



---

Cour III  
C-3105/2023

## Arrêt du 27 septembre 2024

---

Composition

Caroline Bissegger (présidente du collège),  
Michela Bürki Moreni, Viktoria Helfenstein, juges,  
Müjde Atak, greffière.

---

Parties

A. \_\_\_\_\_, (France),  
recourant,

contre

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

---

Objet

Assurance-invalidité, rente temporaire  
(décisions du 13 février 2023).

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

A.\_\_\_\_\_ (ci-après : recourant, assuré ou intéressé), né le (...) 1963, de nationalité française et domicilié en France, est marié et sans enfant (OAI-B.\_\_\_\_\_ pce 1). Titulaire d'un certificat d'aptitude professionnelle de mécanicien ajusteur, l'intéressé a travaillé en Suisse dès 2001, en qualité de creuseur dans l'horlogerie, cotisant ainsi aux assurances sociales suisses, en particulier à l'assurance-invalidité (AI) pendant plus de quinze ans (OAI-B.\_\_\_\_\_ pces 24, 26 [extrait du compte individuel du 17 avril 2019] et 37). Le 19 décembre 2017, l'intéressé a été victime d'un accident alors qu'il nettoyait le toit de la maison de son épouse en (...), en chutant d'une hauteur d'environ six mètres (OAI-B.\_\_\_\_\_ pce 13). En incapacité de travail depuis lors, son cas a été pris en charge par la Caisse nationale suisse d'assurance en cas d'accidents (ci-après : SUVA). Le contrat de travail de l'assuré a été résilié avec effet au 31 octobre 2021 (OAI-B.\_\_\_\_\_ pce 59 [p. 702/1065]).

**B.**

**B.a** Le 6 avril 2019, l'intéressé a déposé une demande de prestations AI, reçue le 11 avril 2019, auprès de l'Office de l'assurance-invalidité du canton B.\_\_\_\_\_ (ci-après : OAI-B.\_\_\_\_\_) en indiquant qu'il souffrait, depuis l'accident du 19 décembre 2017, des douleurs cervicales, dorsales et à l'épaule droite, d'une diminution de l'audition à l'oreille gauche, des troubles de la mémoire, de la concentration et du sommeil, de l'anxiété ainsi que d'une dépression (OAI-B.\_\_\_\_\_ pce 24).

**B.b** Cette demande est instruite par l'OAI-B.\_\_\_\_\_ qui a requis le dossier de la SUVA. Il ressort en particulier du dossier de la SUVA que l'intéressé a séjourné à deux reprises à la Clinique C.\_\_\_\_\_ (ci-après : C.\_\_\_\_\_) et que la SUVA a entrepris diverses investigations médicales et thérapies. Selon le rapport de sortie du 2 novembre 2018 de la Clinique C.\_\_\_\_\_, l'assuré a séjourné dans cette clinique du 20 août au 26 septembre 2018 pour une évaluation multidisciplinaire des troubles cognitifs et physiques à la suite de l'accident du 19 décembre 2017 (OAI-B.\_\_\_\_\_ pce 22). Les diagnostics retenus sont les suivants :

- traumatisme crano-cérébrale (TCC) modéré avec Glasgow-coma-scale initial à 15/15 avec un petit hématome épidural cérébelleux gauche, hématome sous-dural cérébral gauche, hémorragie sous-arachnoïdienne intra-hémisphérique frontale droite, sans lésion du parenchyme cérébral ;

- fractures ouvertes occipitale et temporale gauches et fracture du rocher gauche et probable syndrome vestibulaire, actuellement en rémission ;
- hématome occipital droit des parties molles ;
- fracture-tassement (d'environ 40%) D12, stable, sans atteinte neurologique, traitée conservativement ;
- trouble de l'adaptation avec réaction anxieuse et dépressive prolongée ;
- troubles modérés à sévères en mémoire épisodique verbale, de légers troubles exécutifs, des difficultés en cognition sociale ;
- légère instabilité posturale sur douleurs dorsales et dépendance visuelle.

Les diagnostics de presbyacousie de degré léger à droite et moyen à gauche avec des acouphènes gauches, de vitiligo et de psoriasis sont retenus comme comorbidités.

**B.c** Selon le rapport médical du 28 décembre 2018 de la Clinique C.\_\_\_\_\_, les résultats de l'examen neuropsychologique du 17 décembre 2018 sont globalement superposables aux résultats obtenus à l'examen neuropsychologique d'août 2018. Il est également rapporté une évolution favorable du point de vue psychique, le nouvel antidépresseur étant mieux supporté et la thymie paraissant plus stable, et physique, l'intéressé ayant fait des progrès du renforcement de la colonne dorsale (OAI-B.\_\_\_\_\_ pce 32 [pp. 193-197/1065]). Dans son rapport médical du 20 mai 2019, le Dr D.\_\_\_\_\_ (ci-après : Dr D.\_\_\_\_\_), psychiatre-psychothérapeute FMH, retient un épisode dépressif sévère sans symptômes psychotiques et des troubles cognitifs, pour lesquels une évaluation est prévue (OAI-B.\_\_\_\_\_ pce 42 [pp. 371-372/1065]). Selon le rapport médical du 23 octobre 2019, cette évaluation neuropsychologique a eu lieu au Centre hospitalier E.\_\_\_\_\_ (ci-après : E.\_\_\_\_\_ ) le 14 octobre 2019, laquelle met en évidence un trouble mnésique antérograde verbal modéré, des difficultés exécutives (inhibition) et attentionnels (notamment d'attention sélective, fatigabilité), des difficultés en cognition sociale (reconnaissance des expressions émotionnelles) ainsi qu'un possible déficit gnosisque visuel, le reste des fonctions cognitives investiguées (orientation, langage, mémoire à court terme, mémoire antérograde visuelle, certaines fonctions exécutives telles que la programmation, l'incitation non verbale et la mémoire de travail ainsi que la dextérité manuelle) apparaissant préservé. En outre, il est noté que comparativement au bilan réalisé le 17 décembre 2018 à la Clinique C.\_\_\_\_\_, le tableau cognitif est globalement

superposable, avec une amélioration partielle de la mémoire à court terme verbale et antérograde visuelle et qu'en revanche, la fatigue apparaît comme aggravée. Sur le plan de la capacité de travail, il ressort de ce rapport médical du Centre Hospitalier E. \_\_\_\_\_ que ces troubles cognitifs constatés sont de nature à diminuer significativement la capacité de travail et que la reprise dans la profession antérieure ne semble pas possible (cf. rapport médical du 23 octobre 2019 du Centre Hospitalier E. \_\_\_\_\_ [OAI-B. \_\_\_\_\_ pce 44 {pp. 511-515/1065}]).

**B.d** L'intéressé a séjourné à nouveau à la Clinique C. \_\_\_\_\_ du 13 novembre au 11 décembre 2019. Selon le rapport de sortie du 2 janvier 2020 de la Clinique C. \_\_\_\_\_, le tableau cognitif demeure globalement stable, à l'exception des plaintes typiques post-traumatiques qui tendent à augmenter, et les troubles objectivés peuvent s'inscrire dans le contexte du TCC modéré dont l'assuré a été victime. En outre, il est noté qu'il semble très probable que d'autres facteurs, notamment psychologiques, aient empêché une mobilisation optimale des ressources cognitives, la perte de confiance en soi et la fixation sur les difficultés rencontrées au quotidien, associées à une humeur abaissée et à une anxiété pouvant expliquer notamment l'augmentation des plaintes subjectives. Sur le plan orthopédique, en ce qui concerne le rachis, à 24 mois d'une fracture tassement de D12 traitée conservativement, l'évolution est marquée par une cyphose dorsale, stable sur le dernier bilan radiologique à disposition et des douleurs prédominantes à la charnière dorsolombaire et en région lombaire. Il est rapporté qu'il faut poursuivre un travail de renforcement des extenseurs, d'étirement des plans sous-pelviens et que l'assuré va garder des limitations pour les activités nécessitant le port de charges, le maintien d'une position prolongée du tronc en porte-à-faux et les mouvements répétitifs du rachis en flexion-extension. En ce qui concerne l'épaule droite, une fracture de l'omoplate droite ayant été diagnostiquée lors de son accident, l'assuré se plaint d'une augmentation des douleurs depuis le début de l'année 2019. A cet égard, la description du tableau douloureux et l'examen clinique du jour retrouvant une limitation des amplitudes articulaires dans toutes les directions avec une restriction de la mobilité gléno-humérale font évoquer le diagnostic de capsulite rétractile de l'épaule droite, dont l'évolution actuelle est plutôt en phase raide. A signaler que l'intéressé a eu une radiographie de l'épaule droite le 19 novembre 2019 qui met en évidence une enthésopathie calcifiante de l'insertion du tendon supra-épineux qui est complétée par une échographie de l'épaule, mettant en évidence deux foyers, un au tendon du sous-scapulaire et l'autre du tendon de l'infra-épineux mesurant de 7 à 4 mm respectivement. Sur le plan psychiatrique, le diagnostic de trouble de l'adaptation avec

réaction dépressive prolongée (F43.21) est retenu. Il est également noté que malgré une amélioration, comparée au dernier séjour, l'assuré présente toujours un tableau dépressif majeur malgré un traitement antidépresseur médicamenteux et psychothérapeutique semblant bien conduit et que pour l'instant, l'intéressé est en incapacité de travail pour des raisons psychiatriques dont la durée est à réévaluer lors des prochains contrôles. En outre, en raison d'une suspicion d'un syndrome d'apnée du sommeil, l'intéressé devrait être convoqué pour un examen de polysomnographie (OAI-B.\_\_\_\_\_ pce 42).

Selon le rapport de consultation en neuro-rééducation du 13 mars 2020 de la Clinique C.\_\_\_\_\_, les plaintes de l'assuré sont globalement comparables à celles du précédent séjour. En outre, il ressort de ce rapport que la situation semble stable, peu évolutive et que sur le plan cognitif, comme décrit dans les évaluations effectuées au Centre Hospitalier E.\_\_\_\_\_ ou à la Clinique C.\_\_\_\_\_, il y a vraisemblablement des séquelles du TCC léger à modéré mais difficilement évaluables séparément dans ce contexte de trouble de l'adaptation associé (OAI-B.\_\_\_\_\_ pce 45).

En outre, selon le compte-rendu de la polysomnographie du 19 mars 2020 du Centre F.\_\_\_\_\_ (ci-après : F.\_\_\_\_\_), l'intéressé présente un trouble respiratoire nocturne de type obstructif et de degré modéré ainsi qu'un syndrome des mouvements périodiques des jambes, entraînant peu de micro-éveils (OAI-B.\_\_\_\_\_ pce 48 [pp. 587-589/1065]). Par ailleurs, des examens en cardiologie et en angiologie sont réalisés en novembre et en décembre 2020 à la demande du médecin traitant de l'assuré dont les résultats sont considérés comme normaux (OAI-B.\_\_\_\_\_ pce 59 [pp. 753-755]).

**B.e** Invité à se prononcer sur les troubles psycho-organique et psychogènes retenus par le Dr G.\_\_\_\_\_ (ci-après : Dr G.\_\_\_\_\_), psychiatre-psychothérapeute FMH et médecin auprès de la SUVA dans son rapport d'examen du 20 avril 2021, le Dr H.\_\_\_\_\_ (ci-après : Dr H.\_\_\_\_\_), spécialiste en neurologie, membre FMH et médecin auprès de la SUVA, retient dans son appréciation neurologique du 7 juin 2021, qu'il n'y a pas de lésion structurelle objectivable pouvant expliquer le cortège de symptômes, très variable dans le temps, présenté par l'assuré. En outre, le Dr H.\_\_\_\_\_ retient que le diagnostic de trouble psycho-organique, retenu par le Dr G.\_\_\_\_\_ n'est pas justifié en l'absence d'une base lésionnelle (OAI-B.\_\_\_\_\_ pce 59 [pp. 765-773/1065]). Se prononçant sur l'appréciation neurologique du Dr H.\_\_\_\_\_, le Dr

G.\_\_\_\_\_ indique dans son rapport médical du 16 juin 2021 que le diagnostic d'autre trouble organique de la personnalité et du comportement dû à une affection, une lésion et un dysfonctionnement cérébraux, sans précision (F07.9), ne sera pas retenu dès lors que le Dr H.\_\_\_\_\_ exclut une atteinte cérébrale structurale repérable. En outre, le Dr G.\_\_\_\_\_ attribue la totalité des symptômes psychiatriques au trouble de l'adaptation avec réaction dépressive prolongée (F43.21) et maintient les autres conclusions de son rapport médical (OAI-B.\_\_\_\_\_ pce 59 [p. 764/1065]). Ensuite, un second avis est demandé au Dr I.\_\_\_\_\_ (ci-après : Dr I.\_\_\_\_\_), spécialiste en neuroradiologie. Selon le rapport médical du 29 juin 2021, le Dr I.\_\_\_\_\_ examine les diverses imageries médicales mises à sa disposition par la SUVA, comprenant les CT-scanner et IRM pour la période du 19 décembre 2017 au 16 septembre 2019. A cet égard, le Dr I.\_\_\_\_\_ relève la qualité insuffisante des scanners initiaux et des artefacts techniques. Le Dr I.\_\_\_\_\_ retient sur la base des imageries disponibles que le scanner initial montre clairement une fracture déplacée du rocher gauche, traumatisme modéré, et décrit une pneumocéphalie au niveau du passage du sinus transverse au sinus sigmoïde, sans toutefois identifier ou exclure une éventuelle lésion de contrecoup et de lésions axonales hémorragiques (OAI-B.\_\_\_\_\_ pce 59 [pp. 741-743]). Après lecture du rapport médical du Dr I.\_\_\_\_\_, le Dr H.\_\_\_\_\_ propose, dans son rapport médical du 1<sup>er</sup> juillet 2021, la réalisation d'une IRM cérébrale de haute qualité dans un centre hospitalier universitaire suisse (OAI-B.\_\_\_\_\_ pce 59 [p. 739/1065]). Une IRM cérébrale est réalisée le 24 août 2021 au Centre Hospitalier E.\_\_\_\_\_ pour une évaluation des lésions de contrecoup et hémorragiques, de laquelle il ressort qu'il n'y a pas de lésions axonales diffuses et de signe en faveur de lésions posttraumatiques (OAI-B.\_\_\_\_\_ pce 59 [p. 706/1065]).

