

BVGer C-2584/2017 vom 13. Januar 2021

Bundesverwaltungsgericht, 2021-01-13, FR

Quelle: https://mcp.opencaselaw.ch/entscheid/bvger_C-2584_2017

FR: TAF C-2584/2017 du 13 janvier 2021

IT: TAF C-2584/2017 del 13 gennaio 2021

Regeste

Droit à la rente

Erwägungen

E. 1.1

Selon l'art. 31 de la loi du 17 juin 2005 sur le Tribunal administratif fédéral (LTAF, RS 173.32) et sous réserve des exceptions prévues à l'art. 32 LTAF, le Tribunal de céans, en relation avec les art. 33 let. d LTAF et 69 al. 1 let. b de la loi fédérale du 19 juin 1959 sur l'assurance-invalidité (LAI, RS 831.20), connaît des recours contre les décisions au sens de l'art. 5 de la loi fédérale du 20 décembre 1968 sur la procédure administrative (PA, RS 172.021) prises par l'OAIE.

E. 1.2

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

E. 1.3

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

E. 1.4

Déposé en temps utile dans les formes requises par la loi (art. 60 LPGA et 52 PA) et l'avance de frais ayant été payée (art. 63 al. 4 PA, art. 69 al. 2 LAI), le recours est recevable.

E. 2

Le litige porte sur le début de la rente allouée dès le 1er juillet 2015 et la suppression au 31 décembre 2015 du droit à toute rente. Le droit à une rente entière du 1er juillet 2015 au 31 décembre 2015 n'est pas contesté par le recourant.

E. 3.1

L'affaire présente un aspect transfrontalier dans la mesure où le recourant est un ressortissant français domicilié en France voisine - État membre de l'Union européenne (UE) - en même temps qu'il travaillait en Suisse à l'époque des faits déterminants, de sorte qu'il y a lieu d'appliquer, à la présente cause, l'accord du 21 juin 1999 sur la libre circulation

des personnes (ALCP, RS 0.142.112. 681) conclu entre la Suisse et la Communauté européenne et ses États membres, dont l'annexe II règle la coordination des systèmes de sécurité sociale (art. 8 ALCP). Dans ce contexte, l'ALCP et l'art. 80a LAI font référence depuis le 1er avril 2012 au règlement (CE) n° 883/2004 du Parlement européen et du Conseil du 29 avril 2004 portant sur la coordination des systèmes de sécurité sociale (ci-après : règlement n° 883/2004, RS 0.831.109.268.1), ainsi qu'au règlement (CE) n° 987/2009 du Parlement européen et du Conseil du 16 septembre 2009 fixant les modalités d'application du règlement (CE) n° 883/2004 (ci-après règlement n° 987/2009, RS 0.831.109.268.11; art. 1 al. 1 de l'annexe II en relation avec la section A de l'annexe II). À compter du 1er janvier 2015, sont également applicables dans les relations entre la Suisse et les États membres de l'Union européenne (UE) les modifications apportées notamment au règlement n° 883/2004 par les règlements (UE) n° 1244/2010 (RO 2015 343), n° 465/2012 (RO 2015 345) et n° 1224/2012 (RO 2015 353).

E. 3.2

Conformément à l'art. 4 du règlement n° 883/2004, les personnes auxquelles ce règlement s'applique, bénéficient en principe des mêmes prestations et sont soumises aux mêmes obligations, en vertu de la législation de tout État membre, que les ressortissants de celui-ci. Dans la mesure où l'ALCP et son annexe II ne prévoient pas de disposition contraire, la procédure ainsi que les conditions à l'octroi d'une rente d'invalidité sont déterminées exclusivement d'après le droit suisse (art. 8 ALPC; art. 46 al. 3 du règlement n° 883/2004; ATF 130 V 253 consid. 2.4). Même après l'entrée en vigueur de l'ALCP, le degré d'invalidité d'un assuré qui prétend à une rente de l'assurance-invalidité suisse est ainsi déterminé exclusivement d'après le droit suisse (ATF 130 V 253 consid. 2.4).

E. 3.3

Aux termes de l'art. 40 du règlement du 17 janvier 1961 sur l'assurance-invalidité (RAI, RS 831.201), l'office AI du secteur d'activité dans lequel le frontalier exerce une activité lucrative est compétent pour enregistrer et examiner les demandes présentées par les frontaliers (al. 2), tandis que l'office AI pour les assurés résidant à l'étranger notifie les décisions (al. 3). Compte tenu de la nature transfrontalière de la présente affaire, c'est à juste titre que l'OAI-B._____ a enregistré et instruit la demande, tandis que l'OAI-E a notifié la décision litigieuse.

E. 4.1

La procédure dans le domaine des assurances sociales est régie par la maxime inquisitoire (ATF 138 V 218 consid. 6). L'autorité administrative et, en cas de recours, le Tribunal constatent les faits d'office (cf. art. 12 PA, art. 43 al. 1, 1ère phrase LPG). Par conséquent, il leur appartient d'établir d'office un constat conforme et complet des faits pertinents (ATF 136 V 376 consid. 4.1.1).

E. 4.2

Le Tribunal administratif fédéral applique le droit d'office, sans être lié par les motifs invoqués par les parties (art. 62 al. 4 PA), ni par l'argumentation juridique développée dans la décision entreprise (ATF 139 V 349, 136 V 376 consid. 4.1, 132 V 105 consid. 5.2.8). L'autorité saisie se limite en principe aux griefs soulevés et n'examine les questions de droit non invoquées que dans la mesure où les arguments des parties ou le dossier l'y incitent (ATF 122 V 157 consid. 1a, 121 V 204 consid. 6c).

E. 5.1

Le droit matériel applicable est déterminé par les règles en vigueur au moment où les faits juridiquement déterminants ou ayant des conséquences juridiques se sont produits, le juge n'ayant pas, en principe, à prendre en considération les modifications du droit ou de l'état de fait postérieures à la date déterminante de la décision attaquée, sous réserve de dispositions particulières de droit transitoire (ATF 136 V 24 consid. 4.3, 129 V 1 consid. 1.2). Les faits qui sont survenus postérieurement, et qui ont modifié cette situation, doivent normalement faire l'objet d'une nouvelle décision administrative (ATF 132 V 215 consid. 3.1.1; arrêt du TF 9C_839/ 2017 du 24 avril 2018 consid. 4.2).

