



Arrêt du 3 août 2026

Composition

Caroline Gehring (présidente du collège),
Viktoria Helfenstein, Philipp Egli, juges,
Cécile Bonmarin, greffière.

Parties

A. _____, (France)
représenté par Aliénor Winiger,
recourant,

contre

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

Objet

Assurance-invalidité (décision du 27 juillet 2023).

Faits :**A.**

A. _____ – ressortissant français né le (...) 1966, marié, domicilié en France voisine, titulaire d'un certificat d'aptitude professionnelle (ci-après : CAP) de pâtissier-chocolatier-glacier-confiseur (ci-après : l'assuré ou le recours) – a travaillé en France et en dernier lieu en Suisse à 100% en tant que pâtissier-confiseur au service de B. _____ SA à (...) depuis le mois de janvier 2015 (D. _____ pce 2 p. 2, pce 21 p. 427, pce 22 p. 433, pce 23 p. 436). Ainsi, il a cotisé au système d'assurances sociales françaises de juin 1982 à juillet 1984 puis suisses de décembre 1988 à décembre 2022 (l'Office cantonal des assurances sociales D. _____ pce 18 p. 407 [l'indication des pages correspondant à celles du dossier papier], pce 21 p. 425, pce 71 p. 4563). A la suite d'un accident de la circulation routière survenu le 7 juin 2019, il a subi un polytraumatisme et présenté une disjonction de l'hémi-bassin gauche avec diastasis sacro-iliaque, des fractures non déplacées des branches ischio-ilio-pubiennes droites, des fractures costales, une fracture de l'ulna distal droit et une rupture du ligament externe du genou gauche entraînant une incapacité totale de travail, avant qu'il ne reprenne son métier de pâtissier-confiseur, toujours au service de B. _____ SA, à 50% à partir du 2 [recte : 9] juin 2021 (D. _____ pce 12 p. 77, pce 46 p. 2807]). L'assureur-accidents de son employeur (ci-après : C. _____) a pris en charge les frais médicaux et les indemnités journalières pour perte de gain du 8 juin 2019 au 31 octobre 2023, avant de lui octroyer une indemnité pour atteinte à l'intégrité de 22.5% et de lui dénier le droit à une rente (cf. décision de C. _____ du 28 novembre 2023 [D. _____ pce 101 p. 4653]).

B.

Le 14 novembre 2019, A. _____ a déposé une demande de prestations de l'assurance-invalidité suisse (ci-après : AI) invoquant les séquelles de l'accident, en particulier les multiples fractures et traumatismes subis (D. _____ pce 2 p. 2).

B.a Procédant à l'instruction de celle-ci, l'Office cantonal des assurances sociales D. _____ (ci-après : D. _____ ou autorité d'instruction) a recueilli, sur le plan économique, un questionnaire pour l'employeur daté du 10 février 2020 (D. _____ pce 21 p. 427) et un descriptif du poste de travail de l'assuré comme boulanger (cf. formulaire C. _____ « *Description du poste de travail* » [D. _____ pce 31 p. 809-812]) dont l'exercice implique notamment :

- de porter très souvent des charges très légères (jusqu'à 5kg) et de porter souvent des charges légères (5-10kg),

- de monter régulièrement, plusieurs fois par jour, des escaliers, de ne jamais pouvoir travailler en position assise ni d'alterner les positions assise/debout, mais de rester debout en permanence durant toute la journée de travail qui dure de 4 heures du matin à 16 heures de l'après-midi avec une pause d'environ 30 minutes pour le repas de midi,
- de mettre à contribution en permanence (plus de 6 heures par jour) la fonctionnalité et la rotation de la main dominante, soit la main droite chez l'assuré,
- d'effectuer de très fréquentes rotations de la colonne vertébrale et en position debout/penchée,
- d'effectuer des déplacements en marchant sur une distance ne dépassant jamais les 50 mètres, parfois en montant et en descendant des escaliers (30 minutes à 3 heures par jour).

B.b Sur le plan médical, l'autorité d'instruction a porté au dossier celui de l'assurance perte de gain C. _____ respectivement les rapports médicaux établis par les médecins traitants de l'assuré selon lesquels l'accident du 7 juin 2019 a causé à ce dernier :

- une fracture de l'anneau pelvien du bassin de type C2 selon Tile avec instabilité hémodynamique,
- une fracture ouverte de l'ulna distal droit, une fracture fermée diaphysaire du radius distal droit, une fracture fermée de la base du 5^{ème} métacarpien droit,
- plusieurs fractures costales gauches avec minime bulle de pneumothorax postéro-basal gauche,
- une fracture des apophyses transverses gauches lombaires L1, L2, L4,
- plusieurs fractures non déplacées des branches ischio-ilio-pubiennes droites,
- un hématome rétropéritonéal dépendant du muscle ilio-psoas gauche,
- une rhabdomyolyse,
- une contusion testiculaire,
- un étirement post-traumatique du nerf fibulaire commun au niveau du membre inférieur gauche avec une parésie complète initiale dans le territoire L5 et parésie dans les territoires L4, S1,
- une avulsion du ligament latéral externe au fémur et une avulsion partielle du tendon poplité au fémur du genou gauche.

La fracture du bassin « *open book* » avec dislocation de la symphyse et de la sacro-iliaque gauche, la fracture ouverte comminutive de l'ulna distal droit, la fracture fermée diaphysaire du radius distal droit, la fracture fermée de la base du 5^{ème} métacarpien droit et l'avulsion du ligament latéral externe au fémur du genou gauche ont nécessité plusieurs interventions chirurgicales respectivement l'hospitalisation de l'assuré dans le Service de chirurgie orthopédique et traumatologie de l'appareil moteur de l'hôpital E. _____ (ci-après : hôpitaux E. _____) du 7 juin 2019 au 4 juillet 2019,

puis dans l'Unité de médecine physique et réadaptation orthopédique de l'hôpital E. _____ du 4 juillet 2019 au 23 août 2019 (cf. rapport de consultation aux urgences du Dre F. _____ du 11 juin 2019 [D. _____ pce 12 p. 224] ; comptes-rendus opératoires du Dre F. _____ du 13 juin 2019 [D. _____ pce 12 p. 226], du Dre G. _____ du 1er juillet 2019 [D. _____ pce 12 p. 228], du Dr H. _____ du 13 août 2020 [D. _____ pce 39 p. 1466], du Dr H. _____ du 1^{er} septembre 2020 [D. _____ pce 57 p. 4117] et du Dre G. _____ du 24 septembre 2019 [D. _____ pce 39 p. 1269] ; note d'admission dans l'Unité de médecine physique et réadaptation orthopédique de l'hôpital E. _____ établie le 5 juillet 2019 par les Drs I. _____ et J. _____ [D. _____ pce 12 p. 98], lettre de transfert de l'hôpital E. _____ à l'Hôpital M. _____ du 30 juillet 2019 [D. _____ pce 16 p. 371], lettre de sortie du Service de chirurgie orthopédique et traumatologie de l'appareil moteur de l'hôpital E. _____ des Drs K. _____ et L. _____ du 13 septembre 2019 [D. _____ pce 16 p. 377] et avis de sortie du Service de chirurgie orthopédique et traumatologie de l'appareil moteur de l'hôpital E. _____ établi le 1er septembre 2020 par le Dr N. _____ [D. _____ pce 57 p. 4115]).

B.c Une reprise thérapeutique du travail dans la profession de pâtissier-confiseur a été tentée à 50% à partir du 14 septembre 2020, puis diminuée à 30% dès le 4 novembre 2020 compte tenu des douleurs et de la fatigue, avant que l'assuré ne reprenne à 50% l'exercice effectif de son métier à partir du 9 juin 2021 (cf. certificats des 9 septembre 2020 au 9 juin 2022 du Dr I. _____ [D. _____ pce 39 p. 1481, 1493, 1496, 1515 ; pce 42 p. 2101, 2125, 2139 ; pce 46 p. 2787, 2807, 2819 ; pce 53 p. 3526, 3531, 3534, 3539, 3548 ; pce 57 p. 4304, 4308, 4363, 4468, 4471]).

B.d Compte tenu des séquelles engendrées au niveau du membre inférieur gauche par les atteintes orthopédiques et neurologiques subies le 7 juin 2019, le Dr O. _____ (médecin-conseil – dont la spécialisation n'est pas précisée – auprès du Service Médical Régional AI P. _____ [ci-après : SMR]) a considéré qu'une expertise bi-disciplinaire en orthopédie et en neurologie s'imposait afin de procéder à une appréciation consensuelle du cas (cf. rapport SMR du Dr O. _____ du 23 août 2022 [D. _____ pce 58 p. 4481]), laquelle a été confiée au BEM Riviera-Bureau d'Expertises Médicales (ci-après : BEM). Aux termes du rapport d'expertise bi-disciplinaire du 7 février 2023 en résultant, les experts Q. _____ (spécialiste en orthopédie) et R. _____ (spécialiste en neurologie) ont retenu les diagnostics suivants :

- sur le plan *orthopédique*, des douleurs persistantes au niveau de l'articulation sacro-iliaque gauche et de l'aile iliaque gauche post fracture complexe du bassin, et
- sur le plan *neurologique*, de parésie post-traumatique de la musculature dépendant du nerf sciatique poplité externe gauche (ci-après SPE [ancienne dénomination du nerf fibulaire commun]) et des allodynies au niveau du pied gauche,

laissant subsister une capacité de travail de 80% dans toute activité lucrative respectant les limitations fonctionnelles médicalement retenues (pas de travaux en hauteur, limitation des montées et descentes d'escaliers, pas de port de charges), l'incapacité de travail de 20% résultant de la baisse de rendement engendrée par la prise d'antalgiques majeurs requis par les douleurs persistantes et au besoin accru de pauses durant la journée de travail (D._____ pce 68 p. 4517).

B.e Dans un rapport SMR établi le 13 février 2023, le O._____ a considéré qu'il n'y avait pas lieu de s'écarter du rapport d'expertise BEM du 7 février 2021 et, partant, a retenu :

- comme atteinte principale : une parésie post-traumatique de la musculature dépendant du SPE (nerf fibulaire commun) gauche et des allodynies au niveau du pied gauche, et
- comme autres atteintes : des douleurs persistantes au niveau de la sacro-iliaque gauche et de l'aile iliaque gauche post fracture complexe du bassin,

entraînant une incapacité de travail de 100% dans toute activité lucrative depuis le 7 juin 2019, puis de 20% à partir du 9 juin 2021 (D._____ pce 70 p. 4561).

B.f Se fondant sur le rapport SMR du 13 février 2023, D._____ a établi un projet de décision daté du 14 mars 2023 aux termes duquel il a dénié à l'assuré le droit à des mesures professionnelles qu'il a considérées comme étant injustifiées et lui a octroyé une rente entière du 1^{er} juin 2020 au 30 juin 2021 compte tenu d'un degré d'invalidité de 100% à partir du 7 juin 2019 puis de 20% à partir du 1^{er} juillet 2021 correspondant à une incapacité de travail de 100% dans l'activité lucrative habituelle de pâtissier-confiseur à partir du 7 juin 2019, puis d'une capacité de travail recouvrée dès le 9 juin 2021 à hauteur de 80% dans toute activité lucrative (D._____ pce 73 p. 4567).

B.g L'assuré a contesté le préavis par acte non daté reçu le 4 avril 2023 par D._____. Se fondant sur un rapport établi le 31 mars 2023 par le Dr

I._____ (spécialiste en médecine physique, réadaptation et médecine du sport), il a indiqué ne pas pouvoir travailler au-delà de 50% sans augmenter simultanément la prise de morphine, ce qui était dommageable à sa santé (D._____ pce 81 p. 4586-4588).

B.h A l'aune du rapport médical précité du Dr I._____, le Dr O._____ a retenu, dans un nouveau rapport SMR établi le 25 avril 2023, que le métier de pâtissier-confiseur exercé au-delà du taux de 50% aggravait la symptomatologie douloureuse de sorte que l'assuré était ensuite contraint d'augmenter la prise d'opiacés, précisant que la consommation prolongée d'opiacés pouvait diminuer leurs effets analgésiques, voire créer une dépendance. Partant, le SMR a considéré que le recourant présentait dès le 9 juin 2021 une capacité de travail de 50% dans son activité lucrative habituelle et de 80% dans une activité lucrative de substitution (D._____ pce 84 p. 4592).

B.i Par décision du 27 juillet 2023 – notifiée à l'assuré le 16 août 2023 (TAF pce 3) – , l'Office de l'assurance-invalidité pour les assurés résidant à l'étranger OAIE (ci-après : OAIE ou autorité inférieure) a dénié à l'assuré le droit à des mesures professionnelles qu'il a considérées comme étant injustifiées et lui a octroyé une rente entière du 1^{er} juin 2020 au 30 juin 2021 compte tenu d'un degré d'invalidité de 100% à partir du 7 juin 2019, puis de 23% à partir du 1^{er} juillet 2021 correspondant à une incapacité de travail de 100% dans l'activité lucrative habituelle de pâtissier-confiseur à partir du 7 juin 2019, puis à une capacité de travail recouvrée dès le 9 juin 2021 à hauteur de 50% dans l'activité lucrative habituelle et de 80% dans une activité lucrative de substitution (D._____ pce 88 p. 4605).

C.

C.a Par écriture du 15 septembre 2023, l'assuré – représenté par Maître Aliénor Winiger (avocate) – saisit le Tribunal administratif fédéral (ci-après : Tribunal ou TAF) d'un recours contre la décision du 27 juillet 2023 de l'OAIE dont il requiert l'annulation en concluant, avec suite de frais et dépens :

- préalablement, à l'octroi d'un délai pour compléter son mémoire de recours, à l'audition des parties et à celle des Drs J._____, S._____, T._____, I._____, G._____, U._____, V._____, à une confrontation entre ces médecins, ainsi qu'à la mise en œuvre d'une expertise pluridisciplinaire en orthopédie, neurologie et rhumatologie ;

- principalement à l'octroi d'une rente fondée sur un taux d'invalidité de 100% à compter du 1^{er} mai 2020, subsidiairement à celui de mesures de réadaptation lui permettant de se réinsérer dans le circuit économique dans l'hypothèse où il ne remplirait pas les conditions d'octroi d'une rente d'invalidité.

Se prévalant de l'avis du Dr I._____, il conteste la valeur probante de l'expertise BEM du 7 février 2023 et celle du rapport SMR du 25 avril 2023, met partiellement en cause les diagnostics retenus par les experts et se prévaut d'une capacité de travail s'élevant au plus à 30% (TAF pce 1).

C.b Le 28 novembre 2023, le recourant s'est acquitté d'une avance de CHF 800.- sur les frais de procédure présumés (TAF pce 8).

