



Arrêt du 30 septembre 2015

Composition

Madeleine Hirsig-Vouilloz (présidente du collège),
Christoph Rohrer, Franziska Schneider, juges,
Isabelle Pittet, greffière.

Parties

A. _____,
représenté par le Comité de protection des travailleurs
frontaliers européens,
3, route de Mulhouse, FR-68190 Ensisheim,
recourant,

contre

**Office de l'assurance-invalidité pour les assurés
résidant à l'étranger (OAIE),**
Avenue Edmond-Vaucher 18, Case postale 3100,
1211 Genève 2,
autorité inférieure.

Objet

Assurance-invalidité; demande de rente; décision du 29 mai
2013.

Faits :**A.**

A._____, frontalière de nationalité française (OAI BL doc 9 p. 4), domiciliée en France, a travaillé en Suisse en tant qu'électricienne auprès de divers employeurs dès le mois de septembre 2002. Le 14 juin 2010, elle a été victime d'un accident en Suisse, sur le chantier où elle intervenait alors comme monteuse-électricienne (OAI BL docs 11.15, 11.25). En arrêt de travail depuis lors notamment en raison d'une discopathie L5-S1, avec protrusion discale, et d'un traumatisme lombaire (OAI BL docs 2 p. 7 à 12, 5, 11.7, 11.17, 11.22, 11.24, 11.26, 13, 38, 44), elle n'a pas repris d'activité lucrative par la suite. Son dernier employeur, B._____ AG, a résilié le contrat qui les liait avec effet à fin avril 2012 (OAI BL docs 1, 2, 6, 7, 11.15, 42 p. 2).

B.

En date du 27 septembre 2010, A._____, par l'intermédiaire de son représentant, a déposé une demande de prestation auprès de l'Office de l'assurance-invalidité du canton de Bâle-Campagne (OAI BL), qui l'a reçue le 4 octobre 2010 (OAI BL doc 1).

B.a Lors de la procédure d'examen de la demande, ont été versés au dossier divers renseignements économiques, dont les documents qui retracent la carrière professionnelle de l'intéressée (voir supra A.) et le questionnaire pour l'employeur du 14 octobre 2010 (OAI BL doc 7 p. 2 à 7), ainsi que les documents médicaux suivants, dont certains figurent aux dossiers de la Caisse nationale suisse d'assurance en cas d'accidents (SUVA; OAI BL doc 11) et de l'assureur-maladie C._____ (OAI BL doc 20):

- la déclaration d'accident du 17 juin 2010 (OAI BL doc 11.25),
- les résultats du 21 juillet 2010 d'une tomodensitométrie lombaire révélant une discopathie L5-S1 avec, en particulier, une protrusion discale modérée (OAI BL docs 2 p. 15, 11.12),
- un rapport médical du 23 août 2010 du Dr D._____, généraliste et médecin traitant de l'intéressée, à la SUVA, dans lequel le médecin retient le diagnostic de protrusion discale L5-S1 et note avoir prescrit notamment des séances de kinésithérapie (OAI BL doc 11.13),
- un certificat médical du 31 août 2010 du même médecin, reprenant les résultats de la tomodensitométrie et indiquant la nécessité d'un changement de poste pour son patient (OAI BL doc 2 p. 14),

- un rapport du 22 septembre 2010 du Dr E._____, spécialiste en chirurgie orthopédique et traumatologie de l'appareil locomoteur, et médecin d'arrondissement auprès de la SUVA, lequel, après avoir examiné l'intéressé, pose les diagnostics de status après contusion lombaire et de hernie discale L5-S1 sans compression de nerf, et conclut que l'intéressé peut effectuer, à plein temps et sans limitations, toute activité modérée (OAI BL doc 11.10),
- un rapport du 3 janvier 2011 du Dr F._____, spécialiste notamment en rééducation et réadaptation fonctionnelles et en médecine manuelle orthopédique, qui relate une lente amélioration des lombalgies et indique que pour la reprise du travail, il faudra adapter le poste de l'intéressé, des travaux lourds et répétitifs n'étant plus possibles en raison de la discopathie (OAI BL doc 20 p. 6),
- les résultats du 31 janvier 2011 d'une IRM lombaire effectuée le 28 janvier 2011, qui mentionnent des atteintes lombaires déjà connues et, nouvellement, une formation ovoidale tissulaire de localisation para-vertébrale (OAI BL doc 20 p. 8),
- les résultats du 4 février 2011 d'une IRM abdominale, lesquels confirment la présence d'une formation tumorale de localisation rétro-péritonéale à hauteur du corps vertébral L3 (OAI BL doc 20 p. 7),
- un certificat médical du 7 février 2011 du Dr F._____, lequel note que l'intéressé souffre de lombalgies, de façon permanente et quotidienne, surtout depuis son accident du travail; il indique qu'un avis neurochirurgical est programmé concernant la masse tumorale rétro-péritonéale découverte par IRM; le Dr F._____ estime que A._____ doit rester en arrêt de travail jusqu'à décision neurochirurgicale (OAI BL doc 17),
- un rapport du 29 mars 2011 adressé à l'assureur C._____ et établi, après examen de l'intéressé le 17 mars 2011, par le Dr G._____, spécialiste en médecine interne et en rhumatologie; le Dr G._____ indique que A._____ présente encore, au moment de l'examen, un syndrome lumbo-vertébral avec des douleurs spondylogènes sous la forme de tendinites dans la jambe droite et avec, au premier plan, un syndrome du piriforme à droite; il estime que dans son activité habituelle de monteur-électricien, l'intéressé est incapable de travailler jusqu'au 3 avril 2011, puis qu'il peut reprendre son activité à 50% dès le 4 avril 2011 en évitant dans la mesure du possible les travaux qui se

trouvent en hauteur et qui exigent de se pencher de manière répétitive et de soulever des poids de plus de 10 kg, pour retrouver enfin une pleine capacité à partir du 2 mai 2011 (OAI BL doc 20 p. 1, 2),

- un rapport du 24 novembre 2011 établi suite à une expertise effectuée les 20 et 21 octobre 2011, à la demande de C._____, par les Drs H._____, spécialiste en médecine interne et rhumatologie, et I._____, spécialiste en médecine physique et réadaptation, et par Mme J._____, physiothérapeute, du Centre K._____ SA. Les médecins précités ont retenu le diagnostic de syndrome lombospondylogène chronique, se manifestant notamment par une protrusion discale L5-S1, toujours sans neuro-compression, par un schwannome rétro-péritonéal en L3, en régression, et par un status après traumatisme dû à une chute, avec contusion. Les experts estiment que l'incapacité de travail est actuellement totale dans l'activité habituelle de monteur-électricien, mais ils recommandent néanmoins, vu la motivation de l'intéressé, une tentative de reprise du travail à 50% dans l'ancienne activité, avec toutefois un port de charges limité à 25 kg, voire 30 kg; dans trois mois, une augmentation de la capacité de travail à 75% dans l'activité habituelle serait possible, de même qu'une augmentation progressive du poids à déplacer; enfin, dans six mois, une pleine capacité de travail devrait être atteinte dans l'activité habituelle. Les médecins du Centre K._____ SA conseillent encore, en cas d'échec de la tentative de reprise de l'activité habituelle, un changement d'activité vers une activité moyenne à lourde (15 à 25 kg), dans laquelle la capacité de travail est de 100% (OAI BL doc 32).

