



Cour III
C-448/2023

Arrêt du 24 juin 2026

Composition

Caroline Gehring (présidente du collège),
David Weiss, Christoph Rohrer, juges,
Cécile Bonmarin, greffière.

Parties

A. _____, (France)
recourant,

contre

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

Objet

Assurance-invalidité (décision du 16 janvier 2023).

Faits :**A.**

A._____ (ressortissant français domicilié en France voisine, né le (...) 1975, marié, père de trois enfants nés les (...) 2001, (...) 2005 et (...) 2011, titulaire d'une formation en désossage [ci-après : l'assuré ou le recourant]) a travaillé à 100% en Suisse dans la construction (comme agent d'entretien et ouvrier affecté aux travaux généraux de second œuvre) pour l'entreprise bâloise B._____, sise à (...). Ce faisant, il a cotisé au régime de sécurité sociale français d'octobre 2002 à octobre 2015 (OAI-C._____ pce 51.3 p. 4), puis à l'assurance-vieillesse, survivants et invalidité suisse (ci-après : AVS/AI) d'avril 2017 à décembre 2020 selon une rémunération horaire jusqu'en novembre 2020, puis selon un salaire mensuel fixe à partir de décembre 2020 (cf. pièces du dossier de l'Office de l'assurance-invalidité du canton de C._____ [ci-après : OAI-C._____ pces] 2, 4, 11.23, 12, 30.31, 35, 40.12, 54.4). A la suite d'une chute de près de 2 mètres survenue le 15 décembre 2020, il a subi une fracture par tassement incomplète de la première vertèbre lombaire L1, laquelle a nécessité une opération de stabilisation percutanée des vertèbres thoracique T11 à lombaire L3 suivie d'une lente réadaptation et assortie de douleurs dorsales persistantes. Il a subi une incapacité totale de travail à compter du même jour, avant d'être licencié par courrier du 28 mai 2021 avec effet au 31 août 2021 (OAI-C._____ pces 11.34, 11.38, 11.39, 11.40, 11.41, 30.31). L'assureur-accidents de son employeur (ci-après : la SUVA) a pris en charge les frais médicaux et les indemnités journalières pour perte de gain du 18 décembre 2020 jusqu'au 31 mai 2023 (OAI-C._____ pces 11.33, 70.7, 71), avant de lui dénier le droit à une rente et de lui octroyer une indemnité pour atteinte à l'intégrité de 20% (cf. décisions des 5 juin 2023 [TAF pce 13] et 14 décembre 2021 ; voir également évaluation médicale de l'atteinte à l'intégrité du 11 décembre 2021 par le Dr D._____, médecin d'arrondissement de la SUVA spécialisé en orthopédie [OAI-C._____ pces 40.4-40.3]).

B.

Le 18 février 2021, A._____ dépose une demande de prestations d'invalidité, invoquant une incapacité totale de travail résultant des séquelles dorsales causées par la chute du 15 décembre 2020 (OAI-C._____ pces 2, 35 p. 2 ss).

B.a Par communication du 23 septembre 2021, l'Office de l'assurance-invalidité du canton de C._____ (ci-après : l'OAI-C._____ ou autorité d'instruction) clôt la procédure d'intervention précoce et dénie à l'assuré le

droit à des mesures d'ordre professionnel en raison de son état de santé (OAI-C. _____ pces 32, 31 ; voir également notice téléphonique de la SUVA du 18 mai 2021 [OAI-C. _____ 20.2]).

B.b Procédant alors à l'instruction du droit éventuel de l'assuré à une rente, l'OAI-C. _____ recueille, sur le plan économique, un questionnaire pour l'employeur signé le 26 mars 2021 (OAI-C. _____ pce 20.26), ainsi que les fiches de salaire courant de décembre 2019 au janvier 2021 (OAI-C. _____ pces 40.17 p. 3-39). Sur le plan médical, il porte au dossier celui de la SUVA, ainsi que les avis des médecins traitants de l'assuré, soit :

- l'avis des spécialistes en chirurgie rachidienne de l'Hôpital universitaire de E. _____ (ci-après : UniSpital E. _____) indiquant que A. _____ a été admis en urgence à l'UniSpital E. _____ à la suite d'une chute d'une hauteur de 2 mètres survenue le 15 décembre 2020 lui ayant fracturé par tassement la première vertèbre lombaire L1 (fracture par tassement incomplète, classification AO type A3) réduite par opération de stabilisation percutanée des vertèbres T11 à L3; que le contrôle radiologique postopératoire indique un positionnement correct du matériel implanté, sans signe de migration du matériel ni de nouvelle fracture aiguë ; que les fortes douleurs préopératoires au niveau de la jonction thoraco-lombaire ont régressé au cours de la période postopératoire ; que les contrôles réguliers de la plaie révèlent des cicatrices sans irritation ; que le patient – qui a pu être mobilisé grâce à un traitement physiothérapeutique et regagner son domicile le 21 décembre 2020, dans un bon état de santé général, avec une plaie sèche et sans irritation – présente une incapacité totale de travail du 15 décembre 2020 au 15 mars 2021 (cf. rapports de CT scan du 15 décembre 2020 des Drs F. _____ et G. _____ [radiologues – OAI-C. _____ pces 11.38, 11.39 et 11.40] ; cf. rapport de radiologie de la transition thoraco-lombaire de la colonne vertébrale du 18 décembre 2020 du Dr H. _____ [radiologue – OAI-C. _____ pce 11.36] ; cf. rapport opératoire du 21 décembre 2020 des Drs I. _____ et J. _____ [spécialistes en chirurgie rachidienne] et rapport de sortie de l'UniSpital E. _____ du 21 décembre 2020 du Dr I. _____ [OAI-C. _____ pces 11.34 et 11.41] ; voir également les rapports des 17 mars 2021 et 21 juin 2021 des Drs K. _____ et L. _____ [OAI-C. _____ pces 20.32, 30.26), des 26 et 27 août 2021 du Dr J. _____ [OAI-C. _____ pces 30.6, 30.7]) ;
- l'avis de l'orthopédiste traitant (cf. rapport du 7 janvier 2021 du Dr M. _____ [OAI-C. _____ pce 11.28]) ;

- l'avis de la neurologue traitante (cf. rapport du 25 novembre 2021 de la Dre N. _____ [OAI-C. _____ pce 40.10]) ;
- l'avis du psychiatre traitant (cf. rapports des 11 mai 2021 et 9 juillet 2021 du Dr O. _____ [OAI-C. _____ pces 30.23, 30.17]) ;
- l'avis du généraliste traitant qui retient le diagnostic de fracture par tassement lombaire ; qui rapporte la persistance des douleurs et une nouvelle fracture vertébrale post-opératoire ; qui rappelle que le traitement consiste en Doli-prane et Toprec, en séances de kinésithérapie 2x/mois ; qui indique que la reprise du travail est estimée à 0% en raison de la persistance des douleurs (cf. certificats médicaux des 24 juin 2021, 2 juillet 2021, 12 novembre 2021 du Dr P. _____ [OAI-C. _____ pces 28 p. 2, 30.21, 40.11]).

B.c Se référant à un rapport médical établi le 8 décembre 2021 par le Dr I. _____ (spécialiste en chirurgie rachidienne [OAI-C. _____ pce 40.9 ; cf. *infra* consid. 7.1.2]) et adressé au Dr P. _____ (généraliste traitant), l'OAI-C. _____ retient que l'assuré subit une incapacité totale de travail dans son activité lucrative habituelle depuis le mois de décembre 2020, mais qu'il dispose, depuis janvier 2022, d'une capacité de travail de 80% à 100% dans une activité lucrative adaptée à son état de santé équivalant à un taux d'invalidité de 0% et communique, par préavis du 1^{er} février 2022, son intention de rejeter la demande de prestations d'invalidité (OAI-C. _____ pce 43).

B.d Par acte du 15 février 2022 complété le 9 mars 2022 (OAI-C. _____ pces 45 et 50), l'assuré conteste le préavis, en particulier la capacité de travail de 80% à 100% qui lui est opposée depuis janvier 2022 alors même qu'il est toujours en traitement – notamment de kinésithérapie – pour ses douleurs dorsales, qu'une IRM a été effectuée en date du 15 décembre 2021 et que l'éventuel retrait du matériel d'ostéosynthèse sera discuté en mai 2022. Durant la procédure d'audition, les rapports médicaux complémentaires suivants sont portés au dossier :

- le rapport d'IRM de la colonne lombaire établi le 15 décembre 2021 par le Dr Q. _____, radiologue (OAI-C. _____ 45 p. 11-12 [cf. *infra* consid. 8.1.10]) ;
- les rapports des 20 décembre 2021, 22 décembre 2021 et 26 janvier 2022 du Dr P. _____ (généraliste) qui atteste que son patient n'a pas recouvré les 100% de ses capacités physiques depuis son accident de travail du 15 décembre 2020 et qu'il persiste des douleurs et des gênes dans la vie courante entraînant une diminution de la capacité de travail devant faire l'objet d'une

évaluation par un expert ; qui retient un arrêt de travail complet jusqu'au 30 janvier 2022, puis jusqu'au 28 février 2022 (OAI-C. _____ pce 45 p. 6 ; pce 53.33 p.8 ; pce 53.24 p. 3) ;

- le rapport du 9 février 2022 du Dr D. _____, médecin d'arrondissement de la SUVA spécialisé en chirurgie orthopédique et traumatologie de l'appareil locomoteur (OAI-C. _____ pce 53.21 p. 2 [cf. *infra* consid. 8.1.11]) ;
- le rapport de scintigraphie osseuse pratiquée le 17 février 2022 par la Dre R. _____, radiologue (OAI-C. _____ 50 p. 4 [cf. *infra* consid. 8.1.13]) ;
- les certificats médicaux des 24 février 2022, 25 mars 2022, 25 avril 2022 et 13 juin 2022 du Dr P. _____ (généraliste) attestant un arrêt de travail complet jusqu'aux 31 mars 2022, 30 avril 2022, 15 juin 2022 et 30 août 2022 (OAI-C. _____ pces 50 p. 3, 53.5 p. 2, 53.3 p. 2, 56.12 p. 3) ;
- le rapport du 8 mars 2022 de la Dre S. _____, spécialiste en chirurgie rachidienne (OAI-C. _____ pces 58 p. 7-8 [cf. *infra* consid. 8.1.14]) ;
- le rapport de sortie de l'UniSpital E. _____ du 27 août 2022 du Dr T. _____, spécialiste en chirurgie rachidienne (OAI-C. _____ pce 70.31 [cf. *infra* consid. 8.1.15]).

B.e Invité à se déterminer sur le rapport de la Dre N. _____ du 25 novembre 2021 (cf. *infra* consid. 8.1.8), sur le rapport d'IRM de la colonne lombaire du 15 décembre 2021 du Dr Q. _____ (cf. *infra* consid. 8.1.10), sur les rapports du Dr P. _____ des 20 et 22 décembre 2021, sur le rapport de scintigraphie du 17 février 2022 de la Dre R. _____ (cf. *infra* consid. 8.1.13) et sur le rapport de sortie de l'UniSpital E. _____ du 27 août 2022 du Dr T. _____ (cf. *infra* consid. 8.1.15), le Dr U. _____ (médecin-conseil SMR généraliste) considère qu'hormis une incapacité totale de travail de 3 à 4 semaines au maximum suivant l'intervention chirurgicale de retrait du matériel d'ostéosynthèse pratiquée le 24 août 2022, une capacité de travail de 80% à 100% dans une activité lucrative adaptée demeure exigible de la part de l'assuré depuis janvier 2022, aucune détérioration de l'état de santé n'étant survenue depuis la dernière évaluation de chirurgie rachidienne effectuée par le Dr I. _____ le 8 décembre 2021 (cf. prise de position SMR du 21 novembre 2022 [OAI-C. _____ pce 62]).

B.f Se référant au rapport du 8 décembre 2021 du Dr I. _____ ainsi qu'à la prise de position SMR du Dr U. _____ du 21 novembre 2022, l'Office de l'assurance-invalidité pour les assurés résidant à l'étranger (ci-après :

OAIE ou autorité inférieure), aux termes d'une décision rendue le 16 janvier 2023, confirme le préavis de l'OAI-C._____ et rejette la demande de rente d'invalidité compte tenu d'une incapacité totale et définitive de travail dans l'activité habituelle d'ouvrier dans la construction à compter du 15 décembre 2020, ainsi que d'une incapacité de travail dans une activité lucrative adaptée à l'état de santé de 100% à partir du 15 décembre 2020, puis de 0% à 20% à compter du 1^{er} janvier 2022 n'ouvrant pas de droit à une rente compte tenu d'un degré d'invalidité insuffisant à l'aune d'un revenu sans invalidité de CHF 61'098.- et d'un revenu d'invalidité – taux d'occupation de 90% et sans abattement – de CHF 62'093.- (OAI-C._____ pce 70.8).