**B.f** La SUVA a mis en place une expertise pluridisciplinaire, réalisée par le Professeur J.\_\_\_\_\_ (ci-après : Prof. J.\_\_\_\_\_), compétent en chirurgie orthopédique FMH (chirurgie du rachis) et les Drs K.\_\_\_\_\_ (ci-après : Dr K.\_\_\_\_\_), psychiatre-psychothérapeute FMH, L.\_\_\_\_\_ (ci-après : Dr L.\_\_\_\_\_), neurologue FMH, M.\_\_\_\_\_ (ci-après : Dr M.\_\_\_\_\_), otorhinolaryngologiste (ci-après : ORL) FMH ainsi que le neuropsychologue N.\_\_\_\_\_ (ci-après : neuropsychologue N.\_\_\_\_\_), au Centre d'expertises O.\_\_\_\_\_ (ci-après : O.\_\_\_\_\_) à (...) (OAI-B.\_\_\_\_\_ pce 62 [pp. 857-916/1065]). Selon le rapport d'expertise du 27 janvier 2022, l'assuré est en incapacité de travail totale dans son activité habituelle en raison de l'atteinte orthopédique mais il a une capacité de travail pleine, sans baisse de rendement, dans une activité adaptée aux limitations fonctionnelles, à savoir position debout de plus d'une heure,

position assise de plus d'une heure, port de charges de plus de 10 kg, position en mobilité du rachis fléchi en avant ou incliné ainsi que dans une activité où l'audition serait au premier plan, avec nécessité de participer à des réunions dans des environnements acoustiques défavorables (OAI-B. \_\_\_\_\_ pce 62 [pp. 899-900/1065]).

**B.g** Par projet de décision du 24 mars 2022, l'OAI-B. \_\_\_\_\_ a informé l'assuré de son intention de lui octroyer une rente d'invalidité ordinaire entière pour la période du 1<sup>er</sup> octobre 2019 au 30 avril 2022 (OAI-B. \_\_\_\_\_ pce 70). Par communication du même jour, l'OAI-B. \_\_\_\_\_ a également informé l'intéressé que les conditions pour l'aide au placement étaient remplies et l'a invité à participer à une séance d'information (OAI-B. \_\_\_\_\_ pce 71). L'OAI-B. \_\_\_\_\_ a mis fin, temporairement, au mandat d'aide au placement dans la mesure où l'assuré a déclaré préférer s'inscrire au chômage en France (OAI-B. \_\_\_\_\_ pces 73, 74 et 75).

**B.h** Selon les déterminations du 21 avril 2022, l'assuré a en substance contesté la capacité de travail entière retenue à partir du 27 janvier 2022 et déclaré présenter d'énormes difficultés de mémorisation, de l'attention et de la concentration (OAI-B. \_\_\_\_\_ pce 76). Invité à fournir des informations médicales détaillées, l'intéressé a complété ses déterminations en produisant divers rapports médicaux (OAI-B. \_\_\_\_\_ pces 78, 82 à 90).

**B.i** Invité à se prononcer sur l'état de santé de l'assuré, le Dr P. \_\_\_\_\_ (ci-après : Dr P. \_\_\_\_\_), médecin du service médical régional (ci-après : SMR) et de compétence inconnue, déclare en substance que le rapport d'expertise du O. \_\_\_\_\_ est convaincant et que les pièces médicales transmises par l'assuré lors de ses déterminations ne peuvent pas remettre en cause les conclusions des experts du O. \_\_\_\_\_ (OAI-B. \_\_\_\_\_ pce 93).

**B.j** Par décisions du 13 février 2023, l'Office de l'assurance-invalidité pour les assurés résidant à l'étranger (ci-après : OAIE ou autorité inférieure) a octroyé à l'intéressé une rente d'invalidité entière pour les périodes du 1<sup>er</sup> octobre 2019 au 31 janvier 2021 (décision n°1) et du 1<sup>er</sup> février 2021 au 30 avril 2022 (décision n°2 ; OAI-B. \_\_\_\_\_ pces 98 et 99).

## **C.**

**C.a** Par correspondance du 30 mai 2023 (timbre postal), l'intéressé s'adresse, par l'entremise de Q. \_\_\_\_\_, au Tribunal administratif fédéral

(ci-après : Tribunal) afin de savoir si une procédure était en cours auprès du Tribunal dans la mesure où il avait déposé un recours sommaire le 10 mars 2023 par-devant l'OAIE (TAF pce 1).

Le 31 mai 2023, l'OAIE a transmis au Tribunal le courrier, envoyé par fax, du 13 mars 2023 de l'assuré ainsi qu'une copie des décisions litigieuses (TAF pce 3).

**C.b** Par ordonnance du 12 juin 2023, le Tribunal a invité le recourant à régulariser son recours du 13 mars 2023 dans un délai de 5 jours dès la réception de ladite ordonnance, sous peine d'irrecevabilité (TAF pce 4). Dans le délai imparti, le recourant a régularisé son recours, en y apposant sa signature manuscrite originale (TAF pces 5 et 6).

**C.c** Par décision incidente du 23 juin 2023, le Tribunal a invité le recourant à verser une avance sur les frais de procédure présumés de 800 francs jusqu'au 25 août 2023, sous peine d'irrecevabilité du recours (TAF pce 7). Le montant a été versé dans le délai imparti (TAF pce 9).

**C.d** Par réponse du 27 septembre 2023, l'autorité inférieure a conclu au rejet du recours et à la confirmation des décisions attaquées (TAF pce 11).

**C.e** Par correspondance spontanée du 4 octobre 2023, le recourant a transmis au Tribunal divers rapports médicaux (TAF pce 12).

**C.f** Par correspondance du 8 novembre 2023, l'intéressé a sollicité une prolongation du délai pour répliquer et informé le Tribunal qu'il n'était plus représenté par Q.\_\_\_\_\_ (TAF pce 14).

**C.g** Par réplique du 1<sup>er</sup> décembre 2023, le recourant a conclu à l'octroi d'une rente entière illimitée au motif qu'il était en incapacité de travail totale. En outre, il a contesté la valeur probante de l'expertise O.\_\_\_\_\_ (TAF pce 16).

**C.h** Par duplique du 23 janvier 2024, l'autorité inférieure a intégralement persisté dans ses précédentes conclusions et produit la prise de position de l'OAI-B.\_\_\_\_\_ du 15 janvier 2024, l'avis SMR du 9 janvier 2024 ainsi que le dossier SUVA daté du 5 septembre au 15 décembre 2023 (TAF pce 18).

**C.i** Par ordonnance du 31 janvier 2024, le Tribunal a informé les parties que l'échange d'écritures était en principe clos, d'autres mesures d'instruction demeurant toutefois réservées (TAF pce 19).

**D.**

Les autres faits et arguments pertinents de la cause sont retranscrits et examinés, en tant que de besoin, dans les considérants qui suivent.

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

**1.1** Le Tribunal administratif fédéral est compétent pour connaître du présent recours (art. 31, 32 et 33 let. d LTAF ; art. 69 al. 1 let. b LAI [RS 831.20]). Dans la mesure où le recourant est directement touché par les décisions attaquées et a un intérêt digne d'être protégé à ce qu'elles soient annulées ou modifiées, il a qualité pour recourir (art. 59 LPGA [RS 830.01] et 48 al. 1 PA). Déposé en temps utile et dans les formes requises par la loi (art. 60 LPGA et 50 al. 1 PA ; art. 52 al. 1 et 2 PA), et l'avance sur les frais de procédure ayant été dûment acquittée (art. 63 al. 4 PA), le recours est recevable.

**1.2** La procédure devant le Tribunal administratif fédéral est en principe régie par la PA (art. 37 LTAF), sous réserve des dispositions particulières de la LPGA (art. 3 let. d<sup>bis</sup> PA).

**1.3** Le Tribunal examine d'office les conditions formelles de validité et de régularité de la procédure devant l'autorité inférieure, soit notamment le point de savoir si l'autorité qui a rendu la décision litigieuse était compétente (ATF 142 V 67 consid. 2.1 ; 140 V 22 consid. 4). A ce sujet, il y a lieu de remarquer qu'aux termes de l'art. 40 RAI (RS 831.201), l'office AI du secteur d'activité dans lequel le frontalier exerce une activité lucrative est compétent pour enregistrer et examiner les demandes présentées par les frontaliers, tandis que l'office AI pour les assurés résidant à l'étranger notifie les décisions (al. 2). Etant donné que le recourant est domicilié en France voisine et que l'atteinte à la santé remonte à l'époque de son activité en tant que frontalier, c'est à juste titre que l'Office AI du canton B. \_\_\_\_\_ a enregistré et instruit la demande, et que l'OAIE a notifié la décision entreprise.

**2.**

En l'espère, l'objet du présent litige est le bien-fondé des deux décisions du 13 février 2023 par lesquelles l'OAIE a octroyé à l'assuré une rente d'invalidité entière pour les périodes du 1<sup>er</sup> octobre 2019 au 31 janvier 2021 et du 1<sup>er</sup> février 2021 au 30 avril 2022. Le recourant réclame l'octroi d'une rente d'invalidité entière illimitée dans le temps.

**3.**

Le Tribunal administratif fédéral définit, avec la collaboration des parties (art. 13 PA et 43 al. 3 LPGA ; arrêt du Tribunal administratif fédéral C-6134/2017 du 3 avril 2018 consid. 5.4), et apprécie les preuves librement (cf. art. 12 PA) ; l'on parle de maxime inquisitoire. En outre, le Tribunal examine librement et d'office les questions de droit qui se posent, sans être lié par les motifs invoqués dans le recours (cf. art. 62 al. 4 PA ; ATAF 2013/46 consid. 3.2), ni par l'argumentation juridique développée dans la décision attaquée (cf. PIERRE MOOR/ETIENNE POLTIER, Droit administratif, Volume II, Les actes administratifs, 3<sup>e</sup> éd. 2011, ch. 2.2.6.5 p. 300 s. ; BENOÎT BOVAY, Procédure administrative, 2<sup>e</sup> éd. 2015, p. 243). Toutefois, 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 et al., Prozessieren vor dem Bundesverwaltungsgericht, 3<sup>e</sup> éd. 2022, p. 29 n. 1.55).

**4.**

**4.1** Compte tenu des éléments d'extranéité ressortant du dossier, est applicable l'accord du 21 juin 1999 sur la libre circulation des personnes (ALCP, RS 0.142.112.681) ainsi que ses annexes et règlements (en particulier : règlement n° 883/2004, RS 0.831.109.268.1, et n° 987/2009, RS 0.831.109.268.11). Néanmoins, l'invalidité ouvrant droit à des prestations de l'assurance-invalidité suisse se détermine exclusivement d'après le droit suisse (art. 46 al. 3 et annexe VII du règlement n° 883/2004, en relation avec l'annexe VII dudit règlement : ATF 130 V 253 consid. 2.4 ; arrêt du TF 9C\_465/2022 du 1<sup>er</sup> mars 2023 consid. 5.5).

**4.2** Dans le cadre du « développement continu de l'AI », la LAI, le RAI (RS 831.201) et la LPGA, notamment, ont été modifiés avec effet au 1<sup>er</sup> janvier 2022 (RO 2021 705 ; FF 2017 2535). Compte tenu cependant du principe de droit intertemporel prescrivant l'application des dispositions légales qui étaient en vigueur lorsque les faits juridiquement déterminants se sont produits (ATF 148 V 174 consid. 4.1 ; 144 V 210 consid. 4.3.1), le droit

matériel applicable reste, en l'occurrence, celui qui était en vigueur jusqu'au 31 décembre 2021, dès lors que le droit à la rente a pris naissance avant cette date (arrêt du TF 8C\_152/2023 du 14 novembre 2023 consid. 3.1 ; cf. consid. B.a supra et 5.2 infra concernant la naissance du droit à la rente).