E. 5.2

Le Tribunal ne peut prendre en considération que les rapports médicaux établis antérieurement à la décision attaquée, à moins que ceux établis ultérieurement ne permettent de mieux comprendre l'état de santé et la capacité de travail de l'assuré jusqu'à la décision sujette à recours (ATF 121 V 362 consid. 1b, 99 V 98 consid. 4) et qu'ils soient de nature à influencer l'appréciation du cas au moment où la décision attaquée a été rendue (arrêt du TF 9C_34/2017 du 20 avril 2017 consid. 5.2). En particulier, les rapports médicaux produits par le recourant par envoi du 27 octobre 2020, établis largement après la décision attaquée (cf. supra G), ne peuvent être pris en considération dans la présente affaire (cf. consid. 15).

E. 6

Selon l'art. 36 LAI, l'assuré qui compte trois années au moins de cotisations, lors de la survenance de l'invalidité, a droit à une rente ordinaire (al.1). Les cotisations versées à une assurance sociale assimilée d'un État membre de l'Union européenne (UE) ou de l'Association européenne de libre-échange (AELE) peuvent également être prises en considération, à condition qu'une année au moins de cotisations puisse être comptabilisée en Suisse (FF 2005 p. 4065; art. 6 et 45 du règlement n° 883/2004). En l'occurrence, l'assuré a versé des cotisations à l'AVS/AI pendant plus de 3 ans (cf. supra lettre A), de sorte qu'il remplit la condition afférente à la durée minimale de cotisations au moment de l'ouverture du droit à la rente.

E. 7.1

Selon 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 LPG) d'au moins 40% en moyenne durant une année sans interruption notable (let. b); si au terme de cette année, il est invalide à 40 % au moins (let. c). Dans le cadre du délai d'attente d'une année, une incapacité de travail de 20 % est en règle générale déjà considérée comme significative et est prise en considération pour le calcul du taux moyen sur l'année (Pratique VSI 1998 p. 126; Circulaire sur l'invalidité et l'impotence dans l'assurance-invalidité [CIIAI] n° 2010 [État au 1er janvier 2017]).

E. 7.2

L'assuré a droit à un quart de rente s'il est invalide à 40% au moins, à une demi-rente s'il est invalide à 50% au moins, à trois-quarts de rente s'il est invalide à 60% au moins et à une rente entière s'il est invalide à 70% au moins (art. 28 al. 2 LAI). L'art. 29 al. 4 LAI prévoit que les rentes correspondant à un taux d'invalidité inférieur à 50% ne sont versées qu'aux

assurés qui ont leur domicile et leur résidence habituelle (art. 13 LPGA) en Suisse. Suite à l'entrée en vigueur le 1er juin 2002 de l'ALCP (cf. consid. 3), cette restriction n'est pas applicable lorsqu'un assuré est un ressortissant suisse ou de l'UE et réside dans l'un des États membres de l'UE (ATF 130 V 253 consid. 2.3; art. 4 et 7 du règlement (CE) n° 883/04).

E. 7.3

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 18e anniversaire de l'assuré (art. 29 al. 1 LAI) et sous réserve d'un délai d'attente d'une année à compter du début de l'atteinte à la santé (art. 28 al. 1 let. b LAI). La rente est versée dès le début du mois au cours duquel le droit prend naissance (art. 29 al. 2 LAI). L'assuré ayant déposé auprès de l'OAI-B. _____ une demande de prestations le 26 septembre 2014, le droit éventuel à une rente ne s'ouvre au plus tôt qu'à partir du 1er avril 2015 à l'issue du délai de carence d'une année suivant l'incapacité de travail ayant débuté le 24 avril 2014.

E. 7.4

En cas de rentes rétroactives limitées dans le temps, les dispositions relatives à la révision sont applicables. Selon l'art. 17 al. 1 LPGA, si le taux d'invalidité du bénéficiaire de la rente subit une modification notable, la rente est, d'office ou sur demande, révisée pour l'avenir, à savoir augmentée ou réduite en conséquence, ou encore supprimée. Selon la jurisprudence du Tribunal fédéral, la rente peut être révisée non seulement en cas de modification sensible de l'état de santé, mais aussi lorsque celui-ci est resté le même, mais que ses conséquences sur la capacité de gain ont subi un changement important (ATF 130 V 349 consid. 3.5).

E. 7.5

En cas de décision simultanée sur l'octroi d'une rente et son remplacement par une autre rente ou même sa suppression, le changement est régi par l'art. 88a RAI. Selon son al. 1, si la capacité de gain ou la capacité d'accomplir les travaux habituels de l'assuré s'améliore ou que son impotence ou encore le besoin de soins ou le besoin d'aide découlant de son invalidité s'atténue, ce changement n'est déterminant pour la suppression de tout ou partie du droit aux prestations qu'à partir du moment où on peut s'attendre à ce que l'amélioration constatée se maintienne durant une assez longue période. Il en va de même lorsqu'un tel changement déterminant a duré trois mois déjà, sans interruption notable et sans qu'une complication prochaine soit à craindre.

E. 7.6

Lorsque seule la gradation ou la limitation dans le temps des prestations est contestée, le pouvoir d'examen du tribunal n'est pas limité au point que les périodes d'allocations de prestations non remises en cause par l'assuré soient exclues de l'appréciation du tribunal (ATF 131 V 164 consid. 2.2, 125 V 417 consid. 2d avec les références).

E. 8.1

Est réputée invalidité, l'incapacité de gain totale ou partielle qui est présumée permanente ou de longue durée (art. 8 LPGA). L'invalidité peut résulter d'une infirmité congénitale, d'une maladie ou d'un accident (art. 4 al. 1 LAI). Elle 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).

E. 8.2

L'incapacité de gain constitue toute diminution de l'ensemble ou d'une partie des possibilités de gain de l'assuré, sur un marché du travail équilibré, 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 (art. 7 al. 1 LPGA). Seules les conséquences de l'atteinte à la santé sont prises en compte pour juger de la présence d'une incapacité de gain. L'assurance-invalidité suisse couvre ainsi seulement les pertes économiques liées à une atteinte à la santé physique ou psychique, et non la maladie en tant que telle (ATF 116 V 246 consid. 6). De plus, il n'y a incapacité de gain que si celle-ci n'est pas objectivement surmontable (art. 7 al. 2 LPGA).

E. 8.3

Par incapacité de travail, l'on entend toute perte, totale ou partielle, de l'aptitude de l'assuré à accomplir dans sa profession ou son domaine d'activité le travail qui peut raisonnablement être exigé de lui, si cette perte résulte d'une atteinte à sa santé physique, mentale ou psychique. En cas d'incapacité de travail de longue durée, l'activité qui peut être exigée de lui peut aussi relever d'une autre profession ou d'un autre domaine d'activité (art. 6 LPGA).