B.g Après ce prononcé, les documents médicaux suivants sont venus complétés le dossier :

- le rapport opératoire du 24 août 2022 ainsi que le rapport de contrôle du 29 novembre 2022 de la Dre S._____, spécialiste en chirurgie rachidienne (OAI-C._____ pce 70.34 [cf. *infra* consid. 8.1.15] et OAI-C._____ pces 70.19 [cf. *infra* consid. 8.1.16]) ;
- les certificats médicaux des 29 août 2022, 27 octobre 2022 et 6 janvier 2023 du Dr P._____ (généraliste) attestant un arrêt de travail complet jusqu'aux 30 octobre 2022, 7 janvier 2023 et 31 mars 2023 (OAI-C._____ pces 70.21 p. 1, 70.29, 70.11) ;
- le rapport du 21 décembre 2022 du Dr D._____, médecin d'arrondissement SUVA spécialisé en chirurgie orthopédique et traumatologie de l'appareil locomoteurs (OAI-C._____ pce 70.18 [cf. *infra* consid. 8.1.17]).

C.

C.a Par acte du 24 janvier 2023 (timbre postal), l'assuré saisit le Tribunal administratif fédéral (ci-après : Tribunal ou TAF) d'un recours contre la décision de l'OAIE du 16 janvier 2023 dont il réclame implicitement l'annulation. Contestant la capacité de travail dans une activité lucrative de substitution de 80% à 100% dès janvier 2022 telle que retenue par l'autorité inférieure, il fait valoir qu'il est toujours en incapacité totale de travail, que la SUVA n'a pas encore statué définitivement sur son cas et que celle-ci a ordonné son admission à la Clinique de réhabilitation de (...) à compter du 31 janvier 2023 afin d'établir son état de santé respectivement sa capacité de travail (TAF pce 1).

C.b Par réponse du 26 mai 2023, l'OAIE conclut au rejet du recours et à la confirmation de la décision attaquée, se référant à la prise de position de

l'OAI-C._____ du 15 mai 2023 aux termes de laquelle la capacité de travail de 80%-100% à partir de janvier 2022 dans une activité lucrative adaptée à l'état de santé de l'assuré reste valable, aucune aggravation de l'état de santé n'ayant été constatée depuis le rapport du 8 décembre 2021 du Dr I._____. L'OAI-C._____ souligne que les constats médicaux établis à cette date par le Dr I._____ ne diffèrent guère de ceux ressortant du rapport médical du 27 février 2023 et du rapport de sortie du 1^{er} mars 2023 établis par les Drs V._____ et W._____ (spécialistes en médecine physique et réhabilitation auprès de la Clinique de réhabilitation de (...)) à l'issue d'un séjour de l'assuré du 31 janvier 2023 au 27 février 2023, de sorte qu'ils ne sauraient fonder un degré d'invalidité donnant droit à une rente (TAF pce 10).

C.c Par réplique du 3 juillet 2023 (TAF pce 16 annexes), le recourant produit en procédure de recours :

- un certificat médical du 13 juin 2023 du Dr P._____ confirmant les séquelles graves causées par l'accident du 15 décembre 2020 (fracture par tassement lombaire opérée) et la nécessité d'une réévaluation par un expert ;
- un certificat médical du 13 juin 2023 du Dr O._____ (psychiatre traitant [cf. *infra* consid. 9.1]).

C.d Invité à dupliquer, l'OAIE y renonce (cf. courrier du 3 octobre 2023 [TAF pce 18]).

C.e Par ordonnance du 5 octobre 2023, le Tribunal transmet une copie du courrier du 3 octobre 2023 de l'OAIE au recourant et signale la clôture de l'échange d'écriture, sous réserve d'autres mesures d'instruction (TAF pce 19).

(Les autres faits et arguments des parties seront repris, pour autant que nécessaire, dans les considérants en droit ci-après.)

Droit :

1.

1.1 Sous réserve des exceptions – non réalisées en l'espèce – prévues à l'art. 32 de la loi fédérale du 17 juin 2005 sur le Tribunal administratif fédéral (LTAF, RS 173.32), ce Tribunal connaît, en vertu de l'art. 31 LTAF en relation avec l'art. 33 let. d LTAF et l'art. 69 al. 1 let. b de la loi fédérale du 19 juin 1959 sur l'assurance-invalidité (LAI, RS 831.20), des recours

interjetés contre les décisions au sens de l'art. 5 de la loi fédérale du 20 décembre 1968 sur la procédure administrative (PA, RS 172.021) prises par l'OAIE.

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

1.3 Selon l'art. 59 LPGA, quiconque est touché par la décision ou la décision sur opposition et a un intérêt digne d'être protégé à ce qu'elle soit annulée ou modifiée a qualité pour recourir. Ces conditions sont remplies en l'espèce.

1.4 Déposé en temps utile et dans les formes requises par la loi (art. 60 LPGA et 52 al. 1 PA), le recours est recevable, l'avance sur les frais de procédure présumés d'un montant de 800.- francs ayant été, au demeurant, dûment acquittée (art. 63 al. 4 PA [TAF pce 4]).

2.

En l'espèce, le recourant s'est vu dénier le droit à une rente d'invalidité par décision de l'OAIE du 16 janvier 2023. Circonscrit par cette dernière et les conclusions du recours, l'objet du présent litige porte sur le droit éventuel de l'assuré à une rente d'invalidité en raison de l'incapacité totale de travail alléguée par le recourant à la suite de son accident survenu le 15 décembre 2020.

3.

Dans la mesure où le recourant est un ressortissant français, domicilié en France voisine et assuré à l'assurance-vieillesse, survivants et invalidité suisse (AVS/AI), l'affaire présente un aspect transfrontalier (ATF 145 V 231 consid. 7.1 ; 143 V 354 consid. 4 ; 143 V 81 en particulier consid. 8.1). Est dès lors applicable à la présente cause l'Accord du 21 juin 1999 sur la libre circulation des personnes (ALCP, RS 0.142.112.681), conclu entre la Suisse et la Communauté européenne et ses Etats membres, dont l'annexe II règle la coordination des systèmes de sécurité sociale (art. 8 ALCP). Dans ce contexte, l'ALCP fait référence depuis le 1^{er} avril 2012 au

règlement (CE) n° 883/2004 du Parlement européen et du Conseil du 29 avril 2004 portant sur la coordination des systèmes de sécurité sociale (ci-après : règlement n° 883/2004, RS 0.831.109.268.1), ainsi qu'au règlement (CE) n° 987/2009 du Parlement européen et du Conseil du 16 septembre 2009 fixant les modalités d'application du règlement (CE) n° 883/2004 (ci-après : règlement n° 987/2009, RS 0.831.109.268.11 ; art. 1 par. 1 de l'annexe II en relation avec la section A de l'annexe II). A compter du 1^{er} janvier 2015, sont également applicables dans les relations entre la Suisse et les Etats membres de l'Union européenne (UE) les modifications apportées notamment au règlement n° 883/2004 par les règlements (UE) n° 1244/2010 (RO 2015 343), n° 465/2012 (RO 2015 345) et n° 1224/2012 (RO 2015 353). Toutefois, même après l'entrée en vigueur de l'ALCP et des règlements de coordination, l'invalidité ouvrant droit à des prestations de l'assurance-invalidité suisse se détermine exclusivement d'après le droit suisse (art. 46 al. 3 du règlement n° 883/2004, en relation avec l'annexe VII dudit règlement ; ATF 130 V 253 consid. 2.4 ; arrêt du TF 9C_573/2012 du 16 janvier 2013 consid. 4), étant précisé que la documentation médicale et administrative fournie par les institutions de sécurité sociale d'un autre Etat membre doit être prise en considération (art. 49 par. 2 du règlement n° 987/2009).

4.

4.1 La procédure dans le domaine des assurances sociales fait prévaloir la maxime inquisitoire (art. 43 LPGA ; ATF 138 V 218 consid. 6). Ainsi, le Tribunal administratif fédéral définit les faits et apprécie les preuves d'office et librement (art. 12 PA ; PIERRE MOOR/ETIENNE POLTIER, Droit administratif, vol. II, 3^{ème} éd. 2011, ch. 2.2.6.3). Ce faisant, il ne tient pour existants que les faits qui sont prouvés, cas échéant au degré de la vraisemblance prépondérante (ATF 139 V 176 consid. 5.2 et 138 V 218 consid. 6). Par ailleurs, il applique le droit d'office, sans être lié par les motifs invoqués par les parties (art. 62 al. 4 PA ; ATAF 2013/46 consid. 3.2), ni par l'argumentation juridique développée dans la décision entreprise (MOOR/POLTIER, op. cit., ch. 2.2.6.5 ; BENOÎT BOVAY, Procédure administrative, 2^{ème} éd., 2015, p. 243 ; JÉRÔME CANDRIAN, Introduction à la procédure administrative, 2013, n° 176). L'autorité saisie se limite en principe aux griefs soulevés et n'examine les questions de droit non invoquées que dans la mesure où les arguments des parties ou le dossier l'y incitent (ATF 122 V 157 consid. 1a et 121 V 204 consid. 6c ; ANDRÉ MOSER/MICHAEL BEUSCH/LORENZ KNEUBÜHLER/MARTIN KAYSER, Prozessieren vor dem Bundesverwaltungsgericht, 3^e éd., 2022, n° 1.55). Les parties ont le devoir de collaborer à l'instruction (art. 13 PA et 43 al. 3 LPGA ; arrêt du TAF C-6134/2017 du 3 avril 2018 consid. 5.4) et de motiver leur recours (art. 52 PA). Au sens de l'art. 49 PA,

elles peuvent invoquer devant le Tribunal administratif fédéral la violation du droit fédéral, y compris l'excès ou l'abus du pouvoir d'appréciation (let. a), de même que la constatation inexacte ou incomplète des faits pertinents (let. b) et l'inopportunité de la décision (let. c).

4.2 Dans ce contexte, le Tribunal examine d'office les conditions formelles de validité et de régularité de la procédure devant l'autorité inférieure, soit notamment le point de savoir si l'autorité qui a rendu la décision litigieuse était compétente (ATF 142 V 67 consid. 2.1 et 140 V 22 consid. 4 ; arrêt du TAF C-3964/2019 du 13 décembre 2021 consid. 3.2). En la matière, l'art. 40 al. 2 du règlement du 17 janvier 1961 sur l'assurance-invalidité (RAI, RS 831.201) dispose que l'office AI du secteur d'activité dans lequel le frontalier exerce une activité lucrative est compétent pour enregistrer et examiner les demandes présentées par les frontaliers (1^{ère} phrase). Cette règle s'applique également aux anciens frontaliers pour autant que leur domicile habituel se trouve encore dans la zone frontière au moment du dépôt de la demande et que l'atteinte à la santé remonte à l'époque de leur activité en tant que frontalier (2^{ème} phrase). L'Office AI pour les assurés résidant à l'étranger notifie les décisions (3^{ème} phrase).

En l'occurrence, le recourant est domicilié en France voisine à (...) et l'atteinte à la santé est survenue alors qu'il exerçait, en tant que frontalier, une activité lucrative au service de l'entreprise B. _____, sise à (...). Partant, c'est à juste titre que l'Office AI du canton de C. _____ a instruit la demande de rente d'invalidité déposée le 18 février 2021 et que l'Office AI pour les assurés résidant à l'étranger a notifié la décision litigieuse.

5.

5.1 Selon les principes généraux du droit intertemporel, le droit matériel applicable est en principe celui en vigueur lors de la réalisation de l'état de fait qui doit être apprécié juridiquement ou qui a des conséquences juridiques, sous réserve de dispositions particulières du droit transitoire (ATF 146 V 364 consid. 7.1 ; 144 V 210 consid. 4.3.1 ; 143 V 446 consid. 3.3 ; 136 V 24 consid. 4.3 ; 132 V 215 consid. 3.1.1). La modification de la LAI et de la LPGA adoptée le 19 juin 2020 (Développement continu de l'AI ; RO 2021 705 ; FF 2020 5373 ; Message du Conseil fédéral du 15 février 2017 [FF 2017 2363]), ainsi que celle du 3 novembre 2021 apportée au règlement du 17 janvier 1961 sur l'assurance-invalidité (RAI, RS 831.201 ; RO 2021 706) sont entrées en vigueur le 1^{er} janvier 2022. Ces nouvelles dispositions s'appliquent à toutes les rentes qui prennent naissance, au sens de l'art. 29 LAI, à partir du 1^{er} janvier 2022, même si la survenance de l'invalidité a été fixée à une date antérieure au 31 décembre 2021

(Circulaire sur l'invalidité et les rentes dans l'assurance-invalidité [CIRAI], valable dès le 1^{er} janvier 2022, état au 1er janvier 2024, ch. 9100 ; Circulaire relative aux dispositions transitoires concernant le système de rentes linéaire [Circ. DT DC AI], valable dès le 1er janvier 2022, état au 1er janvier 2025, ch. 1007 à 1010).