## **5.**

Selon l'art. 36 LAI, l'assuré qui compte trois années au moins de cotisations lors de la survenance de l'invalidité a droit à une rente d'invalidité ordinaire (al. 1). En l'occurrence, le recourant a versé des cotisations à l'AI suisse pendant plus de quinze ans (cf. OAI-B. \_\_\_\_\_ pce 26). Il remplit donc la condition de durée minimale de cotisations. Il reste à examiner si l'assuré est invalide au sens de la loi.

## **6.**

**6.1** 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 pas être rétablie, maintenue ou améliorée par des mesures de réadaptation raisonnablement exigibles (let. a) ; s'il a présenté une incapacité de travail (art. 6 LPGGA) d'au moins 40% en moyenne durant une année sans interruption notable (let. b) ; et si, au terme de cette année, il est invalide (art. 8 LPGGA) à 40% au moins (let. c).

**6.2** Le droit à la rente prend naissance au plus tôt à l'échéance d'une période de six mois à compter de la date à laquelle l'assuré a fait valoir son droit aux prestations conformément à l'art. 29 al. 1 LPGGA, mais pas avant le mois qui suit le 18<sup>e</sup> anniversaire de l'assuré (art. 29 al. 1 LAI) et sous réserve d'un délai d'attente d'une année à compter du début de l'atteinte à la santé (art. 28 al. 1 let. b LAI).

**6.3** Aux termes de l'art. 8 al. 1 LPGGA, est réputée invalidité l'incapacité de gain totale ou partielle qui est présumée permanente ou de longue durée. L'art. 4 al. 1 LAI précise que l'invalidité peut résulter d'une infirmité congénitale, d'une maladie ou d'un accident. L'al. 2 de cette disposition mentionne que l'invalidité est réputée survenue dès qu'elle est, par sa nature et sa gravité, propre à ouvrir droit aux prestations entrant en considération. Selon l'art. 7 al. 1 LPGGA, est réputée incapacité de gain toute diminution de l'ensemble ou d'une partie des possibilités de gain de l'assuré sur un marché du travail équilibré dans son domaine d'activité, si cette diminution résulte d'une atteinte à sa santé physique, mentale ou psychique et qu'elle persiste après les traitements et les mesures de

réadaptation exigibles. De plus, il n'y a incapacité de gain que si celle-ci n'est pas objectivement surmontable (art. 7 al. 2 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 LPGA).

**6.4** La notion d'invalidité, dont il est question à l'art. 8 LPGA et à l'art. 4 LAI, est de nature juridique/économique et non pas médicale (ATF 116 V 246 consid. 1b). En d'autres termes, l'assurance-invalidité suisse couvre seulement les pertes économiques liées à une atteinte à la santé physique, mentale ou psychique, qui peut résulter d'une infirmité congénitale, d'une maladie ou d'un accident, et non la maladie en tant que telle. Selon la jurisprudence constante, bien que l'invalidité soit une notion juridique et économique, les données fournies par les médecins constituent néanmoins un élément utile pour apprécier les conséquences de l'atteinte à la santé et pour déterminer quels travaux peuvent être encore raisonnablement exigés (ATF 115 V 133 consid. 2 ; 114 V 310 consid. 3c).

**6.5** Lorsqu'une décision accorde avec effet rétroactif une rente d'invalidité échelonnée ou limitée, les dispositions sur la révision d'une rente d'invalidité sont applicables par analogie (art. 17 LPGA et art. 88a RAI ; ATF 133 V 263 consid. 6.1 ; arrêt du TF 8C\_71/2017 du 20 avril 2017 consid. 3 ; 9C\_226/2011 du 15 juillet 2011 consid. 4.3.1 non publié dans l'ATF 137 V 369 ; MARGIT MOSER-SZELESS, Loi sur la partie générale des assurances sociales, Commentaire romand, 2018, art. 17 n° 9 p. 249 s.). Elle doit donc se fonder sur une modification notable du taux d'invalidité. La date de la modification du droit doit être fixée conformément à l'art. 88a RAI (par analogie : ATF 125 V 413 consid. 2d ; arrêt du TF I 21/05 du 12 octobre 2005 consid. 3.3 ; voir aussi MICHEL VALTERIO, Commentaire, Loi fédérale sur l'assurance-invalidité [LAI], 2018, art. 31 n° 32) dont l'al. 1 prévoit que s'il y a amélioration de la capacité de gain ou de la capacité d'accomplir les travaux habituels, ce changement n'est déterminant pour la suppression de tout ou partie du droit aux prestations qu'à partir du moment où on peut s'attendre à ce que l'amélioration constatée se maintienne durant une assez longue période. Il en va de même lorsqu'un tel changement déterminant a duré trois mois déjà, sans interruption notable et sans qu'une complication prochaine soit à craindre. Selon son al. 2, si la capacité de gain de l'assuré ou sa capacité d'accomplir les travaux habituels se dégrade, ou si son impotence ou encore le besoin de soins ou le besoin d'aide découlant de son invalidité s'aggrave, ce changement est déterminant pour l'accroissement du droit aux prestations dès qu'il a duré trois mois sans interruption notable. L'art. 29<sup>bis</sup> RAI est

toutefois applicable par analogie. Aux termes de cette dernière disposition, si la rente a été supprimée du fait de l'abaissement du degré d'invalidité et que l'assuré, dans les trois ans qui suivent, présente à nouveau un degré d'invalidité ouvrant le droit à la rente en raison d'une incapacité de travail de même origine, on déduira de la période d'attente que lui imposerait l'art. 28 al. 1 let. b LAI, celle qui a précédé le premier octroi.

## **7.**

**7.1** La reconnaissance de l'existence d'une atteinte à la santé psychique suppose la présence d'un diagnostic émanant d'un expert (psychiatre) et s'appuyant selon les règles de l'art sur les critères d'un système de classification reconnu, tel la CIM ou le DSM-IV (ATF 143 V 409 consid. 4.5.2 ; 141 V 281 consid. 2.2 et 3.2 ; 130 V 396 consid. 5.3 et 6 ; arrêts du TF 8C\_841/2016 du 30 novembre 2017 consid. 4.5.2 et 9C\_815/2012 du 12 décembre 2012 consid. 3). A l'inverse, si l'expert psychiatre identifie un phénomène d'exagération des symptômes ou une constellation similaire chez l'intéressé, aucune atteinte psychique ouvrant le droit aux prestations d'assurance ne peut être reconnue (motifs d'exclusion ; ATF 141 V 281 consid. 2.2).

**7.2** Le 30 novembre 2017, dans deux arrêts de principe, le Tribunal fédéral a estimé qu'en règle générale, toutes les affections psychiques (ATF 143 V 418 consid. 7.1 ss) – aussi les troubles dépressifs de degré léger ou moyen (ATF 143 V 409 consid. 4.5.1 ss) – doivent faire l'objet d'une procédure probatoire structurée au sens de l'ATF 141 V 281 (arrêt du TF 8C\_841/2016 du 30 novembre 2017) afin de pouvoir évaluer le droit à une rente d'invalidité de la personne concernée, soit sa capacité résiduelle de travail. Le Tribunal fédéral a ainsi conçu un catalogue d'indicateurs, classés en deux catégories (ATF 141 V 281 consid. 4.1.3). La première catégorie "degré de gravité fonctionnel" comprend les complexes « atteinte à la santé » (soit l'expression des éléments pertinents pour le diagnostic, le succès du traitement ou la résistance à cet égard, le succès de la réadaptation ou la résistance à cet égard ainsi que les comorbidités ; consid. 4.3.1 de l'ATF 141 V 281), « personnalité » (structure et développement de la personnalité, ressources personnelles ; consid. 4.3.2 de l'arrêt cité) et « contexte social » (consid. 4.3.3) alors que la seconde catégorie "cohérence (point de vue du comportement)" considère la limitation uniforme du niveau des activités dans tous les domaines comparables de la vie (consid. 4.4.1) et le poids des souffrances révélées par l'anamnèse établie en vue du traitement et de la réadaptation (consid. 4.4.2).

**7.3** En outre, le Tribunal fédéral a remarqué que le suivi (et l'évolution) d'une thérapie adéquate de psychothérapie constitue un indicateur de la gravité de l'affection et est exigible compte tenu de l'obligation de réduire le dommage de la personne assurée (ATF 143 V 409 consid 4.4 et 4.5.2). Il a également souligné que le catalogue d'indicateurs n'est pas immuable, devant au contraire évoluer avec les connaissances scientifiques médicales et juridiques, et qu'il sied de toujours tenir compte des circonstances du cas concret, le catalogue n'ayant pas la fonction d'une simple check-list (ATF 141 V 281 consid. 4.1.1).

## **8.**

**8.1** Selon l'art. 69 al. 2 RAI, l'office de l'assurance-invalidité compétent réunit les pièces nécessaires, en particulier sur l'état de santé du requérant, son activité, sa capacité de travail et son aptitude à être réadapté, ainsi que sur l'indication de mesures déterminées de réadaptation. A cet effet peuvent être exigés ou effectués des rapports ou des renseignements, des expertises ou des enquêtes sur place ; il peut être fait appel aux spécialistes de l'aide publique ou privée aux invalides.

**8.2** Ainsi, le point de départ de l'examen du droit aux prestations est l'ensemble des éléments et constatations médicales. L'élément déterminant pour reconnaître pleine valeur probante à un rapport médical n'est ni son origine, ni sa désignation, mais son contenu (ATF 125 V 351 consid. 3a ; 135 V 465 consid. 4.4). A cet égard, il importe que les points litigieux importants aient fait l'objet d'une étude fouillée, que le rapport se fonde sur des examens complets, qu'il prenne également en considération les plaintes exprimées, qu'il ait été établi en pleine connaissance du dossier, que la description des conséquences médicales soit claire et, enfin, que les conclusions du spécialiste soient bien motivées (ATF 134 V 231 consid. 5.1 ; 130 V 396).

**8.3** S'agissant des documents produits par le service médical d'un assureur étant partie au procès (art. 59 al. 2<sup>bis</sup> LAI), le Tribunal fédéral n'exclut pas que l'assureur ou le juge des assurances sociales statuent en grande partie, voire exclusivement sur la base de ceux-ci. Dans de telles constellations, il convient toutefois de poser des exigences sévères à l'appréciation des preuves. Une instruction complémentaire sera ainsi requise, s'il subsiste des doutes, même minimes, quant au bien-fondé des rapports et expertises médicaux versés au dossier par l'assureur (ATF 139 V 225 consid. 5.2 ; 135 V 465 consid. 4.6 ; 122 V 157 consid. 1d ; 123 V 175 consid. 3d ; 125 V 351 consid. 3b/ee ; arrêt du TF 9C\_10/2017 du 27

mars 2017 consid. 5.1). Le simple fait qu'un avis médical divergeant – même émanant d'un spécialiste – ait été produit ne suffit toutefois pas à lui seul à remettre en cause la valeur probante d'un rapport établi par le service médical de l'assureur (arrêt du TF U 365/06 du 26 janvier 2007 consid. 4.1). Par ailleurs, il sied de relever que le fait précisément que ces médecins soient liés à l'assureur, d'un point de vue institutionnel ou par un rapport de travail, ne permet pas, pour ce seul motif, de douter de l'objectivité de leur appréciation ; le Tribunal fédéral n'y voit pas de motif de partialité ou de subjectivité (ATF 135 V 465 consid. 4.4).

**8.4** Selon la jurisprudence développée en matière de révision du droit à la rente et applicable par analogie en cas d'octroi d'une rente limitée dans le temps (cf. consid. 5.5 supra), la valeur probante d'une expertise médicale établie en vue d'une révision dépend 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 (ATF 141 V 9 consid. 2.3 ; 112 V 371 consid. 2b ; arrêts du TF 9C\_418/2010 du 29 août 2011 consid. 4.2 à 4.4 ; I 755/04 du 25 septembre 2006 consid. 5.1 ; voir aussi arrêt du TF 8C\_445/2017 du 9 mars 2018 consid. 2.2 ; ANDREAS TRAUB, *Zum Beweiswert medizinischer Gutachten im Zusammenhang mit der Rentenrevison*, RSAS 2012 p. 183 ss ; MICHEL VALTERIO, *op. cit.*, art. 31 n° 11).