C.c Par réponse du 25 janvier 2024, l'OAIE conclut au rejet du recours et à la confirmation de la décision litigieuse sur la base de la prise de position de D._____ du 22 janvier 2024 aux termes de laquelle la capacité de travail de 80% dans une activité lucrative adaptée et de 50% dans l'activité lucrative habituelle doivent être confirmées et le dossier renvoyé pour examen du droit à des mesures d'ordre professionnel. En bref et pour l'essentiel, l'autorité d'instruction rappelle qu'à la suite du rapport du 31 mars 2023 du Dr I._____ indiquant que l'exercice de l'activité lucrative habituelle à un taux supérieur à 50% aggravait la symptomatologie douloureuse respectivement augmentait la prise d'opiacés, le SMR a considéré que depuis le 9 juin 2021, la capacité de travail de l'assuré dans l'exercice de son activité lucrative habituelle s'élevait à 50% maximum, tandis que sa capacité de travail dans une activité lucrative de substitution était de 80%. D._____ en infère que la capacité de travail de 50% dans l'activité lucrative habituelle corrobore l'avis du Dr I._____ (TAF pce 11).

C.d Par réplique du 22 mars 2024, le recourant persiste dans les conclusions de son recours, faisant en particulier grief à l'OAIE d'avoir procédé à une interprétation erronée du rapport du 31 mars 2023 du Dr I._____, avant de produire un rapport complémentaire établi par ce dernier le 15 septembre 2023. En particulier, le recourant rappelle que l'OAIE s'est écarté des conclusions du rapport d'expertise BEM du 7 février 2023 au profit de celles du Dr I._____, de sorte qu'il ne dispose d'aucune capacité résiduelle de travail dans son activité lucrative habituelle de pâtissier-confiseur, que la seule capacité de travail exigible de sa part est limitée à 50% au plus et assortie des limitations fonctionnelles retenues par le Dr I._____ (TAF pce 15).

C.e L'autorité inférieure duplique le 30 avril 2024. Se basant sur la prise de position de l'autorité d'instruction du 25 avril 2024, l'OAIE réitère ses conclusions de rejet du recours, réaffirmant que l'instruction du dossier permet de statuer en pleine connaissance de cause sur l'état de santé et la capacité de travail du recourant, de sorte que la mise en œuvre d'une mesure d'instruction complémentaire s'avère inutile (TAF pce 17).

C.f Aux termes d'une ordonnance rendue le 7 mai 2024, le Tribunal porte une copie de la duplique à la connaissance du recourant et signale que l'échange d'écritures est clos, d'autres mesures d'instruction demeurant toutefois réservées (TAF pce 18).

(Les autres faits et arguments pertinents de la cause seront reproduits, si besoin est, dans les considérants en droit qui suivent.)

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'Office de l'assurance-invalidité pour les assurés résidant à l'étranger (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.

1.3 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 (48 al. 1 PA). Ces conditions sont remplies en l'espèce.

1.4 Déposé en temps utile et dans les formes requises par la loi (art. 50 al. 1 et art. 52 al. 1 PA), le recours est recevable, l'avance sur les frais de procédure présumés d'un montant de CHF 800.- ayant été, au demeurant, dûment acquittée (TAF pce 8).

2. En l'espèce, le recourant s'est vu accorder par décision de l'OAIE du 27 juillet 2023 une rente entière du 1^{er} juin 2020 au 30 juin 2021. Dès lors qu'il réclame le droit à une rente entière à partir du 1^{er} mai 2020, l'objet du litige porte non seulement sur la suppression de son droit à une rente entière à partir du 1^{er} juillet 2021, mais également sur le *dies a quo* de l'octroi de celle-ci.

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). Compte tenu des éléments d'extranéité susmentionnés, est applicable à la présente cause l'Accord du 21 juin 1999 sur la libre circulation des personnes (ALCP, RS 0.142.112.681), conclu entre la Suisse et la Communauté européenne et ses Etats membres, dont l'annexe II règle la coordination des systèmes de sécurité sociale (art. 8 ALCP). Dans ce contexte, l'ALCP fait référence depuis le 1^{er} avril 2012 au règlement (CE) n° 883/2004 du Parlement européen et du Conseil du 29 avril 2004 portant sur la coordination des systèmes de sécurité sociale (ci-après : règlement n° 883/2004, RS 0.831.109.268.1), ainsi qu'au règlement (CE) n° 987/2009 du Parlement européen et du Conseil du 16 septembre 2009 fixant les modalités d'application du règlement (CE) n° 883/2004 (ci-après : règlement n° 987/2009, RS 0.831.109.268.11 ; art. 1 al. 1 de l'annexe II en relation avec la section A de l'annexe II). A compter du 1^{er} janvier 2015, sont également applicables dans les relations entre la Suisse et les Etats membres de l'Union européenne (UE) les modifications apportées notamment au règlement n° 883/2004 par les règlements (UE) n° 1244/2010 (RO 2015 343), n° 465/2012 (RO 2015 345) et n° 1224/2012 (RO 2015 353). Toutefois, même après l'entrée en vigueur de l'ALCP et des règlements de coordination, 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 al. 2 du règlement n° 987/2009)].

4.

4.1 La procédure dans le domaine des assurances sociales fait prévaloir la maxime inquisitoire (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 ; 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 frontalière au moment du dépôt de la demande et que l'atteinte à la santé remonte à l'époque de leur activité en tant que frontalier (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 (...) (Département de [...]) et l'atteinte à la santé est survenue alors qu'il exerçait, en tant que frontalier, une activité lucrative au service du B. _____ SA, sis à (...). Partant, c'est à juste titre que l'Office cantonal des assurances

sociales D._____ a instruit la demande de rente d'invalidité déposée le 14 novembre 2019 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 des dispositions particulières du droit transitoire (ATF 146 V 364 consid. 7.1 ; 144 V 210 consid. 4.3.1 ; 136 V 24 consid. 4.3). 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 1^{er} janvier 2024, ch. 9100 ; Circulaire relative aux dispositions transitoires concernant le système de rentes linéaire [Circ. DT DC AI], valable dès le 1^{er} janvier 2022, état au 1^{er} 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 déposée le 14 novembre 2019 à la suite d'une incapacité de travail survenue le 7 juin 2019 de sorte que l'éventuel droit à la rente du recourant prendrait naissance au plus tôt le 1^{er} juin 2020 (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 1^{er} 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 1^{er} 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 27 juillet 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, le rapport du Dr I. _____ établi le 15 septembre 2023 – soit après le prononcé de la décision litigieuse rendu le 27 juillet 2023 – a trait à l'état de santé du recourant à l'issue des thérapies physiques et fonctionnelles suivies après le polytraumatisme subi le 7 juin 2019. Dans la mesure où il se rapporte au même état de santé que celui ayant présidé au prononcé de la décision litigieuse (cf. *infra* consid. 10.2.13), il est étroitement lié à l'objet du présent litige et de nature à en influencer l'appréciation au moment où la décision de l'OAIE du 27 juillet 2023 a été rendue, de sorte qu'il y a lieu de le prendre en considération dans la présente procédure de recours.

6.

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).

En l'espèce, le recourant a versé des cotisations à l'assurance-vieillesse, survivants et invalidité suisse pendant plus d'une trentaine d'années (cf. *supra* lettre A) et remplit par conséquent la condition de la durée minimale de cotisations eu égard au moment de l'ouverture éventuelle du droit à la rente en date du 1^{er} juin 2020. Il reste à examiner si l'assuré est invalide au sens de la LAI.

7.

7.1 L'invalidité au sens de la LPGa et de la LAI est l'incapacité de gain totale ou partielle qui est présumée permanente ou de longue durée (art. 8 al. 1 LPGa). Elle peut résulter d'une infirmité congénitale, d'une maladie ou d'un accident (art. 4 al. 1 LAI) et est réputée survenue dès qu'elle est, par sa nature et sa gravité, propre à ouvrir droit aux prestations entrant en considération (art. 4 al. 2 LAI). Selon l'art. 7 al. 1 LPGa, est réputée incapacité de gain toute diminution de l'ensemble ou d'une partie des possibilités de gain de l'assuré sur un marché du travail équilibré dans son domaine d'activité, si cette diminution résulte d'une atteinte à sa santé physique, mentale ou psychique et qu'elle persiste après les traitements et les mesures de réadaptation exigibles. Par incapacité de travail, on entend toute perte, totale ou partielle, résultant d'une atteinte à la santé physique, mentale ou psychique, de l'aptitude de l'assuré à accomplir dans sa profession ou son domaine d'activité le travail qui peut raisonnablement être exigé de lui (art. 6, 1^{ère} phrase LPGa). L'assurance-invalidité suisse couvre ainsi seulement les pertes économiques liées à une atteinte à la santé physique ou psychique, et non la maladie en tant que telle (ATF 116 V 246 consid. 1b). En d'autres termes, l'objet assuré n'est pas l'atteinte à la santé, mais l'incapacité de gain probablement permanente ou de longue durée qui en résulte et qui n'est pas objectivement surmontable (art. 7 al. 2 LPGa). En cas d'incapacité de travail de longue durée, l'activité qui peut être exigée de l'assuré peut aussi relever d'une autre profession ou d'un autre domaine d'activité (art. 6, 2^e phrase LPGa).

7.2 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 LPGa) d'au moins 40 % en moyenne durant une année sans interruption notable (let. b) ; et si, au terme de cette année, il est invalide (art. 8 LPGa) à 40 % au moins (let. c).

7.3 Aux termes de l'art. 28 al. 2 LAI (dans sa teneur en vigueur jusqu'au 31 décembre 2021), 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. L'art. 29 al. 4 LAI prévoit que les rentes correspondant à un taux d'invalidité inférieur à 50% ne sont versées qu'aux assurés qui ont leur domicile et leur résidence habituelle (art. 13 LPGa) en Suisse. Toutefois, suite à l'entrée en vigueur de l'ALCP le 1^{er} juin 2002, la

restriction prévue à l'art. 29 al. 4 LAI n'est pas applicable lorsque 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).

7.4 En cas d'octroi de rentes rétroactives limitées dans le temps, les dispositions relatives à la révision sont applicables.

7.4.1 En effet, une décision qui accorde pour la première fois une rente d'invalidité avec effet rétroactif et, en même temps, prévoit sa suppression, réduction et/ou augmentation correspond à une décision de révision au sens de l'art. 17 LPG (ATF 133 V 263 consid. 6.1 ; arrêts du TF 8C_71/2017 du 20 avril 2017 consid. 3 ; 9C_226/2011 du 15 juillet 2011 consid. 4.3.1 non publié in : ATF 137 V 369 ; voir également MARGRIT MOSER SZELESS, Loi sur la partie générale des assurances sociales, Commentaire Romand, 2018, n° 9 ad art. 17 ; ATF 141 V 9 consid. 2.3 ; 130 V 343 consid. 3.5 ; sur les situations à comparer, voir ATF 133 V 108 consid. 5). Les dispositions légales relatives à la révision s'appliquent ainsi par analogie aux rentes rétroactives limitées dans le temps (ATF 145 V 209 consid. 5.3, 131 V 164 consid. 2.2 et 125 V 413 consid. 2d avec réf.).

7.4.2 Aux termes de l'art. 17 al. 1 LPG, si le taux d'invalidité du bénéficiaire de la rente subit une modification notable, la rente est, d'office ou sur demande, révisée pour l'avenir, à savoir augmentée ou réduite en conséquence, ou encore supprimée. La rente peut être révisée non seulement en cas de modification sensible de l'état de santé, mais aussi lorsque celui-ci est resté le même, mais que ses conséquences sur la capacité de gain ont subi un changement important (ATF 141 V 9 consid. 2.3, 134 V 131 consid. 3, 130 V 343 consid. 3.5), dans le sens qu'elles entraînent une modification du droit à la rente (cf. ATF 133 V 545 consid. 6.1 ; MICHEL VALTERIO, Commentaire, Loi fédérale sur l'assurance-invalidité (LAI), art. 31 n° 11 ss, p. 498 ss). Une simple appréciation différente d'un état de fait qui, pour l'essentiel, est demeuré inchangé, n'appelle en revanche pas à une révision au sens de l'art. 17 LPG (ATF 141 V 9 consid. 2.3 ; arrêt du TF 9C_414/2016 du 7 décembre 2016 consid. 5.2). Il n'y a pas matière à révision lorsque les circonstances sont demeurées inchangées et que le motif de la suppression ou de la diminution de la rente réside uniquement dans une nouvelle appréciation du cas (ATF 141 V 9 consid. 2.3, 115 V 308 consid. 4a/bb ; arrêts du TF 8C_160/2017 du 22 juin 2017 consid. 2.2, I 755/04 du 25 septembre 2006 consid. 5.1 et I 574/02 du 25 mars 2003 publié dans SVR 2004 IV n. 5 et références citées). De plus, un motif de révision doit clairement ressortir du dossier (arrêts du TF I 755/04 du 25

septembre 2006 consid. 5.1, I 559/02 du 31 janvier 2003 consid. 3.2 et références), la réglementation sur la révision ne constituant pas un fondement juridique à un réexamen sans condition du droit à la rente (arrêts du TF I 755/04 du 25 septembre 2006 consid. 5.1, I 8/04 du 12 octobre 2005 consid. 2.1, I 559/02 du 31 janvier 2003 consid. 3.2 et références ; MICHEL VALTERIO, op. cit., 2018, art. 31 n° 11, p. 498).

7.4.3 Pour examiner si dans un cas, il y a eu une modification importante du taux d'invalidité au sens de l'art. 17 al. 1 LPGA, le point de départ est la dernière décision entrée en force qui repose sur un examen matériel du droit à la rente avec une constatation des faits pertinents, une appréciation des preuves et une comparaison des revenus. Une communication au sens des art. 74^{ter} let. f et 74^{quater} al. 1 RAI avec laquelle une révision effectuée d'office est clôturée avec la constatation qu'aucune modification de la situation propre à influencer le droit aux prestations n'est intervenue, peut, cas échéant, être assimilée à une décision formelle (arrêt du TF 8C_395/2018 du 3 septembre 2018 consid. 5.2 et références). Les faits tels qu'ils se présentaient à ce moment-là doivent être comparés aux circonstances régnant à l'époque de la décision litigieuse (ATF 133 V 108 consid. 5.4, 130 V 343 consid. 3.5.2, 130 V 71 consid. 3.2.3 et références).