E. 9.1

Bien que l'invalidité soit ainsi une notion juridique et économique, les données fournies par les médecins constituent un élément utile pour apprécier les conséquences de l'atteinte à la santé et pour déterminer quels travaux on peut encore raisonnablement exiger de l'assuré. Précisément, la tâche des médecins consiste à porter un jugement sur l'état de santé et à indiquer dans quelle mesure et pour quelles activités la personne assurée est incapable de travailler. Il leur appartient de décrire les activités que l'on peut encore raisonnablement attendre de l'assuré compte tenu de ses atteintes à la santé, en exposant les motifs qui les conduisent à retenir telle ou telle limitation de la capacité de travail (ATF 132 V 93 consid. 4, 125 V 256 consid. 4, 115 V 133 consid. 2, 114 V 310 consid. 3c, 105 V 156 consid. 1; voir ég. ATF 140 V 193 consid. 3.2).

E. 9.2

Le juge des assurances sociales doit examiner de manière objective tous les moyens de preuve, quelle que soit leur provenance, puis décider si les documents à disposition permettent de porter un jugement valable sur le droit litigieux. Avant de conférer pleine valeur probante à un rapport médical, il s'assurera que les points litigieux 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 par la personne examinée, 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 de l'expert sont dûment motivées (ATF 143 V 124 consid. 2.2.2, 134 V 231 consid. 5.1, 125 V 351 consid. 3a; arrêt du TF 9C_453/2017 du 6 mars 2018 consid. 4.2). L'élément déterminant pour la valeur probante n'est ni l'origine du moyen de preuve ni sa désignation comme rapport ou comme expertise, mais bel et bien son contenu (ATF 135 V 465 consid. 4.4, 125 V 351 consid. 3; arrêt du TF 9C_555/2015 du 23 mars 2016 consid. 5.2).

E. 9.2.1

Lorsque, au stade de la procédure administrative, une expertise confiée à un médecin indépendant est établie par un spécialiste reconnu (art. 44 LPGA), sur la base d'observations

approfondies et d'investigations complètes, ainsi qu'en pleine connaissance du dossier, et que l'expert aboutit à des résultats convaincants, le juge ne saurait les écarter aussi longtemps qu'aucun indice concret ne permet de douter de leur bien-fondé (ATF 125 V 353 consid. 3b/bb; arrêt du TF I 701/04 du 27 juillet 2005 consid. 2.1.2). La tâche de l'expert est précisément de mettre ses connaissances spéciales à la disposition de la justice afin de l'éclairer sur les aspects médicaux d'un état de fait donné (ATF 135 V 465 consid. 4.4).

E. 9.2.2

Quant aux rapports établis par les médecins traitant, le juge peut et doit tenir compte du fait que, selon l'expérience, le médecin traitant est généralement enclin, en cas de doute, à prendre parti pour son patient en raison de la relation de confiance issue du mandat thérapeutique qui l'unit à ce dernier (ATF 135 V 465 consid. 4.5, 125 V 351 consid. 3a/cc). Cette constatation s'applique de même aux médecins non traitant ou spécialistes (expertises privées) consultés par un patient en vue d'obtenir un moyen de preuve à l'appui de sa requête (cf. arrêt du TF I 321/03 du 29 octobre 2003 consid. 3.1; Michel Valterio, Commentaire Loi fédérale sur l'assurance invalidité [LAI], 2018, art. 57 n° 48). Toutefois, le simple fait qu'un certificat médical ou une expertise de partie soit établi et produit pendant la procédure ne justifie pas en soi des doutes quant à sa valeur probante. Ainsi, on en retiendra des éléments, notamment si ceux-ci, objectivement vérifiables, ont été ignorés dans le cadre d'une expertise indépendante et s'avèrent suffisamment pertinents pour remettre en cause les conclusions de l'expert (cf. ATF 125 cité consid. 3b/dd). En particulier, les rapports des médecins traitant peuvent mettre en doute la fiabilité et le caractère concluant des avis médicaux émanant de l'assureur. Il conviendra ainsi d'ordonner une expertise externe (art. 44 LPGa) si des doutes, mêmes faibles, subsistent quant à la fiabilité et à la pertinence des constatations médicales effectuées à l'interne (cf. ATF 135 V 465 consid. 4, 4.4-4.6).

E. 9.2.3

S'agissant des documents produits par le service médical d'un assureur étant partie au procès (art. 59 al. 2bis LAI, art. 49 al. 2 RAI), le Tribunal fédéral n'exclut pas que l'assureur ou le juge des assurances sociales statuent en grande partie, voire exclusivement sur la base de ceux-ci. Dans de telles constellations, il convient toutefois de poser des exigences sévères à l'appréciation des preuves. Une instruction complémentaire sera ainsi requise, s'il subsiste des doutes, même minimes, quant au bien-fondé des rapports et expertises médicaux au sens de l'art. 49 al. 2 RAI versés au dossier par l'assureur (ATF 139 V 225 consid. 5.2, 135 V 465 consid. 4.6, 122 V 157 consid. 1d, 123 V 175 consid. 3d, 125 V 351 consid. 3b ee; arrêt du TF 9C_10/2017 du 27 mars 2017 consid. 5.1). Le simple fait qu'un avis médical divergeant - même émanant d'un spécialiste - ait été produit ne suffit toutefois pas à lui seul à remettre en cause la valeur probante d'un rapport établi par le service médical de l'assureur (cf. arrêt du TF U 365/06 du 26 janvier 2007 consid. 4.1). Le fait que ces médecins soient liés à l'assureur, d'un point de vue institutionnel ou par un rapport de travail, ne permet pas, pour ce seul motif, de douter de l'objectivité de leur appréciation. Le Tribunal fédéral n'y voit pas de motif de partialité ou de subjectivité (ATF 135 V 465 consid. 4.4).