**8.5** 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).

**8.6** Quant aux rapports établis par les médecins traitants, le juge peut et doit tenir compte du fait que selon l'expérience, le médecin traitant est généralement enclin, en cas de doute, à prendre parti pour son patient en raison de la relation de confiance issue du mandat thérapeutique qui l'unit à ce dernier (ATF 135 V 465 consid. 4.5 ; 125 V 351 consid. 3a/cc). Cette constatation s'applique de même aux médecins non traitant ou spécialistes

(expertises privées) consultés par un patient en vue d'obtenir un moyen de preuve à l'appui de sa requête (arrêt du TF I 321/03 du 29 octobre 2003 consid. 3.1 ; MICHEL VALTERIO, op. cit., art. 57 n° 48). Toutefois le simple fait qu'un certificat médical ou une expertise privée 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. 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 (ATF 125 V 351 consid. 3b/dd et les références citées ; arrêts du TF 9C\_338/2016 du 21 février 2017 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).

**8.7** Dans le domaine des assurances sociales, la décision doit se fonder sur les faits qui, faute d'être établis de manière irréfutable, apparaissent comme les plus vraisemblables, c'est-à-dire qui présentent un degré de vraisemblance prépondérante. Il ne suffit donc pas qu'un fait puisse être considéré seulement comme une hypothèse possible ; la vraisemblance prépondérante suppose que, d'un point de vue objectif, des motifs importants plaident pour l'exactitude d'une allégation, sans que d'autres possibilités ne revêtent une importance significative ou n'entrent raisonnablement en considération (ATF 139 V 176 consid. 5.3).

## **9.**

**9.1** En l'espèce, par décisions du 13 février 2023, l'autorité inférieure a octroyé au recourant une rente d'invalidité entière pour les périodes du 1<sup>er</sup> octobre 2019 au 31 janvier 2021 (décision n°1) et du 1<sup>er</sup> février 2021 au 30 avril 2022 (décision n°2). Dès le 27 janvier 2022, l'OAIE a considéré que l'intéressé a retrouvé une pleine capacité de travail dans une activité adaptée à son atteinte à la santé et respectant ses limitations fonctionnelles, soit position debout de plus d'une heure, position assise de plus d'une heure, port de charges de plus de 10 kg et position en mobilité du rachis fléchi en avant ou incliné (annexes à TAF pce 1). Pour ce faire, l'OAI-B.\_\_\_\_\_ s'est basé sur les pièces médicales recueillies par la SUVA, en particulier le rapport d'expertise du 27 janvier 2022, et l'avis SMR du 23 décembre 2022. Il convient ainsi de déterminer si l'état de santé du recourant respectivement sa capacité de travail et de gain ont subi une amélioration à partir du 27 janvier 2022 justifiant une suppression de son droit à une rente entière à partir du 30 avril 2022.

**9.2** Il ressort du rapport d'expertise du 27 janvier 2022 que l'assuré a été examiné le 15 octobre 2021 par le Prof J. \_\_\_\_\_ et les Drs K. \_\_\_\_\_ et L. \_\_\_\_\_, le 4 novembre 2021 par le neuropsychologue N. \_\_\_\_\_ et le 14 décembre 2021 par le Dr M. \_\_\_\_\_ (OAI-B. \_\_\_\_\_ pce 62 [p. 857/2065]) et que les experts avaient en leur possession les rapports médicaux portant sur la période du 19 décembre 2017 au 27 août 2021 (OAI-B. \_\_\_\_\_ pce 62 [pp. 859-871 et 888-890/1065]). En outre, le rapport d'expertise est signé par le Prof. J. \_\_\_\_\_ et les Drs K. \_\_\_\_\_, L. \_\_\_\_\_ et M. \_\_\_\_\_ ainsi que le neuropsychologue N. \_\_\_\_\_ (OAI-B. \_\_\_\_\_ pce 62 [p. 858/1065]). Tous les rapports médicaux pertinents sont mentionnés par les experts. Ces derniers avaient donc pleine connaissance des diagnostics et des limitations fonctionnelles du recourant et disposent de la formation et de toutes les connaissances nécessaires pour juger valablement de l'état de santé, de la capacité de travail dans l'activité habituelle et dans une activité adaptée, ainsi que des limitations fonctionnelles du recourant dans leur discipline médicale respective.

**9.3** L'expertise contient une anamnèse complète, prenant en compte les plaintes de l'assuré qui y sont compilées par chaque expert, et qui a été établie sur la base d'examens approfondis (OAI-B. \_\_\_\_\_ pce 62 [pp. 871-887/1065]). Les experts développent une discussion sur la situation médicale, en particulier, ils expliquent les différences objectives qu'ils ont constatés par rapport à certaines plaintes subjectives du recourant. En somme, le contexte médical du recourant y est décrit de façon claire et compréhensible (OAI-B. \_\_\_\_\_ pce 62 [pp. 890 ss/1065]).

#### **9.4**

**9.4.1** Sur le plan orthopédique, le Prof. J. \_\_\_\_\_ rapporte que l'assuré se plaint de douleurs dorso-lombaires sans irradiation et que s'il reste assis ou debout trop longtemps (environ deux heures ou plus) dans une mauvaise position, les douleurs peuvent monter qu'à 10, celles-ci étant soulagées par des mouvements et par la prise d'anti-inflammatoire. En outre, le recourant se sent un peu limité dans les mouvements de l'épaule droite, sans indication de douleur particulière. S'agissant des antécédents somatiques, le Prof. J. \_\_\_\_\_ note une fracture du coude gauche à l'âge de 13 ans, ayant nécessité une chirurgie ouverte avec comme séquelle un flexum, ainsi qu'un accident de voiture en 1997 ayant nécessité une suture de la coiffe des rotateurs au niveau de l'épaule gauche. Le Prof. J. \_\_\_\_\_ procède à un examen médical des membres supérieurs et inférieurs et rapporte ses observations. Le Prof. J. \_\_\_\_\_ retient que les lésions

posttraumatiques sont représentées par une fracture de D12, présentant une déformation secondaire corporéale avec une cyphose de 25°, sans compression canalaire. L'experte indique que cette fracture est consolidée et qu'il y a même une fusion entre D12 et D11 qui s'est effectuée de manière spontanée. Le traumatisme de l'épaule droite n'a pas laissé de séquelles. Le Prof. J.\_\_\_\_\_ note que la fracture rachidienne peut occasionner des douleurs et des surcharges thoraco-lombaires aux longues positions tenues soit debout, soit assises ainsi qu'aux ports de charges excédant 10 kg. D'un point de vue orthopédique, le Prof. J.\_\_\_\_\_ retient que l'activité habituelle de mécanicien réglleur n'est plus exigible et que le recourant peut exercer, à plein temps et sans baisse de rendement, une activité adaptée à ses limitations fonctionnelles, soit position debout de plus d'une heure, position assise de plus d'une heure, port de charges de plus de 10 kg, position de mobilité du rachis fléchi en avant ou incliné (OAI-B.\_\_\_\_\_ pce 62 [pp. 871, 873, 878-879, 894, 899/1065]).

**9.4.2** Sur le plan ORL, le recourant se plaint d'une hypoacousie bilatérale, plus marquée à gauche, d'une hyposmie ainsi que d'acouphènes non latéralisés. Le Dr M.\_\_\_\_\_ a effectué un examen auditif et olfactif. Le Dr M.\_\_\_\_\_ rapporte que le bilan radiologique a mis en évidence une fracture du rocher du côté gauche, un hémato-tympan qui s'est progressivement résorbé sur les images ultérieures, expliquant l'amélioration partielle de l'audition constatée par l'assuré dans les mois qui ont suivi l'accident. Etant précisé que l'intéressé porte actuellement un appareillage binaural. Sur le plan olfactif, l'assuré mentionne une récupération lente, mais incomplète. En outre, le Dr M.\_\_\_\_\_ conclut à une séquelle de fracture trans-labyrinthique du côté gauche expliquant à la fois l'hypoacousie persistante et l'acouphène et retient également le diagnostic d'hyposmie posttraumatique. Le Dr M.\_\_\_\_\_ retient que l'atteinte olfactive et l'atteinte auditive sont irréversibles, non traitables et non évolutives. S'agissant de l'activité habituelle de mécanicien réglleur, le Dr M.\_\_\_\_\_ indique que les atteintes auditive et olfactive n'entraînent pas de limitation en durée et en rendement. En ce qui concerne une activité adaptée, le Dr M.\_\_\_\_\_ rapporte que l'atteinte auditive peut représenter une limitation dans une activité où l'audition serait au premier plan, avec nécessité de participer à des réunions dans des environnements acoustiques défavorables (OAI-B.\_\_\_\_\_ pce 62 [pp. 871, 873, 880, 891, 894, 898-899/1065]).

**9.4.3** L'expert en neurologie rapporte que l'assuré se plaint, depuis l'accident, des céphalées, des troubles de l'équilibre et de l'audition à

prédominance gauche, des acouphènes, d'une perte partielle de l'odorat et du goût, des troubles de la mémoire et de la concentration, des scapulalgies droites et des dorsalgies sans irradiations dans les membres inférieurs. A l'examen clinique, le Dr L.\_\_\_\_\_ examine la nuque, le rachis dorso-lombaire, les paires crâniennes, les membres supérieurs et inférieurs, le tronc, la marche et la station debout. S'agissant des imageries médicales initiales et leur relecture en Suisse, l'expert relève que la fracture occipitale et temporale gauche irradiant dans les cellules mastoïdiennes a été confirmée mais que la contusion hémorragique frontale a été considérée comme incertaine au vu de la qualité insuffisante de l'examen et des artéfacts techniques. En ce qui concerne les IRM cérébrales effectuées, le Dr L.\_\_\_\_\_ rappelle qu'il n'y avait pas d'anomalie significative, notamment l'absence de lésions axonales diffuses. Les résultats de l'IRM cérébrale de contrôle du 27 août 2021 ont été considérés comme normaux, sans lésion posttraumatique ou malade, seul un petit kyste de la poche de Rathke étant objectivé. L'IRM cervico-dorsale a révélé des troubles dégénératifs cervicaux pluri-étagées ainsi qu'un tassement cunéiforme de D12 sans complication neurologique et notamment sans souffrance médullaire. Sur cette base, le Dr L.\_\_\_\_\_ indique que l'examen neurologique est sans anomalie significative, notamment au niveau des membres supérieurs, du tronc et des membres inférieurs et qu'il n'y a tout particulièrement pas de complication de la fracture-tassement de D12. Pour ce qui est de la rhonchopathie et des mouvements périodiques per nocturnes, le Dr L.\_\_\_\_\_ relève que la relecture du rapport émanant du F.\_\_\_\_\_ montre qu'il s'agit d'une atteinte vraisemblablement sans relation de causalité avec les suites de l'événement accidentel et d'une importance modérée n'entraînant pas de perte de la capacité de travail stricto sensu. En outre, le Dr L.\_\_\_\_\_ retient que sur le plan de la capacité de travail, rien ne s'oppose, sur le plan strictement neurologique, à la reprise de l'activité professionnelle antérieure ainsi qu'à la reprise de toute activité exigible, ceci à un taux médico-théorique de 100% (plein temps avec un rendement de 100%). Selon l'expert en neurologie, cette appréciation ne tient pas compte des éléments neuropsychologiques et psychiques et rappelle en plus que les troubles olfactifs et auditifs ainsi que du sommeil ne représentent pas dans le cas présent une cause d'incapacité de travail. Enfin, l'expert ne retient aucune limitation fonctionnelle sur le plan neurologique (OAI-B.\_\_\_\_\_ pce 62 [pp. 871-873, 880-881, 891-892, 894-895, 899/1065]).