B.b Selon des notes internes versées au dossier (OAI BL docs 34 à 36), l'intéressé a tenté de reprendre le travail à partir du 9 janvier 2012, à plein temps, avec toutefois des interruptions trois après-midis par semaine pour poursuivre son traitement de physiothérapie, sur un chantier exigeant des travaux physiquement légers, mais nécessitant cependant des mouvements au-dessus de la tête, ainsi que de se pencher et de s'accroupir. Cette reprise du travail aurait eu pour conséquence une augmentation des douleurs et un blocage du dos, de sorte que l'intéressé a informé l'OAI BL qu'il souhaitait arrêter là cette tentative et poursuivre le processus de l'assurance-invalidité.

Ont été produits à cet égard un avis d'arrêt de travail du 23 janvier 2012 signé par le Dr D._____, de même qu'une attestation de ce dernier du 25 janvier 2012 certifiant que A._____ a présenté une aggravation des

symptômes liés à la hernie discale par suite de la reprise du travail; le Dr D._____ note qu'il faudrait rediscuter les différentes postures néfastes qu'exige le travail de l'intéressé (OAI BL doc 38).

Suite à un rapport final du 13 février 2012 du responsable de la réadaptation de l'OAI BL (OAI BL doc 37), le service de réadaptation, par acte du 22 février 2012 (OAI BL doc 40; voir également OAI BL doc 41), a informé l'intéressé que des mesures de réadaptation étaient pour l'instant impossibles et que son droit à une rente était examiné.

B.c Dans le cadre de cet examen, les documents suivants ont été versés en cause:

- une attestation du Dr D._____ du 8 mars 2012 certifiant que A._____ est inapte à son travail à 100% (OAI BL doc 42 p. 5),
- deux attestations du Dr L._____, spécialiste en psychiatrie, la première, du 13 mars 2012, certifiant qu'il voit l'intéressé en consultation (OAI BL doc 42 p. 4), la seconde, d'avril 2012, relevant qu'il existe actuellement un état anxio-dépressif résiduel à des soucis d'ordre physique et à un licenciement, et concluant à une prolongation de l'arrêt de travail en raison de cet état de santé (OAI BL doc 44 p. 2 et 3),
- un rapport d'expertise rhumatologique du 12 juin 2012 établi à la demande de l'OAI BL (voir OAI BL doc 43) par le Dr M._____, spécialiste en rhumatologie, médecine physique et réadaptation, lequel a examiné A._____ le 14 mai 2012; l'expert ne retient que des diagnostics sans influence sur la capacité de travail, soit une discopathie dégénérative en L5-S1 avec protrusion discale et un schwannome en L3; il estime que A._____ présente une pleine capacité de travail, sans limitation, dans une activité modérée à lourde, voire une activité lourde, exigeant le port de charges de 30 à 40 kg et nécessitant des tâches au-dessus de la tête, et conclut donc à une capacité de travail totale de l'intéressé dans son activité habituelle dès janvier 2011; il en irait de même dans une activité adaptée (OAI BL doc 45).

Consulté dans le cadre de l'examen du droit à la rente, le Dr N._____, généraliste, du Service Médical Régional AI (SMR), se basant sur le rapport du Dr M._____ du 12 juin 2012 et sur celui du 22 septembre 2010 du Dr E._____, a retenu, dans son rapport du 19 juin 2012 (OAI

BL doc 46), les diagnostics de discopathie dégénérative L5-S1 et de status après contusion lombaire en juin 2010. Le Dr N._____ conclut que A._____ était totalement incapable de travailler dans son activité de monteur-électricien dès le mois de juin 2010, mais à nouveau apte à 100% dès le mois de janvier 2011, de sorte qu'il n'existe aucune activité de substitution dans laquelle la capacité de travail serait supérieure.

Par projet de décision du 28 août 2012 (OAI BL doc 47), l'OAI BL a informé A._____ qu'il entendait rejeter sa demande de rente, au motif qu'il aurait été capable de reprendre à plein temps son ancienne activité depuis le 1^{er} janvier 2011 et que dès lors, il n'aurait pas présenté une incapacité de travail d'au moins 40% en moyenne durant une année sans interruption notable, condition nécessaire au droit à une rente d'invalidité.

B.d Par écriture du 6 septembre 2012 (OAI BL doc 48), A._____ a contesté le projet de décision du 28 août 2012 par l'intermédiaire de son représentant, précisant qu'il se trouve toujours dans l'incapacité d'exercer une activité professionnelle. Ont été produits dans ce cadre:

- un certificat médical du 27 août 2012 du Dr F._____ qui indique que les douleurs lombaires sont chroniques, que la situation est stable et ne permet pas de reprise professionnelle physique, un strict respect de mesures d'économie rachidienne étant indispensable à long terme (OAI BL doc 50 p. 2),
- une attestation du 18 septembre 2012 du Dr D._____ certifiant que la hernie discale L5-S1 diagnostiquée en juin 2010 est toujours présente; le Dr D._____ indique que cette pathologie rend l'intéressé inapte à tout travail sollicitant le rachis lombaire et qu'un recyclage dans un travail où le rachis n'est pas sollicité est souhaitable; enfin, il rapporte que suite à son licenciement, l'intéressé a fait une dépression pour laquelle un traitement a été nécessaire (OAI BL doc 52).

A nouveau consulté, le Dr N._____, a estimé, dans son rapport du 17 octobre 2012 (OAI BL doc 53), être suffisamment et valablement documenté au niveau somatique avec le rapport du Dr M._____. Il soulève qu'est toutefois nouveau l'état anxio-dépressif noté par le Dr L._____, psychiatre, et considère qu'il est nécessaire d'entreprendre une expertise psychiatrique.

B.e Le 11 février 2013, le Dr O._____, spécialiste en psychiatrie et psychothérapie, a rendu le rapport d'expertise psychiatrique requis par

l'OAI BL, après avoir rencontré A._____ le 7 février 2013 (OAI BL docs 54, 55, 57). Le Dr O._____ constate qu'une symptomatologie dépressive s'est développée suite à l'accident du travail survenu en juin 2010 et pose le diagnostic de trouble de l'adaptation, avec réaction dépressive prolongée (CIM-10 F43.21), en lien avec l'incapacité de travail liée à la douleur, la perte d'emploi, les perspectives professionnelles incertaines et une situation financière difficile. L'expert estime que le trouble de l'adaptation est léger et qu'il devrait disparaître avec une perspective professionnelle positive. Il conclut à une diminution de la capacité de travail de 10% au maximum, étant convaincu que la volonté de l'intéressé est toujours intacte, de sorte que l'exercice de l'activité habituelle est exigible presque sans restriction.

Consulté une troisième fois, le Dr N._____ a noté, dans son rapport du 5 mars 2013 (OAI BL doc 58), que le rapport d'expertise du Dr O._____ était complet et clair dans ses conclusions. Il conclut donc que l'on peut s'en tenir au projet de décision du 28 août 2012 (OAI BL doc 47).

Par projet de décision du 9 avril 2013 (OAI BL doc 59), l'OAI BL a informé A._____ qu'il entendait rejeter sa demande de rente sur la base du rapport d'expertise du Dr M._____ et au vu des conclusions au niveau psychiatrique, limitant la réduction de sa capacité de travail à 10% seulement.