En l'occurrence, l'examen au fond du droit éventuel de l'assuré à une rente d'invalidité porte sur une demande de rente déposée le 18 février 2021 à la suite d'une incapacité de travail survenue le 15 décembre 2020 de sorte que l'éventuel droit à la rente du recourant prendrait naissance au plus tôt le 1^{er} décembre 2021 (art. 28 al. 1 et 29 al. 1 et 3 LAI). Par conséquent, le droit à la rente sera examiné à l'aune des dispositions de la LAI et de son règlement d'exécution telles que modifiées par la 6^e révision de l'AI (premier volet) en vigueur depuis le 1er janvier 2012 (RO 2011 5659, FF 2010 1647) qui seront seules citées dans la présente affaire dans leur teneur jusqu'au 31 décembre 2021. Le nouveau droit entré en vigueur le 1er janvier 2022 ne s'applique pas.

5.2 Le juge des assurances sociales apprécie la légalité des décisions attaquées, en règle générale, d'après l'état de fait existant jusqu'au moment où la décision litigieuse a été rendue (en l'espèce, le 16 janvier 2023). Les faits survenus postérieurement, et qui ont modifié cette situation, doivent en principe faire l'objet d'une nouvelle décision administrative (ATF 144 V 210 consid. 4.3.1, 130 V 138 consid. 2.1 et 121 V 362 consid. 1b). Ils doivent néanmoins être pris en considération lorsqu'ils sont étroitement liés à l'objet du litige et de nature à en influencer l'appréciation au moment où la décision attaquée a été rendue (arrêts du TF 9C_758/2020 du 25 mai 2021 consid. 3.2 et 9C_34/2017 du 20 avril 2017 consid. 5.2 et les réf. cit.). En particulier, même s'il a été rendu postérieurement à la date déterminante, un rapport médical doit être pris en considération s'il a trait à la situation antérieure à cette date (arrêts du TF 9C_758/2020 du 25 mai 2021 consid. 3.2 ; 9C_34/2017 du 20 avril 2017 consid. 5.2 et les réf. cit.) respectivement s'il permet de mieux appréhender l'état de santé et la capacité de travail de l'intéressé jusqu'à la décision sujette à recours (ATF 130 V 445 consid. 1.2.1, 121 V 362 consid. 1b).

En l'occurrence, les deux rapports de la Clinique de réhabilitation à (...) des 27 février 2023 et 1^{er} mars 2023 rédigés par les Drs V. _____ et W. _____ sont postérieurs à la décision litigieuse. Néanmoins, ils concernent l'état de santé déjà connu du recourant avant le prononcé de la décision litigieuse du 16 janvier 2023. Ils actualisent les symptômes et constats médicaux établis durant et à la sortie du séjour de l'assuré à la Clinique de

réhabilitation de (...) permettant une meilleure appréciation globale de l'état de santé du recourant, de sa capacité de travail et de ses limitations physiques (OAI-C. _____ pces 70.5, 70.6 [cf. *infra* consid. 8.1.18 ss]). Partant, ils doivent être pris en considération dans la présente procédure de recours. Il en va de même des rapports médicaux établis les 13 juin 2023 par le Dr P. _____ (généraliste traitant) et par le Dr O. _____ (psychiatre), dès lors qu'ils ont trait à la situation antérieure à la décision litigieuse et permettent de mieux appréhender l'état de santé et la capacité de travail de l'intéressé jusqu'au prononcé de celle-ci.

6.

6.1 Pour avoir droit à une rente de l'AI suisse, tout requérant doit remplir cumulativement les conditions suivantes : être invalide au sens de la LPGA et de la LAI (art. 8 LPGA ; art. 4, 28, 29 al. 1 LAI) et compter au moins trois années entières de cotisations (art. 36 al. 1 LAI). Dans ce cadre, les cotisations versées à une assurance sociale assimilée d'un Etat membre de l'Union européenne (UE) ou de l'Association européenne de libre-échange (AELE) peuvent également être prises en considération, à condition qu'une année au moins de cotisations puisse être comptabilisée en Suisse (FF 2005 p 4065 ; art. 6 et 45 du règlement n° 883/2004 ; ATF 131 V 390).

6.1.1 En l'occurrence, le recourant a versé des cotisations à l'assurance-vieillesse, survivants et invalidité suisse pendant 43 mois (cf. *supra* let. A ; OAI-C. _____ pce 40.12) et remplit par conséquent la condition de la durée minimale de cotisations. Il reste à examiner s'il est invalide au sens de la LAI.

6.2 L'invalidité au sens de la LPGA et de la LAI est l'incapacité de gain totale ou partielle qui est présumée permanente ou de longue durée (art. 8 al. 1 LPGA).

6.2.1 Elle peut résulter d'une infirmité congénitale, d'une maladie ou d'un accident (art. 4 al. 1 LAI) et est réputée survenue dès qu'elle est, par sa nature et sa gravité, propre à ouvrir droit aux prestations entrant en considération (art. 4 al. 2 LAI). Selon l'art. 7 al. 1 LPGA, est réputée incapacité de gain toute diminution de l'ensemble ou d'une partie des possibilités de gain de l'assuré sur un marché du travail équilibré dans son domaine d'activité, si cette diminution résulte d'une atteinte à sa santé physique, mentale ou psychique et qu'elle persiste après les traitements et les mesures de réadaptation exigibles. Par incapacité de travail, on entend toute perte, totale ou partielle, résultant d'une atteinte à la santé physique, mentale ou

psychique, de l'aptitude de l'assuré à accomplir dans sa profession ou son domaine d'activité le travail qui peut raisonnablement être exigé de lui (art. 6, 1^{ère} phrase LPGGA). L'assurance-invalidité suisse couvre ainsi seulement les pertes économiques liées à une atteinte à la santé physique ou psychique, et non la maladie en tant que telle (ATF 116 V 246 consid. 1b). En d'autres termes, l'objet assuré n'est pas l'atteinte à la santé, mais l'incapacité de gain probablement permanente ou de longue durée qui en résulte et qui n'est pas objectivement surmontable (art. 7 al. 2 LPGGA). En cas d'incapacité de travail de longue durée, l'activité qui peut être exigée de l'assuré peut aussi relever d'une autre profession ou d'un autre domaine d'activité (art. 6, 2^{ème} phrase LPGGA).

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

6.2.3 L'assuré a droit à un quart de rente s'il est invalide à 40% au moins, à une demi-rente s'il est invalide à 50% au moins, à trois quarts de rente s'il est invalide à 60% au moins et à une rente entière s'il est invalide à 70% au moins (art. 28 al. 2 LAI). L'art. 29 al. 4 LAI prévoit que les rentes correspondant à un taux d'invalidité inférieur à 50% ne sont versées qu'aux assurés qui ont leur domicile et leur résidence habituelle (art. 13 LPGGA) en Suisse. Toutefois, à la suite de l'entrée en vigueur de l'ALCP le 1^{er} juin 2002, la restriction prévue à l'art. 29 al. 4 LAI n'est pas applicable lorsque, comme en l'espèce, la personne assurée est une ressortissante suisse ou de l'Union européenne (UE) et réside dans l'un des Etats membres de l'UE (ATF 130 V 253 consid. 2.3 et 3.1 ; art. 4 et 7 du règlement n° 883/2004).

6.2.4 En cas de rente d'invalidité échelonnée ou limitée dans le temps, les dispositions sur la révision d'une rente d'invalidité sont applicables par analogie (art. 17 LPGGA 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.). La décision prononçant une telle rente 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.

6.3 Pour pouvoir déterminer la capacité de travail médico-théorique et évaluer l'invalidité de la personne concernée, l'administration, ou le tribunal en cas de recours, a besoin de documents que le médecin ou éventuellement d'autres spécialistes doivent lui fournir (ATF 117 V 282 consid. 4a) et sur lesquels elle s'appuiera, sous peine de violer le principe inquisitoire (arrêts du TF 8C_623/2012 du 6 décembre 2012 consid. 1). Le Tribunal fédéral a jugé que les données fournies par les médecins constituent un élément utile pour apprécier les conséquences fonctionnelles de l'atteinte à la santé, quand bien même la notion d'invalidité est de nature économique/juridique et non médicale. Précisément, la tâche des médecins consiste à porter un jugement sur l'état de santé et à indiquer dans quelle mesure et pour quelles activités la personne concernée est incapable de travailler, compte tenu de ses limitations (ATF 143 V 418 consid. 6 ; 132 V 93 consid. 4 ; 125 V 256 consid. 4 ; 115 V 133 consid. 2 ; 114 V 310 consid. 3c ; 105 V 156 consid. 1 ; voir également ATF 140 V 193 consid. 3.2 et les réf. cit.). Dans ce contexte, on rappellera qu'il n'appartient pas au juge de remettre en cause le diagnostic retenu par un médecin et de poser de son propre chef des conclusions qui relèvent de la science et des tâches du corps médical (arrêt du TF 9C_719/2016 du 1^{er} mai 2017 consid. 5.2.1). En outre, selon le principe de la libre appréciation des preuves, le juge apprécie librement les preuves médicales qu'il a recueillies, sans être lié par des règles formelles, en procédant à une appréciation complète et rigoureuse des preuves. Le principe de la libre appréciation des preuves s'applique de manière générale à toute procédure de nature administrative, que ce soit devant l'administration ou le juge. La jurisprudence a toutefois posé des lignes directrices en matière d'appréciation des rapports médicaux et d'expertise (ATF 125 V 351 consid. 3b et 3c).

6.3.1 En ce qui concerne la valeur probante d'un rapport médical, ce qui est déterminant, c'est que les points litigieux aient fait l'objet d'une étude circonstanciée, que le rapport se fonde sur des examens complets, qu'il prenne également en considération les plaintes exprimées par la personne

examinée, qu'il ait été établi en pleine connaissance de l'anamnèse, que la description du contexte médical et l'appréciation de la situation médicale soient claires et enfin que les conclusions de l'expert soient dûment motivées. Au demeurant, l'élément déterminant pour la valeur probante n'est ni l'origine du moyen de preuve ni sa désignation comme rapport ou comme expertise, mais bel et bien son contenu (ATF 125 V 351 consid. 3a p. 352 ; 122 V 157 consid. 1c p. 160 et les références). S'agissant d'une expertise mise en œuvre dans le cadre d'une procédure administrative au sens de l'art. 44 LPG, la jurisprudence a précisé que le tribunal peut lui accorder une pleine valeur probante aussi longtemps qu'aucun indice concret ne permet de douter de son bien-fondé (ATF 135 V 465 consid. 4.4; 125 V 351 consid. 3b/bb).

6.3.2 S'agissant des rapports établis par les médecins traitants, qu'il ou elle soit médecin de famille généraliste ou spécialiste, il convient de les apprécier avec une certaine réserve en raison de la relation de confiance, issue du mandat thérapeutique confié au médecin traitant, qui unit celui-ci ou celle-ci à son ou sa patient·e (ATF 125 V 351 consid. 3b/cc et les réf. cit. ; arrêt du TF I 655/05 du 20 mars 2006 consid. 5.4). Toutefois, le simple fait qu'un rapport médical soit établi à la demande d'une partie et soit produit pendant la procédure ne justifie pas en soi des doutes quant à sa valeur probante (arrêt du TF 8C_278/2011 du 26 juillet 2011 consid. 5.3) ; ainsi, on en retiendra des éléments, notamment si ceux-ci, objectivement vérifiables, ont été ignorés dans le cadre d'une expertise indépendante et s'avèrent suffisamment pertinents pour remettre en cause les conclusions de l'expert·e (ATF 125 V 351 consid. 3b/dd et les réf. cit. ; arrêts du TF 9C_338/2016 du 21 février 2017, publié in : Droit des assurances sociales – Jurisprudence [SVR] 2017 IV n° 49 consid. 5.5 ; 9C_876/2009 du 6 juillet 2010 consid. 2.2 ; 9C_24/2008 du 27 mai 2008 consid. 2.3.2 ; 9C_201/2007 du 29 janvier 2008 consid. 3.2 ; MICHEL VALTERIO, op. cit., art. 57 LAI n° 48 et 49).

6.3.3 Il n'est pas interdit aux tribunaux des assurances de se fonder uniquement ou principalement sur les rapports des médecins rattachés aux assureurs, mais, en de telles circonstances, l'appréciation des preuves est soumise à des exigences sévères. Une instruction complémentaire sera ainsi requise s'il subsiste des doutes, même minimes, quant au bien-fondé, à la fiabilité et à la pertinence de ces rapports (ATF 139 V 225 consid. 5.2 ; 135 V 465 consid. 4.4 ; 122 V 157 consid. 1d). Les prises de position des services médicaux régionaux (SMR) et du service médical de l'OAIE doivent être appréciées comme des rapports de médecins liés à l'assureur (concernant le SMR, arrêts du TF 9C_159/2016 du 2 novembre 2016

consid. 2.2 ss ; 8C_197/2014 du 3 octobre 2014 consid. 4 ; arrêt du TAF C-2843/2016 du 30 mai 2018 consid. 8.1 et 8.2 ; MICHEL VALTERIO, op. cit., art. 57 LAI n° 7 et 42 ss, art. 59 LAI n° 2).

