



Cour III
C-6402/2020

Arrêt du 27 août 2024

Composition

Madeleine Hirsig-Vouilloz (présidente du collège),
Caroline Gehring, Selin Elmiger-Necipoglu, juges,
Julien Borlat, greffier.

Parties

A. _____, (France)
représenté par Maître Bénédicte Fontanet,
recourant,

contre

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

Objet

Assurance-invalidité, droit à la rente et à des mesures
d'ordre professionnel (décision du 16 novembre 2020).

Faits :**A.**

A._____, ressortissant français, domicilié à B._____, en France, est né le (...) 1958 ; il est marié et père de deux fils nés en 1980 et 1985. Il a travaillé en Suisse de 1987 à 2011 auprès de différents employeurs, en dernier lieu en qualité de chauffeur-magasinier pour le compte de C._____, cotisant durant toutes ces années à l'assurance-vieillesse, survivants et invalidité (AI pces 2, 16, 20 et 201 p. 239 à 241).

B.

B.a Suite aux lésions à sa cheville droite causées par plusieurs accidents survenus notamment les 27 juin 2009 et 26 mars 2010 (AI pces 1, 6 et 13), l'intéressé a déposé une demande de prestations d'invalidité auprès de l'Office de l'assurance-invalidité du canton D._____ (ci-après : l'OAI) le 25 février 2011, laquelle a été reçue le 5 avril 2011 (AI pces 2 et 4). Il a été licencié pour raisons économiques avec effet au 31 janvier 2011 (AI pce 8).

B.b Procédant à l'instruction de la demande (AI pce 9 ss), l'OAI a recueilli divers rapports médicaux produits par l'assuré. Ceux-ci révélaient que ce dernier présentait :

- une fracture bimalléolaire de la cheville droite et une atteinte au tarse droit et au pied (avis d'arrêt de travail des 16 juillet [AI pce 1 p. 205] et 12 janvier 2009, 2 et 10 avril, 4 et 28 mai, 8 juillet, 21 octobre et 2 décembre 2010 [AI pce 1 p. 35, 49, 61, 68, 69, 70, 71 et 154], et certificats médicaux des 19 octobre 2009, 22 mars 2010 et 16 avril 2010 [AI pce 1 p. 142, 165 et 174] du Dr E._____, chirurgien orthopédiste et traumatologue) ;
- un syndrome du canal tarsien droit, restant modéré (compte-rendu d'électromyogramme du 22 avril 2010 [AI pce 1 p. 21] et rapport du 30 avril 2010 en lien avec la cheville droite [AI pce 1 p. 18] de la Dresse F._____, neurologue) ;
- des séquelles traumatiques sous forme de géodes sous-chondrales au niveau du pilon tibial de la malléole interne et du dôme talien (rapport du 27 avril 2010 du Dr G._____, radiologue, relatif à une IRM de la cheville droite [AI pce 1 p. 19]) ;
- une contusion de la malléole interne droite et une incapacité de travail totale dès le 26 mars 2010, probablement jusqu'au 2 avril 2010

(rapport médical LAA du 10 mai 2010 du Dr H._____, médecin chef, et de la Dresse I._____, médecin-assistante [AI pce 1 p. 117]) ;

- une fracture de la cheville droite, avec suspicion d'extension antérieure à l'épiphyse tibiale, possible lésion proximale du péroné et une entorse-contusion en mars 2010 avec persistance d'un syndrome algique avec limitation modérée de la mobilité, tant de la tibio-tarsienne que de la sous-astragalienne ; comme comorbidités, une notion d'hypercholestérolémie et de diabète non insulino-dépendant, et des séquelles d'un écrasement du gros orteil à droite (dystrophie unguéale), un possible tunnel tarsien, et retenant une incapacité de travail totale (rapports du 30 juin 2010 [AI pce 1 p. 25 à 29 et p. 32] du Dr J._____, médecin d'arrondissement SUVA, spécialiste FMH en chirurgie orthopédique ; cf. également rapport médical intermédiaire du 15 février 2011 du Dr K._____, médecin généraliste, qui retient une entorse et une ré-entorse talienne de la cheville droite [AI pce 1 p. 116]) ; ainsi que des douleurs mécaniques antéro-externes persistantes depuis l'accident du 26 mars 2010 et des pieds plats des deux côtés, l'incapacité de travail étant jugée totale du 31 août au 31 octobre 2010, puis à réévaluer (avis de sortie établi par la L._____, sous la plume du Dr M._____ le 6 octobre 2010 suite à une hospitalisation du 31 août au 6 octobre 2010 [AI pce 1 p. 59 s.]) ; et des thérapies physiques et fonctionnelles pour douleurs mécaniques antéro-externes persistantes, la même incapacité de travail étant posée pour l'activité habituelle (rapport du 14 décembre 2010 de la L._____, établi par les Drs N._____, chef de service, spécialiste FMH en médecine physique et réhabilitation et FMH en chirurgie orthopédique, et O._____, médecin assistant [AI pce 1 p. 78 à 82]) ;
- une arthrose tibio-talienne associée à un défaut cartilagineux en miroir sur son versant antéro-supéro-interne et un amincissement cartilagineux global s'étendant entre les versants interne et externe du dôme de l'os talien (rapport du 6 septembre 2010 relatif à un scanner de la cheville droite du 3 septembre précédent du Dr P._____, médecin adjoint radiologue [AI pce 1 p. 83]) ;
- un stigmate de l'ancienne fracture connue du tiers proximal du péroné (rapport du 7 septembre 2010 relatif à une radiographie de la jambe droite et du pied gauche et droit du 3 septembre précédent du Dr P._____ et la Dresse Q._____, médecin assistant radiologue [AI pce 1 p. 84]) ;

- des problèmes qui sont surtout des douleurs et une insuffisance des péroniers et de sécurité à la marche, une capacité de travail d'au moins 50 % dans l'activité habituelle pouvant être retrouvée probablement d'ici quelques semaines (rapport du 15 septembre 2010 de la Clinique R. _____ [ci-après : L. _____] relatif à une consultation orthopédique du 13 septembre précédent, rédigé par le Dr S. _____, spécialiste FMH en chirurgie orthopédique [AI pce 1 p. 74 et 75]) ;
- une certaine surcharge psychique en lien avec un licenciement très mal vécu et des craintes de ne pas retrouver son emploi antérieur, mais pas de psychopathologie (rapport du 6 octobre 2010 de la L. _____ afférent à un consilium psychiatrique du 2 septembre précédent, du Dr T. _____, chef de service, spécialiste FMH en psychiatrie et psychothérapie [AI pce 1 p. 76 et 77]) ;
- une arthrose secondaire talo-crurale avec épanchement articulaire (rapport du 1^{er} février 2011 relatif à une IRM de la cheville droite du Dr U. _____, radiologue [AI pce 1 p. 120]), une boiterie algique à la marche (certificat médical du 1^{er} février 2011 du Dr V. _____, médecine et biologie du sport, ainsi qu'ostéopathie [AI pce 1 p. 119]) et des géodes sous-chondrales notamment macro-géode communicante du pilon tibial (rapport du 14 février 2011 relatif à une tomодensitométrie de cheville du Dr W. _____, radiologue [AI pce 1 p. 118]) ;
- une lésion ostéochondrale tibio-talienne post-traumatique droite, une activité habituelle qui n'est plus exigible, une activité adaptée exigible à 100 % sous forme de travail assis, et des limitations fonctionnelles (rapport du 13 avril 2011 du Dr V. _____ [AI pce 9]) ;
- une incapacité de travail totale dans l'activité habituelle dès le 26 mars 2010 et aucune activité adaptée exigible, le tout à réévaluer après le traitement, et des limitations fonctionnelles (rapport du 14 avril 2011 du Dr K. _____ [AI pce 11]).

B.c L'OAI a ensuite invité le service médical régional (ci-après : SMR) à se déterminer sur le dossier. Dans un rapport du 14 juin 2011, son Dr X. _____, spécialiste en médecine interne générale, a retenu une atteinte principale à la santé d'arthrose post-traumatique de la cheville droite avec syndrome du canal tarsien. Il a fixé une capacité de travail exigible nulle dans l'activité habituelle et totale depuis octobre 2010 dans une activité adaptée, ainsi que des limitations fonctionnelles d'exclusion de

marches longues et en terrain accidenté, et de longues stations debout (AI pce 21).

B.d Par communications des 20 juin et 18 août 2011, l'OAI a mis en place des mesures d'intervention précoce sous la forme d'une orientation professionnelle dans les domaines de l'horlogerie (AI pce 25) et de la conduite de véhicule catégorie D et D1 (AI pce 45) qui ont échoué. L'office a encore octroyé à l'intéressé, le 17 octobre 2011, des mesures professionnelles sous forme de réentraînement au travail (AI pce 49), avec le même résultat du fait d'un nouvel accident survenu le 5 décembre suivant. Enfin, l'OAI lui a accordé, par communication du 26 mars 2012, un reclassement professionnel dans le domaine du polissage (AI pce 83), formation qui aurait dû être prolongée de trois mois pour un stage d'acquisition d'expérience en entreprise (AI pces 142 et 143) ; cette nouvelle formation n'a cependant pas pu avoir lieu, l'assuré, relevant éprouver des difficultés liées à son âge et à des douleurs à l'épaule et au dos (AI pces 144 et 145), ne s'étant pas présenté audit stage (AI pce 150).

B.e Par courrier du 26 septembre 2013, l'assuré a annoncé une aggravation de son état de santé (AI pce 152).

B.f De nouvelles pièces médicales ont par ailleurs été versées au dossier dans le cadre de l'instruction. Il en ressort :

- une arthrose stable, une raideur de la cheville avec limitation importante de la flexion plantaire et flexion dorsale (5°-0°-20°) avec douleurs périphériques tendino-osseuses, ainsi qu'une lecture des radiographies, une inexigibilité dans l'activité habituelle, une exigibilité totale dans une activité adaptée (capacité d'exercer de façon régulière des travaux lourds et mi-lourds, ainsi que des limitations fonctionnelles), une amélioration de l'état de santé n'étant pas possible (rapport médical détaillé E 213 du 18 octobre 2011 du Dr Y. _____, dont la spécialisation n'est pas précisée [AI pce 52]) ;
- un ptérygion à l'œil droit avec intervention chirurgicale et hospitalisation (avis d'arrêt de travail et bulletin de situation du 25 octobre 2012 du Dr Z. _____, ophtalmologue [AI pces 108 et 110]) ;
- des douleurs au niveau de l'épaule droite suite à une omarthrose, des cervicalgies, des lombalgies, des douleurs au niveau du genou et de la cheville droite et un début de dépression réactionnelle (certificat médical du 23 septembre 2013 du Dr K. _____ [AI pce 151]).

B.g Invité par l'OAI à se prononcer, le SMR a, dans un avis médical du 12 novembre 2013 du Dr X._____, estimé qu'une aggravation avait été rendue plausible et qu'il convenait de l'instruire en questionnant le médecin traitant de l'intéressé (AI pce 157).

B.h Par courrier du 13 janvier 2014, l'assuré a informé notamment de l'établissement d'une expertise dans le cadre d'une procédure de recours cantonale (AI pce 161).

B.i Il ressort de la documentation médicale versée au dossier ce qui suit :

- une entorse grave de la cheville droite depuis le 26 mars 2010, une inexigibilité totale dans l'activité habituelle et une activité adaptée possible depuis fin septembre 2013 (fin de la formation de l'AI ; rapport du 29 novembre 2013 du Dr K._____ [AI pce 160]) ;
- en rapport avec le premier accident de 2009 : un status après fracture de la malléole interne sans déplacement et une impression d'une petite fracture du tubercule de Chaput, pouvant faire penser à une éventuelle fracture de Maisonneuve ; en rapport avec le deuxième accident du 26 mars 2010 : un status après entorse grave en varus forcé et torsion de la cheville droite ; devrait être recherchée une activité pouvant être faite par l'assuré, à 100 %, en respectant les restrictions liées à sa cheville droite (rapport d'expertise du 23 novembre 2013 du PD Dr Aa._____, spécialiste FMH en orthopédie et chirurgie [AI pce 163]) ;
- une nette ascension de la tête humérale, des remaniements dégénératifs marqués de la partie haute de la tête humérale, en regard de calcifications d'origine acromiale et d'omarthrose (extrait du dossier de l'assuré établi par le Dr K._____ et reçu par l'OAI le 31 janvier 2014, retranscrivant un compte-rendu du 13 septembre 2013 de la Dresse Bb._____ relatif à une radiographie de l'épaule droite face trois rotations profil [AI pce 165]).

B.j Consulté par l'OAI, le SMR a, dans un avis médical du 17 février 2014 du Dr X._____, jugé que l'omarthrose droite avec remaniements dégénératifs marqués relevée par le Dr K._____ constituait un fait nouveau rendant nécessaire l'organisation d'une expertise orthopédique (AI pce 166). L'expertise produite dans le cadre de la procédure de recours cantonale susmentionnée n'influçait pas cette conclusion, ne s'étant pas

prononcée sur l'atteinte, non accidentelle, de l'arthrose de l'épaule droite (avis médical du SMR du 4 mars 2014 du Dr X. _____ ; AI pce 171).