E. 10.1

L'OAI-B. _____ a procédé à l'instruction de la présente demande de rente d'invalidité et porté au dossier les documents médicaux suivants: - un rapport de radiographie du 18 janvier 2014 du bassin et de la hanche droite ainsi que d'une échographie de la cuisse droite

montrant une coxarthrose droite avec un discret remaniement morphologique de la tête fémorale (AI pce 47 p. 40) ; - un rapport du 5 mai 2014 du Dr L._____ faisant état d'une infiltration sous contrôle scopique de la hanche droite en raison de douleurs (AI pce 47 p. 38) ; - un rapport du 5 juin 2014 du Dr K._____ (spécialiste en chirurgie orthopédique et traumatologie) adressé au Dr M._____ (médecine générale, médecin traitant) faisant mention d'une première consultation en mars 2014, l'assuré présentant une ostéonécrose aseptique de la tête fémorale droite avec une situation fonctionnelle s'étant considérablement dégradée depuis ces dernières semaines, notant une inaptitude totale au travail, préconisant une arthroplastie totale de la hanche droite avec arrêt de travail de trois mois (AI pce 16 p. 15) ; - un rapport de radiographie du 15 juillet 2014 du bassin de face et de la hanche droite mentionnant une coxarthrose à droite (AI pce 47 p. 37) ; - un compte rendu opératoire de l'intervention chirurgicale du 16 juillet 2014 (AI pce 28 p. 7) ; - un rapport de radiographie du 18 juillet 2014 de la hanche droite face et profil sans constatation d'anomalies (AI pce 47 p. 36) ; - un rapport de radiographie du 28 août 2014 du bassin et de la hanche droite indiquant un bon positionnement de la prothèse de la hanche et un bassin équilibré (AI pce 16 p. 14) ; - un rapport du 1er septembre 2014 du Dr K._____ (spécialiste en chirurgie orthopédique et traumatologie) à l'attention du Dr N._____ (médecine générale) notant une opération pour prothèse totale de la hanche droite il y a six semaines dont les suites ont été simples, le patient ayant retrouvé un schéma de marche normal, les phénomènes douloureux étant minimes, le bilan radiologique étant normal, seul demeurant interdit le port de charges lourdes (AI pce 15, p. 5) ; - un rapport du 19 septembre 2014 du Dr D._____ (spécialiste en médecine interne, cardiologie, médecine du sport) à l'attention du Dr N._____ (médecine générale), relevant un patient (117kg/BMI 34.6) présentant un profil de risque cardiovasculaire-métabolique (AI pce 16 p. 13) ; - un rapport du 19 septembre 2014 d'examen du Dr D._____ à l'assureur perte de gain O._____ relevant une incapacité de travail en tant que chauffeur de poids lourds depuis le 24 avril 2014 suivie d'une opération de la hanche le 16 juillet 2014. Le rapport note que l'assuré ne fait pas état de douleurs mais présente un profil de risque cardiovasculaire à traiter, dont la reprise de travail dépend. L'horizon d'une reprise de travail dès novembre 2014 au plus tôt est mentionné (AI pce 16 p. 12) ; - un rapport du 22 octobre 2014 du Dr C._____ (spécialiste en médecine physique et réadaptation) à l'attention du Dr D._____, mentionnant une importante surcharge pondérale, de l'hypertension artérielle, un diabète non insulino-dépendant, un réentraînement kinésithérapique depuis le 28 octobre 2014 (AI pce 22 p. 4) ; - un rapport du 9 novembre 2014 du Dr D._____ à l'assureur O._____ faisant référence au rapport du Dr C._____ du 22 octobre 2014 et indiquant la nécessité de reporter de quelques mois sa détermination sur la reprise de travail de l'assuré en raison de l'incidence de l'obésité sur la capacité de travail (AI pce 22 p. 3) ; - un rapport du 30 janvier 2015 de radiographie du bassin et de la hanche gauche mentionnant un bon positionnement de la prothèse à droite, ne signalant pas d'anomalie significative à la hanche gauche (AI pce 47 p. 34) ; - un rapport du 9 mars 2015 d'infiltration de la hanche gauche faisant état de douleurs invalidantes (AI pce 47 p. 33) ; - un rapport du 12 mai 2015 du Dr E._____ (spécialiste en médecine générale, médecin SMR) préconisant une expertise rhumatologique (AI pce 30) ; - un rapport du 26 mai 2015 d'examens de laboratoire (AI pce 47 p. 43) ; - un rapport du 1er juin 2015 du Dr E._____ préconisant d'annuler l'expertise rhumatologique compte tenu de la nouvelle opération à la hanche gauche annoncée (AI pce 34) ; - un rapport du 30 juin 2015 de radiographie du bassin et de la hanche droite ne notant pas de bascule du bassin suite à la prothèse totale de la hanche ni

de déformation ostéophytique coxo-fémorale (AI pce 47 p. 32) ; - un compte rendu opératoire du 1er juillet 2015 de prothèse totale de la hanche gauche (AI pce p. 37 p. 3) ; - un rapport du 2 juillet 2015 de radiographie post-opératoire de la hanche gauche (AI pce 47 p. 31) ; - un rapport du 17 août 2015 de radiographie du bassin et de la hanche gauche n'indiquant pas d'anomalie notable, notant une bascule modérée du bassin (10 mm) (AI pce 47 p. 30) ; - un rapport du 25 août 2015 du Dr K. _____ (spécialiste en chirurgie orthopédique et traumatologie) au Dr N. _____ (médecine générale) faisant état d'une consultation sept semaines suivant l'opération, indiquant un patient se déplaçant sans canne, sans boiterie, les douleurs étant inexistantes, présentant un bilan radiographique sans particularité, indiquant un arrêt de travail jusqu'à début octobre 2015 et un prochain contrôle radio clinique dans un an (AI pce 42) ; - un courrier du 3 décembre 2015 du Dr K. _____ à l'OAI-B. _____ renvoyant à son rapport du 25 août 2015 pour information quant au statut actuel (AI pce 42 p. 3) ; - un rapport du 8 février 2016 du Dr E. _____ (spécialiste en médecine générale, médecin SMR) rapportant, suite aux opérations des hanches droite et gauche des 16 juillet 2014 et 1er juillet 2015, un status d'incapacité de travail du 24 avril 2014 au 1er septembre 2014 et du 20 mai 2015 jusqu'au 1er octobre 2015 sur le plan orthopédique. Ce médecin relate cependant que le médecin conseil de l'assureur O. _____ a noté dans un rapport du 9 septembre 2014 une obésité fondant une incapacité de travail sans plus de précision quant à la durée. Il préconise une expertise rhumatologique (AI pce 44) ; - un rapport du 16 février 2016 d'exams de laboratoire (AI pce 47 p. 41) ; - un rapport du 18 février 2016 du Dr G. _____ (spécialiste en neurologie) indiquant un bilan de paresthésies douloureuses de l'extrémité distale des membres inférieurs chez un diabétique, évoquant selon l'anamnèse et l'examen clinique une neuropathie périphérique. Ce médecin relève un EMG objectivant une polyneuropathie périphérique sensitive et motrice mixte à prédominance axonale, diagnostic à vérifier par des examens biologiques, un bilan hépatique et un examen EMG de contrôle au 2e semestre 2016 (AI pce 47 p. 48) ; - un rapport du 13 avril 2016 d'échographie abdomino-pelvienne faisant état d'une hépatomégalie à contours réguliers et d'une stéatose hépatique marquée (AI pce 47 p. 39) ; - un rapport du 13 mai 2016 (examen du 10 mai 2016) d'expertise rhumatologique du Dr F. _____ (spécialiste en rhumatologie et médecine interne), notant à l'anamnèse des plaintes de douleurs aux hanches lors de changements de temps et de positions assises de longue durée (nécessité de se lever après 2 h.), un périmètre de marche lente d'une heure, une perte de sensations aux deux pieds depuis une année, indiquant à l'examen clinique un bon état général, ne relevant pas de limitations fonctionnelles du tronc et des membres supérieurs et inférieurs, n'indiquant pas d'atrophie musculaire. L'expert pose les diagnostics avec incidence sur la capacité de travail de douleurs résiduelles apparemment mécaniques bilatérales au niveau des grands trochanters, de status après prothèses totales des hanches droite et gauche les 16 juillet 2014 et 1er juillet 2015 pour nécrose des têtes de fémur et les diagnostics sans incidence sur la capacité de travail notamment d'hypertension artérielle, obésité de grade II (183cm/128.4kg/BMI 38.3 kg/m²), diabète mellitus de type II, polyneuropathie probablement dans le contexte du diabète, taux sérologique élevé de ferritine, discrètes douleurs résiduelles après opération d'une hernie discale lombaire en 1996, status après arthroscopie du genou droit en 1989 non douloureux, diastase rectale. L'expert a retenu sur le plan rhumatologique une capacité de travail de 100% dans une pure activité de chauffeur de poids lourds sans tâches de (dé)chargement, idéalement sans poste de conduite d'accès surélevé. Dans le cadre d'une activité adaptée légère sans port, soulèvement, traction et poussée de poids supérieurs à 10 kg, sans position contraignante