Les prises de position des services médicaux régionaux (SMR) ou du service médical de l'OAIE au sens de l'art. 49 al. 1 RAI ne se fondent pas sur des examens médicaux effectués sur la personne et ne posent pas de nouvelles conclusions médicales ; elles portent une appréciation sur celles déjà existantes (arrêts du TF 9C_542/2011 du 26 janvier 2012 consid. 4.1 ; 9C_581/2007 du 14 juillet 2008 consid. 3.2 ; 9C_341/2007 du 16 novembre 2007 consid. 4.1). Elles ont notamment pour but, outre celui d'aider les profanes en médecine qui travaillent dans l'administration ou les tribunaux et à qui il appartient de trancher le droit aux prestations, de résumer et de porter une appréciation sur la situation médicale de la personne concernée, ainsi que de faire une recommandation, sous l'angle médical, concernant la suite à donner à la demande de prestations. Ceci implique aussi, en présence de pièces médicales contradictoires, de dire de façon motivée s'il y a lieu de se fonder sur l'une ou l'autre de ces pièces ou s'il y a lieu de procéder à une instruction complémentaire (ATF 142 V 58 consid. 5.1). De telles prises de position, pour avoir valeur probante, ne peuvent suivre les conclusions d'un médecin sans établir les raisons pour lesquelles les conclusions différentes d'autres médecins ne sont pas suivies (ATF 137 V 210 consid. 6.2.4 ; MICHEL VALTERIO, op. cit., art. 57 LAI n° 43). La valeur probante de ces rapports présuppose que le dossier contienne l'exposé complet de l'état de santé de l'assuré (anamnèse, évolution de l'état de santé et status actuel) et qu'il se soit agi essentiellement d'apprécier un état de fait médical non contesté, établi de manière concordante par les médecins (cf. arrêts du TF 9C_335/2015 du 1^{er} septembre 2015 consid. 5.2; 8C_653/2009 du 28 octobre 2009 consid. 5.2; 8C_239/2008 du 17 décembre 2009 consid. 7.2; cf. également arrêt du TF 9C_462/2014 du 16 septembre 2015 consid. 3.2.2 et références). Si les pièces au dossier ne permettent pas de trancher les questions contestées, les prises de position médicales internes de l'assureur ne peuvent pas, en règle générale, constituer une évaluation finale, mais doivent donner lieu à une instruction complémentaire (arrêts du TF 9C_165/2015 du 12 novembre 2015 consid. 4.3; 9C_58/2011 du 25 mars 2011 consid. 3.3; arrêt du TAF C-2843/2016 du 30 mai 2018 consid. 8.2).

6.3.4 En présence de toute maladie psychique, la capacité de travail réellement exigible de la personne souffrant de ces troubles doit en principe être évaluée sur la base d'une vision d'ensemble, à la lumière des circonstances du cas particulier et sans résultat prédéfini, dans le cadre d'une

procédure d'établissement des faits structurée et normative, permettant, d'une part, de mettre en lumière des facteurs d'incapacités et, d'autre part, les ressources de la personne concernée (ATF 143 V 418 consid. 6 ss ; 143 V 409 ; 141 V 281 consid. 2, 3.4 à 3.6, 4.1).

6.3.4.1 Selon la jurisprudence, il n'est pas nécessaire de mener une procédure probatoire structurée au sens susmentionné lorsqu'il existe des motifs d'exclusion qui conduiraient d'emblée à nier le droit à des prestations d'assurance, à savoir si les limitations liées à l'exercice d'une activité résultent d'une exagération des symptômes ou d'une constellation semblable, et ce, même si les caractéristiques d'une maladie psychique au sens de la classification sont réalisées. Des indices d'une telle exagération apparaissent notamment en cas de discordance entre les douleurs décrites et le comportement observé, l'allégation d'intenses douleurs dont les caractéristiques demeurent vagues, l'absence de demande de soins, de grandes divergences entre les informations fournies par le patient et celles ressortant de l'anamnèse, le fait que des plaintes très démonstratives laissent insensible l'expert, ainsi que l'allégation de lourds handicaps malgré un environnement psycho-social intact. En revanche, quand des motifs d'exclusion peuvent être relevés, sans néanmoins qu'une atteinte à la santé déterminante sur le plan juridique ne puisse être d'emblée exclue pour cette raison, les circonstances indiquant une majoration des plaintes ou une manifestation analogue doivent être prises en compte et évaluées dans le cadre de l'analyse de la capacité de travail (ATF 141 V 281 consid. 2.2 ; arrêt du TF 8C_288/2024 du 29 octobre 2024 consid. 8.2).

6.3.4.2 La Haute Cour a également indiqué qu'il était possible de renoncer à mener une procédure probatoire structurée lorsque celle-ci n'est pas nécessaire ou s'avère inappropriée, pour des raisons de proportionnalité. Il en est ainsi, d'une part, quand le cas d'espèce se caractérise par des évaluations médicales concordantes et par un état de fait clairement circonscrit, par exemple en présence d'un diagnostic de schizophrénie, de troubles obsessionnels compulsifs, de troubles alimentaires ou de troubles panique ; en effet, en raison de leur caractère vérifiable et objectif, ces atteintes sont comparables à des maladies somatiques. D'autre part, la procédure probatoire structurée peut être écartée lorsque des médecins spécialisés concluent de manière convaincante, dans des rapports médicaux ayant une pleine valeur probante, à l'absence d'incapacité de travail, sans qu'une autre évaluation médicale ne les contredise de manière probante, soit faute de qualification médicale, soit parce qu'elle ne revêt pas de valeur probante pour quelque autre motif (ATF 143 V 418 consid. 7.1 ; 143 V 409 consid. 4.5.3 ; arrêt du TF 9C_443/2023 du 28 février 2025 consid. 4, non

publié dans l'ATF 151 V 194 ; arrêt du TAF C-5311/2023 du 14 février 2025 consid. 8.6).

6.3.5 Les facteurs de stress psychosociaux qui entraînent des conséquences fonctionnelles négatives directes, ne figurent pas au nombre des atteintes à la santé susceptibles d'entraîner une incapacité de gain au sens C-5518/2019 Page 24 de la loi (cf. ATF 127 V 294 consid. 5a ; voir également arrêts du TF 9C_609/2018 du 6 mai 2019 consid. 3.4 et arrêt TAF C-1165/2021 du 14 juin 2023 consid. 7.2). En effet, les contraintes sociales ne sont pas prises en compte dans la mesure où elles ont des conséquences fonctionnelles négatives directes (cf. ATF 141 V 281 consid. 4.3.3 avec réserve). Plus les facteurs psychosociaux ou socioculturels apparaissent au premier plan et imprègnent l'anamnèse, plus il est essentiel que le diagnostic médical précise s'il y a atteinte à la santé psychique qui équivaille à une maladie. Ainsi, il ne suffit pas que le tableau clinique soit constitué d'atteintes qui relèvent de facteurs socioculturels ; il faut au contraire qu'il comporte d'autres éléments pertinents sur le plan psychiatrique tels, par exemple, une dépression durable au sens médical ou un état psychique assimilable et non une simple humeur dépressive. Une telle atteinte psychique qui doit être distinguée des facteurs socioculturels et qui doit de manière autonome influencer la capacité de travail est nécessaire en définitive pour que l'on puisse parler d'invalidité. En revanche, lorsque l'expert ne relève pour l'essentiel que des éléments qui trouvent leur explication et leur source dans le champ socioculturel ou psychosocial, il n'y a pas d'atteinte à la santé à caractère invalidant (cf. ATF 127 V 294 consid. 5a et les références ; cf. aussi arrêt du TF 9C_609/2018 du 6 mars 2019 consid. 3.4 et les références ; MICHEL VALTERIO, Commentaire, Loi fédérale sur l'assurance-invalidité [LAI], 2018, art. 4 LAI n° 19). La jurisprudence a notamment précisé que le « Burn-out » en tant que tel ne constitue en principe pas une atteinte à la santé constitutive d'invalidité au sens de la LAI. Il n'est toutefois pas impossible qu'il contribue à l'apparition d'une invalidité subséquente (cf. arrêt du TF 9C_537/2011 du 28 juin 2012 consid. 3.1 et 3.2 et les références).

7.

7.1 Aux termes de la décision litigieuse du 16 janvier 2023, l'OAIE rejette la demande de rente d'invalidité du recourant compte tenu d'une incapacité totale et définitive de travail dans l'activité habituelle d'ouvrier dans la construction à compter du 15 décembre 2020, ainsi que d'une incapacité de travail dans une activité lucrative adaptée à l'état de santé de 100% à partir du 15 décembre 2020, puis de 0% à 20% à compter du 1^{er} janvier 2022 n'ouvrant pas de droit à une rente à défaut d'un degré d'invalidité suffisant.

A l'appui de ce prononcé, l'autorité inférieure se fonde sur le rapport SMR du 21 novembre 2022 du Dr U. _____ (spécialiste en médecine interne générale) qui se réfère lui-même au rapport du 8 décembre 2021 du Dr I. _____ (spécialiste en chirurgie rachidienne). En bref et pour l'essentiel, les constats médicaux suivants ressortent de ces deux rapports.

7.1.1 Dans sa prise de position SMR du 21 novembre 2022, le Dr U. _____ considère qu'hormis une incapacité totale de travail de 3 à 4 semaines au maximum suivant le retrait chirurgical du matériel d'ostéosynthèse pratiqué le 24 août 2022, le recourant dispose d'une capacité de travail de 80% à 100% dans une activité lucrative de substitution et cela depuis le 1^{er} janvier 2022, aucune détérioration de l'état de santé n'étant survenue depuis la dernière évaluation de chirurgie rachidienne effectuée par le Dr I. _____ le 8 décembre 2021 (OAI-C. _____ pce 62).

7.1.2 Dans ledit rapport du 8 décembre 2021, le Dr I. _____, se référant au CT scan de la jonction thoraco-lombaire du 8 juillet 2021 des Drs X. _____ et Y. _____, considère que la fracture par tassement incomplète de L1 opérée le 15 décembre 2020 par stabilisation percutanée de T11 à L3 est en très grande partie consolidée, sans tassement progressif, mais avec l'apparition d'un nouvel enfoncement de type nodus de Schmorl de la plaque terminale ; qu'il n'y a pas de nouveau corps vertébral diminué en hauteur ; que le matériel est intact sans signe de descellement. Lors de son examen clinique, il constate que les douleurs dorsales sont compensées, les plaintes actuelles du patient consistant en des douleurs latérales non spécifiques s'apparentant plutôt à des fourmillements au niveau de la peau ; que si l'arrêt de travail a été prolongé jusqu'à la fin de l'année [ndlr 2021], le Dr I. _____ ne voit pas de raison, sous l'angle de la chirurgie rachidienne, de prolonger cet arrêt au-delà de cette période et en conclut que le patient dispose d'une capacité de travail de 80% à 100% dans une activité lucrative adaptée, c'est-à-dire sans port de charges lourdes, à compter du 1^{er} janvier 2022. Il ajoute que le patient ne souhaite pas procéder à l'ablation du matériel d'ostéosynthèse pour le moment car celui-ci ne le gêne pas, précisant que le patient sera reconvoqué à 6 mois pour une nouvelle consultation de suivi pour le retrait du matériel (OAI-C. _____ pce 40.9).

7.2 Cela étant, le Tribunal constate d'emblée que le diagnostic de fracture par tassement incomplète de la vertèbre lombaire L1 opérée le 15 décembre 2020 par stabilisation percutanée de T11 à L3 entraînant à compter du même jour une incapacité totale et définitive de travail dans l'activité lucrative habituelle d'ouvrier dans la construction ainsi qu'une incapacité

totale de travail dans une activité lucrative de substitution retenus par l'OAIE sont corroborés par l'ensemble des avis médicaux figurant au dossier, qu'il s'agisse du médecin-conseil SMR (cf. prise de position SMR du 21 novembre 2022 du Dr U._____, généraliste [OAI-C._____ pce 62 – cf. *supra* consid. 7.1.1]), du médecin d'arrondissement de la SUVA (cf. rapport du 6 mai 2021 du Dr Z._____, à la spécialisation non spécifiée [OAI-C._____ pce 20.7 – cf. *infra* consid. 8.1.4] et rapport du 9 février 2022 du Dr D._____, spécialiste en chirurgie orthopédique et traumatologie de l'appareil locomoteur [OAI-C._____ pce 53.21 – cf. *infra* consid. 8.1.11]) et des médecins traitants (à savoir en particulier des Drs I._____, J._____, T._____, S._____ [spécialistes en chirurgie rachidienne – OAI-C._____ pce 11.41 [cf. *supra* let. B.b), pce 58 p. 7-8 [cf. *infra* consid. 8.1.14]; pce 70.31 [cf. *infra* consid. 8.1.15]; pce 40.9 [cf. *infra* consid. 7.1.2] ; pce 70.19 [cf. *infra* consid. 8.1.16]).