B.k Informé, par communication du 11 mars 2014 de l'OAI, de l'organisation d'une expertise auprès du Dr Cc. _____, spécialiste FMH en chirurgie orthopédique et traumatologie de l'appareil locomoteur, ainsi que de la colonne vertébrale (AI pces 172, 173 et 175), l'assuré n'a formulé ni objection ni question complémentaire à l'expert (AI pce 174). L'expertise a eu lieu le 3 juin 2014 (AI pces 176, 177, 180, 182, 184), avec remise du rapport y afférent le même jour (AI pce 185 p. 566 ss). Il y est notamment évoqué que l'assuré aurait chuté fin janvier 2014, en se réceptionnant sur l'épaule droite, puis encore en avril 2014 avec réception sur le coccyx et le rachis cervical (AI pce 185 p. 576). L'expert a estimé que l'intéressé présentait, avec répercussion sur la capacité de travail, un status post fracture présumée de la malléole interne non déplacée droite le 27 juin 2009, un status post traumatisme en inversion-varus et choc direct de la cheville droite le 26 mars 2010, un status post anomalie rotatoire de la fibula dans la gouttière tibiale droite, diagnostic posé sur l'arthro-tomographie de la cheville droite du 15 octobre 2013, une tendinite chronique du jambier postérieur, diagnostic clinique du 3 juin 2014, une rupture du tendon du sus-épineux, du sous-épineux et du sous-scapulaire et du biceps brachial droits dans le cadre d'une arthrose de l'articulation acromio-claviculaire, diagnostic posé à l'arthro-imagerie par résonance magnétique de l'épaule droite du 11 avril 2014, ainsi qu'une gonarthrose débutante bilatérale modeste et débutante sans composante patellaire, diagnostic posé à la radiographie du 21 juin 2011. Il a retenu, sans répercussion sur dite capacité, une cervicalgie à prédominance droite sans déficit neurologique associé, un syndrome fémoropatellaire gauche et une lésion des 2^{ème} doigts gauche et 3^{ème} droit, à investiguer (AI pce 185 p. 598). Compte tenu de la pathologie de l'épaule droite chez un droitier, il a admis que la dernière activité de polisseur n'est pas exigible (AI pce 185 p. 608). Une activité adaptée aux limitations fonctionnelles et exigible depuis janvier 2014 peut, selon lui, être exercée à raison de 42,5 heures hebdomadaires avec octroi d'une pause de 20 minutes toutes les deux heures de travail (AI pce 185 p. 606 s. et 611). Jugées claires et cohérentes, ces conclusions ont été validées par l'avis médical du 1^{er} juillet 2014 du SMR du Dr Dd. _____, dont la spécialisation n'est pas indiquée (AI pce 187).

B.l Le 29 septembre 2014, l'assuré a fourni des rapports médicaux des Drs Ee. _____ du 28 mars 2014, K. _____ du 1^{er} avril 2014, U. _____ du 18 avril 2014 et Ff. _____ du 2 juin 2014. Le Dr Ee. _____, radiologue, qui a pratiqué une radiographie et échographie

brachiale droite, fait état notamment d'une rupture de la jonction myotendineuse du long biceps, d'un syndrome de coiffe avec pincement de l'espace sous-acromial et d'une calcification de la bourse sous-acromio-deltôïdienne latéro-humérale postérieure (AI pce 191 p. 621), le Dr K. _____ relevant quant à lui un bilan de conflit sous-acromial, une rupture de biceps et une bursite calcifiante de l'épaule droite, ainsi qu'une rupture tendineuse bicipitale droite et un remaniement du tubercule majeur de l'humérus droit entraînant une douleur de l'épaule droite (AI pces 191 p. 620 et 192). Pour leur part, les Dr U. _____ et Ff. _____, ce dernier étant chirurgien orthopédique du membre supérieur, indiquent une suspicion de rupture massive (AI pce 191 p. 622), respectivement une rupture de la coiffe des rotateurs avec une rétractation stade 3, voire plus, et une dégénérescence musculo-graisseuse (AI pce 191 p. 623).

B.m Par projet de décision du 27 juillet 2015, l'OAI a fait part à l'intéressé de son intention de lui refuser une rente d'invalidité, au motif d'un degré d'invalidité de 18,51 %, aucune autre mesure professionnelle n'étant par ailleurs susceptible de réduire le préjudice économique (AI pce 201). Malgré l'opposition de l'assuré en date du 14 septembre 2015, l'OAI a, par décision du 12 juillet 2016, confirmé son projet de décision, retenant alors un taux d'invalidité de 29,49 % (AI pce 221 ; cf. aussi AI pce 222).

C.

C.a Saisi d'un recours de l'intéressé contre cette décision (AI pces 223 et 224), le Tribunal administratif fédéral (ci-après : TAF ou le Tribunal), par arrêt C-5629/2016 du 4 janvier 2017, l'a déclaré irrecevable et transmis la cause pour compétence à la Cour des assurances sociales du Tribunal cantonal (...) (AI pce 226). Cette dernière a, par arrêt du 23 octobre 2017, admis le recours, annulé la décision attaquée et renvoyé la cause à l'Office de l'assurance-invalidité pour les assurés résidant à l'étranger (OAIE) pour nouvelle décision, cas échéant après complément d'instruction de l'OAI dans le sens des considérants (AI pce 231).

C.b Afin de compléter l'instruction, l'OAI a consulté le SMR, qui, dans un avis médical du 18 décembre 2017 de la Dresse Gg. _____, dont la spécialisation n'est pas indiquée, a conclu que la situation n'était pas stabilisée, une amélioration de l'atteinte de l'épaule droite en particulier étant attendue. Il convenait d'actualiser le dossier médical en demandant en particulier une expertise orthopédique au même expert pour faire le point sur l'évolution de l'état de santé de l'assuré (AI pce 235).

C.c Ont alors été requis par l'OAI de nouveaux certificats médicaux, dont il ressort une gonarthrose bilatérale existant depuis 2012, une inexigibilité de l'activité habituelle, une impossibilité de reprise de l'activité professionnelle ou d'amélioration, un travail physique difficilement exigible et des limitations fonctionnelles (rapport du 29 mars 2018 du Dr Hh._____, orthopédiste [AI pce 242]) ; des séquelles de fracture de la cheville droite, une omarthrose et une rupture de la coiffe des rotateurs de l'épaule droite, ainsi qu'une impotence fonctionnelle partielle de l'épaule droite (rapport du 11 avril 2018 du Dr K._____[AI pce 243]).

C.d Le dossier étant actualisé, l'OAI a consulté le SMR, qui, par avis médical du 15 mai 2018 de la Dresse Gg._____, a estimé que la situation médicale était similaire, voire légèrement améliorée depuis la dernière expertise de juin 2014, la capacité de travail étant, depuis janvier 2014, entière dans une activité adaptée (AI pce 245).

C.e Exposant les conclusions du SMR, l'OAI a, par projet de décision du 21 décembre 2018, informé l'assuré qu'il entendait lui refuser une rente d'invalidité, compte tenu d'un degré d'invalidité de 29,49 %, aucune autre mesure professionnelle n'étant par ailleurs susceptible de réduire le préjudice économique (AI pce 249).

C.f Par opposition du 6 février 2019, l'intéressé a conclu à l'octroi d'une rente entière d'invalidité, requérant également une nouvelle expertise médicale, la transmission des éventuels nouveaux éléments médicaux depuis l'expertise de 2014 et l'octroi d'un délai pour produire les résultats de la coronographie consécutive à de nouveaux problèmes cardiovasculaires. Il a produit de nouveaux moyens de preuve médicaux, à savoir des ordonnances médicales des 6 et 20 mars 2018 des Drs K._____[AI pce 251] et Hh._____, des rapports de radiographie de la main et de l'épaule des 13 décembre 2017 et 5 mars 2018 effectués respectivement par les Drs li._____[AI pce 251] et Jj._____, radiologues, ainsi que des rapports d'IRM des genoux gauche et droit des 27 avril et 5 juillet 2018 établis par la Dresse Bb._____, également radiologue (AI pce 251 p. 1365 à 1370).

C.g Par courrier du 25 février 2019, l'intéressé a notamment requis l'organisation d'une expertise pluridisciplinaire, à tout le moins orthopédique et psychiatrique. Outre les résultats de la coronographie du 21 janvier 2019 effectuée par le Dr Kk._____[AI pce 254] – dont la spécialisation n'est pas précisée – qui relèvent une myocardiopathie (AI pce 254 p. 1380), il a produit un rapport de la radiographie de l'épaule gauche du 28 janvier 2019 de la Dresse li._____[AI pce 254] qui relève une suspicion de rupture du long biceps, une

rupture complète du tendon supra-épineux de grade II et un épanchement dans la bourse sous-acromio-deltoïdienne (AI pce 254 p. 1379) et un certificat médical du 12 février 2019 du Dr Ll. _____, spécialiste en maladies cardio-vasculaires, qui indique une anomalie de la conduction intraventriculaire nécessitant une surveillance électrocardiographique (AI pce 254 p. 1381). Les 29 mars et 1^{er} avril suivants, l'assuré a encore remis un rapport médical du 6 mars 2019 du Dr Mm. _____, psychiatre, attestant une dépression sévère associée à des manifestations anxieuses invalidantes (AI pce 260), un rapport d'IRM de l'épaule gauche du 21 mars 2019 du Dr U. _____ confirmant la rupture des longs biceps et une prescription de séance de rééducation de cette épaule, établie le 28 mars 2019 par le Dr Ff. _____ (AI pce 262 p. 1408 s.).

C.h Conformément à l'avis médical du SMR du 27 mai 2019 de la Dresse Gg. _____ (AI pce 266), l'OAI a, par communications des 12 et 25 juin 2019, informé l'assuré de la mise en place d'une expertise pluridisciplinaire, soumis les questions aux experts avec possibilité d'en poser des complémentaires (AI pce 268) et révélé le nom du centre d'expertise médicale, les disciplines et les noms des expert-e-s (AI pce 273). Par courrier du 4 juillet 2019, l'assuré a posé des questions complémentaires aux expert-e-s et annoncé ne pas avoir de motif de récusation à l'encontre de ces derniers. Il a également fait parvenir une prescription du Dr K. _____ du 1^{er} avril 2019 pour des IRM aux genoux ainsi que les résultats d'IRM des 3 juin et 1^{er} juillet 2019 de la Dresse li. _____ pour les genoux gauche et droit (AI pce 277). L'expertise, qui s'est tenue les 14, 16 et 18 octobre 2019 auprès de Nn. _____ à Oo. _____, a fait l'objet d'un rapport d'expertise pluridisciplinaire en médecine interne, psychiatrie et orthopédie du 5 décembre 2019 (AI pce 282). Les experts, le Dr Pp. _____, médecin FMH en médecine interne générale, la Dresse Qq. _____, spécialiste FMH en psychiatrie et psychothérapie, et le Dr Rr. _____, spécialiste FMH en chirurgie orthopédique et traumatologie de l'appareil locomoteur, ont retenu dans le cadre d'une évaluation consensuelle, avec incidence sur la capacité de travail : un status après fracture Maisonneuve de la cheville droite avec lésion de syndesmose et du péroné proximal à droite en 2009, avec nouvelle entorse en 2010 avec augmentation de la symptomatologie, et arthrose tibio-tarsienne secondaire au 1^{er} accident ; une rupture complète de la coiffe des rotateurs à droite et à gauche avec rupture tendineuse des biceps ; des gonalgies bilatérales prédominant à droite avec une arthrose fémoro-patellaire, une arthrose fémoro-tibiale interne et une arthrose fémoro-patellaire gauche ; des lombalgies chroniques et des cervicalgies positionnelles. Sans incidence sur dite capacité, ils ont relevé une personnalité à traits paranoïaques (CIM-10 : F60.0) ; des séquelles d'une entorse

de la métacarpo-phalangienne 3 de la main droite ; une asthénie sur dette de sommeil non réparateur ; une obésité modérée de classe 1, avec un indice de masse corporelle à 30,06 kg/m² ; une presbytie ; un ptérygion de l'œil gauche ; une presbyacousie bilatérale appareillée à droite ; une cataracte et un dysfonctionnement tubaire, hypertrophie des muqueuses nasales ; une dystrophie unguéale gauche du grand orteil gauche, ancienne ; un déficit en folates ; une ancienne consommation de tabac, sevrée ; une hypercholestérolémie ; un diabète de type 2 non insulino-dépendant ; une douleur thoracique atypique et dyspnée de stade 1 selon les critères de la New York heart association, coronaropathie avec athérome diffus sans sténose significative et bloc complet de la branche gauche (myocardiopathie) ; et un reflux gastro-œsophagien (AI pce 282 p. 1481 s.). Ils ont signalé une capacité de travail nulle dans les activités de chauffeur poids lourds, de maçon et de polisseur (AI pce 282 p. 1485). Dans une activité adaptée, elle a été fixée à 100% du point de vue psychiatrique et de la médecine interne, et à 75% du point de vue orthopédique. Au niveau interdisciplinaire, la capacité de travail dans une activité adaptée a été fixée à 75 % (AI pce 282 p. 1486). Seul le plan orthopédique implique des limitations fonctionnelles (AI pce 282 p. 1488). Validant ces conclusions, le SMR, dans un avis médical du 17 décembre 2019 de la Dresse Gg. _____, a admis une baisse de la capacité de travail de 25 % depuis mars 2018 dans une activité adaptée en raison des multiples atteintes orthopédiques aux épaules, genoux, cheville droite et rachis, alors que cette activité adaptée était entière depuis octobre 2010 (AI pce 285).

C.i Par projet de décision du 9 mars 2020, annulant et remplaçant celui du 21 décembre 2018, l'OAI a rejeté la demande de rente de l'intéressé, celui-ci présentant un taux d'invalidité de 35,87 % n'ouvrant pas droit à une rente. Il a précisé encore qu'aucune mesure d'ordre professionnel simple et adéquate ne saurait réduire le préjudice économique (AI pce 294).