7.4.4 En cas d'octroi rétroactif d'une rente d'invalidité échelonnée ou à durée déterminée, il convient d'appliquer par analogie, outre la disposition de révision prévue à l'art. 17, al. 1, LPGA, la règle énoncée à l'art. 88a al. 1 du règlement sur l'assurance-invalidité (RAI ; RS 831.201) relative à la modification du droit aux prestations en cas d'amélioration de la capacité de gain (ATF 133 V 263 consid. 6.1; arrêts du TF 8C_578/2019 du 5 mars 2020 consid. 4.2 avec renvois ainsi que 8C_759/2020 du 22 janvier 2020 consid. 2.2), lorsqu'un changement susceptible d'influencer le droit aux prestations est survenu avant que la première décision de rente n'ait été rendue (arrêt du TF 8C_36/2019 du 30 avril 2019 consid. 5). Aux termes de l'art. 88a al. 1 RAI, si la capacité de gain ou la capacité d'accomplir les travaux habituels de l'assuré s'améliore (...), ce changement n'est déterminant pour la suppression de tout ou partie du droit aux prestations qu'à partir du moment où on peut s'attendre à ce que l'amélioration constatée se maintienne durant une assez longue période (1ère phrase). Il en va de même lorsqu'un tel changement déterminant a duré trois mois déjà, sans interruption notable et sans qu'une complication prochaine soit à craindre (2ème phrase). Le Tribunal fédéral applique généralement la deuxième phrase de cette disposition et accorde ou confirme la rente plus élevée versée jusqu'alors pendant trois mois au-delà de la modification de l'état de santé (arrêts 8C_94/2013 du 8 juillet 2013, consid. 4.1 ; 8C_670/2011

du 10 février 2012, consid. 5.1 ; 9C_491/2008 du 21 avril 2009, consid. 2 ; plus récemment, par exemple, 9C_544/2018 du 5 février 2019, consid. 7.3 ; 8C_220/2018 du 14 novembre 2018, consid. 5.3 ; 9C_112/2018 du 20 septembre 2018, consid. 4.2 ; 8C_309/2018 du 2 août 2018, consid. 6). Selon la jurisprudence du Tribunal fédéral, il ne convient de renoncer au délai d'attente de 3 mois que dans des cas exceptionnels. La modification « immédiate » du droit à la rente se justifie par exemple lorsque l'une amélioration de la capacité de gain peut être présumée depuis un certain temps déjà, mais que la date de l'amélioration de la capacité de travail n'est documentée nulle part (arrêt 9C_603/2010 du 6 octobre 2011, consid. 4.2), ou parce que l'évolution de la capacité de travail n'a pas pu être déterminée avec une précision suffisante et n'a pas pu être évaluée de manière définitive telle qu'elle ressortait du dossier en temps réel, mais seulement au moment de l'établissement de l'expertise (arrêt 9C_810/2010 du 16 septembre 2011, consid. 4.2). Dans ces cas, la modification de l'invalidité respectivement du droit à la rente est retenue à la date de l'expertise (arrêt du TF 8C_36/2019 du 30 avril 2019 consid. 5).

7.5 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).

7.5.1 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).

7.5.2 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).

7.5.3 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).

7.5.4 Lorsqu'au stade de la procédure administrative, une expertise commandée par un assureur à des spécialistes indépendant·e·s et externes à cet assureur en application de l'art. 44 LPGA (dans sa teneur en vigueur

jusqu'au 31 décembre 2021) est établie sur la base d'observations approfondies et d'investigations complètes de même qu'en pleine connaissance du dossier et que l'expert-e aboutit à des résultats convaincants, il y a lieu de reconnaître pleine valeur probante à ces résultats, aussi longtemps qu'aucun indice concret, tel que des contradictions manifestes ou des éléments essentiels ignorés, ne permet de douter de leur bien-fondé et fiabilité (ATF 137 V 210 consid. 2.2.2 ; 135 V 465 consid. 4.4 ; 125 V 351 consid. 3b/bb). En outre, la valeur probante d'une expertise médicale établie en vue d'une révision dépend largement du fait de savoir si elle explique d'une manière convaincante la modification survenue de l'état de santé. Les experts doivent alors prendre en considération que la modification de l'état de santé doit être notable et qu'une nouvelle appréciation du cas, alors que les circonstances sont demeurées inchangées, ne constitue pas un motif de révision (ATF 141 V 9 consid. 2.3, 112 V 371 consid. 2b ; arrêts du TF 9C_418/2010 du 29 août 2011 consid. 4.2 à 4.4, I 755/04 du 25 septembre 2006 consid. 5.1 ; voir aussi arrêt du TF 8C_445/2017 du 9 mars 2018 consid. 2.2; ANDREAS TRAUB, Zum Beweiswert medizinischer Gutachten im Zusammenhang mit der Rentenrevision, RSAS 2012 pp. 183 ss; MICHEL VALTERIO, op. cit., art. 31 n° 11).

8.

Aux termes de la décision litigieuse du 27 juillet 2023, l'OAIE a dénié à l'assuré le droit à des mesures professionnelles et lui a octroyé une rente entière du 1^{er} juin 2020 au 30 juin 2021 compte tenu d'un degré d'invalidité de 100% à partir du 7 juin 2019, puis de 23% à partir du 1^{er} juillet 2021, correspondant à une incapacité de travail de 100% dans l'activité lucrative habituelle de pâtissier-confiseur à partir du 7 juin 2019, puis d'une capacité de travail recouvrée dès le 9 juin 2021 à hauteur de 80% dans une activité lucrative de substitution et de 50% dans l'activité lucrative habituelle (D._____ pce 88 p. 4605). A l'appui de son prononcé, l'autorité inférieure s'est fondée sur l'avis du SMR (cf. *infra* consid. 8.1), lui-même fondé en partie sur le rapport d'expertise bi-disciplinaire BEM du 7 février 2023 (cf. *infra* consid. 8.2) et en partie sur le rapport du 31 mars 2023 du Dr I._____ (cf. *infra* consid. 10.2.12).

8.1 Dans ses rapports SMR, le Dr O._____ considère qu'à la suite du polytraumatisme survenu le 7 juin 2019, le recourant a subi diverses atteintes orthopédiques et neurologiques entraînant une incapacité de travail de 100% dans toute activité lucrative à partir du 7 juin 2019 (cf. rapport SMR du 23 août 2022 [D._____ pce 58 p. 4481]). Se référant au rapport établi le 9 juin 2021 par le Dr S._____, le médecin-conseil SMR oppose

ensuite à l'assuré une incapacité de travail réduite à 20% à partir du 9 juin 2021 correspondant aux séquelles suivantes :

- une parésie post-traumatique de la musculature dépendante du nerf fibulaire commun gauche et des allodynies au niveau du pied gauche (atteinte principale) ;
- des douleurs persistantes au niveau de la sacro-iliaque gauche et de l'aile iliaque gauche après une fracture complexe du bassin (autres atteintes).

En particulier, le Dr O. _____ explique que lors de la consultation du 9 juin 2021 auprès du Dr S. _____, l'assuré n'a pas rapporté de douleurs et qu'il a indiqué travailler à 30% comme boulanger et ne pas prendre d'analgésie, excepté pour le dos. Le Dr O. _____ en déduit que dès le 9 juin 2021, l'assuré a recouvré une aptitude à la réadaptation et une capacité de travail de 80% dans toute activité lucrative (cf. rapport SMR du 13 avril 2023 [D. _____ pce 70 p. 4561]). A la suite du rapport du 31 mars 2023 établi en procédure d'audition par le Dr I. _____, le médecin-conseil SMR s'écarte des conclusions du rapport d'expertise BME du 7 février 2023 pour suivre l'avis du Dr I. _____ et considérer que la capacité résiduelle de travail de l'assuré dans son métier de pâtissier-confiseur est limitée à 50% depuis le 9 juin 2021 (cf. rapport SMR du 25 avril 2023 [D. _____ pce 84 p. 4591]).

Aussi le SMR oppose-t-il à l'assuré une capacité de travail de 0% dès le 7 juin 2019 dans toute activité lucrative, puis dès le 9 juin 2021 de 50% dans l'activité lucrative habituelle de pâtissier-confiseur et de 80% dans une activité lucrative de substitution respectant les limitations fonctionnelles suivantes : éviter les travaux en hauteur (monter sur des échelles), le port régulier de charges, les déplacements dans des escaliers, la station debout prolongée, les marches prolongées (faiblesse au niveau du membre inférieur gauche), les activités accroupies ou agenouillées.

8.2 S'agissant du rapport d'expertise bi-disciplinaire BEM du 7 février 2023, celui-ci est établi sur la base d'examens cliniques pratiqués le 13 janvier 2023 par l'expert en orthopédie Q. _____ et par l'expert en neurologie R. _____.

8.2.1 Sur le plan *orthopédique*, l'expert Q. _____, relatant les plaintes de l'assuré, rapporte : au niveau du bassin, des douleurs irradiant de l'aile iliaque gauche jusqu'aux niveaux lombaire et sacro-iliaque gauche ; au niveau de l'avant-bras droit, l'absence de plaintes ; au niveau du genou

gauche, des douleurs probablement liées à une mauvaise démarche lorsque l'assuré se tient debout trop longtemps, celui-ci soulignant travailler exclusivement debout dans son métier de pâtissier-confiseur qu'il exerce à 50%, n'avoir jamais pu augmenter sa capacité de travail à plus de 50% et avoir de plus en plus de difficultés à tenir en raison d'une boiterie et d'une gêne persistante au niveau du membre inférieur gauche.

A l'examen clinique, l'expert Q._____ observe : au niveau du rachis dorso-lombaire, une sensibilité paravertébrale lombaire gauche et des douleurs aiguës à la palpation de la sacro-iliaque gauche ainsi que de l'aile iliaque ; au niveau des membres supérieurs et en particulier du poignet droit, une mobilité physiologique sans douleurs, une plaque d'ostéosynthèse indolore au niveau du 5^{ème} métacarpien, l'enroulement physiologique des doigts et un empan identique à droite et à gauche ; au niveau des membres inférieurs, une marche possible sur les talons et sur les pointes, mais difficile à gauche, un genou gauche sensible mais stable avec un appui monopodal gauche possible mais assorti d'une flexion du genou gauche afin d'assurer une stabilité; des hanches libres des deux côtés, l'adducteur gauche étant incompetent avec une atrophie musculaire de la cuisse gauche d'environ 2,5 cm à 3 cm ; au niveau du pied gauche, l'absence d'atteinte orthopédique. L'expert Q._____ explique que les plaintes subjectives de l'assuré, d'origine traumatique, sont objectivées médicalement au niveau sacro-iliaque, une augmentation de celles-ci étant à redouter en raison d'une éventuelle arthrose de la sacro-iliaque gauche. Il considère que le cas est stabilisé et fixe l'indemnité pour atteinte à l'intégrité à 7.5%.

Sur la base de ses constats, l'expert Q._____ pose les diagnostics :

- incapacitants : de status post polytraumatisme avec lésions complexes du bassin laissant persister une douleur au niveau de la sacro-iliaque gauche et de l'aile iliaque gauche;
- non-incapacitants : 1° de status post fracture complexe du poignet gauche [recte : droit] traitée chirurgicalement à deux reprises au niveau du cubitus distal, avec fracture du 5^{ème} métacarpien traitée chirurgicalement sans séquelles, ainsi que de fracture du scaphoïde, sans douleurs et 2° de status post entorse grave du genou [gauche] avec réparation du ligament latéral externe.

Procédant à l'évaluation médicale de la capacité de travail de l'assuré, l'expert Q._____ considère qu'à l'issue d'une période d'incapacité totale de travail depuis le 7 juin 2019, l'assuré a pu reprendre dès le 5 novembre

2020, l'exercice à 90% de son métier de pâtissier-confiseur, la diminution de 10% étant liée à un besoin accru de pauses. A propos de la capacité de travail de l'assuré dans une activité lucrative adaptée à son état de santé, l'expert Q._____ explique que l'expertisé est passionné par son métier, qu'il n'aimerait pas en changer, que même si cette activité lucrative s'exerce principalement debout, la gêne en résultant est surmontable du point de vue orthopédique et qu'il n'est par conséquent pas nécessaire de retenir des limitations fonctionnelles correspondantes, celles prévues par l'expert neurologue étant suffisantes. Bien qu'il considère que le métier de pâtissier-confiseur constitue une activité lucrative adaptée à l'état de santé de l'assuré, l'expert Q._____ précise qu'il conviendrait de tester un poste de travail adapté, éventuellement équipé d'un tabouret de selle avec roues afin de favoriser les déplacements dans le laboratoire. Il ajoute enfin que la capacité de travail de l'expertisé peut être améliorée par de la physiothérapie avec tonification musculaire et, pour le reste, renvoie aux conclusions de l'expert en neurologie.

8.2.2 Sur le plan *neurologique*, l'expert R._____ rapporte à son tour les plaintes exprimées par l'assuré, à savoir : des rachialgies décrites comme quasiment perpétuelles de niveau 5/6 sur une échelle de 10, voire parfois plus selon les jours, ascendant jusqu'au cou ; des céphalées, principalement frontales survenant environ une fois par semaine, apparues à l'âge de 45 ans et traitées par prise médicamenteuse ; une allodynie au niveau du pied gauche décrite comme douloureuse en permanence de niveau 5 sur une échelle de 10 et augmentée en cours de journée ainsi qu'en fin de semaine par la fatigue et la position debout ; une faiblesse principalement des releveurs du pied gauche – la mobilité ayant été récupérée à environ 50%, mais pas la force –, ainsi qu'une gêne au niveau de l'articulation de la cheville ; des douleurs au niveau du genou [gauche] en cas de fatigue ; une sensibilité du côté externe de la cuisse [gauche] avec une sensation de brûlure et un manque de force au niveau du moyen fessier rendant impossible l'horizontal du bassin lors de la marche et lors du maintien monopodal sur la jambe gauche ; des difficultés à écarter les genoux et à lever la jambe gauche, mais pouvoir monter un étage d'escaliers et marcher sur environ 200 à 300 mètres avant d'être contraint de s'arrêter en raison de la faiblesse du pied gauche.

A l'examen clinique, l'expert R._____ observe : une discrète contracture para-lombaire gauche au niveau du tronc ; au niveau du membre inférieur gauche, une faiblesse (de niveau M4 [la cotation de la force musculaire sur 5 niveaux est basée sur l'échelle du « *Medical Research Council* », universellement utilisée en médecine et kinésithérapie pour évaluer le testing

moteur ; cf. notamment « <https://recomedicales.fr/scores/mrc/> et <http://medicalcul.free.fr/mrcmuscfrc.html> ») de l'abduction et de la rotation interne de la hanche, des releveurs du pied, des péroniers latéraux, de l'extenseur propre du gros orteil et de la flexion des orteils ; une hypodysésthésie au niveau de la face externe de la cuisse gauche ainsi que de la plante, sur le bord interne et les orteils du pied gauche ; des réflexes rotuliens présents, mais moins vifs à droite ; des réflexes achilléens faibles, d'avantage à gauche ; une station debout normale ; une boiterie de type antalgique avec léger steppage gauche ; l'absence de difficultés à marcher sur la pointe des pieds ; des difficultés à gauche à la marche sur les talons, et l'absence de difficultés pour la marche en funambule. En résumé, l'expert R._____ retient que son examen clinique met en évidence, à gauche, une faiblesse des releveurs du pied, de l'extenseur propre du gros orteil et des péroniers latéraux et sur le plan sensitif, une hypodysésthésie dans le territoire du fémoro-cutané gauche et au niveau du pied gauche, épargnant le territoire de distribution du nerf sural.