B.f Par courrier du 24 mai 2013, A._____ a transmis de nouveaux documents médicaux à l'OAI BL, établis en particulier par les Drs D._____, F._____ et L._____ (OAI BL doc 62). Ces documents rapportent pour l'essentiel des éléments d'ores et déjà connus. Il en sera fait mention en tant que de besoin dans la partie en droit.

B.g Par décision du 29 mai 2013 (OAI BL doc 63), l'Office de l'assurance-invalidité pour les assurés résidant à l'étranger (OAIE) a confirmé ses projets de décision et rejeté la demande de prestations de l'assurance-invalidité déposée par A._____.

C.

Par acte du 6 juin 2013 adressé à l'OAI BL, puis au Tribunal administratif fédéral par courrier du 15 octobre 2013 (TAF pce 1), A._____, par l'intermédiaire de son représentant, a formé recours contre la décision du 29 mai 2013, contestant le fait qu'aucune invalidité ne lui a été reconnue.

Il estime nécessaire d'instruire à nouveau son dossier et requiert du Tribunal qu'il réévalue son degré d'incapacité de travail.

Dans sa réponse du 6 janvier 2014 (TAF pce 3), l'OAIE a conclu au rejet du recours, se rapportant à la prise de position de l'OAI BL du 19 décembre 2013. Se fondant sur les rapports d'expertise des Drs M._____ et O._____, et sur un avis du Dr N._____ du 5 décembre 2013 (TAF pce 11), lequel indique que les derniers rapports médicaux produits (OAI BL doc 62) ne contiennent aucun élément objectif nouveau, l'Office AI maintient que l'intéressé n'a pas présenté une incapacité de travail d'au moins 40% en moyenne durant une année sans interruption notable.

D.

Par décision incidente du 14 janvier 2014, le Tribunal administratif fédéral a fixé l'avance pour les frais de procédure présumés à Fr. 400.-, que le recourant a versée sur le compte du Tribunal dans le délai qui lui était imparti (TAF pces 4 à 6).

E.

Dans sa réplique du 3 février 2014 adressée au Tribunal fédéral et transmise au Tribunal de céans pour raison de compétence (TAF pce 7), le recourant a requis en substance un réexamen de sa situation médicale, au vu de son incapacité à exercer un emploi. Il joint à son écriture des documents d'ores et déjà connus.

Invitée à prendre position sur la réplique du 3 février 2014, l'autorité inférieure a maintenu ses précédentes conclusions par duplique 26 mars 2014 (TAF pce 9).

Droit :

1.

1.1 Au vu de l'art. 31 de la loi du 17 juin 2005 sur le Tribunal administratif fédéral (LTAF, RS 173.32), 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), le Tribunal administratif fédéral connaît des recours interjetés par les personnes résidant à l'étranger contre les décisions prises par

l'OAIE. Demeurent réservées les exceptions - non réalisées en l'espèce - prévues à l'art. 32 LTAF.

1.2 Selon l'art. 37 LTAF, la procédure devant le Tribunal administratif fédéral est régie par la loi fédérale du 20 décembre 1968 sur la procédure administrative (PA, RS 172.021), pour autant que la LTAF n'en dispose pas autrement. Or, en vertu de l'art. 3 let. d^{bis} PA, la procédure en matière d'assurances sociales n'est pas régie par la PA dans la mesure où la loi fédérale du 6 octobre 2000 sur la partie générale du droit des assurances sociales (LPGA, RS 830.1) est applicable. A cet égard, conformément à l'art. 2 LPGA en relation avec l'art. 1 al. 1 LAI, les dispositions de la LPGA s'appliquent à l'assurance-invalidité (art. 1a à 26^{bis} et art. 28 à 70 LAI), à moins que la LAI ne déroge à la LPGA.

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

1.4 En outre, déposé en temps utile et dans les formes requises par la loi (art. 60 LPGA et art. 52 PA), et l'avance sur les frais de procédure ayant été dûment acquittée, le recours est recevable.

2.

La procédure dans le domaine des assurances sociales fait prévaloir la procédure inquisitoriale (art. 43 LPGA). Ainsi, l'autorité définit les faits pertinents et les preuves nécessaires, qu'elle ordonne et apprécie d'office (art. 12 PA; ATF 110 V 199 consid. 2b, ATF 105 Ib 114; PIERRE MOOR, Droit administratif, vol. II, 3e éd., Berne 2011, ch. 2.2.6.3); elle ne tient pour existants que les faits qui sont dûment prouvés, prend d'office les mesures d'instruction nécessaires et recueille les renseignements dont elle a besoin; enfin elle applique le droit d'office. La procédure devant le Tribunal administratif fédéral est également régie par la maxime inquisitoire, de sorte que le Tribunal définit les faits et apprécie les preuves d'office et librement; de même, il applique le droit d'office, sans être lié par les motifs invoqués, ni par l'argumentation juridique développée dans la décision entreprise (art. 62 al. 4 PA; PIERRE MOOR, op. cit., ch. 2.2.6.5).

Si l'administration ou le juge, se fondant sur une appréciation consciencieuse des preuves fournies par les investigations auxquelles ils doivent procéder d'office, sont convaincus que certains faits présentent un degré de vraisemblance prépondérante et que d'autres mesures

probatoires ne pourraient plus modifier cette appréciation, il est superflu d'administrer d'autres preuves (appréciation anticipée des preuves; UELI KIESER, ATSG-Kommentar, 2^e éd., Zurich 2009, art. 42 n° 19 p. 536; ATF 122 II 469 consid. 4a). Une telle manière de procéder ne viole pas le droit d'être entendu selon l'art. 29 al. 2 Cst (Sozialversicherungsrecht [SVR] 2001 IV n° 10 p. 28).

3.

3.1 Le requérant est citoyen d'un Etat membre de la Communauté européenne. Par conséquent, est applicable en l'espèce l'accord entre la Suisse et la Communauté européenne et ses Etats membres sur la libre circulation des personnes du 21 juin 1999 (ALCP, RS 0.142.112.681), dont l'annexe II règle la coordination des systèmes de sécurité sociale, entré en vigueur le 1^{er} juin 2002. Sont également applicables le règlement (CE) n° 883/2004 du Parlement européen et du Conseil du 29 avril 2004 portant sur la coordination des systèmes de sécurité sociale (RS 0.831.109.268.1) ainsi que le 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 (RS 0.831.109.268.11; art. 1 al. 1 de l'annexe II en relation avec la section A de l'annexe II), auxquels l'ALCP fait référence depuis le 1^{er} avril 2012. Conformément à l'art. 4 du règlement (CE) n° 883/2004, à moins que le règlement n'en dispose autrement, les personnes auxquelles ce règlement s'applique bénéficient en principe des mêmes prestations et sont soumises aux mêmes obligations, en vertu de la législation de tout Etat membre, que les ressortissants de celui-ci. Comme avant l'entrée en vigueur de l'ALCP, le degré d'invalidité d'un assuré qui prétend une rente de l'assurance-invalidité suisse est déterminé exclusivement d'après le droit suisse (art. 46 al. 3 du règlement [CE] n° 883/2004, en relation avec l'annexe VII dudit règlement; ATF 130 V 253 consid. 2.4; arrêt du Tribunal fédéral I 376/05 du 5 août 2005 consid. 3.1), 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 [CE] n° 987/2009).