C.j Aux termes d'une opposition du 17 août 2020, l'assuré a mis en cause le projet de décision et conclu à un degré d'invalidité de 100% et, à titre subsidiaire, à l'organisation d'une contre-expertise. Il a fait en particulier valoir que l'expertise en psychiatrie était en totale contradiction avec les avis des médecins spécialistes traitants. Il a relevé qu'il fallait encore tenir compte d'un syndrome d'apnées du sommeil très sévère objectivé par un médecin traitant spécialiste, que le pronostic défavorable sur l'évolution du profil d'effort émis par l'expert orthopédiste devait être considéré dans l'analyse globale de sa capacité de travail et que le calcul du salaire exigible était erroné (AI pce 303). Il a joint plusieurs documents médicaux : un rapport médical du Dr Ss. _____, psychiatre, du 24 mai 2020, un

examen de polygraphie ventilatoire du 19 mai 2020 et un certificat médical non daté établis par le Dr Ll._____, cardiologue, un dossier patient du 9 juillet 2020 rédigé par ce même médecin et enfin un résultat d'IRM cardiaque signé du Dr Tt._____, radiologue, le 9 juillet 2020 (AI pce 302 p. 1632 à 1638).

C.k Par décision du 16 novembre 2020, l'OAIE a rejeté la demande de rente, le taux d'invalidité étant de 35,87 %, précisant « qu'aucune autre mesure d'ordre professionnel simple et adéquate ne saurait réduire le préjudice économique précité » (AI pce 308), suivant l'avis du SMR (avis médical du 12 octobre 2020 de la Dresse Gg._____ [AI pce 304]).

D.

D.a Par acte du 17 décembre 2020, l'assuré a interjeté recours contre cette décision devant le TAF. Il conclut préalablement à la suspension de la procédure dans l'attente d'un rapport médical psychiatrique, principalement, à l'annulation de la décision attaquée et à l'octroi d'une rente d'invalidité entière, à tout le moins depuis mars 2018, et subsidiairement à l'annulation de la décision attaquée et à l'octroi d'un quart de rente d'invalidité. Il argue notamment que l'expertise pluridisciplinaire est, s'agissant des volets de la médecine générale et de la psychiatrie, en contradiction avec les avis des médecins traitants. Il affirme que sa capacité de travail est nulle et qu'il n'a aucune perspective réelle d'emploi dans une activité adaptée. Dans l'hypothèse où le Tribunal tiendrait compte de l'expertise pluridisciplinaire, il considère qu'un abattement de 25 % du salaire d'invalidé doit être pris en considération, le calcul de son taux d'invalidité aboutissant ainsi à une perte de gain de 49,92 % donnant droit à un quart de rente. Il joint notamment un bulletin de présence dans la clinique Uu._____ du 10 décembre 2020 pour une durée indéterminée (TAF pce 1).

D.b Par courrier du 16 février 2021, le recourant a fait parvenir le document médical annoncé dans son recours. Il a soutenu que son état psychologique s'était récemment péjoré, nécessitant une hospitalisation d'un peu moins de deux mois. Il joint un bulletin de sortie de la clinique Uu._____ non daté, établi par le Dr Vv._____, et un rapport du même médecin du 12 janvier 2021 (TAF pce 3).

D.c Par réponse du 27 mai 2021, l'OAIE conclut au rejet du recours et à la confirmation de la décision attaquée, se fondant sur la prise de position de l'OAI du 10 mai précédent (TAF pce 10).

D.d Par acte du 12 juillet 2021, le recourant a déclaré renoncer à déposer une réplique. Il a néanmoins produit un nouveau bulletin d'une hospitalisation en cours dans la clinique Uu._____ (bulletin de présence du 17 juin 2021 du Dr Ww._____, médecin à ladite clinique) et maintenu ses conclusions (TAF pce 12).

D.e Par observations du 6 août 2021, l'OAIE a, compte tenu de la prise de position de l'OAI du 4 août précédent, confirmé ses conclusions (TAF pce 14).

D.f Par ordonnance du 19 août 2021, le Tribunal a porté cette écriture à la connaissance du recourant (TAF pce 15).

D.g Par écrit spontané du 1^{er} novembre 2022, le recourant a notamment informé de sa situation médicale, joignant à son écrit un bulletin de présence à la clinique Uu._____ daté du 31 octobre 2022 établi par le Dr Ww._____ (TAF pces 16 à 18).

D.h Les autres faits et arguments pertinents de la cause seront présentés, en tant que de besoin, dans les considérants en droit qui suivent.

Droit :

1.

Le Tribunal administratif fédéral est compétent pour connaître du présent recours (art. 31, 32 et 33 let. d de la loi du 17 juin 2005 sur le Tribunal administratif fédéral [LTAF, RS 173.32] ; art. 69 al. 1 let. b de la loi fédérale du 19 juin 1959 sur l'assurance-invalidité [LAI, RS 831.20]). Dans la mesure où le recourant est directement touché par la décision attaquée et a un intérêt digne d'être protégé à ce qu'elle soit annulée ou modifiée, il a qualité pour recourir (art. 59 de la loi fédérale du 6 octobre 2000 sur la partie générale du droit des assurances sociales [LPGA, RS 830.1] et 48 al. 1 de la loi fédérale du 20 décembre 1968 sur la procédure administrative [PA, RS 172.021]). Déposé en temps utile et dans les formes requises par la loi (art. 60 LPGA et 50 al. 1 PA ; art. 52 PA), et l'avance sur les frais de procédure ayant été dûment acquittée (art. 63 al. 4 PA ; TAF pces 4 et 6), le recours est recevable.

2.

Le Tribunal administratif fédéral 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 (PIERRE MOOR/ETIENNE POLTIER, Droit administratif, vol. II,

3^e éd. 2011, ch. 2.2.6.5 ; BENOÎT BOVAY, Procédure administrative, 2^e éd. 2015, p. 243). Il se limite en principe aux griefs soulevés et n'examine les questions de droit non invoquées que dans la mesure où les arguments des parties ou le dossier l'y incitent (ATF 122 V 157 consid. 1a, 121 V 204 consid. 6c).

3.

En règle générale, le juge des assurances sociales apprécie la légalité des décisions attaquées d'après l'état de fait existant jusqu'au moment où la décision litigieuse a été rendue (ATF 121 V 365 consid. 1b et les références). Les faits qui sont survenus postérieurement et ont modifié cette situation doivent en règle générale faire l'objet d'une nouvelle décision administrative (ATF 117 V 293 consid. 4). Le juge doit cependant prendre en compte les faits survenus postérieurement dans la mesure où ils sont étroitement liés à l'objet du litige et de nature à influencer l'appréciation au moment où la décision attaquée a été rendue. 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 (cf. ATF 99 V 98 consid. 4 ; arrêts du Tribunal fédéral 9C_25/2012 du 25 avril 2012 consid. 2.1 et 9C_931/2008 du 8 mai 2009 consid. 4.3).

4.

En l'occurrence, vu les conclusions du recourant, le litige a pour objet le droit de celui-ci à une rente d'invalidité. Cela étant, la décision attaquée est entrée en force en ce qui concerne le droit à des mesures d'ordre professionnel, faute d'être contestée sur ce point devant le Tribunal de céans (ATF 125 V 413 consid. 1a ; arrêt du Tribunal administratif fédéral C-3897/2018 du 3 avril 2020 consid. 3 ; MEYER/VON ZWEHL, L'objet du litige en procédure de droit administratif fédéral, in: Mélanges Pierre Moor, 2005, n° 8 p. 439).

5.

5.1 Selon les principes généraux du droit intertemporel, le droit matériel applicable est en principe celui en vigueur lors de la réalisation de l'état de fait qui doit être apprécié juridiquement ou qui a des conséquences juridiques, sous réserve de dispositions particulières du droit transitoire (ATF 143 V 446 consid. 3.3, 136 V 24 consid. 4.3, 132 V 215 consid. 3.1.1). Lors d'un changement de législation durant la période déterminante, le droit éventuel à des prestations se détermine selon l'ancien droit pour la période antérieure et selon le nouveau dès ce moment-là (application pro rata temporis ; ATF 130 V 445).

5.1.1 L'affaire présente un aspect transfrontalier, dans la mesure où le requérant est un ressortissant français, domicilié en France, ayant travaillé en Suisse. Sont dès lors applicables à la présente cause, l'accord du 21 juin 1999 sur la libre circulation des personnes (ALCP, RS 0.142.112.681), ses annexes et ses règlements (en particulier : règlement (CE) n° 883/2004 [RS 0.831.109.268.1] et règlement (CE) n° 987/2009 [RS 0.831.109.268.11]). Toutefois, 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 Tribunal fédéral 9C_573/2012 du 16 janvier 2013 consid. 4).

5.1.2 S'agissant du droit interne, la présente cause doit être examinée à l'aune des dispositions de la LAI et de son règlement d'exécution telles que modifiées par la 6^e révision de l'AI (premier volet), entrées en vigueur le 1^{er} janvier 2012 (RO 2011 5659, FF 2010 1647). Les modifications de la LAI du 19 juin 2020 (Développement continu de l'AI, RO 2021 705, FF 2017 2363), en vigueur depuis le 1^{er} janvier 2022, ne s'appliquent par contre pas au cas d'espèce.

6.

Etant donné que le requérant a son domicile à B. _____ en France et que l'atteinte remonte à l'époque où l'assuré était actif en Suisse en tant que frontalier, c'est à raison que l'OAI du canton D. _____ a enregistré et instruit la demande, et que l'OAIE a notifié la décision querellée (cf. art. 40 al. 2 du règlement du 17 janvier 1961 sur l'assurance-invalidité [(RAI, RS 831.201])).

7.

Le requérant a versé des cotisations à l'AVS/AI pendant plus de 3 ans (voir *supra* let. A) et remplit donc la condition de la durée minimale de cotisations eu égard au moment de l'ouverture éventuelle du droit à la rente (art. 36 al. 1 LAI). Il reste à examiner s'il est invalide au sens de la LAI.

8.

8.1 L'invalidité 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. De plus, il n'y a incapacité de gain que si celle-ci n'est pas objectivement surmontable (art. 7 al. 2 LPGA). En cas d'incapacité de travail de longue durée, l'activité qui peut être exigée de l'assuré peut aussi relever d'une autre profession ou d'un autre domaine d'activité (art. 6, 2^e phrase LPGA).

8.2 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 pas être rétablie, maintenue ou améliorée par des mesures de réadaptation raisonnablement exigibles (let. a) ; s'il a présenté une incapacité de travail (art. 6 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).

8.3 Aux termes de l'art. 28 al. 2 LAI, l'assuré-e a droit à un quart de rente s'il ou elle est invalide à 40 % au moins, à une demi-rente s'il ou elle est invalide à 50 % au moins, à trois quarts de rente s'il ou elle est invalide à 60 % au moins et à une rente entière s'il ou elle 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 lorsqu'une personne assurée est une ressortissante suisse ou de l'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).

8.4 Le droit à la rente prend naissance au plus tôt à l'échéance d'une période de six mois à compter de la date à laquelle l'assuré a fait valoir son droit aux prestations conformément à l'art. 29 al. 1 LPGA, mais pas avant le mois qui suit le 18^e anniversaire de l'assuré (art. 29 al. 1 LAI).

9.

9.1 Pour pouvoir déterminer la capacité de travail médico-théorique d'une personne assurée 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). 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 assurée 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 et les références).

9.1.1 Le principe de la libre appréciation des preuves s'applique de manière générale à toute procédure de nature administrative, que ce soit devant l'administration ou le juge. La jurisprudence a toutefois posé des lignes directrices en matière d'appréciation des rapports médicaux et d'expertise (ATF 125 V 351 consid. 3b).

Ainsi, avant de conférer pleine valeur probante à un rapport médical, il convient de s'assurer que les points litigieux importants ont fait l'objet d'une étude circonstanciée, que le rapport se fonde sur des examens complets, qu'il prend également en considération les plaintes exprimées, qu'il a été établi en pleine connaissance de l'anamnèse, que la description du contexte médical et l'appréciation de la situation médicale sont claires et enfin que les conclusions du médecin sont dûment motivées (ATF 134 V 231 consid. 5.1). La valeur probante d'un rapport médical ou d'une expertise est de plus liée à la condition que le médecin qui se prononce dispose de la formation spécialisée nécessaire et de compétences professionnelles dans le domaine d'investigation (arrêts du Tribunal fédéral 9C_555/2017 du 22 novembre 2017 consid. 3.1 et les références, 9C_745/2010 du 30 mars 2011 consid. 3.2 et 9C_59/2010 du 11 juin 2010 consid. 4.1 ; MICHEL VALTERIO, Commentaire, Loi fédérale sur l'assurance-invalidité [LAI], 2018, art. 57 LAI n° 33).

9.1.2 Si l'administration ou le juge, se fondant sur une appréciation consciencieuse des preuves, 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, 4^e éd. 2020, art. 42 LPGA n° 31 ; ATF 122 II 464 consid. 4a). Une telle manière de procéder ne viole pas le droit d'être entendu selon l'art. 29 al. 2 de la Constitution fédérale de la Confédération suisse du 18 avril 1999 (Cst., RS 101 ; Sozialversicherungsrecht [SVR] 2001 IV n° 10 p. 28).

10.