**9.4.4** Sur le plan neuropsychologique, le neuropsychologue N.\_\_\_\_\_ établit une anamnèse et mentionne les rapports médicaux pertinents. Le spécialiste indique que l'intéressé se plaint des troubles de mémoire,

manifestés par la perte d'objets et le fait de ne pas se repérer dans un environnement nouveau ou peu connu. Le neuropsychologue N. \_\_\_\_\_ rapporte que l'intéressé ne se plaint pas de troubles de concentration, mais qu'il évoque des oublis, qui peuvent résulter de troubles de concentration. Le neuropsychologue N. \_\_\_\_\_ se prononce sur le comportement de l'intéressé durant l'entretien, rapporte ses activités de la vie quotidienne et effectue des tests neuropsychologiques comprenant en particulier les fonctions exécutives, l'attention et la mémoire. Le bilan neuropsychologique met en évidence un fléchissement exécutif limité à une tâche exigeante de planification (une tâche du même domaine, mais plus simple est réussie) et à l'activation verbale, à la limite du déficit, un léger ralentissement dans des tâches d'attention, surtout dans deux tâches papier-crayon, un discret fléchissement dans une tâche informatisée de mémoire de travail ainsi qu'un déficit en mémoire épisodique verbale, la reconnaissance visuelle oscillant entre le déficit et la norme (test des Portes), les rappels différés d'un matériel visuel ayant pu être copié étant inférieurs aux normes. A l'issue de son examen, le neuropsychologue constate que les plaintes mnésiques, faisant obstacle à une reprise de travail selon l'intéressé, sont peu consistantes, se constituant d'oublis qui sont plus fréquents avec l'avance en âge et qui restent pour autant normaux, et qui tendent à être plus intenses chez des personnes psychologiquement anxieuses. Le neuropsychologue rappelle que les atteintes cérébrales consécutives à la chute de 2017 étaient cérébelleuses et non pas corticales. Le spécialiste rapporte que son examen met en évidence essentiellement des troubles de la mémoire épisodique, mais que l'examen de 2019 ne retenait pas de troubles mnésiques et que le seul trouble commun à cet examen qu'il retrouve à son examen du jour concerne une tâche de planification complexe – une tâche plus simple testant la même fonction étant désormais réussie. Le spécialiste en neuropsychologie déclare qu'il y a des incohérences, d'une part entre le fait que l'intéressé a pu rentrer par ses propres moyens en France après l'accident, d'autre part entre les résultats à l'examen de 2019 et le sien, avec une dégradation en mémoire épisodique notamment, et alors même que dans le contexte d'un traumatisme cérébral léger à modéré, on s'attendrait plutôt à une amélioration avec le temps. En outre, le neuropsychologue N. \_\_\_\_\_ relève qu'il y a des signes d'une exagération de symptômes tant au niveau des facteurs intégrés que dans une tâche spécifique de validation de performances basée sur la mémoire. Selon ce spécialiste, un certain degré d'anxiété ou la dysthymie retenue par l'expert psychiatre dans la présente expertise peuvent expliquer cette implication partielle de l'assuré dans les tâches. Cela signifie que des facteurs non neuropsychologiques interfèrent avec la mobilisation des ressources

cognitives et de ce fait, l'examen ne permet pas de retenir de trouble neuropsychologique significatif et qu'il ne peut définir aucune limitation dans l'activité habituelle. En outre, le neuropsychologue fait une comparaison avec l'examen de 2019 où on retrouvait la difficulté en planification objectivée, mais seulement à la plus exigeante des deux tâches utilisées alors, l'autre tâche (la Clé de la BADS) étant normale. En 2019, aucun trouble de la mémoire n'était retenu. Lors de son examen du jour, le neuropsychologue N. \_\_\_\_\_ constate une amélioration de l'attention divisée si l'on tient compte du critère le plus déterminant, à savoir les omissions, les temps de réponse en auditif restant à la limite du déficit, mais s'avérant aujourd'hui très rapides en visuel, et indique que le temps de réponses au TMT A s'est altéré par rapport à 2019. Sur le plan de la capacité de travail, le spécialiste en neuropsychologie ne retient aucune limitation dans l'activité habituelle (OAI-B. \_\_\_\_\_ pce 62 [pp. 882-887, 895-896, 899/1065]).

**9.4.5** Sur le plan psychiatrique, le Dr K. \_\_\_\_\_ rapporte que l'assuré se plaint de difficultés à se concentrer et de mémoire, que sa tête « s'embrouille » rapidement et qu'il oublie beaucoup de chose. L'assuré se sent découragé et en a assez de ses problèmes de mémoire qui lui pèsent. Il ne se plaint pas de tristesse et déclare avoir envie de faire des choses mais qu'il n'a plus de plaisir, car c'est un calvaire pour planifier les activités. L'assuré déclare être préoccupé par son avenir professionnel et par ses problèmes de santé et avoir des difficultés à se concentrer lorsqu'il discute avec des gens, suivre une conversation étant difficile pour lui, mais il arrive à regarder la télévision. S'agissant des activités quotidiennes, l'assuré indique que depuis l'accident, il vit chez sa mère et que son épouse est rentrée en Thaïlande en 2019, n'ayant pas pu revenir à cause de la pandémie. L'intéressé déclare que durant l'été, il s'occupe d'un gîte qu'il loue en montant des éléments de meubles de cuisine, faisant des travaux d'électricité et se faisant aider par ses amis. En outre, l'assuré s'occupe de son père, de sa mère et de son oncle en les emmenant faire des courses. En ce qui concerne les tâches ménagères, l'assuré fait la vaisselle, la lessive, nettoie la maison en passant l'aspirateur et la serpillière et sa mère repasse ses habits. L'intéressé déclare que la gestion de l'administration est plus compliquée, car cela « s'emmêle » dans sa tête lorsqu'il doit utiliser l'ordinateur. Depuis l'accident, le recourant indique qu'il ne roule plus en moto, faisant des courts trajets qui ne dépassent pas les 15 km en voiture en général, mais qu'il a pu conduire depuis (...) jusqu'à (...) pour le rendez-vous d'expertise en étant accompagné par un ami connaissant la route. L'assuré explique que, là où il vit, il n'y a pas de transport public et qu'il se déplace surtout en voiture. Depuis l'accident, l'assuré explique qu'il

utilise plus régulièrement un GPS, sauf dans les endroits qu'il connaît, même si parfois il a quelques hésitations sur la route à prendre. En outre, le recourant indique qu'il lit les nouvelles sur internet, mais qu'il ne retient pas tout, et qu'il regarde la télévision le soir, ayant parfois du mal à suivre l'histoire de certains films mais qu'il se souvient en général de ce qu'il a regardé à la télévision. Le recourant n'a pas d'animaux domestiques et ne fait pas de jardinage. Le volet psychiatrie contient également les données personnelles, familiales et socioprofessionnelles de l'intéressé. L'intéressé ne mentionne pas d'éléments particuliers relatifs à ses relations avec proches ou ses relations d'ordre professionnel et voit chaque semaine ses amis. Au status psychiatrique, l'expert constate qu'il n'y a pas d'hyperactivité, d'agitation psychomotrice et d'agitation sans but et que l'intéressé n'est pas ralenti. S'agissant des fonctions cognitives, l'expert ne relève pas de déficit attentionnel et indique que le langage est sans particularité, l'assuré ne manquant pas de mot et étant vigilant. La datation des événements anciens est décrite comme étant laborieuse et que l'assuré doit réfléchir régulièrement pour dater certains événements, par exemple le début du suivi psychiatrique, l'année de son mariage ou la date de naissance de son épouse ou encore, il ne se souvient plus de l'âge de ses belles-filles et de son demi-frère. Quant à la pensée, le Dr K. \_\_\_\_\_ ne constate pas de troubles du cours de la pensée, notamment en ce qui concerne le rythme et le déroulement de la pensée, le contenu de la pensée étant focalisé sur ses problèmes cognitifs qui l'empêchent de bien fonctionner au quotidien et de travailler. Il n'y a pas d'obsession, de fabulation et d'idées délirantes. L'expert relève que l'affect est approprié, qu'il n'y a pas de labilité émotionnelle, d'hyperémotivité et d'agressivité pathologique et que l'humeur est euthymique. A l'issue de son examen, le Dr K. \_\_\_\_\_ indique n'avoir trouvé aucun indice de traits de personnalité pathologique tant dans la description que l'assuré fait de son caractère, que dans son histoire personnelle ou à l'examen psychiatrique. En outre, l'expert constate que d'après la description des activités quotidiennes, l'intéressé reste actif : il bricole, s'occupe de son ménage, peut conduire, rencontre des amis. Toutefois, l'assuré évoque des difficultés dans les tâches administratives, déclarant que sa tête « *s'embrouille* », met plus de temps pour faire ses bricolages, car il a de la difficulté à planifier, dit faire « *les choses de travers* » et doit parfois regarder des tutoriels pour certains bricolages qu'il savait pourtant faire. L'expert indique que l'examen psychiatrique montre un homme euthymique, aucun signe des lignées anxieuses ou psychotique n'étant observé, et que l'assuré a pu rester concentrer durant l'heure et demie de l'entretien, mais que la datation de certains événements était laborieuse. Selon l'expert, le tableau clinique fait état d'une symptomatologie dépressive légère et chronique depuis

plusieurs années réactionnelles aux troubles cognitifs et évoque le diagnostic de dysthymie (F34.1). En outre, l'expert déclare que le diagnostic de trouble de l'adaptation avec réaction dépressive prolongée ne peut plus être retenu, car nous sommes au-delà des deux ans d'évolution. Le Dr K. \_\_\_\_\_ se prononce également sur le traitement médicamenteux de l'assuré en indiquant que le traitement psychotrope ne lui paraît pas optimal dans la mesure où la Quétiapine et le Seresta peuvent avoir des effets sédatifs et le Seresta peut aggraver les apnées du sommeil. Aussi, selon le Dr K. \_\_\_\_\_, l'arrêt progressif du traitement psychotrope, notamment de la Quétiapine et du Seresta, pourrait améliorer les troubles cognitifs. L'expert relève également que l'intéressé ne sait pas décrire l'effet que lui procure le traitement d'escitalopram (Seroplex), cette molécule antidépressive pouvant être remplacée par un traitement de trazodone afin de faciliter l'endormissement. Enfin, le Dr K. \_\_\_\_\_ retient que du point de vue strictement psychiatrique, la capacité de travail est complète dans toute activité sans diminution de rendement et qu'il n'y a pas de limitation fonctionnelle (OAI-B. \_\_\_\_\_ pce 62 [pp. 872-878, 881-882, 896, 898, 899/1065]).

**9.4.6** Compte tenu de ce qui précède et des pièces au dossier, il sied de constater que toutes les atteintes de l'assuré ont fait l'objet d'un examen par les experts du O. \_\_\_\_\_ et que le dossier médical ne met pas en avant des atteintes qui auraient été ignorées dans l'appréciation de la capacité de travail du recourant. Sur le plan somatique, les diagnostics retenus sont une fracture-tassement de D12 avec cyphose locorégionale résiduelle, des troubles dégénératifs étagés rachidiens, un déficit auditif avec acouphènes et une perte olfactive consécutive à la fracture du rocher à gauche, un syndrome d'apnées obstructives du sommeil, de degré modéré, non-appareillé et sans incidence sur la capacité de travail. En raison des atteintes à l'appareil locomoteur, l'activité habituelle ne peut plus être exigée de l'assuré et ces atteintes donnent lieu aux limitations fonctionnelles susmentionnées à respecter dans une activité adaptée. Sur le plan ORL, seule l'atteinte auditive peut présenter une limitation dans une activité où l'audition serait en premier plan avec nécessité de participer à des réunions dans des environnements acoustiques défavorables. Au plan neurologique, aucune atteinte n'est retenue.

Sur le plan psychiatrique, le diagnostic de dysthymie (F34.1) est retenu. A cet égard, il sied de constater que l'expert en psychiatrie décrit un tableau clinique d'une symptomatologie dépressive légère et chronique : l'assuré a des difficultés à s'endormir en raison des ruminations anxieuses et dépressives sur les conséquences de l'accident sur sa santé et son avenir

professionnel, a perdu confiance en lui à cause de ses troubles cognitifs, se sent découragé selon les jours et il lui arrive de s'énerver parce qu'il se sent diminué. Le Dr K. \_\_\_\_\_ constate que l'assuré est euthymique, rencontre ses amis et reste actif selon la description des activités quotidiennes, qu'il a pu rester concentré durant l'heure et demie de l'entretien, n'est pas ralenti et qu'aucun signe des lignées anxieuse ou psychotique n'est observé ainsi qu'aucun indice de traits de personnalité pathologique. S'agissant du diagnostic du trouble de l'adaptation avec réaction dépressive prolongée retenue dans les rapports Clinique C. \_\_\_\_\_, dans lesquels l'incapacité de travail est motivée par l'état psychique de l'assuré, le Dr K. \_\_\_\_\_ indique que ce trouble ne peut plus être retenu après deux ans d'évolution.

Sur le plan neuropsychologique, le spécialiste relève en particulier que les plaintes mnésiques ont assez peu de consistances, que des facteurs non neuropsychologiques interfèrent avec la mobilisation des ressources cognitives, par exemple la dysthymie, et que les atteintes cérébrales consécutives à l'accident de décembre 2017 étaient cérébelleuses et non pas corticales. Sur ce plan, aucune limitation fonctionnelle n'est retenue.

**9.5** Ainsi, il sied de constater que le rapport d'expertise est rédigé de manière structurée et claire et que les experts se prononcent sur l'ensemble du dossier médical ainsi que des plaintes de l'assuré, expliquant de manière motivée et circonstanciée leurs observations médicales et les motivations des diagnostics actuels. La structure du rapport d'expertise permet également de suivre de manière compréhensible l'évolution de l'état de santé de l'assuré depuis son accident de décembre 2017. En outre, les experts exposent de manière fondée et cohérente la capacité de travail de l'intéressé dans son activité habituelle et dans une activité adaptée ainsi que ses limitations fonctionnelles. Partant, le Tribunal constate que l'expertise pluridisciplinaire du 27 janvier 2022 a pleine valeur probante, les conclusions des experts devant être considérées comme dûment motivées et leurs appréciations ne contiennent pas de contradictions.