sur la durée telle qu'être seulement assis, debout, en déplacement, répétitivement plié, accroupi, sans usage sur la durée d'échelle et échafaudage, l'usage d'escaliers et rampes étant possible. L'expert a indiqué une capacité de travail de 100%, notamment dans une activité principalement assise permettant le changement de positions, comme celles en lien avec sa formation commerciale. Il n'a pas retenu de capacité de travail dans une activité moyenne à lourde. Se référant aux dates des opérations, le Dr F. _____ a relevé une incapacité de travail de 100% du 24 avril 2014 au 16 octobre 2014 (3 mois après l'opération), de 0% du 17 octobre 2014 au 30 juin 2015, de 100% du 1er juillet 2015 au 1er octobre 2015 (3 mois après l'opération), de 0% à partir du 2 octobre 2015. L'expert a noté la participation de l'assuré à un cours obligatoire de conduite de poids lourds de 5 jours en octobre 2015 et qu'il s'était annoncé au chômage en France le 8 décembre 2015 en tant que chauffeur de poids lourds à 100%. Il a indiqué que les réserves du Dr D. _____ étaient difficiles à comprendre, que certes l'assuré souffrait d'obésité, diabète et hypertension mais que ces atteintes l'affectaient depuis de nombreuses années sans entraîner per se un obstacle à la reprise du travail, une incapacité de travail durable (AI pce 47) ; - un rapport du 21 juillet 2016 du Dr E. _____ (spécialiste en médecine générale, médecin SMR) résumant le rapport d'expertise du Dr F. _____, confirmant les diagnostics et son appréciation des périodes d'incapacité de travail et de capacité de travail. Le Dr E. _____ a reconnu à ce rapport pleine valeur probante (AI pce 49) ; - un rapport du 28 octobre 2016 du Dr G. _____ (spécialiste en neurologie) notant les plaintes de paresthésies douloureuses prédominant à l'extrémité proximale des deux membres inférieurs surtout droit, relevant notamment à l'examen clinique des douleurs à la mobilisation passive des deux hanches, un Lasègue bilatéral à 45°, un testing 5 [normal], des réflexes rotuliens présents faibles et symétriques, des réflexes L5 et S1 abolis, un bilan biologique mettant en évidence des arguments évocateurs d'une hépatopathie, un syndrome d'ataxie proprioceptive (trouble de l'équilibre à la station debout et à la marche), une légère accentuation de la polyneuropathie périphérique sensitive et motrice mixte à prédominance axonale déjà retenue le 18 février 2016. Le rapport recommande des investigations complémentaires à orientation gastro-hépatologique (AI pce 53 p. 1) ; - un rapport du 28 novembre 2016 du Dr H. _____ (spécialiste en angiologie et médecine vasculaire), établi dans le cadre d'une surveillance, notant l'évocation par le patient de troubles sensitifs des pieds, ne notant pas de claudication. Ce médecin indique à l'examen des membres inférieurs un bilan vasculaire artériel en faveur d'une artérite de stade 1 distale bilatérale compensée et à l'examen des troncs supra aortiques un bilan fonctionnel en faveur d'une artérite carotidienne interne bilatérale mineure non significative, une bonne perfusion vertébro-sous-clavière bilatérale, un bilan artériel globalement compensé, une neuropathie périphérique (AI pce 53 p. 4) ; - un rapport du 9 février 2017 du Dr E. _____ (spécialiste en médecine générale, médecin SMR) se référant aux deux rapports précédents, indiquant que les atteintes étaient connues, que les rapports précités, de même que les compléments d'examens préconisés qui ne retiennent pas de troubles vasculaires à la tête et à l'innervation des extrémités, n'avaient pas d'incidence sur la capacité de travail (AI pce 55) ; - une attestation du 3 août 2017 de consultation psychiatrique du Dr I. _____ sans autre indication (TAF pce 8, annexe).

E. 10.2

Sur le plan médical, le TAF a reçu de l'assuré et concernant l'état de santé de ce dernier jusqu'à la décision du 24 avril 2017 : - un rapport médical du 6 novembre 2014 du Dr K. _____ (spécialiste en chirurgie orthopédique et traumatologie) notant une bonne évolution et un bon pronostic avec une reprise de travail envisagée au 1er janvier 2015

(TAF pce 17.2) ; - un rapport d'intervention chirurgicale de la hanche gauche du 1er juillet 2015 (TAF pce 17.3) ; - un rapport du Centre médical J._____ notant une hospitalisation normale du 2 au 6 mars 2015 et le 18 mai 2015 (TAF pce 17.1) ; - un rapport du 24 octobre 2016 du Dr P._____ (praticien hospitalier) faisant état d'une hépatomégalie, d'un nodule surrénalien gauche compatible avec un adénome et d'une ascite abdomino-pelvienne de faible abondance (TAF pce 15.12).