8. Le recourant, qui ne met pas en cause ces constats, conteste en revanche la capacité résiduelle de travail dans une activité lucrative de substitution que l'OAIE lui oppose à hauteur de 80% voire 100% depuis le 1^{er} janvier 2022, se prévalant d'une incapacité totale de travail ayant, selon lui, perduré au-delà de cette date. Il y a dès lors lieu d'examiner si c'est à juste titre que l'OAIE oppose à l'assuré une amélioration de son état de santé depuis le 15 décembre 2020 lui ayant permis de recouvrer une capacité de travail de 80% voire de 100% à partir du 1^{er} janvier 2022.

8.1

8.1.1 Il est constant que le recourant a été victime d'une fracture par tassement incomplète de L1 opérée le 15 décembre 2020 par stabilisation percutanée de T11 à L3 entraînant une incapacité totale de travail dans toute activité lucrative (cf. rapport opératoire du 21 décembre 2020 des Drs I._____ et J._____ [spécialistes en chirurgie rachidienne] et rapport de sortie de l'UniSpital E._____ du 21 décembre 2020 du Dr I._____ [OAI-C._____ pces 11.41, 11.34]).

8.1.2 Sur le plan orthopédique, le Dr M._____ (chirurgien orthopédique) reçoit, le 7 janvier 2021, un patient se plaignant de douleurs dorsales durant la nuit et lors d'efforts, diagnostique des douleurs myofasciales résiduelles postopératoires au niveau lombaire après une spondylodèse transpédiculaire percutanée T11 - L3 le 15 décembre 2020, constate une thérapie antalgique postopératoire insuffisante et prescrit du Brufen et du Dafalgan (cf. rapport du 7 janvier 2021 [OAI-C._____ pce 11.28]).

8.1.3 Lors de l'examen post-opératoire à 3 mois de l'intervention chirurgicale avec stabilisation percutanée de T11 à L3 sur fracture par tassement incomplète de L1 survenue le 15 décembre 2020, les Drs K. _____ et L. _____ (spécialistes en chirurgie rachidienne) observent un matériel intact, sans signe de descellement, ni de migration, sans nouvelle fracture, ni anomalie de l'alignement. Ils constatent une évolution normale des suites de l'intervention, sans déficit neurologique, une marche ralentie en raison de la douleur, une marche sur les talons et sur la pointe des pieds possible des deux côtés sans signe de Trendelenburg, une sensibilité douloureuse diffuse à la pression paravertébrale, une cicatrice normale, une motricité et une sensibilité des membres supérieurs intactes. Ils recommandent le début de la physiothérapie et retiennent une incapacité totale de travail jusqu'au 30 juin 2021 (cf. rapport du 17 mars 2021 [OAI-C. _____ pces 20.32] ; voir également le rapport de radiologie de la transition thoraco-lombaire de la colonne vertébrale du 17 mars 2021 des Drs Aa. _____, Bb. _____ et Cc. _____ [radiologues – OAI-C. _____ 20.31]).

8.1.4 Les 8 avril 2021 et 6 mai 2021, le médecin d'arrondissement SUVA indique qu'à trois mois d'une récente opération d'une fracture vertébrale par tassement, l'incapacité totale de travail de l'assuré persiste. Il rappelle que d'après l'expérience, une telle fracture osseuse est consolidée après 5 à 6 mois, mais qu'en l'occurrence, tel n'est toutefois pas encore le cas. Il ajoute que la lésion causée par l'accident n'est pas négligeable et que pour une évaluation sérieuse de la capacité de charge, la preuve de la consolidation osseuse fait encore défaut, de sorte qu'il ne contraindrait pas l'assuré à reprendre une activité lucrative à ce stade (cf. rapport du 6 mai 2021 du Dr Z. _____ [médecin d'arrondissement SUVA dont la spécialisation n'est pas précisée – OAI-C. _____ pce 20.7] ; voir également le rapport du 8 avril 2021 [OAI-C. _____ pce 20.24]).

8.1.5 Procédant à un nouveau contrôle clinique et radiologique à 6 mois de la stabilisation percutanée de T11 à L3 d'une fracture par tassement incomplète L1, les Drs K. _____ et L. _____ (spécialistes en chirurgie rachidienne) observent, le 21 juin 2021, un matériel d'ostéosynthèse en place, intact et inchangé, sans signe de descellement, sans tassement secondaire de la fracture par tassement de L1, sans nouvelle fracture, un alignement ventral et dorsal de la colonne vertébrale dans la norme. Néanmoins, ils constatent de fortes douleurs dorsales dans la zone opérée, l'absence de déficit neurologique, une marche ralentie en raison de la douleur, une marche sur les talons et sur la pointe des pieds possible des deux côtés, mais provoquant une exacerbation des douleurs dorsales, sans

signe de Trendelenburg, la présence de douleurs à la pression paravertébrale au niveau de la zone opérée, une cicatrice sans particularité, une motricité et sensibilité des membres inférieurs intactes. Ils concluent à la présence de douleurs dorsales limitantes persistantes sans amélioration malgré la physiothérapie, confirment l'incapacité totale de travail jusqu'au 30 juin 2021 et recommandent une évaluation de la consolidation osseuse par scanner (cf. rapport du 21 juin 2021 [OAI-C._____ pce 30.26] ; cf. rapport de radiologie de la jonction thoraco-lombaire de la colonne vertébrale du 9 juin 2021 du Dr Dd._____ [radiologue – OAI-C._____ pce 30.28]).

8.1.6 Le 27 août 2021, le Dr J._____ (spécialiste en chirurgie rachidienne) reçoit un patient souffrant toujours de douleurs dorsales présentes tant au repos qu'à l'effort et gênantes au quotidien nonobstant les séances de physiothérapie, l'administration de Dafalgan ainsi que d'anti-inflammatoires non-stéroïdiens. A l'examen, il constate la guérison des cicatrices, une légère douleur à la pression au niveau de la partie inférieure de la colonne thoracique, sans déficit sensitif ou moteur des membres inférieurs et une marche physiologique. Il observe une consolidation en très grande partie de la fracture par tassement incomplète de L1 (type A3 selon la classification AO) opérée par stabilisation percutanée de T11 à L3, sans nouvelle réduction de hauteur des corps vertébraux, un matériel d'ostéosynthèse intact, sans signe de descellement, l'apparition récente d'un effondrement de la plaque supérieure de type Schmorl au niveau de L1 comme pouvant être à l'origine des douleurs persistantes mais guérissant possiblement avec le temps. Il préconise un suivi clinique à fin novembre 2021 lors duquel il sera décidé si le retrait du matériel d'ostéosynthèse est indiqué et conclut à une incapacité de travail totale jusqu'au 31 décembre 2021 (cf. rapports des 26 et 27 août 2021 [OAI-C._____ pces 30.6, 30.7] ; rapport de CT scan de la jonction thoraco-lombaire du 8 juillet 2021 des Drs X._____ et Y._____ [radiologues – OAI-C._____ 30.18]).

8.1.7 Le 31 août 2021, le médecin d'arrondissement SUVA indique que la consolidation encore incomplète de la fracture vertébrale T11 est imputable à l'accident, mais que l'apparition d'un nodule de Schmorl ne l'est en revanche pas et qu'il n'est pas possible d'attribuer de façon claire les douleurs à l'un ou l'autre de ces constats (cf. rapport du 31 août 2021 de la Dre Ee._____, spécialisée en chirurgie [OAI-C._____ pce 30.4]).

8.1.8 Sur le plan neurologique, la Dre N._____ (neurologue) prend acte, le 25 novembre 2021, de douleurs en station assise ou debout prolongée, l'efficacité partielle des antalgiques, un périmètre de marche maximal de

15-20 minutes avant l'apparition de lombalgies, le caractère parfois insomniant des douleurs, une récupération partielle dans les suites du traumatisme vertébral et l'impossibilité de reprendre l'exercice d'une activité professionnelle dans le même domaine qu'auparavant, à savoir des activités physiques avec port de charges lourdes. Elle préconise une IRM lombaire de contrôle voire une scintigraphie osseuse en cas de persistance des douleurs afin de ne pas ignorer une éventuelle algoneurodystrophie (OAI-C. _____ pce 40.10).

8.1.9 Aux termes d'une évaluation médicale établie le 11 décembre 2021, le Dr D. _____ (médecin d'arrondissement SUVA spécialisé en chirurgie orthopédique et traumatologie de l'appareil locomoteur) retient un status post fracture par tassement incomplète de la vertèbre L1 avec stabilisation chirurgicale ultérieure par voie percutanée de T11 à L3, le matériel d'ostéosynthèse n'ayant pas encore été retiré. Il indique que les troubles, permanents et importants, sont dus à l'accident et qu'en cas de fracture de la colonne lombaire suivie d'une cyphose de 10° à 20°, associée à des douleurs chroniques légères, majorées à l'effort mais également présentes au repos, une valeur de l'atteinte à l'intégrité de 10% à 20% est retenue, soit en l'occurrence de 15% (OAI-C. _____ pce 40.3).

8.1.10 Aux termes d'un rapport d'IRM de la colonne lombaire établi le 15 décembre 2021 sur l'indication d'un bilan de contrôle de lombalgies résiduelles dans les suites d'un accident de travail ayant nécessité une chirurgie rachidienne, le Dr Q. _____ (radiologue) conclut à la présence de discopathies dégénératives L4-L5 et L5-S1 avec saillie disco-ostéophytique réduisant le diamètre du foramen radiculaire droit en L5-S1 et d'un antécédent de tassement cunéiforme de L1 avec une perte de hauteur de 20%, sans discopathie inflammatoire (OAI-C. _____ 45 p. 11-12).

8.1.11 Le 9 février 2022, le Dr D. _____ (médecin d'arrondissement de la SUVA spécialisé en chirurgie orthopédique et traumatologie de l'appareil locomoteur), qui observe que l'assuré serait apte à exercer à 100% une activité lucrative légère selon le rapport du 8 décembre 2021 du Dr I. _____, retient à son tour une capacité de travail de 100% dans une activité lucrative respectueuse des limitations fonctionnelles suivantes : port de charges variables, sans échelles ni échafaudages, sans positions contraignantes pour le torse, sans flexions vers l'avant, sans mouvements en porte-à-faux, avant de préconiser une consultation à l'UniSpital E. _____ en vue de planifier le retrait du matériel d'ostéosynthèse (OAI-C. _____ pce 53.21 p. 2).

8.1.12 Le CT Scan de la colonne lombaire effectué le 15 février 2022 par les Drs Ff. _____ et H. _____ (radiologues) révèle un état inchangé de la fracture par tassement incomplète L1 stabilisée par spondylodèse dorsale par rapport aux contrôles antérieurs, le dernier datant du 8 juillet 2021 (cf. rapport du 16 février 2022 [OAI-C. _____ pce 70.35]).

8.1.13 Le rapport de scintigraphie osseuse pratiquée le 17 février 2022 par la Dre R. _____ (spécialiste en médecine nucléaire) sur l'indication du contrôle d'une fracture par tassement de L1 opérée le 15 décembre 2020 avec douleurs persistantes, révèle un aspect séquellaire du tassement vertébral connu en L1 (OAI-C. _____ 50 p. 4).

8.1.14 Le 8 mars 2022, la Dre S. _____ (spécialiste en chirurgie rachidienne) constate que le patient continue de souffrir de douleurs thoracolumbaires persistantes, en particulier au niveau paravertébral droit, s'intensifiant lors des mouvements et à l'effort, s'atténuant légèrement lorsque la position du corps change, de douleurs quand il se retourne dans son lit la nuit, occasionnellement, il ressent un trouble sensoriel de brûlure dans la partie inférieure de la jambe droite, plutôt pseudo-radiculaire irradiant jusqu'au pied et il est toujours en incapacité totale de travail en raison des douleurs. A l'examen clinique, la Dre S. _____ observe que le patient se déplace avec une certaine douleur et manifeste une réaction réflexe à la douleur lors de mouvements spontanés. En position debout, l'examen révèle un positionnement correct de la colonne vertébrale avec une légère insuffisance posturale, une allodynie paravertébrale à droite à la pression ainsi que des douleurs fonctionnelles liées aux mouvements, principalement du côté droit, pour tous les niveaux de mouvements. Du point de vue périphérique, aucun déficit radiculaire aigu n'est objectivable et la cicatrice est calme. La Dre S. _____ conclut à une consolidation complète de la fracture de Th12 [recte : L1], malgré une légère déformation cyphotique. L'ablation du matériel d'ostéosynthèse est recommandée dans un délai aussi court que possible afin de rétablir la mobilité des segments maintenant fixés. La Dre S. _____ considère que les douleurs diminueront au cours du traitement, une pleine capacité de charge du patient étant envisageable une fois le traitement terminé, la mesure dans laquelle des processus de chronicisation de la douleur pourraient favoriser des douleurs persistantes restant spéculative. Le Dr S. _____ recommande, à distance du retrait chirurgical du matériel d'ostéosynthèse, de procéder à une réhabilitation stationnaire ciblée, incluant un reconditionnement guidé et un suivi comportemental afin de prévenir une chronicisation supplémentaire de la douleur et assurer le reconditionnement du patient (OAI-C. _____ pces 58 p. 7-8).