Pour fonder la décision dont est recours, l'autorité inférieure s'est basée principalement sur le rapport d'expertise pluridisciplinaire en médecine

interne, psychiatrie et orthopédie du 5 décembre 2019 du Nn. _____ (AI pce 282 p. 1474 ss). C'est ainsi qu'elle retient que le recourant ne présente aucune capacité de travail dans l'activité habituelle, contre-indiquée par son état de santé. En revanche, dans une activité adaptée, la capacité de travail est de 100 % avec une baisse de rendement de 25 % depuis mars 2018. Procédant à la comparaison des revenus, l'OAIE a retenu un revenu d'invalidé de Fr. 67'405,97 à 100 % en 2018, puis de Fr. 50'554,48 afin de tenir compte de la diminution de rendement admise du point de vue médical. Avec un abattement pour l'âge de 5 %, une réduction n'ayant pas été admise pour le facteur des limitations fonctionnelles qui ont déjà été prises en compte dans la diminution du rendement de 25 %, il arrive à un revenu avec invalidité de Fr. 48'026,75. Il confirme ainsi son projet de décision, en obtenant un degré d'invalidité de 35,87 %, insuffisant pour donner droit à une rente d'invalidité, précisant qu'aucune autre mesure d'ordre professionnel simple et adéquate ne peut réduire le préjudice économique précité (AI pce 308).

11.

11.1 Tout d'abord, il convient d'examiner la question de savoir si l'autorité inférieure a violé le droit fédéral (cf. art. 49 PA) en retenant un travail à l'établi comme activité adaptée dans le cas du recourant.

11.2 En effet, dans son recours, le recourant fait grief dans un premier temps à l'OAIE d'avoir versé dans l'arbitraire en retenant l'activité à l'établi, laquelle n'est selon lui pas réalisable compte tenu des mouvements répétitifs qu'il devrait exécuter (TAF pce 1 p. 12). Le Dr Rr. _____ aurait en effet mentionné que le travail à l'établi était contre-indiqué, ce dont n'aurait pas tenu compte l'autorité inférieure dans sa décision (TAF pce 1, p. 5 et 8).

11.3 L'autorité inférieure, dans sa réponse et ses observations, ne s'est pas déterminée sur ce grief, de sorte qu'elle a implicitement renvoyé à l'argumentation contenue dans la décision litigieuse (TAF pces 10 et 14).

11.3.1 En l'espèce, le Dr Rr. _____, dans son rapport du 5 décembre 2019, relève que le travail à l'établi est contre-indiqué pour l'assuré car il nécessite une utilisation continue des deux bras avec des douleurs au niveau des épaules ainsi qu'une flexion antérieure du rachis (AI pce 282, p. 1550). Il répond en cela à une question posée par l'avocat du recourant, demandant confirmation de l'avis exprimé par le Dr Cc. _____ dans son expertise du 6 juin 2014. Ce dernier médecin interdisait tout travail à l'établi

d'horloger de l'assuré en raison de sa pathologie à l'épaule droite (AI pce 185 p. 606 et 608). Il faut donc en déduire que la réponse du Dr Rr. _____ ne se rapporte, tout comme l'avait constaté le Dr Cc. _____, qu'à une activité à un établi d'horloger et non à tout établi. Ainsi, la décision litigieuse retient au nombre des activités adaptées celle d'ouvrier à l'établi dans des activités simples et légères, ajoutant que les limitations fonctionnelles sont notamment une activité sédentaire, *sans établi d'horloger*, épargnant le membre supérieur droit. Elle précise que les activités qui ont lieu à l'établi ne nécessitent pas de déplacement particulier, qu'elles respectent entièrement le port de charge retenu et qu'un poste type dans l'industrie légère se compose d'un établi, d'un siège assis debout et/ou siège d'atelier, les éléments étant disposés à proximité du travailleur et ne nécessitant pas de devoir porter des charges. Ce faisant, dite décision distingue bien l'activité à l'établi d'un horloger de celle à un établi ordinaire. Quoi qu'il en soit, et même dans l'hypothèse où ces deux types d'établi seraient de même hauteur, il sied de rappeler que la hauteur de tels meubles, particulièrement celle d'un établi ordinaire, souvent réglable, varie en fonction de la taille de la personne l'utilisant et de la difficulté des tâches à réaliser (travaux lourds, standards, légers, de précision, etc.). En d'autres termes, la décision entreprise n'est pas en contradiction avec les conclusions de l'expertise du Dr Cc. _____. Les experts du Nn. _____ ont retenu des limitations fonctionnelles sur le seul plan orthopédique qui n'entrent pas en collision avec celle de l'interdiction de travail à l'établi d'horloger (cf. AI pce 282 p. 1488). Force est de constater qu'aucune indication médicale ne vient confirmer les dires du recourant, selon lesquels une activité à tout établi serait inadaptée à son état de santé et qu'elle ne serait pas réalisable compte tenu des mouvements répétitifs à exécuter. Qui plus est, on ne saurait déduire, au degré de la vraisemblance prépondérante, qu'un travail à un établi autre que celui d'horloger entraîne automatiquement des mouvements répétitifs, le recourant ne donnant pas plus d'explications à cet égard. En conséquence, la décision querellée ne viole pas le droit fédéral. Au demeurant, le grief de transgression de l'interdiction de l'arbitraire soulevé par le recourant – et auquel le Tribunal de céans se doit par conséquent de répondre – tombe à faux, pour les mêmes motifs, et est rejeté.

12.

12.1 Le recourant se plaint ensuite de contradictions ou de manquements de l'expertise pluridisciplinaire du Nn. _____ par rapport aux opinions exprimées par les médecins traitants tant généralistes que spécialistes. Il émet ainsi en particulier les trois griefs suivants :

Tout d'abord, le recourant relève que le Dr Rr. _____ a retenu une capacité de travail de 75% dans une activité adaptée, la diminution de rendement de 25% étant due à la nécessité d'effectuer une pause de 15 minutes toutes les heures afin de permettre la mobilisation de la cheville droite, des deux genoux et des épaules. Or, si le Dr Rr. _____ avait tenu compte de l'ensemble des nombreuses limitations fonctionnelles dont il a fait état dans l'expertise, il aurait dû considérer une diminution de la capacité de travail d'un taux supérieur aux seuls 25% qu'il a indiqués dans son rapport (TAF pce 1 p. 4 s.).

Le recourant mentionne ensuite que l'expertise en médecine interne du Dr Pp. _____ retient diverses atteintes à la santé que ce dernier juge toutefois comme non incapacitantes (TAF pce 1 p. 5), en contradiction avec l'avis du Dr Ll. _____, lequel a estimé qu'au vu de son état de santé, seul un travail en bureau, en commençant par un taux d'occupation thérapeutique de 50 %, était envisageable (TAF pce 1 p. 8). En retenant une capacité de travail de 100 %, l'OAIE aurait fait fi des conclusions de ce médecin de façon choquante (TAF pce 1 p. 12). L'expertise du Dr Pp. _____ n'aurait par ailleurs pas pris en compte le grave syndrome d'apnée du sommeil (TAF pce 1 p. 12).

Enfin, le recourant avance que l'expertise psychiatrique de la Dresse Qq. _____ serait en totale opposition avec les rapports des Drs Mm. _____ et Ss. _____, qui retiennent une incapacité de travail à 100 %. L'experte ferait preuve d'une certaine partialité et minimiserait ses problèmes psychiques à la limite de la faute professionnelle, sachant qu'il se trouve, au moment du dépôt du recours, hospitalisé dans une unité psychiatrique.

12.2 Lorsqu'au stade de la procédure administrative, une expertise confiée à un médecin indépendant est établie par un-e spécialiste reconnu-e, 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 ne permet de douter de leur bien-fondé (ATF 137 V 210 consid. 2.2.2, 135 V 465 consid. 4.4, 125 V 351 consid. 3b/bb).

12.3 Le Tribunal constate tout d'abord que l'expertise remplit les requisits jurisprudentiels du point de vue formel. Les experts sont des spécialistes dans les domaines qu'ils ont investigués. Ils ont pris en compte les plaintes

de l'assuré, établi l'anamnèse, eu à disposition l'ensemble du dossier du recourant et résumé tous les actes pertinents du cas d'espèce.

12.4 S'agissant plus spécifiquement du grief du recourant relatif à l'expertise orthopédique du Dr Rr._____, il s'avère que cet expert a en effet jugé que la capacité de travail médico-théorique était de 75 % à partir de mars 2018 « dans une activité respectant le profil d'effort », la diminution de 25 % étant due à la nécessité de faire une pause de 15 minutes toutes les heures pour permettre la mobilisation de la cheville droite, des deux genoux et des épaules (AI pce 282 p. 1548 s.). Le profil d'effort a clairement été défini par l'expert et comporte toutes les limitations fonctionnelles retenues (AI pce 282 p. 1546).

Cela étant, on comprend ainsi du profil d'effort décrit par l'expert que les limitations fonctionnelles autres que la pause de 15 minutes par heure pour permettre la mobilisation de la cheville droite, des deux genoux et des épaules, n'ont, selon le spécialiste, pas de conséquence sur le *taux* de capacité de travail adaptée, mais sur le rendement. Il n'en demeure pas moins qu'elles en ont sur le type d'activités de substitution à l'activité habituelle, laquelle n'est plus exigible selon le Dr Rr._____. L'activité adaptée devra ainsi respecter ce profil d'effort. Or, si l'expert ne donne pas d'exemples d'activités adaptées, il convient de constater que nombre d'activités légères sur un marché du travail équilibré se prêtent à un tel profil. Qui plus est, le recourant a admis lui-même que sa douleur aux deux épaules l'empêche d'avoir une activité lourde (cf. AI pce 282 p. 1484). *Contraire*, il ne se voit pas empêché dans des activités légères à moyennes, telles notamment les activités mentionnées par l'autorité inférieure, à savoir : « montage, contrôle ou surveillance d'un processus de production, ouvrier à l'établi dans des activités simples et légères, ouvrier dans le conditionnement, [...] opérateur sur machines conventionnelles (perçage, fraisage, taraudage et autres), comme aide administratif (réception, scannage et autres) ou vente simple (shop et autres) » (AI pce 287 p. 1596 et pce 308 p. 1673 s.).

Dès lors, le grief du recourant, mal fondé, doit être rejeté.

Au surplus, le Tribunal constate que l'expertise orthopédique du Dr Rr._____ a pleine valeur probante. En effet, dans cette expertise spécialisée (AI pce 282 p. 1534 ss), le Dr Rr._____ traite des points litigieux comme il se doit (cf. AI pce 282 p. 1543 s. et 1546). Il a effectué des observations approfondies en examinant le rachis cervical, le rachis dorso-lombaire, les membres supérieurs, les mains et les poignets, ainsi que les

membres inférieurs (AI pce 282 p. 1541 s.). Ce faisant, l'expert a relevé notamment que les tests de coiffe, en lien avec les membres supérieurs, n'étaient pas conclusifs en raison des douleurs (AI pce 282 p. 1541) et qu'il y avait une impression que les deux chefs des biceps étaient plus bas qu'habituellement, trahissant une rupture tendineuse proximale (AI pce 282 p. 1542). Au niveau des mains et poignets, il a été noté une douleur au niveau du 3^{ème} doigt de la main droite située au niveau de la métacarpo-phalangienne et la présence d'une discrète arthrose digitale (AI pce 282 p. 1542). En relation avec la cheville droite, l'expert rapporte des douleurs situées principalement au niveau de la malléole interne avec une mobilité diminuée en flexion dorsale. L'accroupissement est limité (AI pce 282 p. 1542). C'est donc sur cette base que l'expert a posé des diagnostics avec effet sur la capacité de travail de status après fracture Maisonneuve de la cheville droite, avec lésion de syndesmose et du péroné proximal à droite en 2009, avec nouvelle entorse en 2010 avec augmentation de la symptomatologie, avec arthrose tibio-tarsienne secondaire au 1^{er} accident, de rupture complète de la coiffe des rotateurs à droite et à gauche avec rupture tendineuse des biceps, de gonalgies bilatérales prédominant à droite avec une arthrose fémoro-patellaire, une arthrose fémoro-tibiale interne et une arthrose fémoro-patellaire gauche, de lombalgies chroniques et de cervicalgies positionnelles. Au niveau des diagnostics sans incidence, il a retenu des séquelles d'une entorse de la métacarpo-phalangienne 3 de la main droite (AI pce 282 p. 1542). Il a expliqué qu'au niveau orthopédique, il n'y a pas d'interaction des diagnostics, mais une addition des problèmes qui rend difficile la vie de l'expertisé (AI pce 282 p. 1543). Il a qualifié les troubles de moyens. Il a motivé qu'il s'agit de l'addition de troubles gérables avec une limitation de la mobilité de l'épaule droite, une douleur sur une gonarthrose droite, une douleur sur arthrose de la cheville droite avec apparition secondaire d'une douleur au niveau de l'épaule gauche avec probablement des lésions dégénératives de la coiffe des rotateurs identiques qu'à droite, une gonarthrose principalement fémoro-rotulienne à gauche, une arthrose fémoro-tibiale interne et une arthrose fémoro-patellaire à droite, le tout provoquant un déficit moyen (AI pce 282 p. 1544). Fort de ces constats, il a fixé les limitations fonctionnelles suivantes : pas d'utilisation des épaules en charge ni avec des mouvements répétitifs, pas de travail les bras en l'air, pas de port de charges de plus de 2 kg, avoir la possibilité de changement de position, selon besoin, nécessité d'avoir une pause de 15 minutes toutes les heures pour permettre la mobilisation de la cheville droite, des deux genoux et des épaules, pas de marche de plus de 10 minutes ou en terrain inégal, pas d'escaliers ni d'accroupissement, à titre préventif : pas de flexion antérieure du rachis, pas de montée sur des échafaudages ou des échelles

(AI pce 282 p. 1546). Ces limitations fonctionnelles sont très proches de celles fixées par un autre expert en 2014, le Dr Cc._____. Elles s'apparentent aussi, à quelques exceptions près, à celles décrites par le Dr Hh._____ (AI pce 242 p. 1321). Au niveau des capacités de travail, l'expert en a retenu une comme chauffeur poids lourds de 0 % après l'accident du 27 juin 2009 et de 100 % à partir du 21 novembre 2009 avec la reprise du travail. Elle est de 0 % depuis l'accident du 26 mars 2010 en accord avec les expertises précédentes (AI pce 282 p. 1546). Comme polisseur, elle a été de 100 % après la réhabilitation du 31 août au 6 octobre 2010 et de 0 % depuis l'arthro-IRM de l'épaule droite en avril 2014 en accord avec l'expertise du 6 juin 2014 (AI pce 282 p. 1547). Dans une activité adaptée, elle a été de 0 % après l'accident du 27 juin 2009 et de 100 % à partir du 21 novembre 2009. Elle a été de 0 % après l'accident du 26 mars 2010 jusqu'à la fin de la réhabilitation du 6 octobre 2010. Depuis octobre 2010, elle a été de 100 %, en accord avec l'expertise du 6 juin 2014 (AI pce 282 p. 1547). A partir de l'aggravation de l'état de santé en mars 2018, elle est jugée de 75 % (diminution en raison d'une pause de 15 minutes toutes les heures pour permettre la mobilisation de la cheville droite, des deux genoux et des épaules ; AI pce 282 p. 1548). En conséquence, cette expertise spécialisée aboutit à des résultats convaincants. Le Tribunal ne voit pas d'élément susceptible de faire naître un doute concret quant à leur bien-fondé.