E. 10.3

Sur le plan économique, l'OAI-B._____ a notamment porté au dossier : - l'extrait de compte individuel de l'assuré (AI pce 12) ; - le questionnaire à l'employeur daté du 15 octobre 2014 indiquant une activité de chauffeur de poids lourds exercée à 100% du 20 janvier 2011 au 31 octobre 2014 (dernier jour de travail le 23 avril 2014), le contrat ayant été résilié par l'employeur pour cause de maladie (AI pce 13).

E. 11.1

L'OAIE, respectivement l'OAI-B._____, a retenu dans sa décision du 24 avril 2017, d'une part, une incapacité de travail totale à partir du 24 avril 2014 en lien avec la pose d'une prothèse totale de la hanche droite le 16 juillet 2014, relevant qu'à compter du 24 avril 2015, à l'issue du délai de carence d'une année, l'assuré avait recouvré déjà avant cette date, soit trois mois après l'opération, une capacité de travail entière dans une activité adaptée ne générant pas d'invalidité par comparaison de revenus avec et sans invalidité. D'autre part, l'OAIE a retenu, en lien avec la pose de la prothèse totale de la hanche gauche, qu'à partir de l'opération du 1er juillet 2015 l'assuré présentait une incapacité de travail totale jusqu'au 1er octobre 2015, date à partir de laquelle l'assuré était en mesure de reprendre une activité adaptée à plein temps, ce qui fondait l'octroi d'une rente entière du 1er juillet 2015 au 31 décembre 2015 (cf. supra consid.7.4 et 7.5). Dans son appréciation, l'OAIE s'est fondé sur le rapport d'expert du 13 mai 2016 du Dr F._____ (spécialiste en rhumatologie et médecine interne), résumé et confirmé par le Dr E._____ (spécialiste en médecine générale, médecin SMR) dans son rapport du 21 juillet 2016. Dans ses écritures, l'OAIE, respectivement l'OAI-B._____ (détermination du 6 juillet 2017) a indiqué, s'étant référé aux constats et aux conclusions de l'expertise du Dr F._____, que, du moment qu'aucun élément ou indice contraire n'était apporté à son encontre, ledit rapport pouvait être retenu à la base de la décision rendue. Il a relevé que les rapports médicaux que le recourant indiquait attendre ne seraient pas de nature à modifier la décision, qu'en l'occurrence les valeurs sérologiques attendues n'avaient en elles-mêmes pas d'incidence sur la capacité de travail. S'agissant du rapport du 28 octobre 2016 du Dr G._____ (spécialiste en neurologie), l'OAI-B._____ a indiqué qu'il était assez semblable à celui de ce médecin du 18 février 2016, connu du Dr F._____, qu'il mentionnait une légère accentuation de la polyneuropathie sans d'ailleurs que le Dr G._____ ait pris position sur la capacité de travail. S'agissant du rapport du 28 novembre 2016 du Dr H._____ (spécialiste en angiologie), l'OAI-B._____ a indiqué qu'il n'y avait pas de limitation de la capacité de travail sous l'angle angiologique, le Dr H._____ n'ayant par ailleurs également pas pris position à ce sujet. Notant que les rapports médicaux produits n'étaient pas de nature à contredire les conclusions de l'expertise du 13 mai 2016 du Dr F._____, l'OAI-B._____ a conclu que, s'il devait survenir une péjoration de l'état de santé après la décision attaquée, il appartenait au recourant de déposer une nouvelle demande auprès de l'office AI.

E. 11.2

Le recourant conteste le début de la rente à partir du 1er juillet 2015 et qu'elle soit limitée dans le temps au 31 décembre 2015. Il fait valoir un état de santé qui s'est gravement dégradé en raison d'une neuropathie au niveau des pieds et de douleurs liées aux prothèses des hanches. À l'appui de son recours, il produit des rapports médicaux joints à la contestation du projet de décision, soit ceux des Drs G. _____ du 28 octobre 2016 et H. _____ du 28 novembre 2016, et réserve d'autres rapports médicaux. Avec sa réplique, il produit une attestation de consultation psychiatrique du 3 août 2017.

E. 12.1

Le recourant a été en incapacité de travail totale à compter du 24 avril 2014 et a été opéré le 16 juillet 2014. À cette date, il a subi l'implantation d'une prothèse complète de la hanche droite. Selon le rapport d'expertise du 13 mai 2016 du Dr F. _____ (spécialiste en rhumatologie et médecine interne), l'assuré a recouvré sur le plan rhumatologique une capacité de travail totale dans son activité habituelle de chauffeur de poids lourds dans le transport de containers sans obligation de [dé]chargements le 17 octobre 2014, trois mois après l'opération. Idéalement, le poste de conduite ne devrait pas être trop surélevé, ce qui pourrait être un problème. Une capacité de travail totale dans une activité adaptée a également été retenue à cette même date, notamment dans une position assise permettant le changement de position, sans port, soulèvement, traction et poussée de poids supérieurs à 10 kg, sans position contraignante sur la durée telle qu'être seulement assis, debout, en déplacement, en position pliée, accroupie de façon répétée, sans usage sur la durée d'échelle et échafaudage, l'usage d'escaliers et de rampes étant possible. Le Dr F. _____ a relevé qu'une activité dans le cadre de la formation initiale de l'assuré d'employé de commerce était également entièrement adaptée. Selon le Dr F. _____, la pleine capacité de travail recouvrée tant dans l'activité antérieure que dans une activité adaptée a perduré jusqu'au 30 juin 2015.