Sur la base de ses constats, l'expert R._____ pose les diagnostics neurologiques :

- incapacitants : 1° de parésie post-traumatique de la musculature dépendante du SPE (nerf sciatique poplitée externe gauche [ancienne dénomination pour le nerf fibulaire commun]) gauche et 2° d'allodynies au niveau du pied gauche ;
- non-incapacitants : 1° de probable meralgie paresthésique gauche et 2° de céphalées d'origine probablement mixte (migraineuse et tensionnelle).

Procédant à l'évaluation médicale du cas, l'expert R._____ indique que dans les suites directes de l'accident de la circulation routière du 7 juin 2019, l'expertisé a subi un polytraumatisme, dans un premier temps de nature principalement orthopédique, caractérisé par des fractures multiples, des hématomes, des désinsertions musculaires et tendineuses. Lorsque la situation s'est stabilisée sur le plan orthopédique, des faiblesses et des douleurs évoquant des atteintes neurologiques associées sont apparues. En particulier, une faiblesse au niveau du membre inférieur droit a résulté d'un mauvais positionnement durant une intervention chirurgicale dont l'expert en neurologie retient que la récupération a été complète. Quant à la faiblesse au niveau du membre inférieur gauche portant sur la flexion et l'abduction de la hanche et sur les releveurs du pied et des orteils (y compris l'hallux où elle prédomine et, dans une moindre mesure, la flexion des orteils), l'expert en neurologie indique que l'évolution est

favorable, l'examen clinique laissant néanmoins encore transparaître une certaine faiblesse à « l'examen contre résistance ». Pour autant, l'expert R. _____ estime que cet élément ne réduit pas la capacité de travail de l'assuré, mais provoque des limitations fonctionnelles interdisant les travaux en hauteur, la montée et la descente d'escaliers en portant des charges. S'agissant de la cuisse gauche, l'examen clinique fait ressortir un déficit sensitif dans le territoire fémoro-cutané, lequel évoque une meralgie paresthésique liée à la repousse axonale du nerf fémoro-cutané lésé lors de l'accident, sans incidences sur la capacité de travail. S'agissant des céphalées, celles-ci sont relativement rares (environ une fois par semaine) et répondent au traitement, de sorte qu'elles ne présentent pas de caractère incapacitant. Les rachialgies, quant à elles, sont en relation avec la problématique du bassin, entraînent une contracture rachidienne et relèvent ainsi de la problématique orthopédique. Enfin, l'évolution des allodynies au niveau du pied gauche se révèle favorable, l'assuré pouvant désormais se chausser. Cependant, la douleur reste importante, limite la station debout prolongée, la marche et entraîne la prise d'antalgiques majeurs dont les effets secondaires réduisent le rendement. En définitive, l'expert R. _____ retient, du point de vue strictement neurologique, des limitations fonctionnelles liées à une faiblesse résiduelle au niveau du membre inférieur gauche et des allodynies dont le traitement médicamenteux réduit de 20% le rendement de l'assuré dans l'exercice de son activité lucrative habituelle de pâtissier-confiseur, ainsi que dans toute autre activité lucrative, restrictions dont l'expert précise qu'elles sont à mettre en parallèle avec les séquelles orthopédiques.

Considérant que l'incapacité totale de travail présentée initialement était due essentiellement à la problématique orthopédique, l'expert R. _____ retient, sur le plan strictement neurologique, une capacité de travail de 80% dès le 9 juin 2021, précisant qu'il s'agit de la date à laquelle le Dr S. _____ a constaté que l'expertisé ne rapportait pas de douleurs, qu'il travaillait à 30% comme boulanger et qu'il ne prenait pas d'antalgie, excepté pour le dos. S'agissant de l'exercice d'une activité lucrative adaptée à l'état de santé, l'expert R. _____ indique qu'il doit limiter le port régulier de charges ainsi que les déplacements dans les escaliers en raison de la faiblesse résiduelle du membre inférieur gauche et éviter la station debout prolongée qui accentue les allodynies et que dans ces conditions, le temps de présence maximal possible est de 100%, la performance de l'assuré étant toutefois réduite de 20% en raison des douleurs et des effets secondaires liés au traitement antalgique. L'expert R. _____ ajoute qu'à plus de 3 ans de l'apparition des déficits, l'état de santé est en grande partie fixé sur le plan neurologique et qu'une diminution des allodynies peut être

attendue à la faveur d'une certaine accoutumance susceptible de réduire le traitement antalgique et d'augmenter le rendement, sans pour autant conduire à une amélioration sensible de la capacité de travail. Il ajoute qu'une poursuite de la physiothérapie devrait permettre de maintenir l'état de santé au niveau neurologique.

8.2.3 Dans le cadre de l'évaluation consensuelle interdisciplinaire du cas, les experts retiennent :

- sur le plan *orthopédique*, les diagnostics incapacitants de douleurs persistantes au niveau de la sacro-iliaque gauche et de l'aile iliaque gauche après une fracture complexe du bassin, ainsi que les diagnostics non-incapacitants de status post fracture du poignet droit et de status post entorse grave du genou gauche avec lésion du ligament latéral externe traitée chirurgicalement ;
- sur le plan *neurologique*, les diagnostics incapacitants 1° de parésie post-traumatique de la musculature dépendante du SPE (nerf fibulaire commun) gauche et 2° d'allodynies au niveau du pied gauche, ainsi que les diagnostics non-incapacitants 1° de probable méralgie parsthésique gauche et 2° de céphalées probablement d'origine mixte (migraineuse et tensionnelle).

Ils expliquent que sur le plan orthopédique, les douleurs à la palpation de la sacro-iliaque gauche et les douleurs référées en fin de journée à ce niveau avec la fatigue ont une incidence sur les limitations fonctionnelles. Sur le plan neurologique, la faiblesse résiduelle au niveau du membre inférieur gauche entraîne également des limitations fonctionnelles mais ne réduit pas le temps de travail, tandis que les douleurs et en particulier les allodynies du pied gauche entraînent la prise d'antalgiques majeurs (morphine) susceptible de réduire de 20% le rendement de l'assuré. Les experts concluent à une capacité résiduelle de travail sur le plan orthopédique de 90% dans l'exercice de l'activité lucrative habituelle, l'assuré devant pouvoir bénéficier de pauses supplémentaires qui diminuent de 10% son rendement. Les experts précisent ne pas se déterminer sur la capacité résiduelle de travail de l'assuré dans une activité lucrative adaptée à son état de santé, dès lors que celui-ci souhaite poursuivre l'exercice de son métier de pâtissier-confiseur et qu'un changement d'activité lucrative risque de réduire sa capacité de travail. Du point de vue neurologique, les experts opposent à l'assuré une capacité de travail de 80% dans toute activité lucrative, l'incapacité de travail de 20% résultant de la baisse de rendement induite par les douleurs nécessitant la prise d'antalgiques majeurs. En résumé, les experts retiennent une capacité résiduelle de travail de l'assuré de 80% dans toute activité lucrative dès le 9 juin 2021, l'incapacité de

travail étant liée à une baisse de rendement en relation avec les douleurs qui requièrent la prise d'antalgiques majeurs.

9.

Compte tenu de ce qui précède, le Tribunal retient d'emblée qu'à la suite d'un polytraumatisme consécutif à un accident de la circulation routière survenu le 7 juin 2019, le recourant a présenté (cf. notamment la lettre de sortie du Service de chirurgie orthopédique et traumatologie de l'appareil moteur de l'hôpital E. _____ établie le 13 septembre 2019 par les Drs L. _____ et K. _____ [D. _____ pce 103 p. 4727]) :

1) les diagnostics principaux de :

- fracture de l'épiphyse distale du radius droit (avec fracture fermée diaphysaire du radius distal droit, fracture ouverte comminutive de l'ulna distal droit, fracture de la base du 5^{ème} métacarpien droit) et fracture du scaphoïde droit, opérées les 7 et 19 juin 2019,
- fracture de l'anneau pelvien du bassin de type C2 selon Tile avec instabilité de la hanche droite [recte : gauche] opérée les 7, 19 et 21 juin 2019,
- fractures costales gauches avec minime bulle de pneumothorax postéro-basal gauche,
- fracture des apophyses transverses gauches lombaires L1, L2, L4,
- hématome rétro-péritonéal dépendant du muscle ilio-psoas gauche,
- avulsion du ligament latéral externe au fémur et avulsion partielle du tendon poplité au fémur du genou gauche opérées le 24 juin 2019 ;

2) les diagnostics secondaires de :

- anémie post-opératoire ayant nécessité une transfusion,
- suivi pour lésion post-traumatique du nerf fibulaire commun du membre inférieur gauche et suivi pour lésion positionnelle du SPE (nerf sciatique poplité externe [aussi appelé nerf fibulaire commun]) à droite,
- bactériémie à *Enterococcus Coli Faecalis* diagnostiquée le 24 juin 2019,
- vésicule lithiasique vue à l'ultrason abdominal du 17 juillet 2019,
- malnutrition protéino-énergétique légère,
- rhabdomyolyse,
- ileus fonctionnel,

- hématurie et œdème scrotal post-traumatisme avec pose d'une sonde urinaire à demeure, cystoscopie et traitement conservateur urologique.

En d'autres termes, l'assuré a subi à la suite de l'accident du 7 juin 2019, un polytraumatisme complexe avec fracture du bassin « *open book* » sur dislocation de la symphyse et de la sacro-iliaque gauche, fracture ouverte de l'ulna distal droit, fracture fermée diaphysaire du radius distal droit, fracture fermée du 5^{ème} métacarpien droit, fracture d'une apophyse transverse lombaire et déchirement du ligament latéral externe du genou gauche, entraînant une incapacité totale de travail. Ces atteintes ont nécessité plusieurs interventions chirurgicales aux niveaux de la main et du poignet droits (les 7/19 juin 2019, 23 septembre 2019), du bassin (les 7/12/21 juin 2019) et du genou gauche (le 24 juin 2019). L'hospitalisation initiale a duré du 7 juin 2019 au 23 août 2019, avant d'être suivie d'un nouveau séjour hospitalier du 23 au 25 septembre 2019 pour une cure de pseudarthrose d'une fracture du tiers distal de l'ulna à droite opérée le 23 septembre 2019. A sa sortie d'hôpital, l'assuré s'est déplacé en chaise roulante, puis avec des béquilles jusqu'en novembre 2019, avant de porter une attelle articulée au genou gauche durant au moins 6 semaines. Le suivi thérapeutique aux niveaux orthopédique et neurologique a été important avec de multiples examens médicaux, une lourde médication impliquant notamment la prise de morphine ainsi que de nombreuses séances de physiothérapie, de balnéothérapie, d'hypnothérapie antalgique et d'ergothérapie (cf. comptes-rendus opératoires des 12 juin 2019 du Dr T. _____ [D. _____ pce 31 p. 860], 13 juin 2019 du Dre F. _____ [D. _____ pce 31 p. 880], 14 juin 2019 du Dr T. _____ [D. _____ pce 31 p. 882], 24 juin 2019 du Dr U. _____ [D. _____ pce 31 p. 884], 25 juin 2019 du Dr T. _____ [D. _____ pce 31 p. 886], 1^{er} juillet 2019 du Dre G. _____ [D. _____ pce 31 p. 823] et 24 septembre 2019 du Dre G. _____ [D. _____ pce 39 p. 1269] ; voir également la lettre de transfert du Service de chirurgie orthopédique et traumatologie de l'appareil moteur de l'hôpital E. _____ à l'Hôpital M. _____ établie le 30 juillet 2019 par les Drs W. _____, X. _____ et Y. _____ [D. _____ pce 16 p. 371] et les lettres de sortie du Service de chirurgie orthopédique et traumatologie de l'appareil moteur de l'hôpital E. _____ établies les 1^{er} et 13 septembre 2019 par les Drs L. _____ et K. _____ [D. _____ pce 31 p. 826, 867], ainsi que la lettre de sortie de l'Unité de chirurgie de la main et des nerfs périphériques de l'hôpital E. _____ établie le 27 septembre 2019 par les Drs G. _____ et Z. _____ [D. _____ pce 16 p. 383]).

Les atteintes ainsi subies ont entraîné une incapacité totale de travail dans toute activité lucrative à partir du 7 juin 2019 correspondant à un degré d'invalidité de 100% – une comparaison chiffrée des revenus avec et sans invalidité n'étant pas nécessaire dans ce cas (ATF 138 V 457 consid. 3.1 et 3.4; voir arrêt du TF 9C_437/2008 du 19 mars 2009 consid. 4.3. et 4.4 ; I 831/05 du 21 août 2006 consid. 4.1.1) – ouvrant à l'assuré le droit à une rente entière dès le 1^{er} juin 2020 – et non pas dès le mois de mai 2020 comme demandé par le recourant – compte tenu du délai d'attente d'une année courant à partir du début de l'incapacité de travail survenue le 7 juin 2019 (cf. art. 28 al. 1 let. b LAI) et du délai de 6 mois à compter du 14 novembre 2019, date du dépôt de la demande de prestations AI (cf. art. 29 al. 1 LAI).

10.

A compter du 9 juin 2021, l'OAIE retient une amélioration de l'état de santé de l'assuré lui permettant, de l'avis de l'autorité inférieure, d'exercer à 80% une activité lucrative de substitution et à 50% son activité lucrative habituelle. Le recourant, qui conteste toute amélioration de son état de santé, soutient disposer d'une capacité de travail limitée à 30% au maximum dans son activité lucrative habituelle.