8.1.15 Le 24 août 2022, le matériel d'ostéosynthèse est retiré après qu'une reconstruction complète de la vertèbre fracturée a été confirmée par imagerie, l'opération ayant eu pour but de rétablir la mobilité des segments non fusionnés (cf. rapport opératoire du 24 août 2022 de la Dre S. _____, spécialiste en chirurgie rachidienne [OAI-C. _____ pce 70.34]). A l'issue de l'hospitalisation de l'assuré en vue du retrait du matériel d'ostéosynthèse, le Dr T. _____ (spécialiste en chirurgie rachidienne) – qui souligne qu'avant l'intervention chirurgicale l'ancienne fracture était consolidée et que le patient ne présentait aucun déficit sensorimoteur – constate, le 27 août 2022, une intervention effectuée le 24 août 2022 sans complication. En particulier, il indique que la mobilisation postopératoire par physiothérapie est pratiquée dans les délais et sans problèmes, que le patient ne rapporte plus de douleurs, que la plaie est sèche et sans irritation tout au long du processus. Il ajoute que la radiographie postopératoire atteste que le matériel a été complètement retiré et conclut que le patient peut regagner son domicile le 28 août 2022 dans un état de santé général amélioré (cf. rapport du 27 août 2022 [OAI-C. _____ pce 70.31] ; voir également le rapport du 27 août 2022 des Drs Gg. _____ et Hh. _____, radiologues [OAI-C. _____ pce 70.33]).

8.1.16 Le 29 novembre 2022, soit à 3 mois du retrait du matériel d'ostéosynthèse, la Dre S. _____ retient les diagnostics de status post-retrait du matériel d'ostéosynthèse pratiqué le 24 août 2022 et de status post-fracture par tassement incomplète de L1 opérée le 15 décembre 2020 par stabilisation percutanée de T11 à L3. Elle reçoit un patient qui rapporte, depuis le retrait du matériel, une nette diminution des sensations de brûlure précédemment ressenties dans le dos, des douleurs musculaires occasionnelles lorsqu'il se meut, s'assied ou se lève, une sensation persistante d'engourdissement (notamment dans la zone d'accès caudale droite), soit en définitive peu des douleurs quotidiennes qu'il parvient à gérer grâce à la prise occasionnelle de Dafalgan. A l'examen clinique, la Dre S. _____ observe une cicatrice thoraco-lombaire totalement sans irritation, une sensation persistante d'engourdissement dans la partie inférieure droite de la zone d'accès, sans douleur radiculaire ni déficit neurologique, une posture thoraco-lombaire désormais nettement plus physiologique, avec un meilleur recentrage dans l'axe par rapport à l'image prise avant le retrait de l'implant, ne présentant aucun signe d'instabilité segmentaire ni d'affaissement secondaire de la fracture. En conclusion, elle constate que le déroulement post-opératoire est globalement normal avec un patient présentant peu de symptômes, qu'il persiste un risque que la sensation d'engourdissement dans la zone d'accès persiste mais qu'il existe néanmoins encore une chance de réinnervation au cours des une à deux prochaines années.

Concernant les tensions musculaires et les douleurs occasionnelles liées à l'effort, elle préconise un renforcement progressif de la musculature, la physiothérapie devant être utilisée de manière active à cet effet. Au demeurant, elle constate que la colonne vertébrale peut désormais être à nouveau sollicitée pleinement (cf. rapport du 29 novembre 2022 de la Dre S. _____ [OAI-C. _____ pces 70.19] ; voir également le rapport de radiographie du Dr H. _____, radiologue [cf. rapport de la jonction thoracolumbaire du 29 novembre 2022 [OAI-C. _____ 70.20]).

8.1.17 Le 21 décembre 2022, le Dr D. _____ (médecin d'arrondissement SUVA spécialisé en chirurgie orthopédique et traumatologie de l'appareil locomoteur) préconise un séjour de rééducation stationnaire au regard de la complexité de la fracture par tassement incomplète de L1 afin de procéder à une physiothérapie intensive ainsi qu'à une évaluation de la résistance de l'assuré sur le marché du travail en général avant de clôturer le cas (OAI-C. _____ pce 70.18).

8.1.18 Du 31 janvier 2023 au 27 février 2023, l'assuré a accompli un séjour à la Clinique de réadaptation de (...). Il en ressort les constats médicaux suivants compilés dans les rapports établis les 27 février 2023 et 1^{er} mars 2023 par les Drs V. _____ et W. _____ (spécialistes en médecine physique et de réhabilitation [OAI-C. _____ pces 70.5 et 70.6]).

8.1.18.1 Sur le plan somatique, le patient rapporte des douleurs persistantes dans la région lombaire, aggravées par l'effort et assorties d'une limitation de la mobilité. À son arrivée, il ne présente qu'une capacité de charge très réduite, ses douleurs dorsales constituant – pour lui – un frein constant et limitant à la fois sa mobilité, sa force et sa capacité de charge. Les médecins tentent d'augmenter la résistance de la colonne lombaire, mais le patient ne peut être sollicité jusqu'à ses limites en raison d'une focalisation prononcée sur la douleur. Aucune amélioration significative des symptômes n'est obtenue, le patient considérant que les douleurs dorsales s'intensifieraient sous l'effet de la réadaptation. A l'issue du séjour, le test de base révèle toutefois quelques légères améliorations (levage vers le bas : 0 kg à l'arrivée, 5 kg à la sortie ; levage horizontal : 5 kg à l'arrivée, 7,5 kg à la sortie). En revanche, le patient obtient des résultats identiques ou moins bons dans certains autres tests (test de marche de 6 minutes : à l'admission 3,5 km/h, à la sortie 2,4 km/h ; travail en hauteur : à l'admission 93 secondes, à la sortie 52 secondes). Sur le plan comportemental, les Drs V. _____ et W. _____ observent une aggravation significative des symptômes, tant le comportement face à la douleur que la capacité de résistance lors des tests n'étant pas adéquats. Les observations faites lors

des tests de performance et dans le cadre du programme de traitement médical mettent en évidence une aggravation significative des symptômes, la description de la douleur étant peu nuancée et la gestion de la douleur inadéquate. Selon les Drs V._____ et W._____, les performances se révèlent mauvaises, même si la constance est bonne, et le comportement vis-à-vis de la rééducation est qualifié de négatif. Compte tenu du comportement de l'intéressé, les spécialistes en réadaptation estiment que les perspectives de succès de la réinsertion professionnelle sont plutôt défavorables.

8.1.18.2 Dans le cadre de l'évaluation psychologique, l'assuré se dit principalement affecté par les douleurs chroniques et précise que celles-ci s'intensifient en raison de la rééducation. Il se montre également affecté par son rôle d'homme devenu impossible à assumer, une peur de la hauteur (légères tendances à l'évitement, agitation intérieure, accélération du pouls, chair de poule), une mémoire de plus en plus défaillante, des inquiétudes quant à son avenir et des troubles du sommeil liés à la douleur. La responsable en charge de l'évaluation psychologique observe un patient focalisé sur ses douleurs et ses déficits, généralement peu motivé et ayant tendance à présenter une rigidité affective avec peu de modulation. Elle explique qu'il ne répond parfois pas directement aux questions, les contenus émotionnels étant quasi inexistant, ce qui pourrait toutefois être lié à son contexte culturel, et qu'il indique avoir consulté quatre à cinq fois un psychiatre, dont le traitement principalement médicamenteux n'a eu aucun effet notable. En conclusion, elle considère que le sujet porte une importante charge psychosociale assortie de symptômes dépressifs tels qu'un manque d'entrain, des troubles du sommeil, de la rumination, le tout correspondant à un tableau clinique compatible avec un épisode dépressif léger, mais difficile à évaluer en raison des capacités d'introspection limitées du patient. De l'avis de la responsable en charge de l'évaluation psychologique, il est possible que la symptomatologie dépressive contribue au maintien de la douleur. Toutefois, aucun diagnostic approfondi ne peut être posé, faute de temps, de sorte que l'existence d'une douleur chronique avec facteurs somatiques et psychiques ne peut être établie de manière fiable.

8.1.18.3 En conclusion, les Drs V._____ et W._____ retiennent 1° des douleurs persistantes au niveau de la colonne vertébrale lombaire, aggravées en cas de charge et assorties d'une limitation de la mobilité, 2° une peur du vide depuis l'accident, 3° un état de stress psychologique et des angoisses pour le futur et posent les diagnostics 1) de fracture par tassement incomplète de la vertèbre lombaire L1 et 2) de suspicion d'un léger

épisode dépressif (CIM-10 F32.0). Ils expliquent avoir observé une exagération notable des symptômes chez l'assuré et en infèrent que moyennant un effort suffisant, il pourrait réaliser de meilleurs résultats que ceux obtenus lors des tests de performance et lors du programme de traitement médical. En raison d'autolimitations, les améliorations attendues en termes de fonctionnalité et de résistance n'ont pas non plus pu être atteintes. Les résultats des tests de performance physique ne sont par conséquent pas exploitables afin d'évaluer la capacité de charge raisonnablement exigible de l'assuré sur le plan somatique. Aussi l'évaluation de l'exigibilité de la capacité de travail de l'assuré repose-t-elle essentiellement sur des considérations médico-théoriques, en tenant compte des observations faites lors des tests de performance et dans le cadre du programme de traitement médical, aucune restriction supplémentaire de la capacité de travail ne pouvant être justifiée du point de vue médico-théorique. Sur le plan psychique, les troubles constatés ne justifient aucune diminution de la capacité de travail. Indiquant procéder à une évaluation de la capacité résiduelle de travail en lien de causalité avec l'accident, les Drs V. _____ et W. _____ retiennent une incapacité totale de travail de l'assuré dans son activité lucrative habituelle – physiquement trop intense – respectivement une capacité résiduelle de travail de 100% dans une activité lucrative d'intensité légère à moyenne et assortie de restrictions dorsales (alternance de charges, sans postures forcées).

8.2 A la lumière de ce qui précède, il est établi que malgré l'opération par stabilisation percutanée de T11 à L3 subie à la suite d'une fracture par tassement incomplète de L1 opérée le 15 décembre 2020, les séances de physiothérapie et l'administration de Dafalgan ainsi que d'anti-inflammatoires non-stéroïdiens, le recourant a continué de souffrir de douleurs dorsales persistantes, présentes tant au repos qu'à l'effort et gênantes au quotidien (consid. 8.1.6), lesdites douleurs s'étant plutôt aggravées dans les suites de l'intervention. En effet, après avoir constaté en mars 2021 une marche ralentie en raison de la douleur et une sensibilité douloureuse diffuse à la pression paravertébrale (cf. rapport du 17 mars 2021 [cf. *supra* consid. 8.1.3]), les Drs K. _____ et L. _____ (spécialistes en chirurgie rachidienne) relèvent en juin 2021 de fortes douleurs dorsales dans la zone opérée, une marche ralentie en raison de la douleur, une marche sur les talons et sur la pointe des pieds possible des deux côtés mais provoquant une exacerbation des douleurs dorsales, la présence de douleurs à la pression paravertébrale au niveau de la zone opérée et concluent à la présence de douleurs dorsales limitantes persistantes sans amélioration malgré la physiothérapie (cf. rapport du 21 juin 2021 [cf. *supra* consid. 8.1.5]). Sur la base d'un CT scan de la colonne lombaire du 8 juillet 2021, le Dr J. _____

(spécialiste en chirurgie rachidienne) constate le 27 août 2021 que la fracture par tassement incomplète de L1 opérée par stabilisation percutanée de T11 à L3 est *en grande partie* consolidée, mais qu'il s'est produit un effondrement de la plaque supérieure de type Schmorl au niveau de L1 pouvant être à l'origine des douleurs persistantes (cf. rapport du 27 août 2021 [cf. *supra* consid. 8.1.6]). Le 31 août 2021, le médecin d'arrondissement de la SUVA indique que la consolidation *encore incomplète* de la fracture par tassement incomplète de L1 opérée le 15 décembre 2020 est imputable à l'accident, mais que l'apparition d'un nodule de Schmorl ne l'est en revanche pas et qu'il n'est pas possible d'attribuer de façon claire les douleurs à l'un ou l'autre de ces constats (cf. rapport du 31 août 2021 de la Dre Ee. _____, spécialisée en chirurgie [cf. *supra* consid. 8.1.7]). Le 8 mars 2022, la Dre S. _____ (spécialiste en chirurgie rachidienne) constate que le patient continue de souffrir de douleurs thoraco-lombaires persistantes, conclut à une consolidation *complète* de la fracture de L1 et recommande l'ablation du matériel d'ostéosynthèse dans un délai aussi court que possible afin de rétablir la mobilité des segments maintenant fixés, précisant que les douleurs diminueront au cours du traitement, une pleine capacité de charge du patient étant envisageable une fois le traitement terminé (cf. rapport du 8 mars 2022 [cf. *supra* consid. 8.1.14]). Le 27 août 2022, le Dr T. _____ (spécialiste en chirurgie rachidienne) constate, après le retrait du matériel d'ostéosynthèse par intervention chirurgicale du 24 août 2022, que la mobilisation postopératoire par physiothérapie est pratiquée dans les délais et sans problème, que le patient ne rapporte plus de douleurs (cf. rapport du 27 août 2022 [cf. *supra* consid. 8.1.15]). A 3 mois du retrait du matériel d'ostéosynthèse, la Dre S. _____ (spécialiste en chirurgie rachidienne) reçoit, le 29 novembre 2022, un patient qui rapporte, depuis le retrait du matériel, une nette diminution des sensations de brûlure précédemment ressenties dans le dos, des douleurs musculaires occasionnelles lorsqu'il se meut, s'assied ou se lève, une sensation persistante d'engourdissement (notamment dans la zone d'accès caudale droite), soit en définitive peu de douleurs quotidiennes qu'il parvient à gérer grâce à la prise occasionnelle de Dafalgan. A l'examen clinique, la spécialiste en chirurgie rachidienne observe en particulier une posture thoraco-lombaire désormais nettement plus physiologique, avec un meilleur recentrage dans l'axe par rapport à l'image prise avant le retrait de l'implant, ne présentant aucun signe d'instabilité segmentaire ni d'affaissement secondaire de la fracture et que la colonne vertébrale peut désormais être à nouveau sollicitée pleinement (cf. rapport du 29 novembre 2022 [cf. *supra* consid. 8.1.16]).

