu une incapacité de travail de l'assuré de 100 % depuis le 4 juin 2018 pour une durée indéterminée, le pronostic demeurant réservé (cf. rapports des 11 août 2019, 9 juillet 2019, 14 février 2019 et 27 août 2018 [AI pce 31, pce 36 p. 3, pce 55 p. 33, 45, 46 ; cf. *supra* lettre C.c). Le 29 octobre 2020, le Dr H. _____ a confirmé suivre l'assuré depuis le 4 juin 2018 pour un état dépressif stationnaire ne permettant pas la reprise d'une activité professionnelle (AI pce 81 p. 5 [cf. *supra* lettre C.g]). Le 15 avril 2021, il a constaté que l'état de santé psychique de l'assuré était stationnaire, qu'il ne présentait aucune rémission et qu'il ne permettait par conséquent pas la reprise d'une activité professionnelle (TAF pce 9, annexe 4). Compte tenu des avis psychiatriques unanimes figurant ainsi au dossier, il convient de retenir, à l'instar de l'OAIE, que l'assuré a subi une incapacité totale de travail dans toute activité lucrative à partir du mois de juin 2018 en raison d'un épisode dépressif sévère qui justifie l'octroi d'une rente entière à partir du 1^{er} mars 2019.

8.2 Pour diminuer à un quart de rente à partir de décembre 2020, le précédent droit de l'assuré à une rente entière, l'OAIE a retenu que celui-ci avait récupéré à partir d'août 2020, à la faveur d'une rémission du trouble de

dépression sévère grâce à un suivi psychothérapeutique et une médication bien conduits, une capacité de travail de 80 % dans une activité lucrative adaptée à son état de santé, l'incapacité de travail de 20 % résultant des apnées obstructives du sommeil et de la fatigue liée à celles-ci. Le recourant conteste l'amélioration de son état de santé respectivement de sa capacité de travail qui lui sont ainsi opposées, invoquant au contraire une aggravation de son état de santé et se fondant à cet effet sur les avis de ses médecins traitants.

8.2.1 A cet égard, le Tribunal observe d'emblée que le recourant n'exprime aucune péjoration de ses douleurs rhumatologiques pas plus qu'il ne produit de certificat attestant un suivi ou une médication thérapeutique auprès d'un rhumatologue, de sorte que le Tribunal ne voit aucun motif de s'écarter des conclusions de l'expert rhumatologique qui a expressément exclu une maladie rhumatologique inflammatoire, de surcroît sur la base d'examen de laboratoire pratiqués en mai 2019 (cf. *supra* consid. 7.2.2).

8.2.2 Sur le plan neurologique, le recourant se prévaut d'une ordonnance médicale du 1^{er} avril 2021 pour du Laroxyl (TAF pce 9 annexe 5), ainsi que de deux certificats établis les 23 novembre 2020 et 7 janvier 2022 aux termes desquels le Dr R. _____ (neurologue traitant) atteste le suivi de l'assuré pour une migraine commune chronique justifiant un traitement de fond par Laroxyl (TAF pce 1, annexe 8, pce 15 annexe 2). Il résulte de ces pièces que le diagnostic de migraine sans aura retenu par l'expert neurologue corrobore celui de migraine commune chronique posé par le neurologue traitant. En effet, les migraines constituent un type courant de céphalée chronique ; une migraine classique est précédée par une aura (soit par un ensemble de symptômes d'avertissement indiquant l'imminence de la crise), tandis qu'une migraine dite « commune » n'est pas associée à une aura (cf. www.chuv.ch/fr/chuv-home/patients-et-familles/specialites-medicales/atlas-medical-thematique/tete-et-cou/migraine [consulté en dernier lieu en avril 2025]). En outre, les rapports précités du Dr R. _____ – particulièrement succincts et très sommairement motivés, de surcroît, par un médecin traitant dont l'avis doit être apprécié avec réserve (cf. *supra* consid. 6.4.2) – attestent de manière unanime le suivi thérapeutique d'une migraine commune chronique traitée par prises de Laroxyl. Pour autant, le Dr R. _____ ne fait état d'aucune incapacité corrélative de travail ni de péjoration des états migraineux, de sorte que les actes médicaux invoqués par le recourant ne sont pas de nature à mettre en doute les constats de l'expert neurologue.