3.2 Le droit matériel applicable est déterminé par les règles en vigueur au moment où les faits juridiquement déterminants se sont produits (ATF 130 V 445 consid. 1.2, ATF 129 V 4 consid. 1.2). En l'espèce, la demande de prestations date du 27 septembre 2010, alors que la décision entreprise a été rendue le 29 mai 2013. Par conséquent, le droit à des prestations doit être examiné à l'aune des modifications de la LAI et de son règlement d'exécution introduites par la nouvelle du 6 octobre 2006

(5^e révision de la LAI), entrées en vigueur le 1^{er} janvier 2008 (RO 2007 5129, FF 2005 4215), pour les faits ayant eu lieu entre cette dernière date et le 31 décembre 2011, puis à l'aune des dispositions telles que modifiées par la 6^e révision de l'AI (premier volet), entrées en vigueur le 1^{er} janvier 2012 (RO 2011 5659, FF 2010 1647).

4.

Le litige porte en l'espèce sur le droit du recourant à une rente de l'assurance-invalidité, en particulier sur le point de savoir si les affections dont il est victime ont pu entraîner une incapacité de travail pendant une durée suffisamment longue et avec l'intensité requise pour ouvrir le droit à des prestations de l'assurance-invalidité.

5.

Tout requérant, pour avoir droit à une rente de l'assurance-invalidité suisse, doit remplir cumulativement les conditions suivantes: d'une part être invalide au sens de la LPGa et de la LAI (art. 8 LPGa; art. 4, 28, 28a, 29 al. 1 LAI); d'autre part compter au moins trois années entières de cotisations (art. 36 al. 1 LAI). En l'espèce, le recourant a versé des cotisations à l'assurance-vieillesse, survivants et invalidité (AVS/AI) pendant plus de trois ans au total (OAI BL doc 6) et remplit donc la condition de la durée minimale de cotisations. Il reste donc à examiner s'il est invalide au sens de la LAI.

6.

L'invalité 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, qui peut résulter d'une infirmité congénitale, d'une maladie ou d'un accident (art. 8 al. 1 LPGa, art. 4 al. 1 LAI). L'art. 4 al. 2 LAI mentionne que l'invalité est réputée survenue dès qu'elle est, par sa nature et sa gravité, propre à ouvrir droit aux prestations entrant en considération. Selon l'art. 7 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 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.

7.

7.1 Conformément à l'art. 28 al. 1 LAI, le droit à une rente naît dès que l'assuré ne peut rétablir, maintenir ou améliorer sa capacité de gain ou sa capacité d'accomplir ses travaux habituels au moyen de mesures de réadaptation raisonnablement exigibles (let. a), présente une incapacité de travail de 40% au moins pendant une année sans interruption notable (let. b) et, au terme de cette année, est invalide à 40% au moins (let. c).

Cela signifie que le droit à une rente peut prendre naissance, pour autant que toutes les autres conditions soient remplies, au plus tôt après une année d'incapacité de travail ininterrompue d'au moins 40% en moyenne. L'AI n'est donc en principe pas tenue de couvrir une incapacité de gain passagère, non plus par ailleurs, une incapacité de gain consécutive à une maladie ou un accident. Ce sont là des tâches qui relèvent notamment de l'assurance-maladie et de l'assurance-accidents (MICHEL VALTERIO, Droit de l'assurance-vieillesse et survivants [AVS] et de l'assurance-invalidité [AI], Genève, Zurich, Bâle 2011, n. m. 2021).

7.2 Dans le cadre de l'art. 28 al. 1 let. b LAI, l'incapacité de travail peut être définie plus précisément comme la perte fonctionnelle, due à une atteinte à la santé, de la capacité de rendement de l'assuré dans sa profession. Ainsi, il y a lieu de se référer uniquement à la baisse de rendement dans la profession que l'assuré exerçait jusqu'alors et qui a donné lieu, sur la base des constatations médicales, à l'incapacité de travail déterminant le début de la période de carence (MICHEL VALTERIO, op. cit., n. m. 2025).

7.3 Pour établir rétrospectivement quand la période de 360 jours a commencé à courir, il faut déterminer le moment à partir duquel l'assuré a subi une diminution sensible de son rendement dans son activité professionnelle. Une réduction de la capacité de travail de 20% suffit en principe à ouvrir la période d'attente (MICHEL VALTERIO, op. cit., n. m. 2029).

Pour qu'il puisse ensuite continuer à courir, le délai d'attente de 360 jours ne doit pas subir d'interruption notable. Aux termes de l'art. 29^{ter} du règlement du 17 janvier 1961 sur l'assurance-invalidité (RAI, RS 831.201),

il y a interruption notable de l'incapacité de travail, donc du délai d'attente, lorsque l'assuré a été entièrement apte au travail pendant trente jours consécutifs au moins. L'interruption du délai d'attente a pour conséquence que, lors de la survenance d'une nouvelle incapacité de travail, un nouveau délai d'attente d'une année commence à courir sans qu'il y ait lieu de prendre en considération les périodes antérieures d'incapacité de travail (MICHEL VALTERIO, op. cit., n. m. 2031).

8.

Pour pouvoir déterminer la capacité de travail d'un assuré et évaluer son invalidité, l'administration, ou le juge 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 Tribunal fédéral 8C_623/2012 du 6 décembre 2012 consid. 1 et I 733/06 du 16 juillet 2007 consid. 4.2.1). Le Tribunal fédéral a jugé en effet que les données fournies par les médecins constituent un élément utile pour déterminer quels travaux peuvent encore être exigés de l'assuré, quand bien même la notion d'invalidité est de nature économique/juridique et non médicale (ATF 125 V 256 consid. 4, ATF 115 V 133 consid. 2, ATF 114 V 310 consid. 3c, ATF 105 V 156 consid. 1; voir supra consid. 6).

Le juge des assurances sociales doit examiner de manière objective tous les moyens de preuve, quelle que soit leur provenance, puis décider si les documents à disposition permettent de porter un jugement valable sur le droit litigieux. Il importe, pour conférer pleine valeur probante à un rapport médical, que les points litigieux importants 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 (ATF 125 V 351 consid. 3a et les références).

Le Tribunal fédéral a posé des lignes directrices en matière d'appréciation des preuves. En particulier, en cas de divergence d'opinion entre experts et médecins traitants, il n'est pas, de manière générale, nécessaire de mettre en œuvre une nouvelle expertise. La valeur probante des rapports médicaux des uns et des autres doit bien plutôt s'apprécier au regard des critères jurisprudentiels susmentionnés. A cet égard, il convient de rappeler qu'au vu de la divergence consacrée par la jurisprudence entre un mandat thérapeutique et un mandat d'expertise, on ne saurait remettre en cause

une expertise ordonnée par l'administration ou le juge et procéder à de nouvelles investigations du seul fait qu'un ou plusieurs médecins traitants ont une opinion contradictoire. En effet, bien que le simple fait qu'un certificat médical soit établi à la demande d'une partie ne justifie pas en soi des doutes quant à sa valeur probante, le juge peut et doit tenir compte, dans ce contexte, du fait que selon l'expérience, le médecin traitant, ou le médecin consulté par le patient en vue d'obtenir un moyen de preuve, est généralement enclin, en cas de doute, à prendre parti pour son patient en raison de la relation de confiance qui l'unit à ce dernier (ATF 125 V 351 consid. 3b et 3c; arrêt du Tribunal fédéral U 365/06 du 26 janvier 2007 consid. 4.1).