12.5 Pour ce qui est de la prétendue contradiction entre l'expertise spécialisée en médecine interne du Dr Pp._____ qui retient diverses atteintes à la santé qu'il juge toutefois non incapacitantes d'un point de vue médicothéorique et l'évaluation du Dr LI._____, cardiologue (voir *supra* consid. 12.1), il y a lieu de relever que le certificat médical du Dr LI._____ auquel se réfère le recourant (cf. AI pce 302 p. 1635), signale certes que celui-ci est apte pour un travail de bureau en commençant par un mi-temps thérapeutique. Toutefois, ce document, établi à la demande de l'intéressé pour être transmis à son employeur, est extrêmement succinct, ne comprend aucune motivation, ni même de constat objectivable et n'est pas daté. Il ne saurait dès lors se voir accorder une quelconque valeur probante (cf. consid. 9.1.1), ce d'autant plus que s'agissant d'un médecin traitant, ses rapports doivent être appréciés avec une certaine réserve, compte tenu de la relation de confiance qui l'unit avec son patient (arrêt du Tribunal fédéral I 655/05 du 20 mars 2006 consid. 5.4 ; ATF 125 V 351 consid. 3b/cc et les références).

En outre, contrairement à ce que prétend le recourant, l'OAIE n'a pas fait fi de l'avis du Dr LI._____, mais en a expressément fait état dans la

décision litigieuse (Al pce 307 p. 1663), reprenant l'appréciation du SMR à ce propos (Al pce 304 p. 1655).

Au demeurant, l'expert, le Dr Pp._____, fait état d'examens cardio-vasculaires qui ont abouti à des résultats dans les limites de la norme, les troubles ne pouvant pas être retenus comme incapacitants (Al pce 282 p. 1507). Il relève que les examens effectués sont en outre sans particularité, aucun déficit n'étant objectivé, ni limitation fonctionnelle (Al pce 282 p. 1513 s.), ce depuis janvier 2014 (Al pce 282 p. 1512).

Le recourant fait également grief au Dr Pp._____, qui a relevé qu'une polysomnographie pourrait être effectuée pour son sommeil non réparateur, de ne pas avoir tenu compte de son apnée du sommeil. En définitive, selon le recourant, l'expertise du Dr Pp._____ serait incomplète puisqu'elle n'aurait pas pu établir une éventuelle incapacité de travail en relation avec les insomnies dont il souffre.

Le Tribunal remarque à ce sujet que, comme l'assuré le relève lui-même dans son recours (TAF pce 1 p. 12), le test de polysomnographie préconisé par le Dr Pp._____ a été effectué postérieurement à l'expertise. Ce test a indiqué que le recourant était atteint d'un syndrome d'apnée du sommeil très sévère et qu'un traitement par pression positive continue était indiqué (cf. rapport du 19 mai 2020 du Dr Ll._____ [Al pce 302 p. 1636] ; cf. aussi Al pce 304 p. 1655). Si le Dr Pp._____ ne pouvait avoir connaissance des résultats du test, celui-ci étant, comme dit ci-dessus, postérieur à l'expertise, il n'en demeure pas moins que l'apnée du sommeil a été prise en compte par le SMR, dans son évaluation médicale du 12 octobre 2020 (Al pce 304 p. 1654). Ce service a par ailleurs relevé qu'un traitement par ventilation à pression positive continue (PPC ou CPAP en anglais) ainsi qu'un programme visant à la perte de poids seraient instaurés, cela ne pouvant qu'améliorer l'asthénie dont souffre l'assuré (Al pce 304 p. 1655). Or, celle-ci a précisément fait l'objet d'une évaluation par l'expert en médecine interne (Al pce 282 p. 1495), puisqu'au vu de l'asthénie, un certain nombre d'examens ont été requis en vue d'investiguer d'éventuelles étiologies organiques ; les résultats étaient dans la norme, voire équilibrés (Al pce 282 p. 1505). En outre, si l'expertisé a indiqué souffrir d'une asthénie importante, auto-évaluée à 9/10, liées à des insomnies importantes au milieu de la nuit, il n'a cependant indiqué présenter qu'une légère somnolence diurne pour des conversations longues ou devant la télévision ; il a par contre relevé ne ressentir aucune somnolence lorsqu'il conduit son véhicule automobile (Al pce 282 p. 1497). Par ailleurs, il ne s'endort qu'en cas d'absence ou de peu de stimulations. Le Dr Pp._____

a au demeurant relevé que l'examen pratiqué lors de l'expertise n'avait montré ni somnolence, ni ralentissement psychomoteur, ni déficit de la vigilance ou de la concentration, les résultats des analyses sanguines ne montrant aucune anomalie pouvant expliquer l'asthénie, concluant que ce trouble ne limite pas l'assuré dans la vie quotidienne de manière permanente et durable et ne peut être retenu comme incapacitant (AI pce 282 p. 1506). Cette conclusion ne saurait être remise en question par le fait que le syndrome d'apnée du sommeil n'a été investigué qu'après l'établissement du rapport d'expertise, puisque dans le cas d'espèce, ce qui est déterminant, ce sont les conséquences de cette atteinte sur la capacité de travail, à savoir les conséquences d'un manque de sommeil et des insomnies de l'intéressé sur sa capacité de travail. Or, on l'a vu, celles-ci ont été investiguées par l'expert, le Dr Pp. _____, à satisfaction de droit.

Pour le surplus, le Tribunal constate que le Dr Pp. _____ discute dûment des points litigieux et explique pourquoi, le cas échéant, il s'écarte des opinions divergentes d'autres médecins consultés (y compris pour les rapports médicaux postérieurs à l'expertise pluridisciplinaire, mais considérés par le SMR ; cf. AI pce 282 p. 1507). L'expert interniste arrive, sur la base de ses observations approfondies, à des résultats convaincants. Ainsi, il souligne que du point de vue de la médecine interne, les atteintes à la santé n'ont jamais eu d'effet sur les activités exercées durant la journée, au titre de loisirs et dans le ménage (AI pce 282 p. 1500 s.). Il n'a détecté aucune incohérence flagrante lors de l'anamnèse structurée et/ou dans le dossier (AI pce 282 p. 1503). Outre les investigations menées en lien avec l'asthénie susmentionnée, l'examen clinique a porté sur la latéralité, les constantes vitales et les mesures anthropométriques, cutané/parties molles, la thyroïde, les ganglions lymphatiques, le système neuro-sensoriel, le système nerveux, les nerfs crâniens, la nuque, les membres, le système moteur, la sensibilité, la position debout, le système cardio-vasculaire, l'abdomen, le système respiratoire/thorax/ORL, l'état dentaire général et la mobilité. Hormis un Peak Flow à 500 L/min (à 88 %, légèrement diminué, mais restant supérieur à 75 % du Débit Expiratoire de Pointe Prédit, selon l'âge et la taille, le DEP théorique est de 571 L/min) et la présence d'une marche en boitant et avec une béquille, il n'est pas relevé d'anomalie (AI pce 282 p. 1503 à 1505). L'expert ne pose, de ce fait, pas de diagnostic ayant une incidence sur la capacité de travail (AI pce 282 p. 1506). Par contre, il retient des diagnostics sans incidence d'asthénie sur dette de sommeil non réparateur, d'obésité modérée de classe 1, avec un indice de masse corporelle à 30,06 kg/m², de presbytie, de ptérygion de l'œil gauche, de presbyacousie bilatérale, appareillée à droite, de catarrhe et dysfonctionnement tubaire, hypertrophie des muqueuses nasales, de

dystrophie unguéale gauche du grand orteil gauche, ancienne, de déficit en folates, d'ancienne consommation de tabac sevrée, d'hypercholestérolémie, de diabète de type 2, non insulino-dépendant, de douleur thoracique atypique et dyspnée de stade 1 selon les critères de la New York heart association, coronaropathie avec athérome diffus sans sténose significative et bloc complet de la branche gauche (myocardiopathie) et de reflux gastro-œsophagien (AI pce 282 p. 1506). Il spécifie l'interaction des diagnostics retenus, en ce sens que l'obésité favorise le reflux gastro-œsophagien ainsi que l'athérome diffus coronarien et l'hypercholestérolémie (AI pce 282 p. 1506). Il motive dûment ses diagnostics, notamment quant à l'asthénie autoévaluée importante par le recourant et qui ne peut être retenue comme incapacitante comme vu plus haut (cf. aussi AI pce 282 p. 1506). Il explique que les autres diagnostics qu'il relève ne sont pas retenus comme incapacitants de manière permanente et durable, tout en en donnant les raisons (AI pce 282 p. 1506 s.). Concernant la douleur thoracique atypique et la dyspnée de stade 1, leur évolution est stabilisée depuis leur apparition en automne 2018, selon l'anamnèse (AI pce 282 p. 1507). L'aspect de la suggestion d'une polysomnographie par l'expert pour les troubles du sommeil a déjà été analysé plus haut. C'est ainsi de manière convaincante que le Dr Pp. _____ conclut du point de vue de la médecine interne, à des déficits légers, sans répercussion sur la capacité de travail (AI pce 282 p. 1508). Il suggère également des options thérapeutiques pour l'obésité et le déficit en folates. Il n'a découvert aucun élément d'exagération (voir AI pce 282 p. 1509). Il conclut, sur le plan de la médecine interne, à une capacité de travail de 100 % dans l'activité habituelle et dans une activité adaptée, ainsi qu'à l'absence de limitation fonctionnelle (AI pce 282 p. 1510 s.). Partant, il sied de constater que l'expertise spécialisée en médecine interne est solide et ses conclusions convaincantes. Il n'existe pas de doute concret susceptible de la remettre en question. Elle jouit d'une pleine valeur probante au regard des réquisits jurisprudentiels. Le recourant présente uniquement des déficits légers sous l'angle de la médecine interne, sans répercussion fonctionnelle sur sa capacité de travail.

12.6 Enfin, s'agissant du grief du recourant relatif à l'expertise psychiatrique, plus particulièrement à ses éventuelles contradictions face aux rapports des médecins traitants, les Drs Mm. _____ et Ss. _____, il y a lieu de considérer ce qui suit.

12.6.1 Dans son rapport médical du 6 mars 2019, le Dr Mm. _____ a retenu une dépression sévère associée à des manifestations anxieuses invalidantes et une inaptitude de 100 % à travailler (AI pce 258). La

Dresse Qq. _____ commente cet avis en évoquant que dans ce rapport, il est question d'irritabilité, de colère, d'une thymie fluctuante et d'une incapacité à gérer ses émotions. L'experte signale qu'elle a fait, à l'instar de ses autres collègues, les mêmes observations qu'elle attribue, au vu de la tonicité de l'expertisé, à sa projectivité, à ses multiples revendications, à la coloration très relationnelle de ses revendications (car elles sont beaucoup plus marquées avec les hommes qu'avec les femmes) et à une problématique de personnalité à traits paranoïaques. Elle ajoute que l'anxiété, chez ce recourant qui se montre très sûr de lui et peu enclin à se remettre en question, semble difficile à étayer. Elle relève encore que l'assuré met lui-même ses troubles du sommeil en relation avec ses douleurs somatiques (Al pce 282 p. 1525). Ainsi, il apparaît que les explications données par l'experte pour écarter cet avis de médecin traitant sont circonstanciées et peuvent être aisément retracées. Il s'avère que le Dr Mm. _____ propose une appréciation divergente d'un même état de fait. Il convient en outre de rappeler qu'en tant que médecin traitant de l'assuré, le certificat médical du Dr Mm. _____ doit être apprécié avec une certaine réserve, compte tenu de la relation de confiance qui existe avec son patient (voir *supra* consid. 12.5 et les références). Au surplus, il y a lieu de constater ledit certificat est fort succinct et ne saurait remplir les réquisits jurisprudentiels en la matière.