8.2.3 Au niveau pneumologique, le Dr S._____ (pneumologue traitant) atteste que l'assuré s'est présenté le 30 novembre 2020 à sa consultation pour le suivi d'un syndrome modéré dans un contexte d'asthme avec bronchopneumopathie chronique obstructive (BPCO) de stade II et indication pour une PPC (pression positive continue) et qu'il lui a prescrit de la Terbutaline Sulfate (une inhalation matin et soir pendant deux mois), de l'Ipratropium Bromure 0.5 (une unidose matin et soir pendant 3 mois) et du Béclo-métasone Dipropionate (une unidose matin et soir pendant deux mois) (cf. attestation et ordonnance du 30 novembre 2020 ainsi que rapport de polygraphie ventilatoire du 2 décembre 2020 [AI pce 88 pp. 3-5 ; TAF pce 1, annexes 5-7]). Les diagnostics d'asthme bronchique et syndrome d'apnées hypopnées obstructives du sommeil retenus par l'expert pneumologue ne diffèrent pas ou prou des diagnostics d'asthme avec bronchopneumopathie chronique obstructive (BPCO) de stade II et indication pour une PPC retenus par le pneumologue traitant (cf. rapport de polygraphie ventilatoire du 2 décembre 2020 du Dr S._____ [TAF pce 1, annexe 7]). De plus, le Dr S._____ n'atteste aucune incapacité de travail en lien avec l'atteinte pneumologique. N'apportant aucun indice mettant en doute les conclusions de l'expert pneumologue quant à la capacité de travail réduite de 20 % du recourant en raison de la fatigue induite par les apnées obstructives du sommeil et les recommandations pour une activité lucrative en milieu adapté, l'autorité inférieure était légitimée à suivre les conclusions de l'expertise dans cette discipline.

8.2.4 Sur le plan psychiatrique, le recourant invoque, d'une part, l'avis de son généraliste traitant qui atteste la persistance du syndrome anxiodépressif rendant difficile la reprise d'une activité professionnelle (cf. certificat médical du 23 avril 2021 du Dr Q._____ [TAF pce 10, annexe 2]). Ces considérations émises par un généraliste – médecin traitant de surcroît (cf. *supra* consid. 6.4.2) – qui ne dispose pas des connaissances spécifiques à l'évaluation de troubles psychiques, ne sauraient jeter le doute sur les conclusions de l'expert N._____ (cf. *supra* consid. 7.2.5), étant souligné au passage que le Dr Q._____ ne retient aucune incapacité de travail de médecine générale.

D'autre part, le recourant se prévaut de l'avis de son psychiatre traitant lequel constate les 29 octobre 2020 et 15 avril 2021 que l'état de santé psychique de l'assuré est stationnaire, qu'il ne présente aucune rémission et qu'il ne permet par conséquent pas la reprise d'une activité professionnelle (TAF pce 1, annexe 9 ; TAF pce 9, annexe 4). Ces constats diffèrent des conclusions retenues dans le rapport d'expertise du 13 août 2020, le Dr N._____ (expert psychiatre) y considérant que les critères pour les

diagnostics de dépression sévère et troubles obsessionnels compulsifs retenus par le Dr H. _____ ne sont *pas* ou, à tout le moins, *plus* réalisés chez l'expertisé qui a indiqué au jour de l'expertise avoir repris certains contacts sociaux, avoir plaisir à s'occuper de ses animaux de compagnie et à présenter de l'intérêt pour différents reportages à la télévision. Confronté à ces deux avis contradictoires, le Tribunal constate que les rapports du Dr H. _____ ne motivent pas la persistance des diagnostics d'état dépressif sévère et troubles obsessionnels compulsifs ainsi que de l'incapacité corrélative de travail qu'ils retiennent. En particulier, le psychiatre traitant n'indique pas les raisons pour lesquelles il ne retient aucune amélioration de l'état de santé psychique de son patient malgré le suivi psychothérapeutique et le traitement psychotrope initiés en juin 2018. En outre, l'état de santé stationnaire qu'il retient n'est pas corroboré par les propos tenus par son patient lors de l'examen clinique d'expertise, lequel y a déclaré avoir repris certains contacts sociaux, avoir du plaisir à prendre soin de ses animaux et présenter de l'intérêt pour les reportages télévisés. Dans ces circonstances, l'avis du Dr H. _____, qu'il convient d'apprécier avec retenue dès lors qu'il est émis par le médecin traitant de l'assuré (cf. *supra* consid. 6.4.2), ne saurait emporter la conviction de la Cour.