9.

9.1 Il ressort du dossier que le recourant souffre principalement d'une discopathie dégénérative L5-S1 avec protrusion discale, de nodules lymphatiques en L3 et d'un status après contusion lombaire en juin 2010, ainsi que de troubles psychologiques réactionnels, en lien avec son état physique et sa situation professionnelle. Au niveau somatique, tant les médecins traitants du recourant, à savoir les Drs D._____ et F._____, que les médecins intervenus à la demande des différentes assurances impliquées dans le présent dossier, à savoir les Drs E._____, médecin d'arrondissement de la SUVA, G._____, mandaté par C._____, et M._____, chargé d'examiner l'intéressé par l'Office AI, de même que les médecins du Centre K._____ SA, également sollicités par C._____, s'accordent pour l'essentiel sur les diagnostics précités. Sur le plan psychologique, si le Dr L._____, psychiatre du recourant, qui mentionne un état anxio-dépressif dans un premier temps, puis un état dépressif dans un second, et le Dr O._____, psychiatre mandaté par l'Office AI pour réaliser une expertise médicale, qui retient un trouble de l'adaptation, avec réaction dépressive prolongée, diffèrent quelque peu quant à leurs diagnostics, les deux se rejoignent sur l'aspect réactionnel des troubles, à l'état de santé physique et à la situation professionnelle du recourant (OAI BL docs 44 p. 2, 57, 62 p. 7).

Il est le lieu de noter également que contrairement à ce que soutient le recourant dans sa réplique du 3 février 2014, dans laquelle il relève qu'aucun médecin n'aurait déclaré que son état de santé était consolidé, raison pour laquelle une nouvelle expertise serait nécessaire, le Dr F._____, l'un de ses médecins traitants, a indiqué à deux occasions que l'état de son patient était stable et stationnaire, la première fois dans un certificat du 27 août 2012 (OAI BL doc 50 p. 2) et la seconde fois dans

un certificat du 26 avril 2013 (OAI BL doc 62 p. 4). Pour ce motif-là en tout cas, il n'y a pas lieu d'ordonner de nouvelle expertise médicale.

9.2 S'agissant à présent des conséquences des atteintes à la santé précitées sur la capacité de travail du recourant, il apparaît que tous les médecins qui se sont prononcés à cet égard s'accordent tant sur le fait que le rendement du recourant dans son activité de monteur-électricien a subi une diminution sensible à partir de la date de l'accident de travail, le 14 juin 2010, que sur le fait que cette incapacité de travail dans l'activité habituelle était totale à cette date. Il est dès lors établi que le délai de carence d'une année de l'art. 28 al. 1 let. b LAI a commencé à courir le 14 juin 2010.

Les conclusions des médecins divergent toutefois quant à la durée et à l'intensité de cette incapacité de travail. En effet, les médecins traitants de l'intéressé estiment que depuis l'accident de juin 2010, le recourant ne peut plus exercer son activité de monteur-électricien, étant inapte à tout travail sollicitant le rachis lombaire, et qu'un changement de poste vers un poste adapté s'avère nécessaire dans la mesure où des travaux lourds et répétitifs ne seraient plus possibles et qu'un respect strict de mesures d'économie rachidienne serait indispensable (voir rapports et certificats médicaux des 31 août 2010, 3 janvier et 7 février 2011, 23 et 25 janvier, 8 mars, avril, 27 août et 18 septembre 2012, 20 et 26 avril 2013 [OAI BL docs 2 p. 14, 20 p. 6, 17, 38, 42 p. 5, 44 p. 2 et 3, 50 p. 2, 52, 62 p. 4 et 6]). Les médecins et experts mandatés par les différentes assurances intervenues dans le dossier de A._____ considèrent pour leur part qu'après un certain temps, le rendement du recourant peut à nouveau être augmenté. La question est dès lors de déterminer si véritablement, comme le soutiennent les experts et comme l'a décidé l'autorité inférieure, la capacité de travail de l'intéressé s'est améliorée, et si oui, à partir de quand et dans quelle mesure.

10.

Pour prendre sa décision du 29 mai 2013, l'autorité inférieure s'est fondée, au niveau somatique, sur le rapport du Dr N._____, médecin SMR, du 19 juin 2012 (OAI BL doc 46), confirmé par le rapport du même médecin du 17 octobre 2012 (OAI BL doc 53), au terme duquel le Dr N._____ estime être suffisamment documenté sur le plan somatique. Or, le Dr N._____ s'est lui-même basé en particulier sur le rapport d'expertise rhumatologique du Dr M._____ du 12 juin 2012 (OAI BL doc 45), établi à la demande de l'OAI BL et dans lequel l'expert conclut à une capacité de travail totale de l'intéressé dans son activité de monteur-électricien dès

janvier 2011, soit moins d'un an après le début du délai de carence en juin 2010.

10.1 Il appert d'emblée, à la lecture du rapport du 12 juin 2012, que l'expertise du Dr M._____, spécialiste en rhumatologie, médecine physique et réadaptation, satisfait pleinement aux exigences jurisprudentielles en la matière (voir supra consid. 8). Complète et cohérente, elle présente avec clarté ce qui la motive et ce qui est attendu d'elle (p. 2), contient une anamnèse très détaillée (p. 2 à 6) et tient compte des antécédents et plaintes de l'intéressé (p. 2 et 4 notamment), de même que de nombreux documents médicaux antérieurs (p. 7 à 11). Le Dr M._____ prend de plus la peine de signaler les divergences entre ses observations et celles d'autres médecins et de comparer et discuter ses conclusions et celles des divers experts interrogés (p. 10, 12, 16, 17). L'expertise se fonde en outre sur un examen clinique circonstancié du recourant (p. 12 à 14) et donne une appréciation approfondie de la situation, de même que des conclusions claires et motivées (p. 15 à 19).

Ainsi le Dr M._____ relève qu'il n'a trouvé chez l'intéressé aucun déficit rhumatologique ou neurologique, que tant à l'observation qu'au travers des tests effectués, le rachis montre une mobilité et une souplesse au-dessus de la moyenne et indolore, et que le recourant présente un très bon état général, de la force dans les membres tant inférieurs que supérieurs et des mouvements libres et sans signe de douleur. L'expert expose par ailleurs que l'accident survenu en juin 2010 a effectivement pu provoquer une contusion douloureuse du rachis au niveau des reins, mais qu'il ne peut expliquer des douleurs dans la proportion, durée et intensité, décrites par le recourant; le médecin indique à cet égard que les conséquences d'un accident comme celui dont a été victime l'intéressé devraient se guérir après trois à six mois, de sorte que dès le quatrième mois, un rendement de 50% pourrait être exigé. Le Dr M._____ en conclut par conséquent, compte tenu des observations qu'il a faites du recourant, du bon état général de ce dernier et de l'absence de signe douloureux, que non seulement A._____ pouvait reprendre son activité habituelle à plein temps six mois après l'accident, soit dès janvier 2011, mais que de plus, objectivement, la seule allégation de douleurs dorsales avec la dégénérescence lombaire relativement faible que présente le recourant ne permet de justifier aucune diminution de rendement; ce d'autant que le schwannome ne joue que peu de rôle dans la symptomatologie douloureuse. L'expert ajoute encore qu'il a l'impression, au vu des nombreux rapports médicaux et examens effectués, que la symptomatologie douloureuse a été grandement surévaluée, amenant le recourant à se