S'agissant du rapport médical du 24 mai 2020 du Dr Ss. _____ auquel fait référence l'assuré dans son recours (Al pce 302 p. 1632), l'experte psychiatre n'a pas pu en tenir compte, dans la mesure où il a été établi à une date postérieure à l'expertise spécialisée psychiatrique. Quoiqu'il en soit, le Tribunal de céans remarque qu'il est, au niveau des symptômes constatés (irritabilité, colère, thymie fluctuante où prédominent la tristesse et l'anxiété, troubles du sommeil), en grande partie d'une teneur similaire à celui du Dr Mm. _____ ; il comporte toutefois quelques variations s'agissant des diagnostics. Ainsi, les diagnostics posés par le Dr Ss. _____ sont une dépression chronique de type dysthymie avec une forte composante réactionnelle à ses problèmes professionnels et physiques (accident de travail), avec des symptômes somatiques multiples et un vécu de préjudice et de persécution très présent, ainsi qu'un syndrome de stress post-traumatique et un syndrome d'apnée de sommeil qui sera appareillé bientôt, diagnostic qui, au demeurant, échappe à son domaine de spécialisation. Ce psychiatre relève aussi une asthénie grave, des cauchemars permanents, des réminiscences et des sursauts, des évitements de la conduite et de sortir de chez lui. Il y a lieu de relever que ce rapport médical ne décrit pas les examens conduits par le psychiatre et est très sommairement

motivé. Ledit rapport ne correspond ainsi pas non plus aux exigences jurisprudentielles pour se voir reconnaître pleine valeur probante.

12.6.2 Il convient encore d'examiner si l'expertise spécialisée psychiatrique remplit les réquisits jurisprudentiels pour se voir attribuer pleine valeur probante.

12.6.2.1 Dans dite expertise, l'experte rapporte ses constatations lors de l'examen clinique (Al pce 282 p. 1523 ss). Elle décrit un expertisé orienté dans le temps et dans l'espace. Il est dit très volubile. L'experte a dû par moments le canaliser afin d'avancer dans l'entretien. Le recourant lui a semblé assez énervé de ne pas pouvoir mener l'entretien comme il le souhaitait. Il paraissait souvent interpréter les questions qui lui étaient posées comme une remise en cause de sa bonne foi. Si l'experte psychiatre n'a pas pu confirmer le climat relationnel tendu décrit dans les précédentes expertises qui ont eu lieu avec des hommes, il lui a semblé que le fait qu'elle soit une femme a pu jouer un rôle dans l'abord plus détendu de la personne assurée. Les récriminations contre les assurances émises par le recourant ont semblé moins importantes que relaté antérieurement. Elle n'a pas été la cible de menace de poursuites judiciaires, contrairement à ce qui a été rapporté par les précédents experts. Le recourant est dit peu précis dans ses explications et en proie à des difficultés à se souvenir de ce qui n'a pas trait à ses accidents. L'experte partage ensuite ses observations en relation avec la lignée dépressive. Elle rapporte ne pas avoir mis en évidence, malgré les déclarations du recourant, de thymie déprimée, de ralentissement psychomoteur, de culpabilité, d'aboulie ou d'apragmatisme. L'expertisé lui est apparu au contraire très tonique et sûr de lui (alors qu'il affirmait ne plus avoir d'estime de soi). Pour l'experte, l'affect est plutôt pauvre et la colère domine le monde émotionnel offert par l'assuré. S'agissant de la lignée des troubles psychotiques, le recourant a frappé par sa méfiance et son interprétativité. La question de la surveillance a été évoquée à plusieurs reprises, en lien avec des caméras, des chiens de garde et d'un contrôle internet à distance. L'experte n'a pas noté d'idée délirante, d'hallucination ou de relâchement des associations. Enfin, dans la lignée traumatique, l'experte psychiatre n'a pas mis en évidence de dissociation, de flash-back ou de comportement évitant (Al pce 282 p. 1523).

12.6.2.2 Force est de constater que l'experte psychiatre a effectué des examens complets en investiguant non seulement le status général du recourant, mais aussi les lignées de troubles psychiques (lignée dépressive, celle des troubles psychotiques et celle traumatique). Elle rapporte précisément les observations approfondies qu'elle a effectuées. Sur cette base,

elle n'a pas retenu de diagnostic ayant une incidence sur la capacité de travail et un diagnostic sans incidence de personnalité à traits paranoïaques (CIM-10 : F60.0 ; AI pce 282 p. 1524). Au surplus, la Dresse Qq._____ procède à une évaluation des troubles actuels et motive les diagnostics qu'elle a retenus (AI pce 282 p. 1524). C'est ainsi que cette experte relève notamment que son examen a mis en évidence d'une part une tension psychique et d'autre part, une réactivité caractérielle moins importante avec l'examineur d'alors qui se trouve être une femme qu'avec les précédents experts qui étaient des hommes. Elle considère que ces caractéristiques sont tout de même présentes. Il existe, selon elle, des éléments de méfiance, le recourant ayant mentionné plusieurs fois des situations dans lesquelles il se sentait surveillé et épié par des caméras. L'experte psychiatre a constaté que l'expertisé donnait l'impression de présenter une certaine réactivité caractérielle à teinte paranoïaque activée davantage par les hommes que par les femmes. Elle souligne cependant que de telles particularités psychologiques n'interfèrent pas avec l'activité de chauffeur de poids lourds (sur les critiques du recourant relatives à l'expertise psychiatrique en lien avec cette activité, voir *infra* consid. 12.6.2.4 et 12.6.2.5). Il appert ainsi que la motivation de l'experte est solide et propre à convaincre du bien-fondé de son évaluation. Eu égard aux éléments objectifs par l'experte durant son examen et à l'évaluation qui en est faite, le Tribunal ne décèle aucun élément permettant d'admettre, quoi qu'en pense le recourant, que l'experte ait fait preuve d'une quelconque partialité, et encore moins d'un jugement quant au comportement du recourant.

12.6.2.3 Par ailleurs, la Dresse Qq._____ thématise les points litigieux dans son expertise spécialisée, en opérant une « évaluation et classification des troubles par rapport aux évaluations antérieures » (AI pce 282 p. 1524). Ainsi, elle retranscrit les autres avis émis par des consœurs et confrères consultés, dont celui du Dr Mm._____ dans son rapport du 6 mars 2019 (s'agissant de son contenu et du commentaire y relatif de l'experte, voir *supra* consid. 12.6.1).

12.6.2.4 La Dresse Qq._____ propose encore une appréciation motivée de la gravité des troubles (AI pce 282 p. 1525). Elle indique alors que ces derniers sont considérés comme légers dans une activité peu relationnelle de chauffeur poids lourds. Si l'experte se réfère à l'activité de chauffeur poids lourds, rien n'empêche que nombre d'autres activités soient peu relationnelles et dès lors totalement susceptibles d'être exercées par le recourant. Cette conclusion apparaît convaincante aux yeux du Tribunal. Enfin, l'experte rappelle ses appréciations dans une partie intitulée « Evaluation médicale et médico-assurantielle » (non objectivation d'une atteinte

psychiatrique de la lignée dépressive / expertisé devant lutter contre lui-même pour ne pas se mettre en colère contre son interlocuteur / estime de soi plutôt exagérée / intentionnalité et dynamisme conservés / tonicité particulièrement présente / système de défense globalement inadéquat car immature et contre-productif [il menace les experts au lieu de collaborer avec eux] ; AI pce 282 p. 1526 ss). En somme, l'experte a longuement et dûment motivé ses observations et les résultats auxquels elle a abouti sur la base de son examen. Contrairement à ce que prétend le recourant, il n'apparaît pas qu'elle ait minimisé les problèmes psychologiques dont il souffre. L'experte psychiatre évalue encore la cohérence et la plausibilité, en indiquant qu'il n'y pas de limitation fonctionnelle professionnelle sur le plan psychiatrique (AI pce 282 p. 1527). Ces conclusions sont là encore convaincantes par rapport à ce qu'elle a pu objectiver chez le recourant durant son examen. S'agissant de l'hospitalisation durant le recours (cf. bulletin de présence du 10 décembre 2020 de la clinique Uu. _____, annexe à TAF pce 1) relevée par le recourant, le Tribunal constate à la lumière du bulletin de sortie du 5 février 2021 de dite Clinique et du compte-rendu du 12 janvier 2021 (annexes à TAF pce 3) que le séjour a permis une évolution positive et une sortie de l'établissement a été possible le 5 février 2021. Rien ne vient soutenir une capacité de travail nulle, comme l'invoque le recourant, à tout le moins sur le plan psychiatrique. L'argumentation de ce dernier ne saurait dès lors être suivie.

12.6.2.5 Au surplus, il est vrai, comme le relève le recourant, que l'experte psychiatre se réfère régulièrement à l'activité de chauffeur poids lourds lorsqu'elle pose ses conclusions sur la gravité des troubles dont le recourant est la proie et sur le diagnostic retenu, alors qu'il avait bénéficié d'un reclassement professionnel dans le domaine du polissage. On ne voit cependant pas en quoi cela aurait des répercussions sur la capacité de travail du point de vue psychiatrique, étant donné que l'experte ne retient aucun diagnostic ayant une incidence sur celle-ci. Elle confirme ainsi une capacité de travail de 100 % dans toute activité au plan psychiatrique (cf. AI pce 282 p. 1528). C'est ainsi en vain que le recourant fait grief à l'experte psychiatre d'orienter son analyse sur les effets que pourraient avoir les pathologies décelées sur une activité n'étant plus adaptée à la situation.

12.7 Il convient encore d'examiner si l'expertise spécialisée psychiatrique respecte la procédure probatoire structurée au sens de l'ATF 141 V 281 et étendue à l'ensemble des troubles psychiques par le Tribunal fédéral (ATF 143 V 408 et 143 V 418).

12.7.1 Selon la jurisprudence, cette procédure tient compte, d'une part, des facteurs d'incapacité et, d'autre part, des ressources de la personne assurée. Les limitations constatées doivent être examinées à l'aune des indicateurs se rapportant à la cohérence (cf. ATF 141 V 281 consid. 4.1.3). Concrètement, le Tribunal fédéral a conçu le catalogue d'indicateurs suivant, classés dans deux catégories (ATF 141 V 281 consid. 4.1.3) :

A. Catégorie « degré de gravité fonctionnel »

a. Complexe « atteinte à la santé »

i. Expression des éléments pertinents pour le diagnostic

ii. Succès du traitement ou résistance à cet égard

iii. Succès de la réadaptation ou résistance à cet égard

iv. Comorbidités

b. Complexe « personnalité » (diagnostic de la personnalité, ressources personnelles)

c. Complexe « contexte social »

B. Catégorie « cohérence » (point de vue du comportement)

a. Limitation uniforme du niveau des activités dans tous les domaines comparables de la vie

b. Poids des souffrances révélé par l'anamnèse établie en vue du traitement et de la réadaptation

12.7.2 Le suivi et l'évolution d'une thérapie adéquate de psychothérapie constituent un indicateur de la gravité de l'affection et sont exigibles, compte tenu de l'obligation de réduire le dommage de la personne assurée (cf. ATF 143 V 409 consid. 4.4 et 4.5.2).

12.7.2.1 En l'espèce, l'experte psychiatre, sur la base de ses observations approfondies, indique retenir une personnalité à traits paranoïaques (diagnostic sans incidence sur la capacité de travail ; CIM-10 : F60.0). Elle ajoute logiquement qu'il n'y a pas d'interaction des diagnostics à relever dans le cas concret, un seul diagnostic ayant été retenu (AI pce 282 p. 1524 ; catégorie A « degré de gravité fonctionnel », complexe « atteinte à la santé »). Elle motive la pose de ce diagnostic par le fait que le recourant manifeste des éléments de méfiance (mention à plusieurs reprises de la surveillance et de caméras, ainsi que de chiens qu'il possède pour se protéger des cambrioleurs ; AI pce 282 p. 1524 ; cf. aussi p. 1523). Elle explique encore pourquoi elle ne peut adhérer aux évaluations et diagnostics

provenant de médecins déjà consultés (AI pce 282 p. 1524 s., 1526 et 1530, ainsi que 1523). Elle ajoute que les troubles sont présents depuis l'adolescence et n'ont pas empêché l'assuré de travailler jusqu'en 2010 (AI pce 282 p. 1529 et 1531 ; indicateur i. Expression des éléments pertinents pour le diagnostic). Le recourant semble collaborer au traitement psychiatrique. Cependant, des troubles de la personnalité tels que ceux qu'il présente ne sont pas traitables de manière médicamenteuse ni par psychothérapie. L'antidépresseur prescrit peut améliorer le vécu douloureux (AI pce 282 p. 1526 ; indicateur ii. Succès du traitement ou résistance à cet égard). L'assuré semble avoir coopéré aux mesures de réadaptation dans l'activité de polisseur (AI pce 282 p. 1526 ; indicateur iii. Succès de la réadaptation ou résistance à cet égard). L'experte rapporte que le recourant « met [lui]-même ses troubles du sommeil en relation avec ses douleurs somatiques » (AI pce 282 p. 1525 ; indicateur iv. Comorbidités). Elle relève qu'il se montre impuissant à l'égard de sa maladie physique et des symptômes psychiques qu'il évoque. Il est revendicateur à l'égard des assurances qui ne font pas le nécessaire pour qu'il soit indemnisé. Son sens des réalités et sa capacité de jugement sont conservés dans la mesure où ils n'impliquent pas un regard distancié à l'égard des difficultés de santé et la prise en charge médicale, à ses yeux, défailante. La capacité relationnelle et l'aptitude à nouer des contacts sont globalement conservées, mais meilleures avec les femmes qu'avec les hommes. La gestion de l'affect est pauvre et la capacité à contrôler ses impulsions faible, devant clairement lutter contre lui-même pour ne pas se mettre en colère contre son interlocuteur. L'estime de soi est plutôt exagérée (dans ses narrations, il se met toujours en scène comme la personne qui a raison et qui a le dessus) et sa capacité de régression faible. Son intentionnalité et son dynamisme sont conservés. Il se montre particulièrement tonique. Son système de défense est globalement inadéquat car immature et contre-productif (il menace les experts au lieu de collaborer avec eux ; AI pce 282 p. 1526 ; complexe b. « personnalité »). Le recourant ne se sent pas du tout soutenu par les instances qui devraient le protéger comme les assurances sociales. Il se décrit lui-même comme étant le soutien de son épouse, qui souffre d'un grave problème dépressif (AI pce 282 p. 1526 ; complexe c. « contexte social »).