8.3 Sur le vu de ce qui précède, le Tribunal retient, à l'instar de l'OAIE, que le recourant a présenté une incapacité de travail de 50 % à partir de mars 2017, augmentée à 100 % à partir de juin 2018, puis réduite à 20 % depuis le 13 août 2020 à la lumière desquelles il convient de déterminer le degré d'invalidité correspondant.

9.

Bien que le recourant ne conteste pas le calcul du degré d'invalidité opéré par l'OAIE, il convient de procéder à une vérification d'office de celui-ci.

9.1 S'agissant du calcul de la rente d'invalidité, 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 (dans sa teneur en vigueur jusqu'au 31 décembre 2021). 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).

9.2 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).

9.2.1 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).

Ce n'est qu'en présence de circonstances particulières qu'il peut se justifier de s'écarter du dernier salaire réalisé et de recourir aux données statistiques résultant de l'Enquête suisse sur la structure des salaires (ESS) édité par l'Office fédéral de la statistique (OFS). Tel sera notamment le cas lorsqu'on ne dispose d'aucun renseignement au sujet de la dernière activité professionnelle de la personne concernée, ou si le dernier salaire que celle-ci a perçu ne correspond manifestement pas à ce qu'elle aurait été en mesure de réaliser, selon toute vraisemblance, en tant que personne valide, ou encore s'il apparaît que la personne concernée n'aurait plus exercé son activité habituelle, indépendamment de la survenance de l'invalidité (arrêts du TF 9C_394/2013 du 27 septembre 2013 consid. 3.3 ;

9C_238/2008 du 5 janvier 2009 consid. 3). 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 (ATF 129 V 408 consid. 3.1.2).

9.2.2 Le revenu d'invalidité doit être évalué avant tout en fonction de la situation professionnelle concrète de l'intéressé. Lorsque la personne concernée a repris l'exercice d'une activité lucrative après la survenance de l'atteinte à la santé, il faut d'abord examiner si cette activité repose sur des rapports de travail stables, met pleinement en valeur sa capacité de travail résiduelle et lui procure un gain correspondant au travail effectivement fourni, sans contenir d'éléments de salaire social. Si ces conditions cumulatives sont réunies, on prendra en compte le revenu effectivement réalisé pour fixer le revenu d'invalidité. Si, en revanche, la personne concernée n'a pas repris d'activité, ou d'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'invalidité 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).

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).

Selon la jurisprudence, dans certains cas, le revenu d'invalidé 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, catégorie d'autorisation de séjour, 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).

9.3 En l'espèce, le Tribunal constate en préambule que l'assuré a déposé sa seconde demande de prestations d'invalidité le 25 septembre 2018, de sorte que son droit éventuel à une rente prend naissance au plus tôt le 1^{er} mars 2019, soit à l'issue du délai d'attente de 6 mois prévu à l'art. 29 LAI. Partant, l'incapacité de travail de 50 % qu'il a subie dans son activité lucrative habituelle à partir de mars 2017 ne saurait lui ouvrir droit à des prestations AI compte tenu du délai de carence d'une année prévu à l'art. 28 al. 1 let. b LAI. Par ailleurs, c'est à juste titre que l'OAIE a déterminé le taux d'invalidité litigieux en appliquant la méthode ordinaire de comparaison des revenus, le recourant ayant exercé une activité lucrative à 100 % avant la survenance de l'invalidité et compte tenu d'une incapacité de travail de 100 % dans toute activité lucrative à partir du mois de juin 2018, puis d'une capacité de travail de 80 % dans une activité lucrative de substitution à partir du 13 août 2020.