10.1 D'emblée, le Tribunal constate qu'une évolution favorable de l'état de santé de l'assuré est établie au dossier s'agissant de la main et du poignet droits. A la suite des interventions chirurgicales subies le 7 juin 2019 pour une réduction et ostéosynthèse temporaire du radius droit et lavage, ainsi que pour un lavage et embrochage de l'ulna distal droit (D. _____ pce 31 p. 880), le 19 juin 2019 pour une ostéosynthèse de l'épiphyse distale droit, de l'ulna distal droit et du 5^{ème} métacarpien droit (D. _____ pce 31 p. 823), et le 23 septembre 2019 pour une cure de pseudarthrose d'une fracture du tiers distal de l'ulna droit (D. _____ pce 39 p. 1269), le patient a bénéficié d'une évolution post-opératoire favorable. En effet, les Drs AA. _____, BB. _____ et CC. _____ (radiologues consultés sur l'indication d'un bilan de consolidation de la fracture du scaphoïde droit en traitement conservateur) ont observé le 19 août 2019, une consolidation acquise des fractures du scaphoïde, de la base du 5^{ème} métacarpien, du trapèze et du trapézoïde, une consolidation en cours de la fracture radiale (plus de 50%), mais pas de consolidation de la fracture de l'ulna (D. _____ pce 31 p. 740). Le 5 août 2020, le Dr H. _____ a constaté que le patient présentait une bonne évolution à 10 mois d'une cure de pseudarthrose de l'ulna droit, mais qu'il se plaignait néanmoins d'une gêne en raison du matériel d'ostéosynthèse dont il souhaitait l'ablation ; le bilan radiographique ayant mis en évidence une consolidation osseuse, l'indication d'une ablation du

matériel d'ostéosynthèse sur le radius distal et sur l'ulna distal a été retenue et opérée chirurgicalement sans difficultés, le jour même (cf. compte-rendu opératoire du 13 août 2020 du Dr H. _____ [D. _____ pce 39 p. 1466] ; voir également les rapports de consultation médicale de suivi du 24 octobre 2019 du Dre G. _____ [D. _____ pce 16 p. 387] et du 14 mai 2020 du Dr H. _____ [D. _____ pce 57 p. 4056]). Si le patient n'a plus signalé de plaintes au niveau de l'avant-bras droit lors de l'examen d'expertise du 13 janvier 2023 (D. _____ pce 68 p. 4529), le Dr I. _____ rapporte néanmoins un déficit de mobilité du poignet droit consécutif aux fractures (cf. rapport du 15 septembre 2023 [TAF pce 15 annexe]). Pour autant, le médecin traitant ne fait pas état d'une limitation fonctionnelle en résultant, de sorte que le Tribunal considère comme établi au degré de la vraisemblance prépondérante que les atteintes au niveau de l'avant-bras droit se sont résorbées, qu'elles n'entraînent pas de séquelles et ne sont par conséquent pas invalidantes au sens de l'AI.

10.2 S'agissant des atteintes subies aux niveaux du bassin et du membre inférieur gauche (cuisse, genou, pied) opérées le 7 juin 2019 pour une réduction fermée du bassin et pose de Pelvic C-Clamp d'une fracture de l'anneau pelvien de type C2 selon Tile avec instabilité hémodynamique (D. _____ pce 31 p. 860), le 12 juin 2019 pour l'ablation du matériel d'ostéosynthèse Pelvic C-Clamp et ostéosynthèse du bassin par plaques et vissage percutané (D. _____ pce 31 p. 882) et le 24 juin 2019 pour une arthroscopie du genou gauche avec réinsertion du ligament latéral externe sur une avulsion du ligament latéral externe au fémur et avulsion partielle du tendon poplité au fémur (D. _____ pce 31 p. 884), les constats post-opératoires suivants, établis par les médecins traitants de l'assuré, ressortent du dossier.

10.2.1 Le 8 novembre 2019, le Dr DD. _____ (neurologue) indique que le patient se dit surtout gêné par une faiblesse proximale de l'abduction de la hanche gauche, sans plaintes au niveau du membre inférieur droit. Cliniquement, le neurologue observe un déficit moteur du membre inférieur gauche, soit en particulier : une amyotrophie globale de la cuisse et de la jambe gauche avec une parésie proximale marquée pour l'adduction, un peu moins pour l'abduction de la hanche, une quasi-plégie distale des releveurs du pied et des orteils dans le territoire du nerf sciatique poplité externe ; des réflexes achilléens abolis ou très faibles ; une discrète dysesthésie du dos du pied (D. _____ pce 31 p. 787).

10.2.2 A distance de 6 mois de l'accident, le Dr I. _____ (spécialiste en médecine physique, réadaptation et médecine du sport) constate le 22

novembre 2019 que le patient présente une atteinte au muscle jambier antérieur, à l'abducteur et à l'adducteur [gauches] – avec un pronostic faible pour ce dernier –, qu'il marche avec une boiterie de Trendelenburg sur faiblesse du membre inférieur gauche, qu'il a pu se sevrer progressivement des cannes, qu'il ressent une diminution des douleurs, qu'il a pu diminuer la morphine, et qu'il ressent également moins d'allodynies au niveau du pied gauche (cf. note de suite du 22 novembre 2019 [D._____ pce 103 p. 4719] ; voir également les rapports de consultation médicale de suivi des 27 novembre 2019 [D._____ pce 13 p. 346] et 10 janvier 2020 du Dre EE._____, spécialiste auprès de l'Unité de chirurgie de la main et des nerfs périphériques de l'hôpital E._____ [D._____ pce 31 p. 840]). Pour sa part, le Dr T._____ constate le 19 décembre 2019 que l'évolution de l'état de santé du patient se révèle favorable, avec un bon pronostic mais néanmoins le risque d'arthrose lombo-sacrée gauche persistante et de possible gonarthrose post-traumatique gauche ; que le patient va très bien ; qu'il marche sans cannes, mais boîte à cause de la neurapraxie en L5 ; que l'examen clinique du bassin montre des cicatrices calmes et un anneau stable, une hanche gauche légèrement enraidie mais indolore, tandis que le genou gauche est stable ; que les radiographies du bassin attestent un bassin bien réduit, l'absence de déplacement secondaire ou de cassure du matériel d'ostéosynthèse, la fracture du bassin étant consolidée (cf. note de suite du 19 décembre 2019 du Dr T._____, spécialiste en chirurgie orthopédique et traumatologique de l'appareil moteur [D._____ pce 39 p. 1504]).

10.2.3 Le 28 août 2020, le patient présente un abcès sous cutané au niveau de la cicatrice de la fenêtre latérale gauche du bassin correspondant à une infection profonde et chronique 1 an et 2 mois après une réduction ouverte et ostéosynthèse de l'anneau pelvien avec probable ostéomyélite chronique au niveau de la sacro-iliaque gauche et nécessitant, le jour même, le retrait d'une partie du matériel d'ostéosynthèse de l'articulation sacro-iliaque gauche (cf. compte-rendu opératoire du 1^{er} septembre 2020 du Dr H._____ [D._____ pce 57 p. 4117] et avis de sortie du Service de chirurgie orthopédique et traumatologie de l'appareil moteur de l'hôpital E._____ établi le 1^{er} septembre 2020 par le Dr N._____ [D._____ pce 57 p. 4115]).

10.2.4 A la suite de l'ablation partielle du matériel d'ostéosynthèse de l'hémi-bassin gauche pratiquée le 28 août 2020, les Drs FF._____ et N._____ indiquent que le patient, au bénéfice d'une antibiothérapie jusqu'au 23 novembre 2020, rapporte une diminution des douleurs malgré la persistance d'une légère boiterie à la marche ; qu'il continue de travailler

à 50% ; qu'il présente des plaies cicatrisées tout à fait calmes, indolores à la palpation, sans signe inflammatoire ; que son bilan biologique est dans la norme et l'évolution favorable, mise à part une petite gêne à la marche qui est indolore (cf. rapports de consultation d'orthopédie infectieuse des 16 octobre 2020 des Drs FF._____ et GG._____ et 18 novembre 2020 des Drs GG._____ et Borner, spécialistes en chirurgie orthopédique et traumatologie de l'appareil moteur [D._____ pce 46 p. 2797-2798]).

10.2.5 Le 11 décembre 2020, le Dr I._____ (spécialiste en médecine physique, réadaptation et médecine du sport) retient les diagnostics incapacitants suivants :

- fracture de l'extrémité distale du radius du poignet droit traitée par ostéosynthèse,
- fracture de l'anneau pelvien du bassin de type C2 traitée par ostéosynthèse,
- avulsion du ligament latéral externe du genou gauche traitée par réinsertion chirurgicale,
- fractures costales gauches,
- fractures des apophyses transverses gauches lombaires L1, L2, L4,
- lésion du nerf fibulaire commun gauche, péronier droit,
- atteinte des adducteur et abducteur de la hanche gauche,
- infection du bassin nécessitant l'ablation du matériel d'ostéosynthèse traitée par intervention chirurgicale du 28 août 2020 et antibiothérapie.

Il explique que l'évolution des atteintes, toujours en cours de traitement de physiothérapie et d'antalgie, est lentement favorable et qu'elle a permis une reprise partielle du travail en tant que pâtissier à 30% par un patient très motivé et compliant. Le Dr I._____ met toutefois son patient en garde contre une augmentation de sa capacité de travail, celle-là étant limitée par la douleur et la fatigue résultant de l'effort physique induit par l'activité de pâtissier. Le médecin traitant préconise par conséquent un ré-examen du taux de travail dans les prochains mois et ajoute que les restrictions fonctionnelles ne sont pas définissables à ce stade car l'état de santé n'est pas encore stabilisé, précisant que dans la vie courante, les atteintes provoquent des douleurs à la marche, en station debout prolongée, à la prise d'escaliers et causent une boiterie en raison de l'insuffisance du muscle moyen fessier gauche (OAIE pce 40 p. 1523).

10.2.6 Le 12 janvier 2021, le patient rapporte au Dr I._____ la persistance de douleurs aux niveaux des lombaires basses et du bassin nécessitant la prise régulière de morphine, ainsi que d'une boiterie et d'une

faiblesse importante dans le membre inférieur gauche respectivement d'une fatigabilité musculaire importante engendrant une boiterie plus conséquente en fin de journée de travail. Il ajoute avoir essayé d'augmenter ses heures de travail, mais se trouver limité par les douleurs et la fatigue. A l'examen clinique du 12 janvier 2021, le Dr I._____ constate une boiterie de type Trendelenbourg et une importante faiblesse des abducteur de niveau M3 et rotateur interne de niveau M2 de la hanche gauche. Il souligne que depuis la dernière intervention chirurgicale [du 28 août 2020], cette faiblesse des abducteur et rotateur interne de la hanche gauche n'évolue guère, malgré la physiothérapie et les auto-exercices. De concert avec le Dr T._____, il décide de procéder à une IRM du bassin d'afin d'évaluer la musculature, l'amyotrophie et une éventuelle lésion musculo-tendineuse. Il estime que la capacité de travail de l'assuré en tant que pâtissier est limitée à 30% en raison des douleurs, des faiblesses et des contraintes liées à ce métier (position debout tenue de manière prolongée, marche et ascension/descente d'escaliers répétées, port de charges répété en station debout, positions en porte-à-faux), qu'une activité sédentaire serait mieux adaptée aux pathologies du patient, que ce dernier se montre particulièrement impliqué dans sa rééducation, et que son état de santé n'est pas encore stabilisé (cf. rapport du 25 janvier 2021 du Dr I._____ [D._____ pce 42 p. 2113]).

10.2.7 L'IRM du bassin effectuée le 29 janvier 2021 (cf. rapport du 3 février 2021 du Dr HH._____, radiologue [D._____ pce 42 p. 2120]) met en évidence :

- une atrophie volumique et une infiltration graisseuse avancée de stade III à IV selon Goutallier du muscle moyen et petit fessier avec œdème de dénervation persistant pouvant être mis en rapport avec des signes de neuropathie du nerf fémoral gauche et de la racine S1 gauche,
- un œdème avec infiltration graisseuse, à tout le moins débutante, du muscle iliaque gauche en rapport avec une probable atteinte du nerf fémoral,
- un remaniement et un aspect dilacéré de l'attache des muscles de la paroi abdominale sur l'aile iliaque gauche s'accompagnant des séquelles d'un trajet fistuleux jusqu'à la peau.

10.2.8 Compte tenu des douleurs chroniques constatées depuis la première consultation d'antalgie du 4 mars 2021 mandatée par le Dr I._____, le patient bénéficie de deux infiltrations de 5ml de chirocaïne 0.5% les 15 respectivement 22 mars 2021 suivies d'une diminution immédiate des plaintes d'un niveau de 3/10 sur l'échelle de VAS [échelle visuelle

analogique de la douleur] à un niveau de 1/10 sur l'échelle de VAS (cf. notes de suite des 4/15/22 mars 2021 du Dr V. _____ [D. _____ pce 46 p. 2795]).

10.2.9 Le 4 avril 2021, le Dr I. _____ (spécialiste en médecine physique, réadaptation et médecine du sport) indique ne constater aucune évolution notable de l'état de santé de l'assuré ni de changement de diagnostic par rapport aux deux précédentes consultations des 16 avril 2021 et 12 mars 2021. Il souligne la persistance d'une faiblesse des abducteurs gauches sur lésion neurologique du moyen fessier entraînant des douleurs et une boiterie à la marche, le patient étant dans l'attente d'un avis chirurgical pour un éventuel transfert tendineux. Il rappelle que les limitations fonctionnelles commandent d'éviter la station debout prolongée, la prise répétée d'escaliers ainsi que le port répété de charges lourdes, et que la capacité de travail de l'assuré est de 30% dans son métier de pâtissier, taux d'occupation difficile de majorer à ce stade, le patient, très compliant et motivé à reprendre son travail, demeurant sous traitement régulier d'antalgie et de physiothérapie (OAIE pce 49 p. 2833).

10.2.10 Le 9 juin 2021, les Drs S. _____ et II. _____ (spécialistes en chirurgie orthopédique et traumatologie de l'appareil moteur, chirurgie de la hanche et du bassin, auprès du Centre de la Hanche de la Clinique JJ. _____) reçoivent en consultation un patient présentant une boiterie et une insuffisance des abducteur et rotateur interne de la hanche gauche. En particulier, ils indiquent que le patient ne rapporte pas de douleurs, qu'il travaille à 30% comme boulanger, qu'il se dit très peu gêné dans sa vie de tous les jours exception faite par sa boiterie, qu'il suit des séances de physiothérapie et ne prend pas d'antalgie, excepté pour le dos. A l'examen clinique, ils observent un patient boitant légèrement ; une posture monopodale gauche possible ; une diminution de la circonférence du quadriceps gauche par rapport au côté controlatéral, avec également une diminution de la force au niveau de la flexion ; une diminution de la force des releveurs de l'orteil à gauche; une flexion-extension totale, une rotation interne-externe gauche symétrique au côté controlatéral ; à l'abduction, une force à gauche largement diminuée par rapport au côté controlatéral ; une palpation péri-trochantérienne douloureuse. Vu la boiterie peu symptomatique du patient qui ne déclare pas de douleurs à ce niveau et se dit relativement peu gêné dans sa vie quotidienne, les médecins proposent un nouveau contrôle à distance d'une année (D. _____ pce 50 p. 2839).

10.2.11 Le 8 novembre 2021, le Dr I. _____ rapporte que le patient décrit des douleurs au niveau du flanc gauche et des douleurs lombaires basses

d'allure mécanique lors des efforts prolongés, par exemple à la montée/descente d'escaliers, à la marche ou à la station debout prolongées, ces douleurs nécessitant la prise régulière de morphine. Il précise qu'une consultation auprès de spécialistes de la douleur est attendue afin de discuter d'une infiltration au niveau du flanc, soit au niveau lombaire. L'état de santé du patient proscrit, toute activité lucrative confondue, le port répété de charges, la marche et la station debout prolongées, ainsi que la montée/descente répétées d'escaliers. A ce stade, le patient a repris son métier de pâtissier à 50%, une activité lucrative adaptée à son état de santé devant favoriser l'alternance des positions assise et debout, limiter le port de charges, la station debout, la marche ainsi que la montée/descente d'escaliers (cf. rapport du 8 novembre 2021 du Dr I. _____ [D. _____ pce 53 p. 3537]).