E. 12.2

L'appréciation médico-théorique du 13 mai 2016 du Dr F. _____, selon laquelle il peut être retenu au 17 octobre 2014 une pleine capacité de travail avec les limitations fonctionnelles évoquées, n'est pas contredite par le rapport du 1er septembre 2014 du Dr K. _____ (spécialiste en chirurgie orthopédique et traumatologie) qui a relevé, six semaines après l'opération, que le patient avait retrouvé un schéma de marche normal, les phénomènes douloureux étant minimes, que le bilan radiologique était normal et que seul demeurerait interdit le port de charges lourdes. Toutefois, il sied de relever que le Dr K. _____ dans un rapport du 6 novembre 2014 a maintenu l'incapacité de travail de l'assuré jusqu'à la fin de l'année 2014 notant une bonne évolution, un bon pronostic et une reprise d'activité au 1er janvier 2015 (TAF pce 17.2). À l'encontre de cette approche orthopédique, il y a toutefois lieu de signaler le rapport du 22 octobre 2014 du Dr C. _____ (spécialiste médecine physique et de réhabilitation) mentionnant notamment une importante surcharge pondérale et de l'hypertension artérielle et le rapport du 9 novembre 2014 du Dr D. _____ (spécialiste en médecine interne, cardiologie et médecine du sport) à l'assureur O. _____ indiquant la nécessité de reporter de quelques mois sa détermination sur la reprise de travail de l'assuré (licencié au 31 octobre 2014) en raison de l'incidence de l'obésité sur la capacité de travail. Le report de la reprise de travail ultérieurement au 17 octobre 2014 a certes été indiqué par un médecin spécialiste. Le bien-fondé de ce report de reprise d'activité est toutefois contesté par le Dr F. _____ dans son rapport d'expertise du

13 mai 2016 du fait que l'assuré a fait face auparavant à son problème d'obésité. Cet avis divergeant se base sur un examen clinique approfondi postérieur de quelque 6 mois à celui du Dr D. _____ et sa communication à l'assureur O. _____ sans que ce médecin l'ait cliniquement étayé notamment en relation avec l'activité jusqu'alors exercée et la nature invalidante retenue du surpoids. Constatant qu'un suivi au Centre Médical J. _____ à visée hygiéno-diététique avait été prévu le 28 octobre 2014 avec réentraînement kinésithérapique et mobilisation, le TAF a requis le rapport en question ; or, de l'information même du recourant, un tel suivi n'a pas eu lieu (cf. TAF pce 15), le traitement s'est limité à quelques heures de marche sur tapis (cf. TAF pce 17). Le 20 mai 2015, le recourant a informé l'OAI-B. _____ de la nécessité d'une opération pour une prothèse de la hanche gauche, laquelle a eu effectivement lieu le 1er juillet 2015, date qu'il avait indiquée. La question de savoir si l'assuré présentait une incapacité de travail liée aux problèmes de la hanche gauche déjà avant l'opération, comme cela s'est avéré avec la hanche droite, dont l'incapacité de travail totale de l'assuré a été reconnue quelque 3 mois avant l'opération de cette hanche, a été tranchée positivement par le Dr E. _____ du SMR de l'OAI-B. _____ dans son rapport du 8 février 2016. Il a retenu pour la deuxième hanche une incapacité de travail totale médico-théorique dès le 20 mai 2015 (date de communication du jour de l'opération le 1er juillet 2015) jusqu'au 1er octobre 2015 (AI pce 44). La Cour ne peut retenir comme l'a fait l'OAI-B. _____ que l'assuré a présenté une incapacité totale de travail à compter seulement du jour de l'opération de la 2ème hanche le 1er juillet 2015 alors que déjà le 20 mai 2015 (cf. pce AI 32) l'assuré connaissait la date de l'opération qui n'a pu être décidée qu'au vu d'atteintes concrètes à la santé et de constats médicaux. Le Dr F. _____ n'a pas indiqué les raisons pour lesquelles il n'a retenu une incapacité de travail totale qu'à compter du jour de l'opération contrairement au Dr E. _____. La date du 20 mai 2015, prise en compte par le Dr E. _____ dans son rapport du 8 février 2016, peut être retenue et même déjà antérieurement au 11 mai 2015. Un rapport de radiographie du 30 janvier 2015 n'a certes pas relevé d'anomalie significative au niveau de la hanche gauche et un rapport du 9 mars 2015 mentionne des douleurs invalidantes et des infiltrations sans toutefois indiquer la nécessité d'une opération. Toutefois, un rapport IRM de la hanche gauche du 11 mai 2015, listé par le Dr F. _____ dans son rapport (p. 8), note une nécrose de cette hanche. Ce constat a fondé avec une vraisemblance prépondérante l'opération subséquente. Vu ce qui précède, une incapacité de travail totale doit être reconnue à compter du 11 mai 2015 et non à compter seulement du 1er juillet 2015. Cette première date est reportée au 1er mai 2015.

E. 12.3

Dans son rapport d'expertise du 13 mai 2016, le Dr F. _____ a retenu, trois mois après la deuxième opération de la hanche le 1er juillet 2015, soit à compter du 1er octobre 2015, une capacité de travail entière dans l'activité habituelle de chauffeur de poids lourds sans (dé)chargement, sans poste de conduite surélevé ainsi que dans une activité adaptée. Il n'appert pas du dossier de rapports médicaux contestant une capacité de travail précitée exigible recouvrée à la date médico-théorique du 1er octobre 2015. Dans un rapport du 25 août 2015, le Dr K. _____ (spécialiste en chirurgie orthopédique et traumatologie) a indiqué, sept semaines après l'opération, un patient se déplaçant sans canne, sans boiterie, sans douleurs, présentant un bilan radiologique sans particularité. Ce médecin a noté également un arrêt de travail jusqu'au 1er octobre 2015. Par ailleurs, comme il en résulte du rapport du Dr F. _____, l'assuré a effectué un cours obligatoire de 5 jours en octobre 2015 de chauffeur de poids lourds pour le maintien de son permis et s'est annoncé au chômage en