9.4 Compte tenu de l'incapacité totale de travail retenue dans toute activité lucrative depuis juin 2018, celle-ci fonde à juste titre l'octroi d'une rente entière à compter du 1^{er} mars 2019, soit à l'issue du délai de 6 mois suivant le dépôt de la demande de prestations d'invalidité en date du 25 septembre 2018. Dès lors que le recourant n'a pu réaliser aucun gain depuis lors, les revenus avec et sans invalidité à prendre en compte s'élèvent à CHF 0.- respectivement la perte de gain à 100 %, de sorte qu'il est superflu de procéder formellement à une comparaison des gains déterminants (cf. arrêt du TAF C-1005/2021 du 28 avril 2023 consid. 7.1).

9.5 Il reste à examiner si c'est ou non à juste titre que l'OAIE a diminué le droit à la rente du recourant à un quart de rente à partir du 1^{er} décembre 2020.

9.5.1 Pour ce faire, l'OAIE a pris en considération un revenu sans invalidité de CHF 94'470.- correspondant au salaire moyen d'un ouvrier sans formation particulière dans l'industrie pharmaceutique (soit CHF 94'000.- fondé sur le tableau TA1 de l'ESS de 2018 et majoré de 0,5 % en 2019). L'autorité inférieure a ainsi écarté le dernier salaire réalisé par le recourant, considérant qu'au moment de la naissance du droit à la rente (en mars 2019), celui-ci n'exerçait plus d'activité lucrative en raison de son licenciement pour cause de restructuration qui lui avait été signifié avec effet au 31 décembre 2018.

9.5.2 Si le « Questionnaire pour l'employeur » du 1^{er} mars 2019 invoque une restructuration comme motif de licenciement de l'assuré (AI pce 33 p. 2 ch. 2.2), le Tribunal constate qu'il ne ressort du dossier aucun autre élément suggérant une restructuration d'entreprise comme motif au licenciement du recourant, cela alors même que le dernier jour travaillé par ce dernier l'a été le 21 décembre 2017 et que son congé lui a été signifié avec effet au 31 décembre 2018 (AI pce 33). En outre, l'employeur a indiqué qu'il n'existait aucune possibilité de reclassement dans l'entreprise, que la possibilité d'une mesure de reclassement dans l'entreprise n'avait pas été examinée et qu'il [l'employeur] ne souhaitait pas bénéficier de l'aide de l'assurance-invalidité en vue d'une éventuelle réinsertion d'un employé justifiant de 28 années de services (cf. « Questionnaire pour l'employeur » du 1^{er} mars 2019 [AI pce 33 ch. 2.4-2.5]) et considéré comme particulièrement agile sur le plan technique (cf. Protocole de 1^{er} entretien des mesures d'intervention précoce du 26 mars 2019 [AI pce 34 p. 2]). Aucun des protagonistes à s'être exprimés dans ce dossier (employeur, employé, OAI-F. _____) n'a à aucun moment évoqué un risque de restructuration laissant redouter le licenciement d'un collaborateur comptabilisant 28 années

de services – à l'état de santé précaire de surcroît – ni en particulier les mesures sociales susceptibles d'encadrer un tel licenciement. Par contre, il ressort du dossier qu'en raison de ses problèmes pulmonaires puis psychiques, le recourant a subi des incapacités de travail de plus en plus fréquentes à partir de 2016, puis une incapacité durable de travail de 50 % à partir de mars 2017 puis de 100 % à partir de juin 2018 entraînant des tensions ayant entaché les rapports de travail avec l'employeur et finalement causé des troubles psychiques à l'assuré (cf. rapport du 16 juin 2016 du Dr C. _____ [cf. *supra* lettre B] ; Liste des absences annexée au « Questionnaire pour l'employeur » du 1^{er} mars 2019 [AI pces 33]). Dans ces circonstances, le Tribunal considère comme établi au degré de la vraisemblance prépondérante que le licenciement de l'assuré est survenu à la suite de ses problèmes de santé et non pas à la suite d'une restructuration d'entreprise et qu'il ne peut être exclu que sans atteinte à la santé, il aurait poursuivi son activité lucrative habituelle auprès de son dernier employeur en qualité d'ouvrier de production travaillant en rotation d'équipes (« Schichtarbeit »). Partant, il convient de se fonder sur le salaire concret réalisé par le recourant auprès de son dernier employeur et non pas sur les salaires statistiques.