10.2.12 Aux termes d'un rapport établi le 31 mars 2023 en réponse au rapport d'expertise BME du 7 février 2023, le Dr I. _____ :

- déclare corroborer les limitations fonctionnelles retenues par l'expert en neurologie en raison des séquelles liées à l'accident et, notamment, de la faiblesse au niveau du membre inférieur gauche ;
- considère que la faiblesse du membre inférieur gauche est minimisée par les experts ; que l'assuré présente une amyotrophie très importante des muscles moyen et petit fessiers à gauche laquelle entraîne une boiterie de type Trendelenburg et non pas une boiterie antalgique comme mentionné dans le rapport d'expertise ; qu'il existe une quasi-plégie de la rotation interne de la hanche gauche, l'abduction de celle-ci étant difficilement tenue contre la pesanteur, de sorte que la force des rotateurs internes et abducteurs de la hanche gauche n'est pas de niveau M4, comme mentionné dans le rapport d'expertise ;
- retient en outre une instabilité latérale du genou gauche consécutive aux lésions ligamentaires.

Le Dr I. _____ explique que dans son métier de pâtisser, le patient est debout en permanence, porte régulièrement des charges allant jusqu'à 10 kilos, travaille au sous-sol et doit régulièrement porter des plateaux de pâtisserie dans le four situé au rez-de-chaussée, le contraignant ainsi à prendre régulièrement 10 marches d'escaliers pour accéder au four. Il ajoute que les tests musculaires n'évaluent pas l'endurance musculaire que l'on peut aisément imaginer déficitaire après quelques heures de travail. Le Dr I. _____ déduit de ces déficits ainsi que des limitations fonctionnelles retenues par l'expert en neurologie, que l'assuré ne devrait théoriquement pas être capable de reprendre son travail de pâtissier, mais que néanmoins une reprise progressive de l'exercice de ce métier a été tentée, le patient

étant passionné par celui-ci, reprise qui se fait au prix de douleurs importantes liées aux compensations musculaires et articulaires nécessitant la prise régulière d'opiacés. Aussi, le Dr I. _____ conclut-il à une capacité de travail de son patient limitée à 50%, au-delà, le patient ne parvenant pas à terminer ses journées en raison des douleurs et de la fatigue (D. _____ pce 81 p. 4587-4588).

10.2.13 Le 15 septembre 2023, le Dr I. _____ indique recevoir l'assuré en consultation après son polytraumatisme de 2019, l'avoir revu pour la dernière fois le 10 août 2023 et que la fréquence de suivi est d'environ 4 à 6 semaines. Il expose que le patient garde comme séquelles de son accident, une faiblesse du membre inférieur gauche engendrant une boiterie à la marche et qu'il se plaint également de douleurs lombaires ainsi qu'au niveau de la hanche gauche. A l'examen clinique, il retient une importante amyotrophie des muscles moyen et petit fessiers à gauche, avec une quasi-impossibilité d'effectuer une rotation interne de la hanche gauche, une importante faiblesse de l'abduction de la hanche gauche, une instabilité du genou gauche consécutive aux lésions ligamentaires de l'accident, ainsi qu'un déficit de mobilité du poignet droit consécutif aux fractures. Le Dr I. _____ rappelle que le traitement consiste en des séances de physiothérapie et en prises de morphine à raison de 10mg/jour, plus une réserve allant de 10 à 30 mg/jour selon la charge de travail et des douleurs en résultant. Il ajoute qu'au vu des lésions neurologiques et des multiples traumatismes articulaires, il redoute que des douleurs de surcharge et d'usure se manifestent à l'avenir, entraînant une détérioration de la capacité de travail (TAF pce 15, annexe).

10.3

10.3.1 Il résulte de ce qui précède qu'à 6 mois des interventions chirurgicales subies les 7 et 12 juin 2019, la *fracture du bassin* est considérée comme consolidée (cf. note de suite du 19 décembre 2019 du Dr T. _____ [D. _____ pce 39 p. 1504 ; cf. *supra* consid. 10.2.2]). Le 28 août 2020, une partie du matériel d'ostéosynthèse du bassin est retirée de l'articulation sacro-iliaque gauche en raison d'une infection profonde et chronique ; il en résulte une diminution des douleurs, mais la persistance d'une légère boiterie à la marche (cf. rapport de radiographie du bassin du 20 mai 2020 [D. _____ pce 42 p. 2030] ; rapports de consultation orthopédique infectieuse du 16 octobre 2020 des Drs FF. _____ et N. _____ [D. _____ pce 46 p. 2797 ; cf. *supra* consid. 10.2.4] et 18 novembre 2020 des Drs FF. _____ et Borner [D. _____ pce 46 p. 2798 ; cf. *supra* consid. 10.2.4] ; compte-rendu opératoire du 1^{er} septembre 2020 du Dr H. _____ [D. _____ pce 57 p. 4117 ; cf. *supra* consid. 10.2.3] et avis de

sortie du Service de chirurgie orthopédique et traumatologie de l'appareil moteur de l'hôpital E._____ établi le 1er septembre 2020 par le Dr N._____ [D._____ pce 57 p. 4115 ; cf. *supra* consid. 10.2.3]). L'IRM du bassin pratiquée le 29 janvier 2021 met en évidence une amyotrophie volumique et une infiltration graisseuse avancée de stade III à IV selon Goutallier des muscles moyen et petit fessiers avec œdème de dénervation persistant pouvant être mis en rapport avec des signes de neuropathie du nerf fémoral gauche et de la racine S1 gauche (cf. rapport d'IRM du bassin du 3 février 2021 du Dr HH._____ [D._____ pce 50 p. 2841 ; cf. *supra* consid. 10.2.7]). De janvier à mars 2021, le Dr I._____ retient une importante faiblesse de niveau M3 des abducteurs et de niveau M2 des rotateurs internes de la hanche gauche – précisant que depuis le retrait partiel du matériel d'ostéosynthèse en date du 28 août 2020, cette faiblesse n'évolue guère malgré la physiothérapie et les traitements –, une boiterie de type Trendelenburg à la marche en raison de l'insuffisance du moyen fessier gauche et d'une fatigabilité musculaire importante, ainsi que des douleurs chroniques persistantes à la marche et en station debout prolongées, ainsi que lors de la prise d'escaliers (cf. rapports du Dr I._____ des 31 mars 2023 [D._____ pce 81 p. 4587-4588 ; cf. *supra* consid. 10.2.12], 4 avril 2021 [D._____ pce 49 p. 2833 ; cf. *supra* consid. 10.2.9], 25 janvier 2021 [D._____ pce 57 p. 4164 ; cf. *supra* consid. 10.2.6] et 11 décembre 2020 [D._____ pce 40 p. 1524 ; cf. *supra* consid. 10.2.5] ; voir également les notes de suite des 4/15/22 mars 2021 du Dr V._____ [D._____ pce 57 p. 4217 ; cf. *supra* consid. 10.2.8]).

10.3.2 S'agissant du *genou gauche* opéré le 24 juin 2019, le Dr T._____ a observé un genou stable lors du contrôle de suivi du 19 décembre 2019 (D._____ pce 39 p. 1504 ; cf. *supra* consid. 10.2.2). Lors d'un entretien du 6 février 2020 avec l'assureur perte de gain C._____, le patient a déclaré que son genou gauche était entièrement rétabli et ne requerrait plus de traitement (D._____ pce 31p. 793). Toutefois, il ressort du rapport d'expertise BEM du 7 février 2023 que l'assuré a continué de ressentir des douleurs au niveau du genou gauche lorsqu'il se tient debout trop longtemps, précisant qu'il travaille exclusivement debout dans son activité lucrative habituelle de pâtissier-confiseur et que cette situation devient de plus en plus difficile en raison d'une boiterie et d'une gêne persistante au niveau du membre inférieur gauche (cf. rapport d'expertise BEM du 7 février 2023 [D._____ pce 68 p. 4530]).

10.3.3 Quant au *pied gauche*, les pièces médicales versées au dossier attestent d'allodynies persistantes malgré de multiples traitements par patches de Neurodol et séances d'ergothérapie, de neurostimulation

électrique transcutanée [TENS] et d'hypnothérapie, la station debout prolongée les accentuant plus particulièrement (cf. lettre de sortie du Service de chirurgie orthopédique et traumatologie de l'appareil moteur de l'hôpital E._____ des Drs K._____ et L._____ du 13 septembre 2019 [D._____ pce 16 p. 377], notes de suite du 22 novembre 2019 [D._____ pce 13 p. 349 ; cf. *supra* consid. 10.2.2] et rapport du 31 mars 2023 du Dr I._____ [D._____ pce 81 p. 4587 ; cf. *supra* consid. 10.2.12]).

10.3.4 Force est ainsi de constater que si l'assuré a manifestement bénéficié d'une amélioration de son état de santé caractérisée, de manière générale, par une diminution des douleurs et, en particulier, une récupération motrice aux niveaux du poignet droit, du bassin et du membre inférieur gauche, ses médecins traitants ont retenu diverses séquelles neurologiques et orthopédiques persistantes au niveau du bassin, des muscles fessiers, du genou et du pied gauches, à savoir :

- une amyotrophie volumique et une infiltration graisseuse avancée de stade III à IV selon Goutallier des muscles moyen et petit fessiers avec œdème de dénervation persistant pouvant être mis en rapport avec des signes de neuropathie du nerf fémoral gauche et de la racine S1 gauche (cf. rapport d'IRM du 3 février 2021 du Dr HH._____ [D._____ pce 57 p. 597 ; cf. *supra* consid. 10.2.7]) ;
- une faiblesse des abducteurs et rotateurs internes de la hanche gauche entraînant une boiterie de type Trendelenburg (cf. rapport du Dr I._____ du 11 décembre 2020 [OAI pce 40 p. 1523 ; cf. *supra* consid. 10.2.5]) ;
- des allodynies au niveau du pied gauche (cf. lettre de sortie du 13 septembre 2019 des Drs K._____ et L._____ [D._____ pce 57 p. 4016] ; notes de suite des 22 novembre 2019 [D._____ pce 16 p. 368] et courrier du 31 mars 2023 du Dr I._____ [D._____ pce 81 p. 4587 ; cf. *supra* consid. 10.2.2]) ;
- une atteinte neurologique sous forme de déficit moteur du membre inférieur gauche (cf. rapport du 8 novembre 2019 du Dr DD._____ [D._____ pce 42 p. 2120 ; cf. *supra* consid. 10.2.1]) ;
- des douleurs lombaires basses et au niveau du bassin (cf. rapport du 8 novembre 2021 du Dr I._____ [D._____ pce 53 p. 3537 ; cf. *supra* consid. 10.2.11] ; note de suite du 22 mars 2021 du Dr V._____ [D._____ pce 57 p. 4217 ; cf. *supra* consid. 10.2.8]).

De l'avis de l'orthopède traitant, ces séquelles restreignent l'exercice de l'activité lucrative habituelle ainsi que celui d'une activité lucrative de

substitution dans la mesure où ne sont admissibles que des activités lucratives favorisant l'alternance des positions assise/debout et proscrivant le port répété de charges, la marche prolongée et les montées/descentes d'escaliers, l'exercice de l'activité lucrative habituelle de pâtissier-confiseur étant en particulier limitée à 50%, voire proscrite (cf. rapport du 31 mars 2023 du Dr I._____ [D._____ pce 81 p. 4587-4588 ; cf. *supra* consid. 10.2.2]).

10.4 Or, à l'appui de la décision litigieuse, l'OAIE s'est fondé sur les diagnostics invalidants retenus de concert par le SMR et les experts BEM, à savoir :

- sur le plan *orthopédique* : des douleurs persistantes au niveau de la sacro-iliaque gauche et de l'aile iliaque gauche après une fracture complexe du bassin à la suite d'un accident ;
- sur le plan *neurologique* : 1° une parésie post-traumatique de la musculature dépendante du SPE (nerf fibulaire commun) gauche et 2° des allodynies au niveau du pied gauche,

pour opposer à l'assuré, dès le 9 juin 2021, une capacité de travail de 50% dans son activité lucrative habituelle de pâtissier-confiseur et de 80% dans une activité lucrative de substitution, l'incapacité de travail de 20% résultant de la baisse de rendement engendrée par la prise d'antalgiques majeurs requis par les douleurs persistantes et au besoin accru de pauses durant la journée de travail. A la lumière des avis des médecins traitants susmentionnés (cf. *supra* consid. 10.2 ss et 10.3 ss), force est de constater que l'amélioration de l'état de santé respectivement de la capacité de gain opposées à l'assuré par l'OAIE sur la base des avis du SMR et des experts BEM ne sauraient être considérées comme établies au degré de la vraisemblance prépondérante, les rapports SMR des 23 août 2022, 13 février 2023 et 25 avril 2023 du Dr O._____ ainsi que le rapport d'expertise BEM du 7 février 2023 étant dépourvus d'une valeur probante suffisante à cet égard.

10.4.1 En effet, le Tribunal constate d'emblée que l'expert R._____ retient une faiblesse du membre inférieur gauche de niveau M4 – correspondant à une force diminuée par rapport à la normale (cf. échelle motrice « *Medical Research Council [MRC]* » validée pour l'évaluation subjective de la force musculaire [testing moteur] sur une échelle de 0 à 5 [cf. : <https://recomedicales.fr/scores/mrc/> et <http://medicalcul.free.fr/mrc-muscforce.html>]) –, soit du niveau immédiatement inférieur au niveau maximal M5 – correspondant à une force musculaire normale (cf. échelle MRC

[<http://medicalcul.free.fr/mrcmuscfrc.html>]) –, sans justifier de manière convaincante son point de vue au regard d'une amyotrophie importante des muscles moyen et petit fessiers à gauche, d'une quasi-plégie de la rotation interne de la hanche gauche et d'une abduction de celle-ci difficilement tenue contre la pesanteur tels que constatées par l'orthopède traitant, lequel met de surcroît expressément en cause la force des abducteurs et rotateurs internes de la hanche gauche de niveau M4 retenue par l'expert en neurologie (cf. *supra* consid. 10.2.12).

10.4.2 Le Tribunal relève ensuite que, de manière incohérente voire contradictoire, les diagnostics d'amyotrophie volumique des muscles moyen et petit fessiers avec œdème de dénervation persistant et de faiblesse des abducteurs et rotateurs internes de la hanche gauche ne figurent pas au chapitre des diagnostics incapacitants retenus par les experts, alors même que l'expert Q._____ constate que l'adducteur gauche est incompetent avec une atrophie musculaire de la cuisse gauche d'environ 2,5 cm à 3 cm (consid. 8.2.1) et que l'expert R._____ considère que la faiblesse au niveau du membre inférieure gauche interdit les travaux en hauteur, la montée et la descente d'escaliers en portant des charges (cf. *supra* consid. 8.2.2 p. 23). De plus, l'expert R._____ retient une boiterie antalgique – soit une adaptation de la démarche pour éviter ou diminuer la douleur lors de l'appui sur un membre inférieur – et s'écarte ainsi sans motivation idoine de l'avis de l'orthopède traitant qui retient, à l'issue d'une motivation fondée radiologiquement et convaincante (cf. *supra* consid. 10.2.12), une boiterie de type Trendelenburg (soit une démarche anormale caractérisée par un affaissement du bassin du côté opposé à la jambe d'appui [<https://www.physiotutors.com/fr/wiki/trendelenburg-sign/>]) au regard d'une amyotrophie musculaire des moyen et petit fessiers gauches objectivée par l'IRM du 29 janvier 2021 du Dr HH._____ (cf. *supra* consid. 10.2.7).