persuader qu'il est malade et que ses douleurs ne lui permettent pas de travailler, sentiment qu'accentuerait encore la tentative infructueuse de reprise du travail en janvier 2012. Le Dr M. _____ est dès lors d'avis que l'incapacité de travail est fondée sur des éléments purement subjectifs. Ses observations et réflexions ont en définitive conduit le Dr M. _____ à conclure à une pleine capacité de travail du recourant, sans limitation, dès janvier 2011, dans son activité habituelle de monteur-électricien, comme dans toute activité modérée à lourde, voire lourde, exigeant le port de charges de 30 à 40 kg et également des travaux nécessitant des mouvements au-dessus de la tête, l'expert n'ayant pu s'expliquer pourquoi de tels travaux provoqueraient des douleurs et devraient être limités.

10.2 En sus de la qualité de l'expertise précitée, il s'avère que les conclusions du Dr M. _____ ne sont pas contredites, voire se trouvent renforcées, par les avis des autres experts intervenus dans le dossier du recourant au niveau somatique.

10.2.1 Ainsi le Dr E. _____, spécialiste en chirurgie orthopédique et traumatologie de l'appareil locomoteur, concluait déjà en septembre 2010 (rapport du 22 septembre 2010 [OAI BL doc 11.10]), soit trois mois environ après l'accident de travail, que l'intéressé pouvait effectuer, à plein temps et sans limitation, toute activité modérée. Compte tenu de la constance des diagnostics et observations médicales – mis à part le schwannome, toutefois de peu d'influence sur la symptomatologie douloureuse (OAI BL docs 26, 28) – depuis le rapport du Dr E. _____, il n'est pas déraisonnable de considérer qu'en janvier 2011, soit trois mois plus tard, le recourant pouvait à nouveau exercer à plein temps une activité modérée à lourde. Par ailleurs, comme le Dr M. _____, le Dr E. _____ indiquait qu'il n'existe pas de symptômes neurologiques clairement identifiables et qu'une symptomatologie douloureuse après une contusion, en présence d'un trouble dégénératif préexistant, avec atteinte discale, est une chose connue, mais que cette symptomatologie seule ne peut pas expliquer une aggravation durable, sans éléments correspondants objectivables. Le Dr E. _____ relevait par conséquent lui aussi une absence de concordance entre les constatations objectives et subjectives, et notait encore qu'il y a souvent une composante psychique aux douleurs lombaires diffuses.

10.2.2 Dans son rapport du 29 mars 2011 (OAI BL doc 20 p. 1, 2), le Dr G. _____, spécialiste en médecine interne et en rhumatologie, estimait également que le recourant devrait être apte à reprendre son ancienne activité de monteur-électricien à 100% et sans restriction, ce, à

partir du 2 mai 2011, après un mois de transition à 50%, pendant lequel l'intéressé pourrait déjà exercer son activité habituelle, mais avec quelques limitations, telles qu'éviter si possible les travaux en hauteur, qui exigent de se pencher de manière répétitive ou de soulever des poids de plus de 10 kg. Certes, le Dr G._____ considère que l'intéressé retrouve une totale capacité de travail dans son activité à partir de mai 2011, alors que le Dr M._____ retient une pleine capacité de rendement en janvier 2011 déjà. Comme le relève le Dr M._____ dans son rapport d'expertise du 12 juin 2012 (OAI BL doc 45 p. 17), cette nuance peut s'expliquer par le fait que le Dr G._____ ne s'est pas interrogé sur la capacité de travail du recourant dans le passé. Il n'en reste pas moins que même si l'on devait suivre les conclusions du Dr G._____, la condition de l'écoulement du délai d'attente d'un an, avec une incapacité de travail de 40% au moins, ne serait pas réalisée.

10.2.3 S'agissant enfin du rapport du 24 novembre 2011 établi par les Drs H._____, spécialiste en médecine interne et rhumatologie, et I._____, spécialiste en médecine physique et réadaptation, et par Mme J._____, physiothérapeute, du Centre K._____ SA (OAI BL doc 32), il convient de relever que quand bien même il remplit pour l'essentiel les exigences jurisprudentielles en la matière, ses conclusions sont moins claires et motivées que celles du Dr M._____, voire contradictoires. En effet, les médecins du Centre K._____ SA, tout en concluant à une incapacité de travail totale dans l'activité de monteur-électricien, au motif en particulier que la capacité fonctionnelle actuelle du recourant est en-deçà de la charge exigée dans son activité habituelle, recommandent néanmoins, vu la motivation de l'intéressé, une tentative de reprise du travail dans l'ancienne activité: tout d'abord, à 50% avec un port de charges limité à 25 kg, voire 30 kg; puis, trois mois plus tard, à 75% avec une augmentation progressive du poids à déplacer; enfin, après six mois, une pleine capacité de travail devrait être atteinte dans l'activité habituelle (OAI BL doc 32 p. 5, 6). En outre, les médecins du Centre K._____ SA concluent à une capacité de travail immédiate de 100% dans une activité adaptée moyenne à lourde, soit exigeant le port de charges de 15 à 25 kg (OAI BL doc 32 p. 5). Or, il appert, d'après la description que l'ancien employeur du recourant fait de l'activité de monteur-électricien, que celle-ci requiert le plus souvent le port de charges ne dépassant pas 10 kg, parfois de charges entre 10 et 25 kg et rarement de charges dépassant 25 kg (OAI BL doc 7 p. 7). L'activité habituelle du recourant pourrait dès lors correspondre à l'activité moyenne à lourde que recommandent les experts du Centre K._____ SA et dans laquelle ils concluent à une pleine capacité de travail.

Au demeurant, il s'avère que les conclusions des médecins du Centre K._____ SA sont plutôt de nature à renforcer l'évaluation de la capacité de travail du recourant faite par le Dr M._____: d'une part, ce dernier conclut lui aussi à une pleine capacité de travail tant dans l'activité habituelle que dans une activité modérée à lourde à tout le moins; d'autre part, les restrictions de charges recommandées par les médecins du Centre K._____ SA durant les trois premiers mois de la reprise d'activité, soit au maximum 25 kg, voire 30 kg, atteignent déjà quasiment les charges que le recourant serait capable de supporter selon le Dr M._____, lorsque ce dernier conclut à une pleine capacité de travail dans l'activité habituelle, comme dans toute activité modérée à lourde, voire lourde, exigeant le port de charges de 30 à 40 kg. Enfin, dans la mesure où, tout comme le Dr G._____, les experts du Centre K._____ SA ne se sont prononcés que sur la capacité de travail actuelle et future de l'intéressé, ils ne sauraient remettre en cause les conclusions du Dr M._____ sur la période antérieure à leur rapport.