**9.6** Dans son avis SMR du 23 décembre 2022, le Dr P. \_\_\_\_\_ résume les rapports médicaux pertinents figurant au dossier, le rapport d'expertise du 27 janvier 2022 et les rapports médicaux transmis par l'intéressé lors de ses observations. Le médecin du SMR note en substance que l'expertise O. \_\_\_\_\_ remplit les critères formels et les exigences des expertises pour l'AI, les experts ayant pris en compte des éléments présents au dossier avec un exposé clair et structuré, et déclare qu'il existe

enfin une cohérence entre les diagnostics, les limitations fonctionnelles et la capacité de travail retenue, avec une prise en compte des indicateurs standards selon la jurisprudence. En outre, le Dr P. \_\_\_\_\_ constate que les médecins traitants de l'assuré ne se prononcent pas sur la capacité de travail dans une activité adaptée dans le cadre de l'audition de l'intéressé (OAI-B. \_\_\_\_\_ pce 93).

## **9.7**

**9.7.1** Dans le cadre de la présente procédure, le recourant conteste la pleine capacité de travail retenue par l'autorité inférieure dans ses décisions du 13 février 2023 et reproche à cette dernière de ne pas avoir pris en compte ses troubles cognitifs. A l'appui de son recours, le recourant produit notamment divers rapports médicaux établis après l'expertise O. \_\_\_\_\_ ainsi que le rapport d'examen neuropsychologique du Centre Hospitalier E. \_\_\_\_\_ du 23 octobre 2019 (TAF pces 1, 12 et 16).

**9.7.2** Selon le rapport médical du 26 août 2022 de la Dre R. \_\_\_\_\_ (ci-après : Dre R. \_\_\_\_\_), neurologue, l'intéressé se plaint principalement de troubles de mémoire et de la concentration avec de très nombreux oublis, notamment concernant ses rendez-vous, ses papiers et l'organisation à l'intérieur de sa maison et ressent des difficultés au raisonnement avec sensation « d'esprit brouillé ». La Dre R. \_\_\_\_\_ rapporte que l'intéressé, effectuant beaucoup de bricolage, fait des erreurs récurrentes, ce qui n'était pas le cas auparavant. La Dre R. \_\_\_\_\_ note également que l'intéressé ne s'est jamais perdu sur un chemin qu'il connaissait, mais ressentant parfois des difficultés d'orientation et se demandant pendant quelques secondes, voire des minutes, où il devait se rendre lorsqu'il est dans sa voiture. L'intéressé déclare qu'il lui arrive de devoir réfléchir lorsqu'il voit des personnes connues afin de retrouver leur identité et ressent une grosse difficulté concernant l'organisation et la planification. La Dre R. \_\_\_\_\_ déclare avoir à sa disposition le bilan neuropsychologique de 2019 réalisé au Centre Hospitalier E. \_\_\_\_\_. A l'examen clinique, la Dre R. \_\_\_\_\_ constate que sur le plan somatique, il n'existe pas d'atteinte motrice ou sensitive, les réflexes ostéotendineux sont bien perçus, légèrement vifs et diffusés aux deux membres inférieurs et que sur le plan cognitif, le patient est légèrement logorrhéique, avec un discours fluent, mais parfois difficile à canaliser. La Dre R. \_\_\_\_\_ déclare ne pas avoir d'argument pour un franc syndrome frontal, notamment pas d'adhérence à l'environnement, pas de franc défaut de conceptualisation, la planification motrice, notamment sur la séquence de Luria, s'effectue difficilement et demande réflexion à l'intéressée, mais il arrive à la faire

sans erreur. En conclusion, la Dre R.\_\_\_\_\_ indique qu'il existe tout de même des difficultés cognitives objectivées sur le bilan neuropsychologique, qu'il est difficile d'évaluer le plan comportemental puisque l'intéressé est seul en consultation et qu'il n'y a selon lui aucune modification. Enfin, la Dre R.\_\_\_\_\_ propose une évaluation auprès d'un spécialiste du cognitif, soit par exemple auprès de la Dre S.\_\_\_\_\_ (TAF pce 12).

**9.7.3** Selon le rapport médical du 9 novembre 2022, la Dre S.\_\_\_\_\_ (ci-après : Dre S.\_\_\_\_\_), neurologue et docteur en neuropsychologie, déclare ne pas avoir lu l'ensemble du dossier de l'intéressé, ni le rapport d'expertise du 27 janvier 2022 et que son rapport médical n'a pas de valeur d'expertise. En outre, la Dre S.\_\_\_\_\_ explique les examens qui devraient être réalisés (TAF pce 12).

**9.7.4** Selon le rapport médical du 19 juillet 2023 du Service de neurologie du Centre hospitalier T.\_\_\_\_\_, le Professeur U.\_\_\_\_\_ (ci-après : Prof. U.\_\_\_\_\_), neurologue, rapporte que l'assuré avait au cours de son activité professionnelle la notion de tremblements, des aphtes dans la bouche, des douleurs abdominales qui ont disparu depuis l'arrêt de cette activité et qui peuvent marquer une certaine intoxication. Le Prof. U.\_\_\_\_\_ mentionne que l'intéressé ne présentait pas de difficulté professionnelle et qu'il rapporte avoir eu quelques troubles du sommeil avec des insomnies et des ruminations. Selon le Prof. U.\_\_\_\_\_, l'intéressé présente des troubles cognitifs et comportementaux séquellaires de son traumatisme crânien sévère et qu'il y a toutefois possiblement une composante toxique devant l'exposition des solvants et une composante de surmenage professionnel associé à une anxiété. Le Prof. U.\_\_\_\_\_ relève que les troubles cognitifs sont actuellement tout à fait stables et séquellaires sur les différentes évaluations qui ont été faites et qu'il n'y a pas d'argument pour une pathologie neuro-évolutive sous-jacente ou pour une autre pathologie neurologique surajoutée. Enfin, le Prof. U.\_\_\_\_\_ indique que l'assuré a des difficultés à accepter son handicap et qu'un suivi médical psychologique et/ou psychiatrique est nécessaire (TAF pce 12).

**9.7.5** Selon le rapport médical du 16 août 2023, le Dr V.\_\_\_\_\_ (ci-après : Dr V.\_\_\_\_\_), médecin généraliste, indique que l'assuré a été victime d'un grave accident en 2017 avec polytraumatisme grave dont un traumatisme crânien avec contusion frontale droite et traumatisme rachidien et qu'il souffre actuellement de troubles cognitifs et de concentration invalidants et de douleurs séquellaires rachidiennes dont le

maintien de posture. Le Dr V.\_\_\_\_\_ retient que ces troubles sont actuellement stables et séquellaires. En outre, le Dr V.\_\_\_\_\_ mentionne que l'intéressé a bénéficié de plusieurs examens récents effectués par des neurologues et neuropsychologues et que les troubles cognitifs sont largement reconnus. Le Dr V.\_\_\_\_\_ retient une incapacité de travail totale dans l'activité habituelle et indique qu'une activité adaptée serait possible en respectant le handicap de l'assuré : nécessité de plus de temps de compréhension, de ne pas travailler sur un poste de travail dangereux pour lui ou pour les autres (troubles attentionnels) et un poste sans rendement. En outre, le Dr V.\_\_\_\_\_ relève que l'assuré est quelqu'un d'anxieux et de perfectionniste, ce qui pouvait générer une gêne quotidienne mais qui n'avait pas de retentissement sur le plan mnésique et attentionnel. En conclusion, le Dr V.\_\_\_\_\_ relève que le fait que l'assuré a été considéré comme un simulateur a été un facteur aggravant, le plongeant dans une profonde dépression, ce qui se comprend dans le cadre d'un assuré qu'on décrit comme consciencieux, perfectionniste et anxieux, et mentionne la nécessité d'une nouvelle expertise avec reconnaissance d'un handicap cognitif, l'expertise devant tenir compte de ces handicaps invisibles qui gênent au quotidien l'intéressé et qui sont un ralentissement sur ces capacités fonctionnelles (TAF pce 12).

**9.7.6** Dans son rapport médical du 28 août 2023, le Dr D.\_\_\_\_\_ retient que l'assuré présente un syndrome post-commotionnel suite à un TCC avec hémorragie cérébrale et fractures crâniennes multiples le 19 décembre 2017 (F07.2), un trouble cognitif léger associé à une affectation somatique (TCC de 2017 ; F06.7), un trouble dépressif récurrent, épisode actuel sévère, sans symptômes psychotiques (F32.2). Le Dr D.\_\_\_\_\_ indique que l'état clinique du recourant est en péjoration en raison de l'augmentation des troubles cognitifs et que l'assuré est plus irritable et présente un risque suicidaire intermittent, mais non négligeable. Le Dr D.\_\_\_\_\_ retient une incapacité de travail de 100% tant dans l'activité habituelle que dans une activité adaptée (atelier protégé), car le recourant n'a plus de capacités de concentration et d'attention ainsi que de mémorisation suffisantes pour exercer une quelconque activité. En outre, le Dr D.\_\_\_\_\_ indique que les derniers rapports neurologiques effectués en France démontrent clairement que des troubles existent bel et bien et que l'assuré ne simule en aucun cas et que le rapport médical de son médecin traitant est très parlant et clair ainsi que le rapport médical de la Prof. W.\_\_\_\_\_ du Centre Hospitalier E.\_\_\_\_\_ (TAF pce 12).

**9.7.7** Dans le cadre de la duplique, l'autorité inférieure a notamment produit l'avis SMR de l'OAI-B.\_\_\_\_\_ du 9 janvier 2024 (TAF pce 18). Il ressort

de cet avis SMR que le Dr P.\_\_\_\_\_ se prononce sur les rapports médicaux transmis par le recourant lors de la présente procédure et que l'OAI-B.\_\_\_\_\_ a actualisé le dossier de la SUVA. Le Dr P.\_\_\_\_\_ relève en substance que les rapports médicaux fournis dans le cadre du présent recours n'apportent pas d'éléments médicaux objectifs nouveaux qui auraient été ignorés de l'expertise O.\_\_\_\_\_ ou qui seraient survenus par la suite jusqu'à la date de décision. En particulier, le Dr P.\_\_\_\_\_ souligne que la péjoration de l'état de santé alléguée par le Dr D.\_\_\_\_\_ n'est pas soutenue par des éléments objectifs à l'anamnèse ou au status venant corroborer cette appréciation, le suivi psychiatrique étant qualifié d'épisodique. S'agissant des troubles cognitifs, le Dr P.\_\_\_\_\_ relève que l'appréciation du Dr D.\_\_\_\_\_ est en discordance avec celles des Drs V.\_\_\_\_\_ et U.\_\_\_\_\_ qui mentionnent plutôt une stabilité des troubles cognitifs. Enfin, le Dr P.\_\_\_\_\_ indique que les médecins traitants de l'assuré ne formulent aucune critique argumentée et fondée sur des éléments médicaux objectifs à l'encontre du contenu de l'expertise O.\_\_\_\_\_, contestant les conclusions en termes de capacité de travail. Parmi les pièces médicales reçues de la SUVA figure l'appréciation médicale de la Dre X.\_\_\_\_\_ (ci-après : Dre X.\_\_\_\_\_), spécialiste en psychiatrie et psychothérapie auprès de la SUVA, du 11 septembre 2023. Se prononçant sur les rapports médicaux du Dr D.\_\_\_\_\_, la Dre X.\_\_\_\_\_ relève que le traitement médicamenteux de l'assuré composé de Temesta et de Stilnox serait à éviter dans le contexte de plaintes de troubles cognitifs, car la présence chronique de benzodiazépines et dérivés peut induire ou péjorer des troubles cognitifs.