10.4.3 Concernant les *rachialgies*, l'expert Q._____ relève, au niveau du rachis dorsolombaire, une sensibilité paravertébrale lombaire à gauche et des douleurs aiguës à la palpation de la sacro-iliaque gauche et de l'aile iliaque, précisant que même si l'activité lucrative habituelle de pâtissier-confiseur s'exerce principalement debout, la gêne en résultant est surmontable du point de vue orthopédique de sorte qu'il n'est pas nécessaire de retenir des limitations fonctionnelles correspondantes, celles prévues par l'expert neurologue étant suffisantes (8.2.1 p. 21). Or, pour sa part, l'expert R._____ considère que les rachialgies entraînent une contracture rachidienne et relèvent de la problématique orthopédique (cf. consid. 8.2.2 p. 23). Enfin, les experts indiquent dans leur évaluation consensuelle interdisciplinaire que sur le plan orthopédique, les douleurs à la palpation de la

sacro-iliaque gauche et les douleurs référées en fin de journée à ce niveau avec la fatigue ont une incidence sur les limitations fonctionnelles (cf. *supra* consid. 8.2.3 p. 24). Cela étant, aucun des deux experts ne procèdent à une évaluation des limitations fonctionnelles induites par les rachialgies, tous deux se bornant à constater que celles-ci ne relèvent pas de sa discipline mais de celle de l'autre expert, de sorte qu'il n'apparaît pas qu'elles aient été dûment évaluées et prises en compte par les experts. En outre, ces derniers n'expliquent pas les motifs pour lesquels ils ne mentionnent pas les rachialgies au chapitre des diagnostics incapacitants alors qu'ils leur imputent des limitations fonctionnelles. Partant, leurs développements confus au sujet du caractère invalidant de rachialgies, dont ils ne contestent aucunement l'objectivité et que l'assuré décrit comme quasiment perpétuelles (5-6 sur 10) et remontant jusqu'au cou (cf. rapport d'expertise [D._____ pce 68 p. 4537]), ne sauraient constituer une appréciation d'expertise satisfaisante de l'incidence de ces troubles sur la capacité de travail de l'assuré.

10.4.4 A propos des *allodynies* au niveau du pied gauche, l'expert R._____ constate des douleurs d'une intensité évaluée par l'assuré à un niveau de 5/10, lesquelles augmentent en cours de journée et qui ne sont supportables que grâce à la prise quotidienne d'une importante dose de morphine, assortie d'une dose supplémentaire de réserve lorsqu'elles deviennent particulièrement intenses. Compte tenu de ces douleurs, dont il ne remet nullement en cause l'authenticité, l'expert en neurologie retient de manière obscure voire incohérente qu'elles ne réduisent pas la capacité de travail de l'assuré mais qu'elles posent néanmoins des limitations fonctionnelles (éviter la station debout prolongée et la marche) et entraînent une diminution de la capacité de travail de 20% dans toute activité lucrative en raison de la prise quotidienne d'opiacés (cf. *supra* consid. 8.2.2 p. 23-24), tout en ajoutant s'attendre à un allègement de cette situation à la faveur d'une accoutumance de l'assuré à ces troubles, laquelle devrait lui permettre de réduire la prise d'antalgiques mais sans pour autant favoriser une augmentation de la capacité de travail de l'assuré (cf. *supra* consid. 8.2.2 p. 24).

10.4.5 S'agissant de la capacité résiduelle de travail de l'assuré, les experts retiennent consensuellement que sur le plan orthopédique, les douleurs à la palpation de la sacro-iliaque gauche et les douleurs référées en fin de journée à ce niveau avec la fatigue ont une incidence sur les limitations fonctionnelles. Sur le plan *neurologique*, la faiblesse résiduelle au niveau du membre inférieur gauche entraîne également des limitations fonctionnelles mais ne réduit pas le temps de travail, tandis que les douleurs et

en particulier les allodynies du pied gauche entraînent la prise d'antalgiques majeurs (morphine) susceptible de réduire de 20% le rendement de l'assuré. Les experts concluent à une capacité résiduelle de travail sur le plan orthopédique de 90% dans l'exercice de l'activité lucrative habituelle, l'assuré devant pouvoir bénéficier de pauses supplémentaires qui diminuent de 10% son rendement, tandis que s'agissant de l'exercice d'une activité lucrative de substitution, ils indiquent sous chiffre 3.8 intitulé « *Capacité de travail dans une activité adaptée* », « *Non désirée : un changement d'activité risque de réduire sa CT [capacité de travail]* » (D. _____ pce 68 ch. 3.8 p. 4528). Du point de vue *neurologique*, les experts opposent à l'assuré une capacité de travail de 80% dans toute activité lucrative, l'incapacité de travail de 20% correspondant à une baisse de rendement induite par les douleurs nécessitant la prise d'antalgiques majeurs. En résumé, les experts retiennent une capacité résiduelle de travail de l'assuré de 80% dans toute activité lucrative dès le 9 juin 2021, l'incapacité de travail étant liée à une baisse de rendement en relation avec les douleurs qui requièrent la prise d'antalgiques majeurs (cf. *supra* consid. 8.2.3 p. 24-25).

10.4.5.1 Cela étant, le Tribunal remarque d'emblée que les experts ne procèdent pas à une confrontation transversale mais à une apposition parallèle de leurs constats, ce qui ne saurait satisfaire aux réquisits d'une évaluation consensuelle interdisciplinaire. En outre, sous chiffre 4.1 intitulé « *Discussion consensuelle des experts concernant la capacité de travail et, si nécessaire, la capacité de travail comme ménagère* » (D. _____ pce 68 p. 4529), ils retiennent une capacité de travail de 90% sur le plan orthopédique et de 80% sur le plan neurologique, précisant que dans l'activité lucrative habituelle autant que dans une activité lucrative de substitution, l'assuré subit une baisse de rendement de 20% en raison des douleurs qui requièrent la prise d'antalgiques majeurs. Ce faisant, ils écartent sans explications le besoin de pauses supplémentaires correspondant à une baisse de rendement de 10% sur le plan orthopédique dans l'activité lucrative habituelle (cf. *supra* consid. 8.2.1 p. 21).

10.4.5.2 S'agissant plus particulièrement de la capacité de travail du recourant dans une activité lucrative adaptée à son état de santé, le Tribunal constate que les experts ne la discutent pas, se bornant à constater qu'une telle activité n'est pas désirée (cf. *supra* consid. 10.4.5).

10.4.5.3 S'agissant de la capacité résiduelle de travail de l'assuré de 80% dans son métier de pâtissier-confiseur, l'expert en orthopédie retient de manière indécise que celle-ci serait adaptée à l'état de santé de l'assuré, en même temps qu'il considère qu'il conviendrait néanmoins de tester un

poste de travail adapté en l'équipant éventuellement d'un tabouret de selle avec roues afin de favoriser les déplacements dans le laboratoire (cf. *supra* consid. 8.2.1 p. 21). En outre, l'évaluation consensuelle des experts retient que l'activité lucrative habituelle de pâtissier-confiseur serait adaptée à l'état de santé de l'assuré. Or, l'exercice de ce métier entraîne des douleurs nécessitant une prise importante et quotidienne de morphine qui s'avère dommageable à la santé et source de dépendance. En outre, l'exercice de l'activité lucrative habituelle de l'assuré implique, au mépris des limitations fonctionnelles médicalement retenues par les experts, la station debout en permanence, le port régulier de charges allant jusqu'à 10 kilos et notamment le port régulier de plateaux de pâtisseries depuis le laboratoire installé au sous-sol de B._____ SA jusqu'au rez-de-chaussée où se trouve le four, contraignant l'assuré à emprunter régulièrement une dizaine de marches d'escaliers pour accéder au four (cf. rapport du Dr I._____ du 31 mars 2023 [cf. *supra* consid. 10.2.12] ; cf. formulaire C._____ « *Description du poste de travail* » [cf. *supra* lettre B.a]). Au demeurant, il y a lieu de constater que le taux de 80% retenu par les experts n'est corroboré par aucun des autres avis médicaux figurant au dossier et qu'il est en particulier expressément écarté par les Drs O._____ et I._____ qui, de concert, retiennent un taux d'occupation d'au maximum 50%, le Dr I._____ ajoutant qu'en réalité, le métier de pâtissier-confiseur n'est pas adapté à l'état de santé du patient qui continue néanmoins de l'exercer par passion et parce qu'il ne se voit pas l'abandonner.

10.4.5.4 S'agissant de la reprise thérapeutique de son travail par l'assuré, l'expert Q._____ retient d'une manière particulièrement imprécise voire incompréhensible qu'« *une reprise tout d'abord thérapeutique du travail a été effectuée depuis le 04.11.2020, à 30% depuis le 14.09.2020, de manière effective depuis le 05.11.2020* » (D._____ pce 68 p. 4528), alors que les pièces au dossier établissent une reprise thérapeutique par l'assuré de son activité lucrative habituelle à 50% dès le 14 septembre 2020, abaissée à 30% à partir du 4 novembre 2020 en raison des douleurs et de la fatigue, la reprise effective du travail à 50% ayant lieu à compter du 9 juin 2021 (cf. *supra* lettre B.c).

10.4.6 Enfin, l'expert Q._____ évoque des circonstances afférant à l'accident de circulation routière survenu le 7 juin 2019 (absence de permis de conduire, diminution des indemnités journalières, faute grave [D._____ pce 68 pp. 4527]) qui sont étrangères au mandat d'expertise médicale qui lui a été confié et dont la connotation plutôt défavorable à l'assuré tend à discréditer son devoir de neutralité en qualité d'expert.

10.5 Ainsi, il appert que tous les points litigieux n'ont pas fait l'objet d'une étude circonstanciée, que l'appréciation de la situation médicale – soit en particulier celle des diagnostics ainsi que de la capacité résiduelle de travail de l'assuré dans son activité lucrative habituelle et dans une activité lucrative de substitution – est incomplète, peu claire, et enfin que les conclusions des experts ne sont pas dûment motivées. Partant, le rapport d'expertise BEM du 7 février 2023, qui est de surcroît entaché de multiples contradictions et d'incohérences, est dépourvu d'une valeur probante suffisante pour statuer en connaissance de cause sur l'éventuelle amélioration de l'état de santé et de la capacité de gain de l'assuré. Ni les prises de position du SMR, ni la décision de l'OAIE du 27 juillet 2023 ne pouvaient s'y référer afin d'opposer à l'assuré, à partir du 9 juin 2021, une capacité résiduelle de travail de 50% dans son activité lucrative habituelle et de 80% dans une activité lucrative adaptée à son état de santé.

10.6 Ainsi, ni l'état de santé du recourant ni sa capacité de travail respectivement de gain à partir du 9 juin 2021 n'ont été dûment établis par l'autorité inférieure qui n'a pas pris toutes les mesures d'instruction ni recueilli tous les renseignements nécessaires à l'établissement complet des faits déterminants sur le plan médical afin de pouvoir statuer sur une éventuelle amélioration de l'état de santé respectivement sur l'incidence de celle-ci sur la capacité résiduelle de travail et de gain de l'assuré dans son activité lucrative habituelle autant que dans une activité lucrative de substitution à partir du 9 juin 2021, cela en violation de l'art. 43 LPG. Dans ces circonstances, il convient d'admettre le recours, d'annuler partiellement la décision attaquée et de renvoyer le dossier à l'autorité inférieure en application de l'art. 61 al. 1 PA afin qu'elle complète son instruction.

Bien que le renvoi doive rester exceptionnel compte tenu de l'exigence de célérité de la procédure (cf. art. 29 Cst.), il est en l'occurrence justifié dès lors que l'autorité inférieure n'a pas instruit des questions déterminantes pour l'examen du droit aux prestations (ATF 137 V 210 consid. 4.4.1.4 ; arrêt du TF 8C_633/2014 du 11 décembre 2014 consid. 3.2). Compte tenu des différentes atteintes en cause ainsi que des critiques adressées au rapport d'expertise BEM, il conviendra de mettre en œuvre une nouvelle expertise bi-disciplinaire dans les domaines de la neurologie et de l'orthopédie (art. 44 LPG ; ATF 139 V 349 consid. 3.2 ; arrêt du TAF C-2102/2020 du 27 janvier 2022 consid. 7.10 et 7.11) auprès d'experts indépendants (art. 44 LPG), désignés dans le respect des droits de participation de l'assuré (art. 7j de l'Ordonnance sur la partie générale du droit des assurances sociales [OPGA ; RS 830.11] ; voir également ATF

137 V 210 consid. 3.4.2.9). En cas de besoin, les experts recueilleront l'avis d'autres spécialistes, étant rappelé qu'il leur incombe en premier lieu de déterminer l'étendue des investigations médicales indispensables dans le cas d'espèce (ATF 139 V 349 consid. 3.3 ; arrêt du TF 8C_124/2008 du 17 octobre 2008 consid. 6.3.1). Ils seront invités à se prononcer de façon précise et appropriée sur l'évolution de l'état de santé et de la capacité de travail de l'assuré dans son métier ainsi que dans une activité lucrative raisonnablement exigible jusqu'au moment de l'établissement de leur rapport, l'administration devant examiner, par application analogique de l'art. 17 al. 1 LPGA relatif à la révision du droit à la rente, si depuis l'incapacité totale de travail dans toute activité lucrative survenue le 7 juin 2019, l'assuré a bénéficié, en particulier à partir du 9 juin 2021, d'une amélioration de son état de santé respectivement de sa capacité de travail dans son métier de pâtissier-confiseur ainsi que dans une activité lucrative adaptée à son état de santé, seul un changement notable des circonstances étant propre à influencer le degré d'invalidité, et donc le droit à la rente (ATF 130 V 71 consid. 3.2 ; arrêt du TF 9C_246/2013 du 20 septembre 2013 consid. 2.2).