9.5.3 Les « Questionnaires pour l'employeur » des 1^{er} mars 2019 et 6 juin 2016 établissent que le recourant a réalisé, au service de son dernier employeur, les revenus de CHF 105'966.20 en 2014, CHF 107'388.40 en 2015, CHF 99'075.11 en 2016, CHF 90'712.75 en 2017 et CHF 90'287.50 en 2018. Ce dernier correspond à CHF 82'524.- de salaire fixe, augmenté de 11 % de bonus ([AI pces 9 et 33] ; sur la question des bonus voir art. 25 al. 1 RAI ; art. 5 al. 2 LAVS ; arrêt TF 8C_310/2018 du 18 décembre 2018 consid. 7.3.1 ; arrêt TAF C-1132/2018 du 2 novembre 2022 consid. 7.4.2 ; CR-LPGA, MARGIT MOSER-SZELESS, art. 16 N 20). De l'avis du Tribunal, il convient d'y ajouter la prime de CHF 18'188.20 versée en sus du salaire fixe afin de compenser la pénibilité liée au travail en rotation d'équipes (« Schichtarbeit ») (AI pces 19-21). En effet, il ressort du Protocole final des mesures d'intervention précoce du 6 décembre 2016 que l'assuré avait alors pu conserver son travail à plein temps auprès du même employeur moyennant l'abandon du travail en rotation d'équipes (« Schichtarbeit ») et du versement de la prime de salaire de CHF 18'188.20 lié à celui-ci (AI pce 9). Aussi le Tribunal considère-t-il que, sans atteinte à la santé, le recourant aurait continué de travailler comme ouvrier de production en rotation d'équipes et de percevoir la prime correspondante de CHF 18'188.20. Le salaire sans invalidité de CHF 108'475.70 en résultant (CHF 90'287.50 + CHF 18'188.20) en 2018, adapté au renchérissement de + 0,5 % pour l'année 2019 et de 0,5 % pour l'année 2020 (cf. tableau de l'indice suisse des

salaires [période 2015-2023], ligne 19-21 production chimique et pharmaceutique, de l'Office fédéral des statistiques), s'élève ainsi à CHF 109'563.15 en 2020, année déterminante pour la diminution du droit à la rente (cf. consid. 6.3.3 *supra*). En prenant en considération le dernier salaire réalisé par l'assuré en 2015 – soit avant qu'il ne doive abandonner, en raison de ses problèmes de santé, le travail en rotation d'équipes et perdre la prime correspondante de CHF 18'188.20 – de CHF 107'388.40 adapté au renchérissement des années 2015 à 2020 (+0.2 % en 2016, -0.3 % en 2017, + 1.1 % en 2018, + 0.5 % en 2019 et + 0.5 % en 2020), l'on obtient un revenu sans validité de CHF 109'547.75. La différence entre les deux revenus précités s'avèrent sans incidence sur l'issue du litige (cf. *infra* consid. 9.5.6).

9.5.4 S'agissant du salaire avec invalidité, l'autorité inférieure s'est fondée à juste titre sur les salaires statistiques, dès lors que le recourant n'a pas repris d'activité lucrative depuis l'atteinte invalidante. Le salaire mensuel brut statistique tiré de l'ESS 2018 (table TA1 « TA1 skill level », secteur privé, niveau de compétence 1, statistique « homme », ligne « total ») correspond à CHF 5'317.- pour 40 heures par semaine. Adapté à un horaire moyen usuel de la branche de 41.7 heures par semaine (41,7 heures x CHF 5'317.- / 40 heures = CHF 5'543.-) et à l'évolution des salaires nominaux de +0.9 % entre 2018 et 2019 (cf. tableau de l'index suisse des salaires [période 2015-2023], ligne « total », de l'Office fédéral des statistiques), il s'élève à CHF 5'592.80. Le salaire d'invalidé déterminant en l'espèce s'élève au final à CHF 53'690.80 après avoir été annualisé (CHF 5'592.80 x 12 mois = CHF 67'114.60) et adapté à la capacité résiduelle de travail du recourant de 80 %.