**9.7.8** Compte tenu de ce qui précède, le Tribunal constate à l'instar du Dr P.\_\_\_\_\_ que l'appréciation du Dr D.\_\_\_\_\_ concernant les troubles cognitifs de l'assuré est discordante avec celles des Drs V.\_\_\_\_\_ et U.\_\_\_\_\_ d'une part et que, d'autre part, le Dr D.\_\_\_\_\_ retient lui-même que ces troubles cognitifs sont légers tout en indiquant que le recourant ne peut exercer aucune activité professionnelle, même en atelier protégé, en raison des troubles de concentration, d'attention et de mémoire. En ce qui concerne le trouble dépressif récurrent, épisode actuel sévère, il sied de relever que ce diagnostic ne repose sur aucune explication médicale et que le Dr D.\_\_\_\_\_ ne donne aucune information concrète quant au status psychique de l'assuré ainsi qu'à l'anamnèse. De même, on ne comprend pas en quoi consiste la péjoration des troubles cognitifs alléguée par le psychiatre traitant de l'intéressé, signalant également que selon le rapport médical du 15 décembre 2023, date de réception par la SUVA, le suivi psychiatrique est épisodique, selon les propos du Dr D.\_\_\_\_\_, et qu'entre avril 2022 et août 2023, il y a eu

uniquement dix entretiens. A cet égard, il sied de rappeler que selon la jurisprudence du Tribunal fédéral, le suivi d'une thérapie adéquate de psychothérapie constitue un indicateur de la gravité de l'affection et il est exigible compte tenu de l'obligation de réduire le dommage de la personne assurée (cf. ATF 143 V 409 consid. 4.4 et 4.5.2). Ainsi, il sied de constater que les rapports médicaux du Dr D.\_\_\_\_\_ sont contradictoires et manquent de motivation concernant les éléments de diagnostics objectifs. S'agissant des rapports médicaux des Drs R.\_\_\_\_\_ et V.\_\_\_\_\_ et du Prof. U.\_\_\_\_\_, il sied de constater que ces médecins mettent en avant une stabilité des troubles cognitifs et que leur recommandation pour une nouvelle évaluation neuropsychologique relative à la reconnaissance des troubles cognitifs semble plutôt reposer sur le fait que l'expertise O.\_\_\_\_\_ aurait retenu que l'assuré simulait ses troubles cognitifs, ce qui aurait engendré une forte réaction chez l'intéressé, et non pas sur des éléments objectifs et pertinents qui auraient été ignorés dans cette expertise. De surcroît, ces rapports ne contiennent pas d'appréciation médico-théorique de la capacité de travail de l'assuré. Quant au rapport médical de la Dre S.\_\_\_\_\_, celui-ci est un résumé du premier entretien de l'intéressé auprès de cette spécialiste, laquelle relève d'ailleurs à plusieurs reprises ne pas avoir pris connaissance de l'ensemble du dossier médical de l'assuré et que son rapport médical ne constitue pas une expertise. En outre, ce rapport médical ne contient pas de motivation circonstanciée relative aux atteintes ainsi qu'à la capacité de travail de l'assuré. Partant, les rapports médicaux transmis par le recourant n'apportent pas d'éléments médicaux objectifs qui auraient été ignorés par les experts du O.\_\_\_\_\_ et par les médecins du SMR.

**9.8** En outre, le Tribunal rappelle que l'octroi d'une rente d'invalidité étrangère ne préjuge pas la détermination de l'invalidité selon le droit suisse (cf. arrêt du TF I 435/02 du 4 février 2003 consi. 2 ; arrêts du TAF C-2552/2011 du 18 janvier 2012 consid. 10.1, C-7665/2016 du 12 novembre 2019 consid. 2.1 et C-2/2020 du 9 février 2021 consid. 4.3 ; cf. également supra consid. 3.2 et les références citées). Dès lors, le recourant ne saurait tirer aucun bénéfice de la qualité de travailleur handicapé qui lui a été reconnue en France par décision du 23 septembre 2023 par la Maison départementale des personnes handicapées (cf. TAF pce 16), les prestations d'invalidité n'étant pas octroyées sur les mêmes critères en Suisse et en France.

**9.9** Par conséquent, le Tribunal constate que le rapport d'expertise du 27 janvier 2022 est conforme aux requisits jurisprudentiels et doit, partant, se voir attribuer pleine valeur probante. Il n'existe aucun motif permettant de

douter du bien-fondé de celui-ci et de s'écarter des motivations et conclusions retenues dans ledit rapport d'expertise. Il s'ensuit que les décisions du 13 février 2023 de l'OAI-E peuvent être confirmées sur le plan médical.

## **10.**

Il s'agit désormais de déterminer le taux d'invalidité du recourant.

**10.1** Le choix de la méthode d'évaluation de l'invalidité (méthode générale de comparaison des revenus, méthode mixte, méthode spécifique/extraordinaire) dépend du statut du bénéficiaire potentiel de la rente. Chez les assurés qui exercent une activité lucrative à plein temps avant d'être atteints dans leur santé physique, mentale ou psychique, le taux d'invalidité doit être déterminé sur la base d'une comparaison des revenus (art. 16 LPGA). En l'espèce, le recourant a en dernier lieu exercé une activité lucrative, à plein temps, en qualité de creuseur dans l'horlogerie dans le canton (...) (OAI-B. \_\_\_\_\_ pce 24). Aussi, l'OAI-B. \_\_\_\_\_ a appliqué à juste titre la méthode générale de comparaison des revenus (OAI-B. \_\_\_\_\_ pces 63 et 67).

**10.2** Selon la méthode de comparaison des revenus, le revenu que le recourant aurait pu obtenir s'il n'était pas invalide est comparé avec celui qu'il pourrait obtenir en exerçant l'activité qui peut raisonnablement être exigée de lui après les traitements et les mesures de réadaptation, sur un marché du travail équilibré (art. 16 LPGA applicable par le renvoi de l'art. 28a al. 1 LAI ; ATF 129 V 222 consid. 4.3.1). La différence entre ces deux revenus détermine alors le degré d'invalidité (ATF 130 V 343 consid. 3.4.2 ; arrêt du TF 8C\_536/2017 du 5 mars 2018 consid. 5.1).

**10.3** Les revenus à comparer doivent être évalués de manière aussi concrète que possible si bien qu'il convient, dans la mesure du possible, de se référer aux salaires réellement gagnés par l'assuré avant et après la survenance de ses problèmes de santé (s'agissant du salaire sans invalidité : ATF 139 V 28 consid. 3.3.2 et 134 V 322 consid. 4.1 ; arrêt du TF 9C\_708/2017 du 23 février 2018 consid. 8.1).

Selon la jurisprudence, à défaut de salaires de référence tant sans qu'avec invalidité, un salaire théorique doit être évalué sur la base des statistiques salariales. Pour le marché du travail suisse, il s'agit de se fonder sur les enquêtes sur la structure des salaires (ESS), publiées par l'Office fédéral de la statistique (OFS ; ATF 139 V 592 consid. 2.3 ; 135 V 297 consid. 5.2 ; 129 V 472 consid. 4.2.1 et 126 V 75 consid. 3b/aa et bb ; arrêts du TF

9C\_363/2016 du 12 décembre 2016 consid. 5.3.1 et 9C\_719/2015 du 3 juin 2016 consid. 5.1). 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). Cas échéant, 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).

Dans certains cas, le gain d'invalidité déterminé d'après les données statistiques doit être réduit afin de tenir compte des circonstances personnelles et professionnelles de la personne concernée (limitations liées au handicap, âge, années de service, nationalité ou la catégorie d'autorisation de séjour et taux d'occupation) susceptibles de diminuer ses possibilités de réaliser un gain se situant dans la moyenne, applicable aux employés 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 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 et 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 qui dispose pour cela d'un large pouvoir d'appréciation. Le pouvoir d'examen du Tribunal portant également sur l'opportunité d'une décision (art. 49 PA), le Tribunal administratif fédéral doit, lorsqu'il examine l'usage de ce pouvoir d'appréciation pour fixer l'étendue de l'abattement, porter son attention sur les différentes solutions qui s'offraient à l'administration et voir si un abattement plus ou moins élevé (mais limité à 25%) serait mieux approprié et s'imposerait pour un motif pertinent, sans toutefois substituer sa propre appréciation à celle de l'administration (ATF 137 V 71 consid. 5.2 ; arrêts du TF 8C\_103/2018 du 25 juillet 2018 consid. 4 et 9C\_481/2017 du 1<sup>er</sup> décembre 2017 consid. 3.2).

**10.4** Le Tribunal fédéral a également précisé qu'afin de permettre une comparaison des revenus, les salaires à comparer doivent se fonder sur un même marché du travail, car la disparité des niveaux de rémunération et des coûts de la vie ne sont pas les mêmes d'un pays à l'autre et ne

permettent pas de procéder à une comparaison objective des revenus en question (ATF 137 V 20 consid. 5.2.3.2 et 110 V 273 consid. 4b ; arrêt du TF 8C\_300/2015 du 10 novembre 2015 consid. 7.1). Ainsi, pour un assuré résidant à l'étranger, l'évaluation du revenu sur la base des données statistiques suisses est en principe justifiée, car au vu des raisons susmentionnées, on ne saurait retenir sans autre le montant du dernier salaire obtenu par l'assuré dans son Etat de résidence (VALTERIO, op. cit., p. 421 n° 46 ; arrêt du TF 9C\_311/2009 du 2 décembre 2009 consid. 3.3 ; arrêt du Tribunal administratif fédéral C-6976/2008 du 22 avril 2010 consid. 11.2.3). Dans une affaire, le Tribunal fédéral a cependant laissé ouverte la question de l'application des données économiques de l'Etat de résidence au cas où elles auraient la même fiabilité et représentativité que celles qui sont disponibles en Suisse (arrêt du TF I 232/06 du 25 octobre 2006 consid. 4).

**10.5** Pour procéder à la comparaison des revenus, il convient de se placer au moment de la naissance (hypothétique) du droit à la rente. En outre, les revenus à comparer doivent être déterminés par rapport à un même moment et les modifications de ces revenus susceptibles d'influencer le droit à la rente doivent être prises en compte jusqu'au moment où la décision est rendue (ATF 132 V 393 consid. 2.1 et 129 V 222 consid. 4.1 et 4.2 ; arrêt du TF 8C\_84/2018 du 1<sup>er</sup> février 2019 consid. 6.2). De plus, l'autorité doit se fonder sur les données les plus récentes disponibles au moment de la décision (ATF 143 V 295 consid. 4 ; arrêt du TF 9C\_699/2015 du 6 juillet 2016 consid. 5.2).

**10.6** En l'occurrence, l'OAI-B. \_\_\_\_\_ a retenu un salaire annuel sans invalidité de 80'585 fr. 56, salaire basé sur les informations transmises par l'ancien employeur en 2019 et indexé en 2022 (cf. OAI-B. \_\_\_\_\_ pce 35).

Se basant sur les données statistiques de l'ESS de 2022, l'OAI-B. \_\_\_\_\_ a, à juste titre, retenu un salaire annuel d'invalidé de 69'988 fr. 74 (ESS tableau TA1 n°01-96, total homme, niveau de compétence 1, adapté à l'horaire hebdomadaire de 41.7 ; indexé à 2022), sans diminution de rendement et abattement.

**10.7** Sur cette base, l'OAIE a procédé à la comparaison des revenus sans et avec invalidité de respectivement 80'585 fr. 56 et 69'988 fr. 74 et abouti à un taux d'invalidité de 13.15% ( $[(80'585 \text{ fr. } 56 - 69'988 \text{ fr. } 74) : 80'585 \text{ fr. } 56 \times 100\% = 13.15]$ ). Ce taux n'ouvre pas le droit à une rente d'invalidité conformément à l'art. 28 al. 1 LAI.

## 10.8

**10.8.1** Par souci de complétude, il convient d'aborder la question de l'absence d'abattement même si le recourant ne remet pas en cause cet absence d'abattement sur le salaire statistique retenu à titre de revenu d'invalidé et n'oppose aucun motif qui justifierait de s'écarter sur ce point de la décision attaquée.

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 ou la catégorie d'autorisation de séjour et taux d'occupation) susceptibles de diminuer ses possibilités de réaliser un gain se situant dans la moyenne, applicable aux personnes 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 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 et 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 qui dispose pour cela d'un large pouvoir d'appréciation. Le pouvoir d'examen du Tribunal portant également sur l'opportunité d'une décision (cf. art. 49 PA), celui-ci doit, lorsqu'il examine l'usage de ce pouvoir d'appréciation pour fixer l'étendue de l'abattement, porter son attention sur les différentes solutions qui s'offraient à l'administration et voir si un abattement plus ou moins élevé (mais limité à 25%) serait mieux approprié et s'imposerait pour un motif pertinent, sans toutefois substituer sa propre appréciation à celle de l'administration (ATF 137 V 71 consid. 5.2 ; arrêts du TF 8C\_103/2018 du 25 juillet 2018, consid. 4 et 9C\_481/2017 du 1<sup>er</sup> décembre 2017 consid. 3.2).

En outre, il sied de souligner que la valeur statistique retenue par l'autorité inférieure – le niveau de compétence 1 de l'ESS 2022 – s'applique à tous les assurés qui ne peuvent plus accomplir leur ancienne activité parce qu'elle est physiquement trop astreignante pour leur état de santé, mais qui conservent néanmoins une capacité de travail importante pour des

travaux légers ; pour ces assurés, le salaire statistique retenu est suffisamment représentatif de ce qu'ils seraient en mesure de réaliser en tant qu'invalides dès lors qu'il recouvre un large éventail d'activités variées et non qualifiées, ne requérant pas d'expérience professionnelle spécifique ni de formation particulière, si ce n'est une phase initiale d'adaptation et d'apprentissage (arrêt du Tribunal fédéral 8C\_175/2020 du 22 septembre 2020 consid. 4.2).