12.7.2.2 Compte tenu de ce qui précède, le degré de gravité fonctionnel peut être dans le cas du recourant, et comme le souligne l'experte psychiatre, qualifié de léger et n'interférant pas avec son activité professionnelle peu relationnelle (AI pce 282 p. 1525 et 1528), les limitations fonctionnelles professionnelles étant inexistantes sur le plan psychiatrique (AI pce 282 p. 1527 et 1528).

12.7.2.3 L'experte psychiatre poursuit qu'il n'y a pas de limitation fonctionnelle professionnelle sur le plan psychiatrique (AI pce 282 p. 1527 ; catégorie B « cohérence », indicateur a. « Limitation uniforme du niveau des activités dans tous les domaines comparables de la vie »). Elle n'a pas identifié d'éléments d'autolimitation, d'exagération ou de simulation (AI pce 282 p. 1527). Le recourant considérait ne plus pouvoir travailler en raison de ses douleurs. L'experte n'a pas détecté d'incohérences lors de l'anamnèse structurée et/ou dans le dossier (AI pce 282 p. 1522 ; indicateur b. Poids des souffrances révélé par l'anamnèse établie en vue du traitement et de la réadaptation).

12.7.2.4 Il appert que le volet psychiatrique du rapport d'expertise pluridisciplinaire respecte pleinement la grille d'évaluation normative et structurée au sens de l'ATF 141 V 281. Il doit, partant, se voir attribuer pleine valeur probante.

12.7.2.5 Au vu de tout ce qui précède, le Tribunal de céans peut suivre l'experte psychiatre lorsqu'elle ne retient aucune limitation fonctionnelle professionnelle (AI pce 282 p. 1527 et 1528). Il y a, partant, toujours eu une capacité de travail de 100 % du point de vue psychiatrique (AI pce 282 p. 1528 s.).

12.8 Par souci de complétude, le Tribunal retient encore que l'évaluation consensuelle reprend fidèlement les conclusions de chacune des expertises spécialisées, tout en les discutant (voir *supra* let. C.h).

13.

En conséquence, il y a lieu d'accorder pleine valeur probante au rapport d'expertise pluridisciplinaire du 5 décembre 2019 du Nn._____. Dès lors, le SMR (cf. AI pces 285 et 304), puis l'autorité inférieure, dans la décision attaquée (cf. AI pce 308), étaient en droit d'en suivre les conclusions. Le recourant conteste en vain cette expertise en ce qu'elle ne devrait pas être prise en considération et sa capacité de travail serait de 0 %.

14. Dans sa réplique et son écrit du 1^{er} novembre 2022, le recourant fait encore parvenir des documents médicaux relatifs à des hospitalisations subséquentes auprès de la Clinique Uu._____ en date du 17 juin 2021 (annexe à TAF pce 12) et des 4 et 11 juillet, 5, 12 et 26 septembre, 3, 10, 17, 24 et 31 octobre 2022 (annexe à TAF pce 16). Il s'agit de bulletins de présence, qui sont donc postérieurs à la décision attaquée. Quand bien même il en serait tenu compte dans la présente procédure de recours (cf. consid. 3 *supra*), il convient de remarquer que ces documents ne

comprennent pas de constats médicaux, de diagnostics ou d'évaluation de la capacité de travail du recourant. Dès lors, ils ne remplissent pas les exigences jurisprudentielles et ne peuvent se voir reconnaître pleine valeur probante.

15.

Il reste à examiner le calcul du taux d'invalidité réalisé par l'OAIE.

15.1 L'autorité inférieure a appliqué à juste titre la méthode générale de comparaison des revenus dans le cas du recourant, dès lors que pour celui-ci, le statut d'une personne exerçant une activité lucrative peut être retenu. En effet, il apparaît, au degré de la vraisemblance prépondérante, que si l'atteinte à la santé n'était pas survenue, le recourant aurait poursuivi l'exercice à plein temps de l'activité de chauffeur poids lourds (cf. AI pces 1 p. 6, 19 p. 255 et 154 p. 473). Il a en effet déclaré qu'il ne peut plus l'exercer, même s'il le voudrait bien (AI pce 282 p. 1503 ; cf. aussi AI pce 19 p. 256), et que ce travail a toujours été une passion dans sa vie (voir AI pce 282 p. 1503 et 1520). Il en va, au demeurant, de même de l'activité de polisseur issue du reclassement professionnel, qu'il exercerait volontiers s'il ne souffrait pas de nouvelles atteintes à la santé (omarthrose droite, cervicalgies et lombalgies ; AI pces 140, 144 et 157).

15.2 Selon la méthode de comparaison des revenus, le revenu que la personne assurée aurait pu obtenir si elle n'était pas invalide (revenu sans invalidité) est comparé avec celui qu'elle pourrait obtenir en exerçant l'activité qui peut être raisonnablement exigée d'elle après les traitements et les mesures de réadaptation, sur un marché du travail équilibré (revenu avec invalidité), conformément à l'art. 16 LPGA, en lien avec l'art. 28a al. 1 LAI. La différence entre ces deux revenus détermine alors le degré d'invalidité (ATF 130 V 343 consid. 3.4.2 ; arrêt du Tribunal fédéral 8C_536/2017 du 5 mars 2018 consid. 5.1).

15.3 Pour procéder à la comparaison des revenus, il convient de se placer au moment de la naissance (hypothétique) du droit à la rente. Les revenus à comparer doivent être déterminés par rapport à un même moment et les modifications de ces revenus susceptibles d'influencer le droit à la rente survenues jusqu'au moment où la décision est rendue doivent être prises en compte (ATF 129 V 222 consid. 4.1 et 4.2). En outre, lorsqu'il s'agit d'évaluer le degré d'invalidité d'une personne assurée résidant à l'étranger, la comparaison des revenus doit s'effectuer sur le même marché du travail, car la disparité des niveaux de rémunération et des coûts de la vie d'un

pays à l'autre ne permet pas de procéder à une comparaison objective des revenus en question (ATF 137 V 20 consid. 5.2.3.2, 110 V 273 consid. 4b ; arrêt du Tribunal fédéral 8C_300/2015 du 10 novembre 2015 consid. 7.1).

15.4 En l'espèce, le moment déterminant pour la comparaison des revenus est août 2011, eu égard au dépôt de la demande de prestations de l'AI par le recourant le 25 février 2011 (voir *supra* let. B.a) et sa transmission à l'OAI par la SUVA le 1^{er} avril suivant (AI pce 2), alors que l'atteinte à la santé avec incapacité de travail remonte au 26 mars 2010 (AI pces 1, 3, 4, 14, 58). Le droit à la rente prend naissance au plus tôt à l'échéance d'une période de six mois à compter de la date à laquelle l'assuré a fait valoir son droit aux prestations (art. 29 al. 1 LAI) en tenant également compte du délai d'attente d'une année (art. 28 al. 1 let. b LAI). Cependant, le recourant a connu une aggravation de son état de santé (gonarthrose bilatérale, douleurs à l'épaule gauche) depuis mars 2018 (AI pce 282 p. 1486). C'est donc l'année 2018 qui constitue le moment déterminant in casu.

15.5 Dans la décision dont est recours, l'OAIE a retenu un revenu sans invalidité de Fr. 74'886.– en 2018 (selon la moyenne des revenus enregistrés aux comptes individuels durant la période de 2004 à 2008 après indexation à 2018). Pour le revenu avec invalidité, l'autorité inférieure s'est référée aux données salariales de l'Office fédéral de la statistique, étant donné que le recourant n'a pas repris d'activité professionnelle. Il a alors relevé que le salaire annuel que peut percevoir un homme dans des activités non qualifiées du domaine de la production et des services est de Fr. 67'405,97 à 100% en 2018. Une diminution de rendement de 25% étant admise dans le cas du recourant, ce montant doit être porté à Fr. 50'554,48 par année. L'autorité inférieure a retenu une réduction de 5% en raison de l'âge qui peut engendrer un désavantage salarial. Mais, il a exclu toute autre réduction après examen des autres facteurs, les limitations fonctionnelles et le taux d'occupation ayant d'ailleurs déjà été pris en compte. Ainsi, l'OAIE a retenu un revenu d'invalidé de Fr. 48'026,75. En procédant à la comparaison de ces revenus, il a obtenu une perte de revenu de Fr. 26'859,25, équivalant à un degré d'invalidité de 35,87%. Inférieur à 40%, ce taux ne donne pas droit à une rente d'invalidité (AI pce 308).

15.6

15.6.1 Le taux d'invalidité doit être calculé par comparaison des revenus, en se fondant sur les données indexées à l'année 2018, en tant que moment déterminant dans le cas particulier.

15.6.2 Le revenu sans invalidité doit être évalué de la manière la plus concrète possible et se déduit en principe du salaire réalisé en dernier lieu par la personne assurée avant l'atteinte à la santé, en tenant compte de l'évolution nominale des salaires. Au regard des capacités professionnelles de la personne assurée et des circonstances personnelles la concernant, on prend en considération ses chances réelles d'avancement compromises par le handicap, en posant la présomption qu'elle aurait continué d'exercer son activité sans la survenance de son invalidité. Des exceptions ne sauraient être admises que si elles sont établies au degré de la vraisemblance prépondérante (ATF 139 V 28 consid. 3.3.2, 134 V 322 consid. 4.1 ; arrêt du Tribunal fédéral 9C_708/2017 du 23 février 2018 consid. 8.1).

15.6.3 Dans le cas d'espèce, il y a lieu de se rapporter à l'activité habituelle de chauffeur poids-lourds, et non à celle, non véritablement exercée, de polisseur. De plus, le Tribunal remarque que les salaires mensuels et annuels du recourant dans l'activité considérée ont fait l'objet d'importantes fluctuations, dont celui de 2009 qui est significativement plus bas que les précédents (cf. notamment AI pces 16 et 206). Cela étant, la méthode choisie par l'autorité inférieure, et consistant à faire la moyenne des revenus tels qu'ils figurent à l'extrait du compte individuel du 20 avril 2011 (AI pce 16) durant la période de 2004 à 2008 tout en l'indexant à l'année 2018, ne prête pas flanc à la critique (cf. notamment arrêt du Tribunal fédéral 9C_164/2018 du 27 juillet 2018 consid. 4.2 et 5). Le recourant ne le conteste d'ailleurs pas. Ainsi, on obtient le montant suivant : $(74'066 + 72'012 + 69'413 + 71'328 + 72'866) / 5 = \text{Fr. } 71'937.-$. Après indexation (l'indice selon l'ISS pour 2011 étant 2171 et celui pour 2018 étant 2260), on obtient, comme l'autorité inférieure, un revenu de valide d'un montant de Fr. 74'886.-.

15.6.4 Le revenu d'invalidité doit être évalué avant tout en fonction de la situation professionnelle concrète de l'intéressé. Si la personne assurée n'a pas repris d'activité, ou aucune activité adaptée lui permettant de mettre pleinement en valeur sa capacité résiduelle de travail, contrairement à ce qui serait raisonnablement exigible de sa part, le revenu d'invalidité peut être évalué, notamment, sur la base des données statistiques résultant de l'Enquête suisse sur la structure des salaires (ESS) édité par l'Office fédéral de la statistique (OFS ; ATF 139 V 592 consid. 2.3 et les références, 129 V 472 consid. 4.2.1, 126 V 75 consid. 3b/aa). Il s'agit de se fonder, en règle générale, sur les salaires mensuels indiqués dans le tableau TA1 de l'ESS, relatif au secteur privé, ligne « Total secteur privé » (ATF 129 V 472 consid. 4.2.1, 126 V 75 consid. 3b/aa, 142 V 178 consid. 2.5 ; arrêt du Tribunal fédéral 9C_431/2023 du 29 janvier 2024 consid. 6.1). Cependant, il

n'y a pas d'obligation de recourir systématiquement au tableau TA1 (arrêt du Tribunal fédéral 9C_841/2013 du 7 mars 2014 consid. 4.2), sauf lorsqu'il convient de faire usage de l'ESS 2012 ou d'une enquête plus récente (ATF 142 V 178 consid. 2.5.7). En outre, il y a lieu d'adapter ces salaires à l'évolution nominale des salaires, en se fondant sur l'indice des salaires nominaux spécifique aux hommes et aux femmes et par branche (ATF 129 V 408 consid. 3.1.2).

15.6.5 Le recourant n'ayant en l'occurrence pas repris d'activité, le tableau TA1_tirage_skill_level tous secteurs confondus (total) de l'ESS 2016 (publié le 6 mai 2019 ; voir par exemple ATF 143 V 295 consid. 2.3 et les références, ainsi que consid. 4.1.3) indique qu'un homme de niveau de compétences 1 (tâches physiques ou manuelles simples) peut réaliser un salaire mensuel brut de Fr. 5'215.–. Il se monte à Fr. 5'436,65 une fois adapté à l'horaire hebdomadaire usuel en 2018, soit 41,7 heures. Quoiqu'en dise le recourant, pour le calcul du revenu avec invalidité, la jurisprudence du Tribunal fédéral retient qu'il faut se référer à l'horaire usuel dans les entreprises ayant cours au moment déterminant, même si la personne assurée se voit reconnaître une capacité de travail maximale réduite par une expertise médicale (voir notamment arrêt du Tribunal fédéral 9C_371/2013 du 22 août 2013 consid. 5.5). Cela donne ainsi un salaire annuel brut de Fr. 65'239.–. L'indice selon l'ISS pour l'année correspondant à l'ESS de référence est 2239 et pour 2018 est 2260. Le salaire d'invalidé après indexation selon l'ISS s'élève alors à Fr. 65'852.–. Il convient de déduire la diminution de rendement (25%) de ce montant. On obtient ainsi un montant de Fr. 49'389.–.