9.5.5 S'agissant d'un éventuel abattement du revenu d'invalidé, le Tribunal considère que c'est à juste titre que l'autorité inférieure n'a opéré aucun abattement sur le salaire statistique dès lors que les limitations fonctionnelles liées à l'asthme et à la fatigue causées par les apnées obstructives du sommeil ainsi que la recommandation d'un emploi sans exposition à des substances toxiques et/ou hautement allergogènes ont été prises en compte dans l'évaluation de la capacité de travail du recourant réduite à 80 % par les experts (cf. *supra* consid. 7.2.1 à 7.2.6).

9.5.6 Après comparaison des revenus sans et avec invalidité précités (CHF 109'563.15 – CHF 53'690.80 respectivement CHF 109'547.75 – CHF 53'690.80), il appert une perte de gain de CHF 55'872.35.- respectivement de CHF 55'856,95 correspondant à un taux d'invalidité de 51 % dans les deux cas fondant une diminution du droit de l'assuré à une demi-rente à

compter du 1^{er} décembre 2020 et non pas à un quart de rente comme retenu par l'OAIE.

10.

Au demeurant, le Tribunal souligne qu'au regard de l'âge du recourant, né le 8 décembre 1965, celui-ci échappe au champ d'application de la jurisprudence relative aux assurés d'âge avancé et à l'exigibilité de la mise à profit de leur capacité résiduelle de travail. En effet, la question de la mise en valeur sur le marché de l'emploi de la capacité résiduelle de travail pour un assuré proche de l'âge de la retraite s'examine au moment où les documents médicaux permettent d'établir de manière fiable les faits y relatifs (arrêt TF 9C_716/2014 du 19 février 2015 consid. 4.2 ; ATF 138 V 457 consid. 3.3 p. 461 s.). Au moment déterminant en l'occurrence – à savoir le 13 août 2020, date du rapport d'expertise pluridisciplinaire –, l'assuré était âgé de 55 ans. Or, cet âge ne correspond pas à celui à partir duquel la jurisprudence considère qu'il n'existe potentiellement plus de possibilités réalistes de mise en valeur de la capacité résiduelle de travail d'un assuré sur un marché du travail supposé équilibré. Il est en effet admis que le seuil à partir duquel on peut parler d'âge avancé se situe autour de 60 ans (ATF 146 V 16 consid. 7.1 ; 145 V 2 consid. 5.3.1 ; 138 V 457 consid. 3.1 ; arrêt du TF 8C_173/2023 du 23 novembre 2023 consid. 3.3).

11.

Compte tenu de ce qui précède, le recours se révèle partiellement bien fondé. La décision du 15 décembre 2020 de l'OAIE accordant au recourant une rente entière pour la période du 1^{er} mars 2019 au 30 novembre 2020 est confirmée, tandis que la décision de diminution du droit à la rente du 15 décembre 2020 de l'OAIE est réformée en ce sens que l'assuré a droit à une demi-rente d'invalidité à compter du 1^{er} décembre 2020, avec versement d'intérêts moratoires (art. 26 LPGA).

12.

Il reste à statuer sur les frais et dépens de la présente procédure de recours.