10.3 Les seuls avis qui contredisent les conclusions du Dr M._____ sont ceux des Drs D._____, généraliste, et F._____, spécialiste en rééducation et réadaptation fonctionnelles notamment, qui estiment essentiellement que depuis l'accident de juin 2010, le recourant ne peut plus exercer son activité de monteur-électricien (voir supra consid. 10.2, et rapports et certificats médicaux des 31 août 2010, 3 janvier, 7 février 2011, 23 et 25 janvier, 8 mars, 27 août, 18 septembre 2012, 20 et 26 avril 2013 [OAI BL docs 2 p. 14, 20 p. 6, 17, 38, 42 p. 5, 50 p. 2, 52, 62 p. 4 et 6]). Or, outre que les certificats et conclusions de ces médecins sont sommaires et peu motivés au regard des exigences jurisprudentielles en la matière, ils émanent de médecins traitants, qui, selon l'expérience, peuvent être enclins, en cas de doute, à prendre parti pour leur patient en raison de la relation de confiance qui les unit à celui-ci (voir supra consid. 8). En conséquence, ils ne sont pas de nature à mettre en doute la position du Dr M._____. D'autant que, comme le relève le Dr N._____ dans son rapport du 17 octobre 2012 (OAI BL doc 53), les médecins du recourant, lorsqu'ils se sont exprimés après l'expertise du Dr M._____, ont certes maintenu leur position quant à l'incapacité de travail du recourant, mais sans pour autant discuter et critiquer les conclusions du Dr M._____, pourtant contraires aux leurs.

10.4 Au vu de ce qui précède, le Tribunal de céans constate qu'il convient de suivre, au niveau somatique, les conclusions du Dr M._____ et d'admettre la pleine capacité de travail du recourant dans son activité de

monteur-électricien dès janvier 2011, soit moins d'un an après le début du délai de carence en juin 2010.

10.5 Il convient d'ajouter que la tentative infructueuse de reprise d'activité en janvier 2012 ne vient pas non plus remettre en question les conclusions de Dr M._____. En effet, bien que dans son attestation du 25 janvier 2012 (OAI BL doc 38), le Dr D._____ certifie que les symptômes liés à la hernie discale se sont aggravés suite à la tentative de reprise du travail, les observations médicales objectives faites par les médecins avant et après cette tentative sont identiques (voir par exemple le rapport du Centre K._____ SA du 24 novembre 2011 et le rapport du Dr M._____ du 12 juin 2012). De plus, comme le notent le Dr M._____ à plusieurs reprises dans son rapport d'expertise (par exemple OAI BL doc 45 p. 18), puis ensuite le Dr N._____ dans sa prise de position du 19 juin 2012 (OAI BL doc 46), la difficulté rencontrée par le recourant dans la reprise d'une activité professionnelle n'est pas due aux atteintes physiques diagnostiquées, mais au fait que A._____ se considère comme étant malade et invalide, et par conséquent incapable de travailler et peu motivé à une réintégration professionnelle.

11.

Au niveau psychiatrique, l'autorité inférieure s'est également fondée sur un rapport du Dr N._____, du 5 mars 2013 (OAI BL doc 58), lequel reprend les résultats et conclusions du rapport d'expertise psychiatrique du 11 février 2013 établi par le Dr O._____ à la demande de l'Office AI et sur le conseil du Dr N._____ (OAI BL doc 57).

11.1 Là encore, il apparaît d'emblée, à la lecture du rapport du 11 février 2013, que l'expertise du Dr O._____, spécialiste en psychiatrie et psychothérapie, remplit les exigences jurisprudentielles en la matière (voir supra consid. 8). Elle tient compte des plaintes et des antécédents du recourant, ainsi que de documents médicaux antérieurs, notamment ceux du Dr L._____, psychiatre de l'intéressé, et contient une anamnèse complète (familiale, sociale, etc). Le rapport expose en outre de façon détaillée et approfondie les constatations du Dr O._____ suite à l'entretien mené avec le recourant (p. 6), et son appréciation du cas (p. 7 à 9). Enfin, ses conclusions quant à la capacité de travail sont claires et motivées (p. 8, 9).

Ainsi, le Dr O._____ relate qu'une symptomatologie dépressive s'est développée depuis l'accident de travail en juin 2010, qu'il diagnostique comme étant un trouble de l'adaptation, lié à l'incapacité de travail, à la

perte d'emploi, aux perspectives professionnelles incertaines et à une situation financière difficile (p. 6). Il observe notamment l'absence d'épisode dépressif moyen à sévère, d'état de tristesse ou de tendances suicidaires, et estime que la personnalité du recourant est solide et fiable (p. 4); il constate également que le recourant, qui a été testé à cet égard, ne suit pas strictement son traitement médicamenteux antidépresseur, ce qui indique une détresse légère (p. 6). L'expert psychiatre relève en outre que le recourant maintient ses contacts sociaux et montre de l'intérêt pour le monde extérieur (journaux; p. 6). Le trouble dont souffre l'intéressé ne se résume dès lors, selon lui, qu'à une légère humeur dépressive, l'élément principal étant une amertume qui contrarie la guérison, le recourant ne voyant aucune possibilité de reprendre pied professionnellement par ses propres moyens. Le psychiatre qualifie le trouble de l'adaptation diagnostiqué de léger et réversible, trouble qui devrait disparaître avec une perspective professionnelle positive. Il est donc d'avis que, la volonté de l'intéressé étant toujours intacte, l'exercice de l'activité habituelle est exigible presque sans restriction. Il conclut par conséquent à une diminution de la capacité de travail de 10% au maximum.

11.2 En sus de la qualité de l'expertise précitée, il appert que les seuls documents médicaux versés au dossier, faisant état de troubles psychologiques, sont trois attestations du Dr L._____, des 13 mars 2012, avril 2012 et 24 mai 2013 (OAI BL docs 42 p. 4, 44 p. 2 et 3, 62 p. 7), dont une seule, celle d'avril 2012, mentionne les conséquences éventuelles de l'atteinte psychologique sur la capacité de travail du recourant, puisque le Dr L._____ y indique que "l'état de santé actuel justifie une prolongation d'arrêt de travail", accordée par le Dr D._____. En outre, deux attestations de ce dernier médecin, des 18 septembre 2012 et 20 avril 2013 (OAI BL docs 52, 62 p. 6), font état d'une dépression, la première rapportant que suite à son licenciement, l'intéressé a fait une dépression pour laquelle un traitement a été nécessaire et la seconde, que les troubles lombaires ont entraîné une dépression réactionnelle qui a aggravé la situation.

Or, outre le fait que le Dr D._____ n'est pas spécialiste en psychiatrie et que le Dr L._____ est le psychiatre traitant du recourant, ce qui peut l'amener, en cas de doute, à prendre parti pour son patient en raison de la relation de confiance qui l'unit à ce dernier (voir supra consid. 8), les documents précités sont tous sommaires et se contentent d'alléguer des faits dont ils tirent des conclusions quant à la capacité de travail, sans toutefois en exposer la motivation. Ils ne sauraient donc remettre en cause les conclusions du Dr O._____. Les observations du Dr L._____ ne

sont d'ailleurs pas en totale contradiction avec la position de l'expert psychiatre, puisqu'il retient lui aussi que l'état psychique est réactionnel à l'état de santé physique et à la situation professionnelle difficile.