15.6.6 Selon la jurisprudence, dans certains cas, le revenu d'invalidé déterminé d'après les données statistiques doit être réduit afin de tenir compte des circonstances personnelles et professionnelles de la personne assurée (limitations liées au handicap, âge, années de service, nationalité ou la catégorie d'autorisation de séjour et taux d'occupation) susceptibles de diminuer ses possibilités de réaliser un gain se situant dans la moyenne, sur le marché ordinaire de l'emploi. Il convient alors d'examiner dans un cas concret et de manière globale si des indices permettent de conclure qu'à cause de l'une ou l'autre des caractéristiques précitées, l'assuré-e n'est en mesure d'utiliser sa capacité résiduelle de travail sur le marché ordinaire de l'emploi que contre une rémunération inférieure au salaire moyen correspondant. La hauteur de l'abattement dépend de chaque cas d'espèce, une réduction automatique n'étant pas admissible, et ne peut dépasser 25% du salaire statistique (ATF 142 V 178 consid. 1.3, 135 V 297 consid. 5.2, 134 V 322 consid. 5.2, 126 V 75 consid. 5b ; arrêt

du Tribunal fédéral 9C_677/2015 du 25 janvier 2016 consid. 3.3). L'abattement résulte d'une évaluation et doit être brièvement motivé par l'administration. Le juge des assurances sociales, pour sa part, ne peut, sans motif pertinent, substituer son appréciation à celle de l'administration ; il doit s'appuyer sur des circonstances de nature à faire apparaître sa propre appréciation comme la mieux appropriée (ATF 126 V 75 consid. 6 ; arrêt du Tribunal fédéral 8C_103/2018 du 25 juillet 2018 consid. 4).

15.6.6.1 En l'espèce, l'OAIE a retenu un abattement sur le salaire d'invalidité de 5%. Il a motivé cette réduction par l'âge du recourant, considérant que celui était susceptible d'engendrer un désavantage salarial par rapport aux employé-e-s ne souffrant pas d'invalidité, sur le marché ordinaire de l'emploi. Il a en revanche nié une réduction supplémentaire que ce soit pour les limitations fonctionnelles ou pour le taux d'occupation (100% avec une diminution de rendement de 25%), ces deux facteurs ayant déjà été pris en compte dans la diminution de rendement (AI pce 308 p. 1671).

15.6.6.2 Le recourant conteste ce point de vue, estimant qu'un abattement de 25% (taux maximal) doit lui être reconnu. Il avance être alors âgé de 62 ans, n'avoir aucune expérience dans les domaines d'activités suggérés par l'OAIE, souffrir de handicaps liés à la cheville, le genou, l'épaule et les doigts. Des aménagements spécifiques seraient de la sorte requis afin de pouvoir potentiellement exercer une activité. Il soutient être en outre dépendant d'un permis frontalier pour exercer une activité lucrative en Suisse.

15.6.6.3 Dans un ATF 146 V 16, si le Tribunal fédéral a rappelé 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, il a laissé ouvert celui s'agissant de l'âge avancé pour l'abattement, celui-ci pouvant être le même que pour la capacité résiduelle de travail ou, au contraire, le moment à partir duquel la rente est octroyée ou auquel la décision litigieuse est rendue (consid. 7.1). Par ailleurs, il est admis que le seuil à partir duquel on peut parler d'âge avancé se situe autour 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).

15.6.6.4 Par ses arguments du manque d'expérience dans les domaines d'activités suggérés par l'OAIE et du permis de frontalier, le recourant

laisse entendre qu'il ne pourrait plus, de ce fait, réaliser qu'un gain se situant au-dessous de la moyenne.

La jurisprudence du Tribunal fédéral rappelle qu'en ce qui concerne le critère de l'âge comme facteur d'abattement du salaire statistique, il convient de tenir compte de l'interdépendance des facteurs personnels et professionnels entrant en ligne de compte qui contribuent à désavantager le recourant sur le marché du travail après une absence prolongée. Il est en effet notoire que les personnes atteintes dans leur santé, qui présentent des limitations même pour accomplir des activités légères, sont désavantagées sur le plan de la rémunération par rapport aux travailleurs jouissant d'une pleine capacité de travail et pouvant être engagés comme tels ; ces personnes doivent généralement compter sur des salaires inférieurs à la moyenne (ATF 124 V 321 consid. 3b/bb ; arrêt du Tribunal fédéral 9C_341/2023 du 29 janvier 2024 consid. 6.2.3). Aussi, en présence d'un assuré de plus de 50 ans, la jurisprudence insiste sur l'effet de l'âge combiné avec un handicap, qui doit faire l'objet d'un examen dans le cas concret (cf. arrêts du Tribunal fédéral 9C_341/2023 du 29 janvier 2024 consid. 6.2.3, 9C_459/2019 du 5 novembre 2019 consid. 5.3 et les références).

Or selon le moment déterminant que l'on retient – étant rappelé que le Tribunal fédéral a laissé la question indécise (ATF 146 V 16 consid. 7.1) –, le recourant est âgé donc de 61 ans et 6 mois au moment de l'évaluation médicale qui a servi de fondement in casu (expertise pluridisciplinaire du Nn. _____ : octobre 2019) ou de 62 et 7 mois au moment de la décision litigieuse (novembre 2020). De surcroît, il est absent depuis de nombreuses années du marché du travail. Il présente de plus des limitations fonctionnelles objectives d'ordre orthopédique (voir *supra* consid. 12.4) qui ne sont nullement compensées par d'autres éléments personnels et professionnels tels que la formation ou l'expérience professionnelle. Même en respectant l'interdiction de la double prise en compte pour les limitations fonctionnelles lorsque celles-ci ont déjà été considérées dans la diminution de rendement comme in casu (arrêt du Tribunal fédéral 8C_219/2019 du 30 septembre 2019 consid. 5.2), et en reprenant le taux d'occupation réduit (100% avec une diminution de rendement de 25%), il s'avère que l'autorité inférieure, en ne retenant qu'un abattement de 5% pour l'âge, a sous-estimé les circonstances pouvant influencer sur le revenu d'une activité lucrative dans une mesure qui excède le pouvoir d'appréciation qu'il convient de leur reconnaître. Une déduction globale de 25% telle que demandée par le recourant outrepassé toutefois ce que la jurisprudence fédérale reconnaît dans des cas similaires (cf. notamment arrêts du Tribunal

fédéral 9C_855/2014 du 7 août 2015 consid. 5 et 8C_66/2022 du 11 août 2022 consid. 6). En revanche, une déduction globale de 15% tient en l'occurrence mieux compte des circonstances pertinentes du cas d'es-pèce. Cela apparaît d'autant plus justifié que le Tribunal fédéral a reconnu dans un arrêt récent une déduction globale de 10% dans le cas d'une as-surée de seulement 50 ans au moment déterminant de la comparaison des revenus, qui était absente depuis de nombreuses années du marché du travail et souffrait de troubles psychiques qui avaient déjà été pris en con-sidération dans l'évaluation de la capacité de travail et du rendement (arrêt du Tribunal fédéral 9C_341/2023 du 29 janvier 2024 consid. 6.2.1 et 6.2.3). Or comme il a déjà été vu, dans la présente affaire, outre le fait que le recourant soit absent depuis longtemps du marché du travail et pré-sente des limitations objectives de nature orthopédique, il est bien plus âgé (61 ans et 6 mois ou 62 ans et 7 mois selon le moment qui est retenu) que l'assurée dans l'affaire précitée jugée par le Tribunal fédéral. Ainsi, un abat-tement de 15% sur le revenu d'invalidé apparaît en l'espèce justifié.

16.

16.1 Au vu de ce qui précède, il sied de corriger le calcul opéré par l'auto-rité inférieure, dans la décision entreprise, par la prise en compte d'une déduction de 15% pour l'abattement. Ainsi, le salaire d'invalidé s'élève alors à Fr. 41'981.– ($49'389 \times 85 : 100$).

16.2 La comparaison des revenus de valide et d'invalidé ainsi obtenue dé-bouche sur une perte de gain de 43,94% ($[(74'886 - 41'981) \times 100 : 74'886]$), arrondie à 44%. Selon l'art. 28 al. 2 LAI, un tel taux d'invalidité donne droit à un quart de rente d'invalidité. Les griefs du recourant dirigés contre le calcul du taux d'invalidité sont dès lors fon-dés.

17.

En conséquence, le recours est partiellement admis et la décision attaquée réformée en ce sens que le recourant a droit à un quart de rente d'invalidité à partir du mois de juin 2018 (trois mois après la constatation médicale de de l'aggravation de la santé de l'assuré en mars 2018 selon l'expertise plu-ridisciplinaire du Nn. _____ ; cf. art. 88a al. 2 RAI ; cf. notamment arrêt du Tribunal fédéral 9C_147/2022 du 8 août 2022 consid. 6.3 ; arrêt du Tri-bunal administratif fédéral C-3302/2020 du 8 février 2023 consid. 11). Le dossier est retourné à l'autorité inférieure afin qu'elle procède au verse-ment des prestations arriérées dues, ainsi que, le cas échéant, des intérêts moratoires dus.

18.

Au demeurant, on rappellera que la date du 25 août 2011 (délais d'attente ; voir *supra* consid. 15.4) ne saurait en aucun cas être retenue in casu pour plusieurs raisons. Premièrement, la capacité de travail dans une activité adaptée a été reconnue totale depuis octobre 2010 par les experts du Nn._____ (cf. AI pce 282 p. 1485). Deuxièmement, l'assuré a réussi à se reclasser professionnellement en tant que polisseur de 2012 à 2013 (AI pce 147 p. 452). Enfin, le calcul effectué par l'OAIE dans la décision litigieuse pour l'année 2011 (cf. AI pce 308 p. 1670), qui est en très grande partie correct, aboutit, en le corrigeant, à un taux d'invalidité de 29,51% ($[74'654 - 52'624] \times 100 : 74'654$), arrondi à 30%. Ce taux n'ouvre pas droit à une rente d'invalidité suisse.

Dans le détail, l'OAIE avait retenu pour son calcul un abattement de 15 % en raison des limitations fonctionnelles et l'âge, lequel abattement respecte son pouvoir d'appréciation. Il avait, par contre, exclu une diminution de rendement. Il avait enfin indexé les revenus de valide et d'invalidé à 2011 (l'indice selon l'ISS pour 2008 étant 2092 ; pour rappel : la moyenne des revenus pris en compte s'étendait de 2004 à 2008), et retenu l'ESS 2010 s'agissant du revenu avec invalidité (salaire mensuel brut pour un homme de niveau de qualification 4 [activités simples et répétitives] de Fr. 4'901.–, avec horaire hebdomadaire usuel en 2011 de 41,7 heures, et indice selon l'ISS pour 2010 étant 2150).

19.

Vu l'issue du litige, le recourant ne doit pas participer aux frais de procédure (cf. art. 63 al. 1 PA). L'avance de frais de Fr. 800.– versée sera restituée au recourant une fois le présent arrêt entré en force.

19.1 L'art. 64 al. 1 PA et l'art. 7 du règlement du 21 février 2008 concernant les frais, dépens et indemnités fixés par le Tribunal administratif fédéral [FITAF, RS 173.320.2]) permettent au Tribunal d'allouer à la partie ayant entièrement ou partiellement obtenu gain de cause une indemnité pour les frais indispensables et relativement élevés qui lui ont été occasionnés. A défaut d'autres indications, les honoraires du représentant sont fixés sur la base du dossier, soit, selon l'appréciation de l'autorité, en raison de l'importance et de la difficulté du litige, ainsi que d'après le travail et le temps que le représentant a dû y consacrer (art. 10 et 14 FITAF).

19.2 En l'espèce, le recourant a agi par l'intermédiaire d'un représentant faisant valoir des dépens pour un montant de Fr. 2'300.–, mais sans produire de note d'honoraires. Compte tenu de l'issue de la procédure, de la

difficulté de la cause et du travail effectué par le mandataire, le Tribunal lui alloue, à charge de l'autorité inférieure, et sans supplément TVA (art. 9 al. 1 let. c FITAF en relation avec les art. 1 al. 2 et 8 LTVA [RS 641.20]), une indemnité de dépens qu'il est équitable de fixer à Fr. 2'300.–.

Le dispositif se trouve à la page suivante.

Par ces motifs, le Tribunal administratif fédéral prononce :

1.

Le recours est partiellement admis et la décision attaquée réformée en ce sens que le recourant a droit à un quart de rente d'invalidité à partir du mois de juin 2018.

2.

Le dossier est retourné à l'autorité inférieure afin qu'elle procède au versement des prestations arriérées dues, ainsi que, le cas échéant, des intérêts moratoires dus.

3.

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

4.

Il est alloué une indemnité de dépens au recourant d'un montant de Fr. 2'300.– à charge de l'autorité inférieure.

5.

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 :

Le greffier :

Madeleine Hirsig-Vouilloz

Julien Borlat

Indication des voies de droit :

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

Expédition :