12.1 La procédure de recours en matière d'assurance-invalidité est soumise à des frais judiciaires (art. 69 al. 1^{bis} en lien avec l'art. 69 al. 2 LAI), la partie ayant succombé devant en principe supporter ceux-ci (art. 63 al. 1, 1^{ère} phrase, PA). Si la partie est partiellement déboutée, ces frais sont réduits et, à titre exceptionnel, ils peuvent être entièrement remis (art. 63 al. 1, 2^{ème} et 3^{ème} phrases). L'art. 6 du règlement du 21 février 2008 concernant les frais, dépens et indemnités fixés par le Tribunal administratif fédéral

(FITAF, RS 173.320.2) précise que les frais de procédure peuvent être remis totalement ou partiellement à une partie ne bénéficiant pas de l'assistance judiciaire prévue à l'art. 65 PA lorsque (a.) le recours est réglé par un désistement ou une transaction sans avoir causé un travail considérable ou (b.) pour d'autres motifs ayant trait au litige ou à la partie en cause, il ne paraît pas équitable de mettre les frais de procédure à la charge de celle-ci. Aucun frais de procédure n'est mis à la charge des autorités inférieures, ni des autorités fédérales recourantes et déboutées (art. 63 al. 2, 1^{ère} phrase, PA).

En l'espèce, le recourant, qui réclamait le maintien de son droit à une rente entière, obtient partiellement gain de cause. Pour autant, les circonstances du cas d'espèce ne justifient pas une remise entière des frais judiciaires. En revanche, les frais de procédure à sa charge seront réduits de moitié et prélevés sur l'avance de frais de 800 francs acquittée par le recourant (TAF pces 2, 4). Le solde de celle-ci lui sera restituée dès l'entrée en force du présent arrêt. Aucun frais de procédure n'est mis à la charge de l'OAIE.

12.2 Conformément aux art. 64 al. 1 PA et 7 al. 1 FITAF, le Tribunal peut allouer à la partie ayant entièrement ou partiellement obtenu gain de cause une indemnité pour les frais indispensables et relativement élevés qui lui ont été occasionnés. Le Tribunal fixe l'indemnité d'office dans le cas où il n'a pas reçu de décomptes (cf. art. 14 al. 2 FITAF; arrêts du TF 2C_730/2017 du 4 avril 2018 consid. 3.4; 2C_422/2011 du 9 janvier 2012 consid. 2), en considérant l'importance et la difficulté du litige, ainsi que le travail et le temps que le représentant du recourant a dû y consacrer.

En l'occurrence, le recourant a été représenté depuis l'introduction du recours jusqu'au 28 mars 2023 par un mandataire qui n'exerçait pas la profession d'avocat. Les écritures de recours n'ont pas dépassé une page (TAF pces 1, 6, 7, 20). En outre, le Comité de protection des travailleurs frontaliers européens représentait déjà le recourant devant l'autorité inférieure (*supra* lettre C.g), de sorte qu'il connaissait le dossier. Enfin, la procédure de recours est soumise à la maxime inquisitoire (cf. consid. 4.1). En conséquence, il convient d'allouer au recourant, à charge de l'OAIE, une indemnité à titre de dépens fixée à 500.- francs (frais compris ; cf. art. 9 al. 1 let. c FITAF).

(Le dispositif figure à la page suivante.)

Par ces motifs, le Tribunal administratif fédéral prononce :

1.

Dans la mesure où il est recevable, le recours est partiellement admis.

1.1 La décision de l'OAIE du 15 décembre 2020 octroyant au recourant une rente entière du 1^{er} mars 2019 au 30 novembre 2020 est confirmée.

1.2 La décision de l'OAIE du 15 décembre 2020 octroyant au recourant un quart de rente à compter du 1^{er} décembre 2020 est annulée et réformée en ce sens que le recourant a droit à une demi-rente à partir du 1^{er} décembre 2020, avec suite d'intérêts moratoires.

1.3 Le dossier est retourné à l'autorité inférieure afin que celle-ci détermine le montant des rentes.

2.

Les frais de procédure de CHF 400.- sont mis à la charge du recourant et prélevés sur l'avance de frais de CHF 800.- versée par celui-ci ; le solde de CHF 400.- lui sera restitué dès l'entrée en force du présent arrêt.

3.

Une indemnité de CHF 500.- est allouée au recourant à titre de dépens et mise à la charge de l'OAIE.

4.

Le rapport médical du 15 juillet 2021 du Dr S. _____ est transmis à l'OAIE comme objet de sa compétence.

5.

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

La présidente du collège :

La greffière :

Caroline Gehring

Cécile Bonmarin

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 :