**10.8.2** En l'espèce, il sied de rappeler que les limitations fonctionnelles présentées par le recourant sont : position debout de plus d'une heure, position assise de plus d'une heure, port de charges de plus de 10 kg, position en mobilité du rachis fléchi en avant ou incliné ainsi que participation à des réunions dans des environnements acoustiques défavorables ; et que dans une activité adaptée à ses limitations fonctionnelles, l'assuré a une pleine capacité de travail et sans baisse de rendement. Il ressort de la motivation des décisions litigieuses que l'autorité inférieure a estimé après examen des facteurs de réduction (limitations fonctionnelles, âge, années de service, nationalité et taux d'occupation) qu'aucun abattement n'est justifié dans le cas de l'intéressé (cf. la motivation des décisions litigieuses [TAF pce 1]). Ainsi, à l'analyse du dossier, il n'apparaît pas critiquable d'avoir renoncé à un abattement dans le cas d'espèce. En effet, on ne voit pas en quoi les limitations fonctionnelles que présente le recourant – toute activité permettant des changements de position fréquents, une limite de port de charges de 10 kg et mobilisation du rachis fléchi en avant ou incliné – entraîneraient, dans les activités encore exigibles de la part de l'assuré, une diminution des possibilités de ce dernier de réaliser un gain se situant dans la moyenne. En ce qui concerne les autres facteurs, il sied également de mentionner l'âge de l'assuré, né le (...) 1963, qui se trouvait dans sa 59<sup>e</sup> année au moment où la reprise d'une activité était exigible médicalement, soit le 27 janvier 2022 (cf. not. ATF 138 V 457 consid. 3.3 ; arrêt du Tribunal fédéral 8C\_84/2018 du 1<sup>er</sup> février 2019 consid. 6.2 et 6.3). Toutefois, il sied de préciser que l'âge de l'assuré n'est pas susceptible de modifier la conclusion à laquelle inférieure est parvenue dans la mesure où même si l'on applique l'abattement de 25% – ce qui n'est pas justifié in casu – au salaire statistique, le degré d'invalidité ne s'élève qu'à 35% (le calcul :  $69'988 \text{ fr. } 74 \times 25 : 100 = 17'497 \text{ fr. } 18$  ;  $69'988 \text{ fr. } 74 - 17'497 \text{ fr. } 18 = 52'491 \text{ fr. } 56$  ;  $80'585 \text{ fr. } 56 - 52'491 \text{ fr. } 56 \times 100 : 80'585 \text{ fr. } 56 = 34.86\%$ ), ce taux n'ouvrant pas le droit à une rente d'invalidité.

Au final, l'on ne saurait faire grief à l'autorité inférieure, qui dispose à ce propos d'un large pouvoir d'appréciation (ATF 126 V 75 consid. 6), de n'avoir retenu aucun abattement sur le salaire d'invalidé.

**10.9** Enfin, il convient également d'examiner la jurisprudence relative aux assurés âgés de plus 55 ans ou ayant bénéficié d'une rente pendant 15 ans au moins. Il sied de relever que cette jurisprudence est également applicable lorsque l'on statue sur la limitation et/ou l'échelonnement en même temps que sur l'octroi de la rente.

**10.9.1** Bien qu'il incombe en règle générale à la personne assurée de s'intégrer de son propre chef dans le marché du travail (cf. notamment ATF 138 I 205 consid. 3) et qu'en principe, une amélioration de la capacité de travail médicalement documentée permet d'inférer une amélioration de la capacité de gain (arrêts du TF 9C\_178/2014 du 29 juillet 2014 consid. 7.1.2.1 ; 9C\_254/2011 du 15 novembre 2011 consid. 7.1.2.1 ; 9C\_368/2010 du 31 janvier 2011 consid. 5.2.2.1 et 9C\_163/2009 du 10 septembre 2010 consid. 4.2.2), la jurisprudence admet des situations exceptionnelles.

**10.9.2** Ainsi, il est présumé qu'une réadaptation par soi-même ne peut pas, en principe, être exigée d'une personne assurée qui au moment de la réduction ou de la suppression de la rente (ATF 148 V 321 consid. 7.1 ss et 141 V 5 consid. 4) était âgée de 55 ans révolus ou avaient bénéficié d'une rente depuis 15 ans au moins. Dans ces circonstances, des mesures d'ordre professionnel préalables sont en règle générale nécessaires afin que la personne assurée puisse faire valoriser économiquement sa capacité de travail attestée d'un point de vue médical (cf. arrêt du TF 9C\_228/2010 du 26 avril 2011 consid. 3.3 et 3.5, in SVR 2011 IV n° 73 p. 220 ; voir également arrêts du TF 9C\_178/2014 du 29 juillet 2014 consid. 7.1.2.2 ; 9C\_920/2013 du 20 mai 2014 consid. 4.4 et 9C\_254/2011 du 15 novembre 2011 consid. 7.1.2.2 ; PETRA FLEISCHANDERL, *Behandlung der Eingliederungsfrage im Falle der Revision einer langjährig ausgerichteten Invalidenrente*, in : SZS 2012 pp. 360 ss). Autrement dit, dans ces cas, en raison de l'âge de la personne assurée et/ou de la longue absence du marché du travail en raison du versement de la rente, une mesure de réadaptation présente en général une condition sine qua non de la réduction ou suppression de la rente (cf. notamment arrêts du TF 9C\_707/2018 du 26 mars 2019 consid. 5.1 ; 9C\_368/2010 cité consid. 5.1.2 et 5.2.2).

**10.9.3** Plus encore, le Tribunal fédéral reconnaît qu'en raison de l'âge avancé et des circonstances concrètes de la personne concernée, la capacité de travail résiduelle de celle-ci n'est plus demandée sur le marché du travail même équilibré (ATF 145 V 2 consid. 5.3.1 ; 138 V 457 consid. 3.1). Lorsque la personne assurée se trouve proche de l'âge de la retraite, il faut se demander si, de manière réaliste et en appréciant la situation dans son ensemble, celle-ci est en mesure d'exploiter économiquement sa capacité de gain résiduelle (cf. art. 7 et 16 LPGA ; notamment arrêt du TF 9C\_188/2019 du 10 septembre 2019 consid. 7.2) ; l'on ne saurait se fonder sur des possibilités de travail irréalistes (notamment arrêts du TF 9C\_329/2015 du 20 novembre 2015 consid. 7.2 ; 9C\_651/2008 du 9 octobre 2009 consid. 6.2.2.1). Concrètement, lorsqu'une personne assurée approche de l'âge de la retraite, il convient de déterminer si un employeur potentiel consentirait objectivement à engager la personne assurée, compte tenu des activités qui restent exigibles de sa part en raison d'affections physiques ou psychiques, de l'adaptation éventuelle de son poste de travail à son handicap, de son expérience professionnelle et de sa situation sociale, de ses capacités d'adaptation à un nouvel emploi et du salaire et des contributions patronales à la prévoyance professionnelle obligatoire à verser (ATF 145 V 2 consid. 5.3.1 ; 138 V 457 consid. 3.1 ; arrêt du TF 9C\_188/2019 du 10 septembre 2019 consid. 7.2). En particulier, la mise en valeur économique de la capacité résiduelle de travail d'une personne dépend de la durée prévisible des rapports de travail, surtout lors d'un changement professionnel (ATF 138 V 457 consid. 3.2 ; arrêt du TF 9C\_437/2008 du 19 mars 2009 consid. 4.2).

**10.9.4** Dans la pratique, Tribunal fédéral pose des conditions exigeantes et il faut que les obstacles soient importants pour que l'on admette que la capacité résiduelle de travail d'une personne d'un certain âge ne peut plus être mise en valeur et que l'on conclue que ses chances d'être engagée sur un marché du travail considéré de par la loi comme équilibré ne sont plus intactes (arrêt du TF 8C\_96/2012 du 9 mai 2012 consid. 7).

A titre d'exemple, le Tribunal fédéral a considéré que la capacité de travail résiduelle dans une nouvelle activité professionnelle peut être mise en valeur par un assuré de 60 ans, présentant une capacité de travail réduite de 30% en raison de problèmes rhumatologiques, cardiaques et psychiatriques (arrêt du TF I 304/06 du 22 janvier 2007 consid. 4), par un autre assuré de 60 ans à qui s'offrait un éventail relativement large d'activités auxiliaires malgré ses problèmes de dos divers qui ont justifié une capacité de travail résiduelle de 80% (arrêt du TF 9C\_918/2008 consid. 4.2), par un assuré de 61 ans qui pouvait encore exercer à plein

temps un travail léger en position assise, notamment des activités impliquant une motricité fine, alors qu'il n'avait pas d'expériences professionnelles dans ce domaine (arrêt du TF 8C\_330/2015 du 19 août 2015 consid. 3.2) ou par un assuré qui était âgé de 63 ans et 4 mois et présentait une capacité de travail entière dans une activité adaptée (arrêt du TF 9C\_536/2015 du 21 mars 2016).

**10.9.5** En l'espèce, le recourant était âgé de plus de 55 ans au moment où il a été mis au bénéfice d'une rente entière limitée dans le temps par décisions du 23 février 2023 (concernant le moment auquel il convient de déterminer si l'âge de référence de 55 ans est atteint, cf. ATF 148 V 321 consid. 7.3) pour la période du 1<sup>er</sup> octobre 2019 au 30 avril 2022, rappelant que l'intéressé a déclaré être en incapacité de travail depuis décembre 2017 en raison de son accident et que sa demande AI date d'avril 2019. Ainsi, le recourant appartient à la catégorie d'assurés dont il convient de présumer selon le Tribunal fédéral qu'ils ne peuvent en principe pas entreprendre de leur propre chef tout ce que l'on peut raisonnablement attendre d'eux pour tirer profit de leur capacité de travail. Il existe toutefois des exceptions permettant d'admettre une réadaptation par soi-même, malgré l'âge de l'assuré et la suppression de la rente qui lui était servie. Il s'agit notamment des cas dans lesquels les assurés maintiennent une activité lucrative malgré le versement de la rente, présentent une agilité et prestance particulières, sont bien intégrés dans l'environnement social, disposent d'une formation et d'expériences professionnelles étendues, ou encore dont la longue absence du marché du travail n'est pas dictée par l'invalidité (arrêts du TF 8C\_597/2014 du 6 octobre 2015 consid. 3.2 ; 9C\_625/2015 du 17 novembre 2015 consid. 5 et les réf. cit. ; 8C\_39/2012 du 24 avril 2012 consid. 5.2 ; 9C\_176/2018 du 16 août 2018 consid. 4.3 et les réf. cit.).

Du dossier, il ressort que l'autorité inférieure a examiné la question de mesures d'ordre professionnel et proposé à l'intéressé une aide au placement, ce qui a été refusée par celui-ci dès lors qu'il a indiqué qu'il allait s'inscrire à Pôle Emploi en France (OAI-B. \_\_\_\_\_ pces 68, 71, 73 et 74). L'autorité inférieure a notamment souligné que le recourant a de bonnes compétences dans le domaine manuel, ayant toujours exercé une activité dans le domaine industriel et ses compétences pouvant être mises en valeur dans une activité adaptée dans ce domaine. En outre, il est fait mention des ressources de l'intéressé : celui-ci, vivant avec sa mère et s'occupant de cette dernière ainsi que de son père et de son oncle, entretient un gîte, qu'il loue pendant l'été, en montant des éléments de meubles de cuisine et en faisant des travaux d'électricité, et est aidé par

ses amis. Sur cette base, l'autorité inférieure a conclu qu'il n'avait aucune mesure susceptible de réduire le préjudice économique en regard de l'âge (OAI-B. \_\_\_\_\_ pce 68).

**10.9.6** Compte tenu de ce qui précède, on pouvait, au moment de la décision litigieuse, raisonnablement exiger du recourant qu'il se réinsère sur le marché du travail. Partant, l'appréciation de l'autorité inférieure est conforme à la jurisprudence relative aux assurés âgés de plus de 55 ans.

**11.**

En conséquence, le recours doit être rejeté et les décisions du 13 février 2023 de l'OAIE confirmées.

**12.**

Le recourant, qui succombe, doit s'acquitter des frais de justice fixés, compte tenu de la charge de travail liée à la procédure, à 800 francs (art. 63 al. 1 PA ; voir également art. 69 al. 1 bis et 2 LAI). Ils sont compensés par l'avance de frais du même montant dont il s'est acquitté le 22 août 2023 (TAF pce 9) dans le cadre de la présente procédure.

Il n'est alloué de dépens ni au recourant vu l'issue de la procédure, ni à l'autorité inférieure (art. 64 al. 1 *a contrario* PA et art. 7 al. 1 *a contrario* et al. 3 du règlement du 21 février 2008 concernant les frais, dépens et indemnités fixés par le Tribunal administratif fédéral [FITAF, RS 173.320.2]).

(le dispositif se trouve sur la base suivante)

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

**1.**

Le recours est rejeté.

**2.**

Les frais de procédure de 800 francs sont mis à la charge du recourant. Ce montant est compensé par l'avance de frais déjà versée au cours de l'instruction.

**3.**

Il n'est pas alloué de dépens.

**4.**

Le présent arrêt est adressé au recourant, à l'autorité inférieure et à l'Office fédéral des assurances sociales.

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

La présidente du collège :

La greffière :

Caroline Bissegger

Müjde Atak

**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 :