L'expertise sera pratiquée en Suisse, l'organisme d'évaluation mandaté devant maîtriser les principes d'évaluation prévalant dans la médecine d'assurance suisse (arrêt du TF 9C_235/2013 du 10 septembre 2013 consid. 3.2). Les experts seront désignés en application de la plateforme d'attribution aléatoire SuisseMED@P au sens de l'art. 72^{bis} al. 2 RAI (ATF 139 V 349 consid. 5.2.1) et les droits procéduraux du recourant devront être respectés (ATF 137 V 210 consid. 3.4.2.9), étant précisé que ni le BEM ni les experts Q. _____ et R. _____ ne sauraient être une nouvelle fois mandatés en l'espèce. Le recourant étant domicilié en France voisine, l'on ne voit pas de motifs pour lesquels l'exécution en Suisse de cette expertise pourrait se révéler une mesure disproportionnée.

10.7 Compte tenu du renvoi de l'affaire à l'OAIE pour instruction complémentaire, les mesures d'instruction requises par le recourant deviennent sans objet (cf. *supra* lettre C.a).

11.

Dans le cadre du complément d'instruction, l'OAIE ne manquera pas de prêter attention à la jurisprudence dite de l'âge avancé, le recourant, né le (...) 1966, étant âgé de 60 ans. En effet, lorsqu'il s'agit d'évaluer l'invalidité d'un assuré qui se trouve proche de l'âge donnant droit à la rente de vieillesse, il convient de procéder à une analyse globale de la situation et de se demander si, de manière réaliste, cet assuré est en mesure de retrouver

un emploi sur un marché équilibré du travail. Cela revient à déterminer, dans le cas concret, si un employeur potentiel consentirait objectivement à engager l'assuré, compte tenu notamment des activités qui restent exigibles de sa part en raison d'affections physiques ou psychiques, de l'adaptation éventuelle de son poste de travail à son handicap, de son expérience professionnelle et de sa situation sociale, de ses capacités d'adaptation à un nouvel emploi, du salaire et des contributions patronales à la prévoyance professionnelle obligatoire, ainsi que de la durée prévisible des rapports de travail (ATF 145 V 2 consid. 5.3.1, 138 V 457 consid. 3.1 ; arrêt du Tribunal fédéral 8C_173/2023 du 23 novembre 2023 consid. 3.3). Le seuil à partir duquel on peut admettre un âge avancé se situe aux alentours des 60 ans, même si le Tribunal fédéral n'a pas fixé d'âge limite jusqu'à présent (ATF 146 V 16 consid. 7.1, 145 V 2 consid. 5.3.1, 138 V 457 consid. 3.1 ; arrêt du Tribunal fédéral 8C_173/2023 du 23 novembre 2023 consid. 3.3). Dans ce contexte, la jurisprudence du Tribunal fédéral précise que le moment déterminant pour répondre à la question de la mise en valeur de la capacité de travail résiduelle pour un assuré ayant un âge avancé est celui de l'évaluation médicale qui sert de fondement aux constatations de fait relatives à la capacité de travail (ATF 146 V 16 consid. 7.1 et les références).

12.

Le cas échéant, l'autorité inférieure réexaminera le droit éventuel de l'assuré à des mesures d'ordre professionnel, la décision litigieuse lui ayant dénié le droit à de telles mesures, considérées comme n'étant pas indiquées. En effet, le recourant conteste expressément ce refus, arguant que s'il ne peut continuer d'exercer son métier de pâtissier-confiseur, il ne saurait entreprendre seul sa réinsertion professionnelle dans un autre métier alors qu'il n'est détenteur d'aucune autre formation.

12.1 Il existe dans l'assurance-invalidité – ainsi que dans les autres assurances sociales – un principe général selon lequel la personne qui demande des prestations doit d'abord entreprendre tout ce que l'on peut raisonnablement attendre d'elle pour atténuer les conséquences de son invalidité (art. 7 al. 1 LAI). La réadaptation par soi-même est un aspect de l'obligation de diminuer le dommage et prime aussi bien le droit à une rente que celui à des mesures de réadaptation. Ainsi, la personne concernée n'a pas droit à une rente lorsqu'elle serait en mesure, au besoin en changeant de profession, d'obtenir un revenu excluant une invalidité ouvrant droit à une rente. Toutefois, le point de savoir si une mesure peut être exigée d'une personne assurée doit être examiné au regard de l'ensemble des circonstances objectives et subjectives du cas concret. Par circonstances

subjectives, il faut entendre en premier lieu l'importance de la capacité résiduelle de travail ainsi que les facteurs personnels tels que l'âge, la situation professionnelle concrète ou encore l'attachement au lieu de domicile. Parmi les circonstances objectives doivent notamment être prises en compte l'existence d'un marché du travail équilibré et la durée prévisible des rapports de travail (arrêts du TF 9C_621/2017 du 11 janvier 2018 consid. 2.2.1 et les réf. cit. ; 9C_924/2011 du 3 juillet 2012 consid. 5.2.1 et les réf. cit.).

12.1.1 Selon la jurisprudence, il existe des situations dans lesquelles il convient d'admettre que des mesures d'ordre professionnel sont nécessaires, malgré l'existence d'une capacité de travail médico-théorique. Il s'agit des cas dans lesquels la réduction ou la suppression, par révision (art. 17 al. 1 LPGa) ou reconsidération (art. 53 al. 2 LPGa), du droit à la rente concerne une personne qui est âgée de 55 ans révolus ou qui a bénéficié d'une rente pendant 15 ans au moins. Cette jurisprudence est également applicable lorsque l'on statue sur la limitation et/ou l'échelonnement en même temps que sur l'octroi de la rente. Bien que ces personnes ne puissent pas se prévaloir d'un droit acquis, il est présumé à titre exceptionnel qu'une réadaptation par soi-même ne peut pas, en principe, être exigée d'elles en raison de leur âge ou de la durée du versement de la rente, et que des mesures d'ordre professionnel préalables sont nécessaires afin qu'elles puissent valoriser économiquement leur capacité de travail attestée (arrêt du TF 9C_228/2010 du 26 avril 2011 consid. 3.3 et 3.5, in : SVR 2011 IV n° 73 ; voir également arrêts du TF 9C_178/2014 du 29 juillet 2014 consid. 7.1.2.2 ; 9C_920/2013 du 20 mai 2014 consid. 4.4). Autrement dit, dans ces cas-là, en raison de l'âge de la personne concernée et/ou de la longue absence du marché du travail due au versement de la rente, une mesure de réadaptation constitue en général une condition sine qua non de la réduction ou suppression de la rente (arrêts du TF 9C_707/2018 du 26 mars 2019 consid. 5.1 et les réf. cit. ; 8C_446/2014 du 12 janvier 2015 consid. 4.2.4 non publié dans ATF 141 V 5 ; 9C_368/2010 du 31 janvier 2011 consid. 5.1.2 et 5.2.2 ; MARGIT MOSER-SZELESS, Commentaire romand LPGa, 2018, art. 17 n. 31). Ainsi, dans de telles situations, les organes de l'AI doivent, avant de réduire ou supprimer le droit à la rente d'invalidité, vérifier dans quelle mesure la personne concernée a besoin de la mise en œuvre de mesures d'ordre professionnel, même si elle a recouvré une capacité de travail et indépendamment du taux d'invalidité qui subsiste (arrêt du TF 9C_303/2022 du 31 mai 2023 consid. 5.2 et les réf. cit.).

12.1.2 Il incombe à l'office AI de prouver, sur la base d'éléments concrets (arrêt du TF 9C_183/2015 du 19 août 2015 consid. 5), que, contrairement

à la règle, la personne concernée est en mesure de mettre à profit sa capacité de travail résiduelle retrouvée et de se réintégrer par elle-même, sans autre aide, sur le marché du travail (ATF 145 V 209 consid. 5.1 et les réf. cit. ; arrêts du TF 8C_582/2017 du 22 mars 2018 consid. 6.3 ; 8C_394/2017 du 8 août 2017 consid. 4.2 ; arrêt du TAF C-3898/2018 du 4 octobre 2022 consid. 8.2.3 et les réf. cit.). Il en découle – sous réserve de cas où la personne concernée dispose d'emblée de capacités suffisantes lui permettant une réadaptation par soi-même – que ce n'est qu'à l'issue d'un examen concret de la situation de la personne concernée et de la mise en œuvre d'éventuelles mesures de réadaptation sur le marché du travail que l'office AI peut définitivement statuer sur la révision de la rente d'invalidité et, le cas échéant, réduire ou supprimer le droit à la rente. Par conséquent, dans ces situations, l'examen et l'exécution d'éventuelles mesures constituent une condition de la suppression (ou réduction) de la rente, cette suppression (ou réduction) ne pouvant prendre effet antérieurement (ATF 148 V 321 consid. 7.1.2 à 7.1.4 ; 145 V 209 consid. 5.1 ; arrêt du TF 9C_227/2020 du 5 octobre 2020 consid. 2.2 ; arrêt du TAF C-1885/2021 du 7 juin 2023 consid. 4.2.2).

12.1.3 Le manque de volonté ou de capacité subjective à la réadaptation constitue toutefois un motif étranger à l'invalidité, pour lequel la rente peut être réduite ou supprimée sans examen préalable de mesures de réinsertion et sans qu'il soit nécessaire d'engager préalablement une procédure de mise en demeure avec un délai de réflexion au sens de l'art. 21 al. 4 LPG (arrêts du TF 9C_407/2021 du 17 mai 2022 consid. 6 et 9C_442/2017 du 8 juin 2018 consid. 3.2.3). L'absence de volonté de réadaptation ou d'aptitude subjective à la réadaptation ne doit être présumée que si elle est établie au degré de la vraisemblance prépondérante ; il faut notamment tenir compte des déclarations faites à l'administration et aux experts médicaux concernant la conviction d'être malade ou la motivation au travail ou des explications et demandes formulées dans la procédure de préavis et devant l'instance inférieure (arrêt du TF 9C_407/2021 du 17 mai 2022 consid. 6.3.1 et réf. cit.).

12.2 En l'occurrence, le recourant, né le (...) 1966, est au bénéfice d'un CAP de pâtissier-chocolatier-glacier-confiseur obtenu en 1984 (D. _____ pce 22 p. 433, pce 23 p. 436) et n'est diplômé d'aucune autre formation. Depuis l'obtention de son CAP, il a toujours travaillé dans cette profession en France, puis en Suisse. Dès lors qu'il est âgé de plus de 55 ans et qu'il pourrait ne plus être à même d'exercer son activité lucrative habituelle, sa faculté d'auto-réinsertion sur le marché du travail ne peut plus être présumée, ce qui lui ouvre de prime abord le droit à des mesures d'ordre

professionnel, à moins que l'OAIE établisse que le recourant serait en mesure de mettre à profit sa capacité de travail résiduelle et de se réintégrer par lui-même, sans autre aide, sur le marché du travail. Par conséquent, au vu du renvoi de la présente cause à l'OAIE afin qu'il mette en œuvre une nouvelle évaluation de la capacité résiduelle de travail du recourant (cf. *supra* consid. 10), l'autorité inférieure réexaminera, le cas échéant (cf. *supra* consid. 11), la possibilité de mettre en place des mesures d'ordre professionnel en faveur du recourant, ainsi que D. _____ l'a du reste également retenu dans sa prise de position du 22 janvier 2024 (cf. *supra* let. C.c).

13. Compte tenu de ce qui précède, il convient d'admettre le recours, d'annuler partiellement la décision litigieuse et de renvoyer la cause à l'autorité inférieure pour compléter l'instruction médicale et rendre une nouvelle décision, étant précisé que le droit de l'assuré à une rente entière à partir du 1^{er} juin 2020 est confirmé mais limité au 30 juin 2021, le délai d'attente de 3 mois à compter de l'amélioration de l'invalidité étant inapplicable dès lors que l'amélioration de la capacité de travail n'est pas établie à ce stade (cf. art. 88a al. 1 RAI [cf. *supra* consid. 7.4.4]).

14. Il reste à statuer sur les frais et dépens.

14.1 Vu l'issue du litige, le recourant ne doit pas participer aux frais de procédure (cf. art. 63 al. 1 PA). En effet, selon la jurisprudence du Tribunal fédéral, la partie qui a formé recours est réputée avoir obtenu gain de cause lorsque la cause est renvoyée à l'administration pour instruction complémentaire et nouvelle décision, indépendamment du fait qu'une conclusion ait ou non été formulée à cet égard, à titre principal ou subsidiaire (ATF 137 V 210 consid. 7.1 ; 132 V 215 consid. 6). Partant, l'avance de frais versée par le recourant à hauteur de CHF 800.- (TAF pce 4) lui sera restituée dès l'entrée en force du présent arrêt. Au demeurant, aucun frais de procédure ne peut être mis à la charge de l'autorité inférieure (art. 63 al. 2, 1^{ère} phrase PA).

14.2 En outre, conformément aux art. 64 al. 1 PA et 7 al. 1 du règlement du 21 février 2008 concernant les frais, dépens et indemnités fixés par le Tribunal administratif fédéral (FITAF, RS 173.320.2), le Tribunal alloue à la partie ayant obtenu gain de cause une indemnité pour les frais indispensables et relativement élevés qui lui ont été occasionnés par le litige. Les parties qui ont droit aux dépens et les avocats commis d'office doivent faire parvenir, avant le prononcé, un décompte de leurs prestations au tribunal (cf. art. 14 al. 1 FITAF). À défaut de décompte, le tribunal fixe l'indemnité

sur la base du dossier (art. 14 al. 2, 2^e phrase, FITAF). Le recourant agissant en l'espèce par l'intermédiaire d'un mandataire professionnel qui n'a pas produit de note d'honoraires, il lui est alloué, à charge de l'autorité inférieure, une indemnité de dépens de 3'000.- francs, charges comprises et non soumise à la TVA (art. 1^{er} et 8 de la loi fédérale du 12 juin 2009 régissant la taxe sur la valeur ajoutée [LTVA, RS 641.20]). Cette indemnité tient compte de l'issue du recours, de l'importance et de la complexité de la cause sans égard à la valeur litigieuse, du travail effectué nécessaire et du temps consacré. L'autorité inférieure n'a pas droit à des dépens (cf. art. 7 al. 3 FITAF).

(Le dispositif figure à la page suivante.)

Par ces motifs, le Tribunal administratif fédéral prononce :

1.

Le recours est admis et la décision de l'OAIE du 27 juillet 2023 est annulée en ce sens que la cause renvoyée à l'OAIE pour instruction complémentaire dans le sens des considérants, le droit à une rente entière du 1^{er} juin 2020 au 30 juin 2021 étant confirmé.

2.

Il n'est pas perçu de frais de procédure. L'avance de frais de 800.- francs versée par le recourant lui sera restituée dès l'entrée en force du présent arrêt.

3.

Il est alloué au recourant une indemnité de dépens d'un montant de 3'000.- francs à charge de l'autorité inférieure.

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 :

Pour autant que les conditions au sens des art. 82 ss, 90 ss et 100 ss LTF (RS 173.110) soient remplies, la présente décision peut être attaquée devant le Tribunal fédéral, Schweizerhofquai 6, CH-6004 Lucerne, par la voie du recours en matière de droit public, dans les trente jours qui suivent la notification. 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 :