11.3 Il ne fait pas de doute dès lors que le recourant présente une diminution de rendement, due à l'atteinte psychologique diagnostiquée, de 10% au plus dans son activité habituelle. Il s'avère par conséquent que cette atteinte, tout comme les troubles somatiques, n'est pas de nature, ni ne montre une intensité suffisante sur une période suffisamment longue pour entraîner une réduction de la capacité de travail du recourant ouvrant droit à une rente de l'assurance-invalidité.

On peut ajouter d'ailleurs qu'il en serait de même si l'on devait suivre l'attestation du Dr L. _____ documentant pour la première fois une incapacité de travail en lien avec un trouble psychique, soit celle d'avril 2012 (OAI BL doc 44 p. 2), dans laquelle le psychiatre traitant note que l'état de santé actuel justifie une prolongation d'arrêt de travail. En effet, il conviendrait d'admettre, sur la base de ce document, que le recourant a subi une nouvelle diminution de rendement en avril 2012. Dans la mesure où il a été établi que l'intéressé présentait une pleine capacité de travail en janvier 2011, le premier délai de carence, qui avait débuté en juin 2010 pour des motifs somatiques, s'est trouvé interrompu, de sorte que c'est un nouveau délai de carence qui commencerait alors en avril 2012, avec une incapacité de travail de 100% dans son activité (voir supra consid. 7.3). Toutefois, ce nouveau délai d'attente ne pourrait se prolonger au-delà de février 2013, date de l'expertise psychiatrique du Dr O. _____ qui établit, dans le respect des exigences jurisprudentielles en la matière, que le recourant ne présente, dès ce moment-là, qu'une diminution de rendement de 10%. Il en résulterait donc à nouveau que le délai d'attente de l'art. 28 al. 1 let. b LAI n'est pas atteint.

12.

Par souci de complétude, il convient encore de répondre au recourant, lequel, dans sa réplique du 3 février 2014, se plaint qu'il n'ait pas été fait mention de réinsertion professionnelle et qui, dans un courrier du 24 septembre 2012 à l'OAI BL (OAI BL doc 51), s'étonnait qu'on ne lui ait pas proposé de reclassement professionnel et demandait qu'on lui indique l'activité professionnelle adaptée la plus appropriée à sa personne.

Selon l'art. 8 al. 1 LAI, les assurés invalides ou menacés d'une invalidité imminente ont droit aux mesures de réadaptation nécessaires qui sont de nature à rétablir, à maintenir ou à améliorer leur capacité de gain ou leur

capacité d'accomplir leurs travaux habituels, qu'ils aient ou non exercé une activité lucrative préalable. Selon l'al. 3 let. b de cette disposition, les mesures d'ordre professionnel (orientation professionnelle, formation professionnelle initiale, reclassement professionnel, service de placement) sont au nombre des mesures de réadaptation.

Le droit à une mesure de réadaptation déterminée de l'assurance invalidité présuppose qu'elle soit appropriée au but de réadaptation poursuivi par l'assurance-invalidité, et cela tant objectivement en ce qui concerne la mesure que subjectivement en rapport avec la personne de l'assuré (MICHEL VALTERIO, op. cit., n. m. 1327). En règle générale, l'assuré n'a droit qu'aux mesures nécessaires, propres à atteindre le but de réadaptation visé, mais non pas aux mesures qui seraient les meilleures dans son cas (ATF 124 V 108 consid. 2a et les références; Pratique VSI 1/2000 p. 25 consid. 2a et 2b; MICHEL VALTERIO, op. cit., n. m. 1339). Par ailleurs, l'assuré a droit au reclassement dans une nouvelle profession si son invalidité rend nécessaire le reclassement et si sa capacité de gain peut ainsi, selon toute vraisemblance, être maintenue ou améliorée (art. 17 LAI). Tel n'est en principe pas le cas si l'assuré ne subit pas, même en l'absence d'une telle mesure de reclassement, une diminution de sa capacité de gain de l'ordre de 20% au moins (ATF 124 V 108 consid. 2b; ULRICH MEYER-BLASER, Rechtsprechung des Bundesgerichts zum IVG, 1997, ad. art. 17). La perte de gain est calculée selon les mêmes principes que ceux appliqués lors de la détermination du degré d'invalidité dans le cas du droit à une rente (Pratique VSI 2/2000 p. 63).

En l'espèce, dans la mesure où le recourant est considéré comme étant apte à exercer à 90% son activité habituelle, il n'a pas droit à des mesures de réadaptation professionnelle. Il n'y a pas lieu non plus d'examiner quelle serait l'activité adaptée la plus appropriée à son état (voir également à cet égard le rapport du Dr N. _____ du 5 mars 2013 [OAI BL doc 58]). Enfin, on peut rappeler que par acte du 22 février 2012 déjà (OAI BL doc 40), le service de réadaptation de l'OAI BL a informé le recourant que sur la base des investigations menées, des mesures de réadaptation étaient pour l'instant impossibles, les évaluations des capacités de rendement de l'intéressé divergeant les unes des autres au point qu'elles rendaient impossible une réintégration durable (OAI BL doc 37). Le recourant n'a pas contesté cette position.

13.

Eu égard à ce qui précède et au regard des données médicales de qualité à disposition, lesquelles rendent superflu tout examen complémentaire, le

Tribunal de céans ne voit pas de motifs de s'écarter des conclusions du service médical de l'OAIE. Il appert en conséquence que le recourant n'a pas présenté une incapacité de travail d'au moins 40% en moyenne durant une année sans interruption notable, condition nécessaire au droit à une rente d'invalidité. C'est dès lors à juste titre que l'autorité inférieure a rejeté la demande de prestations déposée par l'intéressé. Partant, le recours du 6 juin 2013 doit être rejeté et la décision du 29 mai 2013 confirmée.

14.

Le recourant, qui succombe, doit s'acquitter des frais de justice fixés, compte tenu de la charge liée à la procédure, à Fr. 400.- (art. 63 al. 1 PA). Ils sont compensés par l'avance de frais du même montant dont il s'est acquitté au cours de l'instruction.

En outre, vu l'issue du litige, il n'est pas alloué de dépens (art. 64 al. 1 PA, art. 7 al. 1 et al. 3 du règlement du 21 février 2008 concernant les frais, dépens et indemnités fixés par le Tribunal administratif fédéral [FITAF, RS 173.320.2]).

Par ces motifs, le Tribunal administratif fédéral prononce :

1.

Le recours est rejeté.

2.

Les frais de procédure, d'un montant de Fr. 400.-, sont mis à la charge du recourant. Ce montant est compensé par l'avance de frais déjà versée au cours de l'instruction.

3.

Il n'est pas alloué de dépens.

4.

Le présent arrêt est adressé :

- au recourant (Recommandé avec avis de réception)
- à l'autorité inférieure (Recommandé)
- à l'Office fédéral des assurances sociales (Recommandé)

La présidente du collège : La greffière :

Madeleine Hirsig-Vouilloz Isabelle Pittet

Indication des voies de droit :

La présente décision peut être attaquée devant le Tribunal fédéral, Schweizerhofquai 6, 6004 Lucerne, par la voie du recours en matière de droit public, dans les trente jours qui suivent la notification (art. 82 ss, 90 ss et 100 LTF). 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 du recourant (art. 42 LTF).

Expédition :