Il résulte de ce qui précède que depuis la fracture par tassement incomplète de L1 opérée par stabilisation percutanée de T11 à L3 le 15 décembre 2020, le recourant n'a cessé de souffrir de douleurs dorso-lombaires constantes et persistantes, lesquelles ne sont pas contestées. Ladite fracture a été considérée, en août 2021 par le Dr J. _____ comme étant *en très grande partie* consolidée (cf. *supra* consid. 8.1.6), en août 2021 par la Dre Ee. _____ comme étant consolidée de manière *incomplète* (cf. *supra* consid. 8.1.7) et, en décembre 2021 par le Dr I. _____ comme étant *en très grande partie* consolidée (cf. *supra* consid. 7.1.2). Ce n'est qu'en mars 2022 que pour la première fois, la consolidation complète de la fracture par tassement incomplète de L1 opérée le 15 décembre 2020 est constatée, et l'ablation du matériel d'ostéosynthèse préconisée dans un délai aussi court que possible (cf. *supra* consid. 8.1.14), retrait exécuté avec succès le 24 août 2022 (cf. *supra* consid. 8.1.15). Le 29 novembre 2022, le patient rapporte une nette diminution des sensations de brûlure précédemment ressenties dans le dos, des douleurs musculaires occasionnelles lorsqu'il se meut, s'assied ou se lève, une sensation persistante d'engourdissement (notamment dans la zone d'accès caudale droite), soit en définitive peu de douleurs quotidiennes qu'il parvient à gérer grâce à la prise occasionnelle de Dafalgan et la Dre S. _____ considère que la colonne vertébrale peut désormais être à nouveau sollicitée pleinement (cf. *supra* consid. 8.1.16).

Compte tenu des douleurs résiduelles que le recourant parvient à gérer à partir du mois de novembre 2022 (cf. *supra* consid. 8.1.14) et suivant l'avis du médecin d'arrondissement de la SUVA selon lequel une évaluation sérieuse de la capacité de charge nécessite la preuve de la consolidation osseuse (cf. rapport du 6 mai 2021 du Dr Z. _____ [cf. *supra* consid. 8.1.4]), l'avis de la Dre S. _____ qui constate en mars 2022 une consolidation complète de la fracture par tassement incomplète de L1 opérée le 15 décembre 2020 (cf. *supra* consid. 8.1.14) et qui considère le 29 novembre 2022 que la colonne vertébrale peut désormais être à nouveau sollicitée pleinement (cf. *supra* consid. 8.1.16), le Tribunal considère que le recourant a recouvré une capacité de travail de 80% à 100% dès le 29 novembre 2022 et non pas dès le 8 décembre 2021 comme retenu par les Dr I. _____ et U. _____ (cf. *supra* consid. 7.1). En particulier, le Tribunal s'écarte du rapport du 8 décembre 2021 du Dr I. _____ repris par le médecin-conseil SMR (cf. prise de position du 21 novembre 2022 du Dr U. _____ [cf. *supra* consid. 7.1.1]) et par le médecin d'arrondissement de la SUVA (cf. rapport du 9 février 2022 du Dr D. _____ [cf. *supra* consid. 8.1.11]), dès lors que les conclusions du Dr I. _____ sont prises sur la base d'une fracture par tassement incomplète de L1 *en très grande partie* consolidée, soit sur une consolidation encore incomplète.

8.3 Partant, le Tribunal considère comme établi au degré de la vraisemblance prépondérante que le recourant a présenté sur le plan somatique une incapacité de travail dans l'exercice d'une activité lucrative adaptée à son état de santé (sans port de charges lourdes, sans positions forcées du dos et favorisant l'alternance des positions) de 100% depuis le 15 décembre 2020 et de 0% à 20% depuis le 29 novembre 2022, soit qu'il a récupéré une capacité résiduelle de travail de 80 % à 100 % dans une telle activité à compter du 1^{er} décembre 2022 au plus tard.

9. Toujours sur le plan médical, il convient en outre d'examiner si le recourant, comme il le soutient, subirait en outre une incapacité de travail fondée sur des troubles psychiques.

9.1 A l'appui de son point de vue, il produit :

- un « Certificat de présence en consultation » daté du 11 mai 2021 dans lequel le Dr O. _____ (psychiatre) certifie avoir reçu en consultation A. _____ (OAI-C. _____ pce 30.23) ;
- un formulaire SUVA intitulé « Rapport médical intermédiaire » signé le 9 juillet 2021 dans lequel le Dr O. _____ indique, sans aucun développement, les diagnostics d'épisode dépressif majeur et d'état de stress post-traumatique, un traitement actuel par Norset/Liroxyl, un suivi en consultation 1x/mois et une incapacité de travail à 100% (OAI-C. _____ pce 30.17) ;
- un certificat médical du 13 juin 2023 dans lequel le Dr O. _____ indique suivre le recourant pour un épisode dépressif majeur avec un état de stress post-traumatique installé de façon concomitante à l'accident de travail avec persistance d'une tristesse, d'un ralentissement psychomoteur, d'une fatigue chronique, de troubles du sommeil, d'angoisses envahissantes et de plaintes somatiques multiples justifiant une incapacité totale de travail, le patient étant sous Amitriptyline/Laroxyl depuis juillet 2021.

9.2 Cela étant, le Tribunal constate que le seul avis médical au dossier faisant état d'une éventuelle incapacité de travail issue d'un trouble psychique est celui du psychiatre traitant de l'assuré, avis qu'il convient d'apprécier avec réserve en raison de la relation de confiance, issue du mandat thérapeutique confié au médecin traitant, qui unit celui-ci ou celle-ci à son ou sa patient-e (cf. *supra* consid. 6.3.2), cela d'autant plus que l'assuré a indiqué lors de son séjour en clinique de réadaptation du 31 janvier 2023 au 27

février 2023 (cf. *supra* consid. 8.1.18.2), n'avoir consulté un psychiatre qu'à seulement quatre à cinq reprises. En outre, cet avis se résume à trois certificats dans lesquels les constats et en particulier les diagnostics et l'incapacité totale de travail ne sont aucunement motivés, de sorte que ces pièces sont dépourvues de valeur probante (cf. *supra* consid. 6.3.1). En particulier, le diagnostic d'état dépressif majeur est incompatible avec les propres propos du patient qui a déclaré, lors de son séjour en réadaptation, être affecté par les douleurs chroniques principalement, ainsi que par son rôle d'homme devenu impossible à assumer, par la peur du vide, par sa mémoire qu'il décrit comme étant de plus en plus défaillante, par des inquiétudes quant à son avenir et par des troubles du sommeil liés à la douleur (cf. *supra* consid. 8.1.18.2). Ce faisant, l'assuré n'invoque pas tant une atteinte psychique que des facteurs psychosociaux dépourvus de caractère invalidant (cf. *supra* consid. 6.3.5) et somatiques (dont le caractère invalidant a été pris en considération dans la mesure où une incapacité totale de travail dans l'activité lucrative habituelle d'ouvrier dans la construction et une incapacité de travail jusqu'à 20% dans une activité adaptée à son état de santé ont été retenues [cf. *supra* consid. 8.3]). S'agissant des constats tirés par la responsable de l'évaluation psychologique de l'assuré lors de son séjour en réadaptation selon laquelle l'assuré porte une importante charge psychosociale assortie de symptômes dépressifs tels qu'un manque d'entrain, des troubles du sommeil, de la rumination, le tout correspondant à un tableau clinique compatible avec un épisode dépressif léger (cf. rapport des Drs V. _____ et W. _____ du 1^{er} mars 2023 [cf. *supra* consid. 8.1.18.2]), force est de constater qu'ils n'émanent pas d'un expert-e psychiatre, pas plus qu'ils ne s'appuient, lege artis, sur les critères d'un système de classification reconnu, tel le CIM ou le DSM-IV (ATF 141 V 281 consid. 2.1 ; 143 V 418 consid. 6 et 8.1 ; arrêt du TF 9C_815/2012 du 12 décembre 2012 consid. 3) et qu'ils sont de surcroît entachés par les constats d'aggravation retenus par les spécialistes en réadaptation (cf. *supra* consid. 8.1.18 ss).

9.3 Compte tenu des motifs qui précèdent et en particulier du fait qu'aucun avis psychiatrique spécialisé ne fait état de manière probante d'un trouble psychique invalidant, le Tribunal considère comme établi au degré de la vraisemblance prépondérante que l'assuré ne présente pas de trouble psychique invalidant et que la mise en œuvre d'une procédure probatoire structurée sur la base des seuls constats – dépourvus de toute valeur probante – posés par le psychiatre traitant O. _____ se révélerait disproportionnée (cf. *supra* consid. 6.3.4.2).

10. En conclusion, le Tribunal considère comme établi au degré de la vraisemblance prépondérante que le recourant a présenté, sur le plan somatique, d'une part une incapacité totale et définitive de travail dans l'exercice de son activité lucrative habituelle d'ouvrier dans la construction à partir du 15 décembre 2020, d'autre part une incapacité de travail dans une activité lucrative adaptée à son état de santé de 100% à partir du 15 décembre 2020 jusqu'au 29 novembre 2022 et 0% à 20% à partir du 1^{er} décembre 2022, soit en d'autres termes qu'il a récupéré une capacité résiduelle de travail entre 80 % et 100 % dans l'exercice d'une activité lucrative de substitution légère, sans port de charges lourdes, sans positions forcées du dos et favorisant l'alternance des positions, à compter du 1^{er} décembre 2022 au plus tard (cf. *supra* consid. 8), cette dernière n'étant opposable à l'assuré qu'à partir du 1^{er} mars 2023 (cf. art. 88a RAI [*supra* consid. 6.2.4]).

11. Il reste enfin à déterminer le degré d'invalidité du recourant à l'aune de la capacité de travail précitée.

11.1 Le degré d'invalidité des personnes exerçant une activité lucrative doit être déterminé en application de la méthode ordinaire de comparaison des revenus, conformément à l'art. 16 LPGa, en lien avec l'art. 28a al. 1 LAI (dans sa teneur en vigueur jusqu'au 31 décembre 2021). Ainsi, le revenu que l'assuré aurait pu obtenir s'il n'était pas invalide (revenu sans invalidité) est comparé avec celui qu'il pourrait obtenir en exerçant l'activité qui peut être raisonnablement exigée de lui après les traitements et les mesures de réadaptation, sur un marché du travail équilibré (revenu avec invalidité). La différence entre ces deux revenus détermine alors le degré d'invalidité (méthode générale de comparaison des revenus ; ATF 130 V 343 consid. 3.4.2 ; arrêt du TF 8C_536/2017 du 5 mars 2018 consid. 5.1).

11.1.1 Pour procéder à la comparaison des revenus, il convient de se placer au moment de la naissance (hypothétique) du droit à la rente ; les revenus avec et sans invalidité doivent être déterminés par rapport à un même moment, et les modifications de ces revenus susceptibles d'influencer le droit à la rente survenues jusqu'au moment où la décision est rendue doivent être prises en compte (ATF 129 V 222 consid. 4.1 et 4.2 ; arrêt du TF 8C_84/2018 du 1^{er} février 2019 consid. 6.2), tandis que dans le cadre d'une procédure de révision ou d'une rente limitée dans le temps, le moment déterminant pour la comparaison des revenus est celui où le droit à la rente pourrait subir une modification en application des art. 88a et 88^{bis} RAI (cf. arrêt du TF 9C_882/2010 du 25 janvier 2011, consid. 7.2.1). En outre, lorsqu'il s'agit d'évaluer le degré d'invalidité d'une personne résidant à l'étranger, la comparaison des revenus déterminants pour ce faire doit

s'effectuer sur le même marché du travail, car la disparité des niveaux de rémunération et des coûts de la vie d'un pays à l'autre ne permet pas de procéder à une comparaison objective des revenus en question (ATF 137 V 20 consid. 5.2.3.2 ; 110 V 273 consid. 4b ; arrêt du TF 8C_300/2015 du 10 novembre 2015 consid. 7.1).

11.1.2 Le *revenu sans invalidité* se détermine en principe en établissant au degré de la vraisemblance prépondérante ce que la personne valide aurait effectivement pu gagner au moment déterminant – au moment de la naissance (hypothétique) du droit à la rente – si elle était en bonne santé. Le revenu sans invalidité doit être évalué de la manière la plus concrète possible et se déduit en principe du salaire réalisé en dernier lieu par la personne concernée avant l'atteinte à la santé, en tenant compte de l'évolution nominale des salaires. Au regard des capacités professionnelles de la personne concernée et des circonstances personnelles la concernant, on prend en considération ses chances réelles d'avancement compromises par le handicap, en posant la présomption qu'elle aurait continué d'exercer son activité sans la survenance de son invalidité. Des exceptions ne sauraient être admises que si elles sont établies au degré de la vraisemblance prépondérante (ATF 139 V 28 consid. 3.3.2 ; 134 V 322 consid. 4.1 ; arrêt du TF 9C_708/2017 du 23 février 2018 consid. 8.1). Ce n'est qu'en présence de circonstances particulières qu'il peut se justifier de s'écarter du dernier salaire réalisé et de recourir aux données statistiques ressortant de l'Enquête suisse sur la structure des salaires (ESS) éditée par l'Office fédéral de la statistique (OFS). Tel sera notamment le cas lorsqu'on ne dispose d'aucun renseignement au sujet de la dernière activité professionnelle de la personne concernée, ou si le dernier salaire que celle-ci a perçu ne correspond manifestement pas à ce qu'elle aurait été en mesure de réaliser, selon toute vraisemblance, en tant que personne valide, ou encore s'il apparaît que la personne concernée n'aurait plus exercé son activité habituelle, indépendamment de la survenance de l'invalidité (arrêt du TF 9C_394/2013 du 27 septembre 2013 consid. 3.3 ; 9C_238/2008 du 5 janvier 2009 consid. 3).

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

pour fixer le revenu d'invalidé. Si, en revanche, la personne concernée n'a pas repris d'activité, ou aucune activité adaptée lui permettant de mettre pleinement en valeur sa capacité résiduelle de travail, contrairement à ce qui serait raisonnablement exigible de sa part, le revenu d'invalidé peut être évalué, notamment, sur la base des données statistiques résultant de l'ESS (ATF 139 V 592 consid. 2.3 et les réf. cit. ; 129 V 472 consid. 4.2.1 ; 126 V 75 consid. 3b/aa). 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 assurée (limitations liées au handicap, âge, années de service, nationalité ou catégorie d'autorisation de séjour et taux d'occupation) susceptibles de diminuer ses possibilités de réaliser un gain se situant dans la moyenne, applicable aux employé-e-s ne souffrant pas d'invalidité, sur le marché ordinaire de l'emploi. Pour fixer la hauteur de cet abattement, il convient d'examiner dans un cas concret et de manière globale si des indices permettent de conclure qu'à cause de l'une ou l'autre des caractéristiques précitées, la personne assurée n'est en mesure d'utiliser sa capacité résiduelle de travail sur le marché ordinaire de l'emploi que contre une rémunération inférieure au salaire moyen correspondant. La hauteur de l'abattement dépend de chaque cas d'espèce, une réduction automatique n'étant pas admissible et ne pouvant pas dépasser 25% du salaire statistique (ATF 142 V 178 consid. 1.4, 135 V 297 consid. 5.2, 134 V 322 consid. 5.2, 126 V 75 consid. 5b, 124 V 321 consid. 3b/aa ; arrêts du TF 8C_82/2019 du 19 septembre 2019 consid. 6.2.2, 9C_677/2015 du 25 janvier 2016 consid. 3.3). L'abattement résulte d'une évaluation et doit être brièvement motivé par l'administration. Le juge des assurances sociales, pour sa part, ne peut, sans motif pertinent, substituer son appréciation à celle de l'administration. Il doit s'appuyer sur des circonstances de nature à faire apparaître sa propre appréciation comme la mieux appropriée (ATF 126 V 75 consid. 6 ; arrêt du TF 8C_103/2018 du 25 juillet 2018 consid. 4).

11.1.4 Lorsque les revenus avec et sans invalidité sont déterminés en fonction de l'ESS, il convient de se fonder, en règle générale, sur les salaires mensuels indiqués dans le tableau TA1, relatif au secteur privé, ligne « Total secteur privé » (ATF 129 V 472 consid. 4.2.1 ; 126 V 75 consid. 3b/aa ; 142 V 178 consid. 2.5). Toutefois, lorsque cela apparaît indiqué dans le cas concret, afin de permettre à la personne concernée de mettre pleinement à profit sa capacité résiduelle de travail, il y a lieu de se référer aux salaires mensuels de secteurs particuliers, voire de branches particulières. Tel est notamment le cas lorsque, avant l'atteinte à la santé, la personne concernée a travaillé dans un même domaine pendant de nombreuses années et qu'une activité dans un autre domaine n'entre quasiment plus en ligne de

compte (arrêt du TF 8C_471/2017 du 16 avril 2018 consid. 4.2). Par ailleurs, il n'y a pas d'obligation de recourir systématiquement au tableau TA1 (arrêt du TF 9C_841/2013 du 7 mars 2014 consid. 4.2) ; cela étant, lorsqu'il convient de faire usage de l'ESS 2012 ou d'une enquête plus récente, il y a alors lieu de se référer - jusqu'à nouvel ordre - au tableau TA1 uniquement (ATF 142 V 178 consid. 2.5.7). Dans la mesure où les salaires avec et sans invalidité établis sur la base des données statistiques résultant l'ESS sont en principe déterminés en fonction d'un horaire de 40 heures par semaine, il convient de les rapporter à la durée hebdomadaire de travail durant l'année considérée (ATF 126 V 75 consid. 3b/bb). En outre, il y a lieu d'adapter ces salaires à l'évolution nominale des salaires, en se fondant sur l'indice des salaires nominaux spécifique aux hommes et aux femmes et par branche (ATF 129 V 408 consid. 3.1.2). Enfin, il convient de se référer en principe toujours aux données de l'ESS les plus récentes (ATF 143 V 295 consid. 2.3), les données publiées au moment de la décision attaquée étant déterminantes, non celles qui l'ont été plus tard (arrêt du TF 9C_699/2015 du 6 juillet 2016 consid. 5.2 et les références).

11.2

11.2.1 Compte tenu de l'incapacité totale de travail dans toute activité lucrative subie par l'assuré depuis le 15 décembre 2020, celle-là fonde l'octroi d'une rente entière à compter du 1^{er} décembre 2021 au plus tôt, compte tenu du délai d'attente d'une année à compter du 15 décembre 2020 (cf. art. 28 al. 1 let. b LAI) et du délai de 6 mois suivant le dépôt de la demande de prestations d'invalidité en date du 21 février 2021 (art. 29 al. 1 LAI). Dès lors que le recourant n'a pu réaliser aucun gain depuis lors, les revenus avec et sans invalidité à prendre en compte s'élèvent à CHF 0.- respectivement la perte de gain à 100%, de sorte qu'il est superflu de procéder formellement à une comparaison des gains déterminants (cf. arrêt du TAF C-1005/2021 du 28 avril 2023 consid. 7.1).

11.2.2 Il reste à examiner le droit à la rente de l'assuré à la lumière de la capacité de travail de 80% à 100% dans une activité lucrative adaptée opposable à l'assuré à partir du 1^{er} mars 2023.

11.2.2.1 S'agissant du revenu sans invalidité, l'autorité inférieure retient le dernier salaire perçu par le recourant au service de B. _____, à savoir CHF 4'700.- versés 13 fois, soit CHF 61'098.- [recte : CHF 61'100.-] par année (CHF 4'700.- x 13 mois) (OAI BS pces 64, 40.17), revenu qui n'est ni critiqué ni critiquable.

11.2.2.2 Pour déterminer le revenu d'invalidé, l'OAIE se base sur les statistiques salariales de l'année 2018, table TA1, total homme, niveau de compétence 1. Le Tribunal constate d'emblée que si c'est à juste titre que l'OAIE se fonde sur les salaires ESS – l'assuré n'ayant repris aucune activité lucrative depuis le 15 décembre 2020 –, c'est en revanche de manière erronée qu'il applique celles de l'année 2018 au lieu de 2020 (publiées le 28 mars 2022), la modification du droit à la rente de l'assuré intervenant le 1^{er} mars 2023.

Ainsi, le salaire mensuel brut statistique tiré de l'ESS 2020 (table TA1 « TA1 skill level », secteur privé, niveau de compétence 1, statistique « homme », ligne « total ») correspond à CHF 5'261.- pour 40 heures par semaine. Adapté à un horaire moyen usuel de la branche de 41.7 heures par semaine, il s'élève à CHF 5'484.59 (41,7 heures x CHF 5'261.- / 40 heures) respectivement à CHF 5'591.99 après indexation à l'année 2023 (CHF 5'484.59 x 2343 [pour l'année 2023] / 2298 [pour l'année 2020] [cf. tableau Evolution des salaires nominaux, des prix à la consommation et des salaires réels, 2010-2024]). Le salaire d'invalidé déterminant en l'espèce s'élève finalement à CHF 53'683.- après avoir été annualisé (CHF 5'591.99 x 12 mois = CHF 67'103.88) et adapté à la capacité résiduelle de travail la plus favorable au recourant de 80%. S'agissant d'un éventuel abattement du revenu d'invalidé, le Tribunal considère, à l'instar de l'autorité inférieure, qu'il n'y a pas lieu d'en retenir sur le salaire statistique dès lors que les limitations fonctionnelles liées aux douleurs dorsales ont été prises en compte dans l'évaluation de la capacité résiduelle de travail du recourant réduite à 80%.

11.2.3 Après comparaison des revenus sans et avec invalidité précités (CHF 61'098.- respectivement CHF 53'683.-), il résulte une perte de gain de CHF 7'415.- correspondant à un taux d'invalidité de 12.13% fondant la suppression du droit à la rente du recourant à partir du 1^{er} mars 2023.

11.3 Sur le vu de ce qui précède, le recours de l'assuré se révèle partiellement bien fondé en ce sens que le recourant a droit à une rente entière du 1^{er} décembre 2021 au 28 février 2023, avec suite d'intérêts moratoires (art. 26 al. 2 LPG), le dossier étant renvoyé à l'autorité inférieure afin qu'elle procède au calcul du montant de ladite rente.

12. Il reste encore à statuer sur les frais et dépens.

12.1 En règle générale, les frais de procédure sont mis à la charge de la partie qui succombe (art. 63 al. 1, 1^{ère} phrase, PA). Si celle-ci n'est

déboutée que partiellement, ces frais sont réduits (art. 63 al. 1, 2^{ème} phrase, PA). En l'occurrence, le recourant, qui réclamait l'octroi d'une rente d'invalidité entière sans limite dans le temps, obtient partiellement gain de cause, de sorte que les frais de procédure mis à sa charge seront réduits de moitié et prélevés sur à hauteurs de CHF 400.- sur l'avance de frais de CHF 800.- dont il s'est acquitté (TAF pces 2, 4). Le solde de celle-ci lui sera restitué dès l'entrée en force du présent arrêt. Aucun frais de procédure n'est mis à la charge de l'OAIE (cf. art. 63 al. 2 PA).

Par ailleurs, la partie qui obtient entièrement ou partiellement gain de cause a en principe droit à des dépens (art. 64 al. 1 et 2 PA ; art. 7 al. 1 du règlement concernant les frais, dépens et indemnités fixés par le Tribunal administratif fédéral [FITAF, RS 173.320.2]). Le recourant n'est toutefois pas assisté d'un avocat ou d'un mandataire qualifié et ne soutient pas ni ne démontre avoir encouru des frais indispensables et relativement élevés ; il ne lui sera par conséquent pas alloué de dépens. Enfin, l'autorité inférieure n'a pas droit à des dépens (art. 7 al. 3 FITAF).

(Le dispositif figure à la page suivante.)

Par ces motifs, le Tribunal administratif fédéral prononce :

1.

Le recours est partiellement admis et la décision de l'OAIE du 16 janvier 2023 est réformée en ce sens que le recourant est mis au bénéfice d'une rente entière du 1^{er} décembre 2021 au 28 février 2023, avec suite d'intérêts moratoires, le dossier étant retourné à l'OAIE afin qu'il détermine le montant de la rente.

2.

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

3.

Il n'est pas alloué de dépens.

4.

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

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

La présidente du collège :

La greffière :

Caroline Gehring

Cécile Bonmarin

Indication des voies de droit :

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

Expédition :