France comme conducteur de poids lourds à 100% le 8 décembre 2015. Ces faits accréditent la date du 1er octobre 2015. Au dossier, entre le rapport précité du Dr K. _____ du 25 août 2015 et l'expertise du Dr F. _____ du 13 mai 2016, ne figurent qu'un rapport du 13 avril 2016 d'échographie abdomino-pelvienne faisant état d'une stéatose hépatique marquée et un rapport du Dr G. _____ (spécialiste en neurologie) du 18 février 2016 indiquant un bilan de paresthésies douloureuses de l'extrémité distale des membres inférieurs chez un diabétique, évoquant selon l'anamnèse et l'examen clinique une neuropathie périphérique, préconisant des examens biologiques, un bilan hépatique, un EMG de contrôle. Ce dernier rapport, ne s'exprimant pas sur la capacité de travail de l'assuré, mentionné dans le rapport d'expertise du Dr F. _____, n'a pas été discuté en particulier par l'expert. Dans sa prise de position suite au recours, l'OAI-B. _____ a cependant indiqué au sujet d'un autre rapport du Dr G. _____ du 28 octobre 2016 qu'il était assez semblable à celui de ce médecin du 18 février 2016, connu du Dr F. _____, et qu'il mentionnait une légère accentuation de la polyneuropathie sans d'ailleurs que le Dr G. _____ ait pris position sur la capacité de travail. S'agissant du rapport du Dr H. _____ (spécialiste en angiologie et médecine vasculaire) du 28 novembre 2016, l'OAI-B. _____ a indiqué qu'il n'y avait pas de limitation de la capacité de travail sous l'angle angiologique, le Dr H. _____ ne s'étant d'ailleurs pas prononcé à ce sujet. Enfin, notons que le rapport du 24 octobre 2016, non au dossier de l'OAIE, produit par le recourant avec son écriture du 27 octobre 2020, antérieur à la décision attaquée du 24 avril 2017, fait état d'une hépatomégalie et d'une ascite abdomino-pelvienne de faible abondance (TAF pce 15.12). Ces constats, signes certes d'atteintes à la santé, n'ont en soi pas d'incidence sur la capacité de travail de l'assuré sous réserve de dégradations autrement documentées de l'état de santé. Le rapport d'expertise du Dr F. _____ du 13 mai 2016 a été établi par un spécialiste en rhumatologie. Il résume le contenu essentiel des pièces médicales figurant au dossier, de sorte qu'il a été établi en pleine connaissance de l'anamnèse. Il évoque les plaintes de l'assuré, se fonde sur un examen complet pratiqué sur la personne expertisée dont il ressort un bon état de santé général et rhumatologique. La logique est constante, de même que l'argumentation est exempte de contradiction, cohérente et convaincante. La description et l'appréciation du contexte médical sont claires. Les conclusions de l'expert relatives aux diagnostics et à l'appréciation de la capacité de travail du recourant à la suite de sa deuxième opération de la hanche sont motivées. Le Tribunal de céans retient toutefois en lien avec l'opération de la hanche gauche une incapacité totale de travail à compter du 11 mai 2015 (rapport IRM du 11 mai 2015 établissant une nécrose de la hanche) en lieu et place du 1er juillet 2015 (date de l'opération). Il y a également lieu de retenir l'existence d'une capacité entière de travail dans une activité adaptée recouvrée au 1er octobre 2015, soit une amélioration de l'état de santé, avec les limitations indiquées par le Dr F. _____ dans son rapport d'expertise et reprises dans la décision attaquée. À l'instar de l'OAI-B. _____, respectivement de l'OAIE, il y a lieu de considérer que, compte tenu du tableau médical (obésité, hypertension artérielle, status post prothèses totales des hanches droite et gauche) et des liens entre les périodes rapprochées d'incapacité de travail liées aux interventions sur les deux hanches, l'ensemble des atteintes à la santé constitue un seul cas d'assurance (cf. arrêt du TF 9C_692/2018 du 19 décembre 2018 consid. 4.2.3).

E. 13

Avec son recours, l'assuré a produit une attestation de consultation du 3 août 2017 du Dr I. _____ (psychiatre) sans autre indication (TAF pce 8 annexe). Cette attestation ne posant aucun diagnostic et étant émise plus de trois mois après la décision dont est recours, elle ne

saurait être prise en compte (cf. supra consid. 5.2). S'agissant des rapports médicaux produits par l'assuré avec son écriture spontanée du 27 octobre 2020, le Tribunal constate qu'à l'exception d'un rapport du 24 octobre 2016, non déterminant in casu (cf. consid. 12.3 par. 2 in fine), les autres nouveaux rapports concernent l'état de santé somatique de l'assuré largement après la décision attaquée. Ils ne peuvent pas être pris en considération dans le cadre du présent recours.

E. 14

Il s'agit à présent de déterminer si l'évaluation du taux d'invalidité effectuée par l'autorité inférieure par comparaison de revenus avec et sans invalidité en 2015 est conforme au droit.

E. 14.1

Pour évaluer le taux d'invalidité des assurés ayant exercé précédemment une activité à plein temps, le revenu que l'assuré aurait pu obtenir s'il n'était pas invalide est comparé avec celui qu'il pourrait obtenir en exerçant l'activité qui peut être raisonnablement exigée de lui, après les traitements et les mesures de réadaptation, sur un marché du travail équilibré (cf. art. 28a al. 1 LAI et 16 LPGA).

E. 14.1.1

Pour procéder à la comparaison des revenus, il convient de se placer au moment de la naissance du droit à la rente. En outre, les revenus avec et sans invalidité doivent être déterminés par rapport à un même moment et les modifications de ces revenus susceptibles d'influencer le droit à la rente survenues jusqu'au moment où la décision est rendue doivent être prises en compte (ATF 132 V 393 consid. 2.1, 129 V 222 consid. 4.1 et 4.2). Selon la jurisprudence, les revenus avant et après invalidité doivent être établis indexés jusqu'à la date de la survenance du droit à la rente suite au délai d'attente d'une année (ATF 129 V 222 consid. 4.1, 128 V 174 consid. 4).

E. 14.1.2

Les revenus à comparer doivent être évalués de manière aussi concrète que possible si bien qu'il convient, dans la mesure du possible, de se référer aux salaires réellement gagnés par l'assuré avant l'atteinte à la santé et après l'ouverture du droit éventuel à la rente. À défaut d'un salaire de référence, un salaire théorique doit être évalué sur la base des statistiques salariales retenues par les enquêtes suisses sur la structure des salaires (ci-après : ESS), publiées par l'Office fédéral de la statistique (ci-après : OFS) ou sur la base des données salariales résultant des descriptions de postes de travail établies par la Caisse nationale suisse d'assurance en cas d'accidents (CNA; ATF 139 V 592 consid. 2.3, 129 V 472, 126 V 75 consid. 3b/aa et bb; arrêt du TF 9C_719/2015 du 3 juin 2016 consid. 5.1). Les données de l'ESS relatives aux années déterminantes servent à fixer le montant du gain que l'assuré pourrait obtenir, sur un marché équilibré du travail, en mettant pleinement à profit sa capacité résiduelle de travail dans un emploi adapté à son handicap (arrêt du TF I 222/05 du 13 octobre 2005 consid. 6.1). Il y a lieu de se référer en principe toujours aux données les plus récentes (ATF 143 V 295 consid. 2.3 et 4, 142 V 178 consid. 2.5.8.1; arrêts du TF 9C_725/2015 du 5 avril 2016 consid. 4.3.1, 8C_520/2016 du 14 août 2017 consid. 4.3.1). Sont déterminantes les données publiées au moment de la décision attaquée et non celles qui l'ont été plus tard (arrêt du TF 9C_699/2015 du 6 juillet 2016 consid. 5.2 et les réf.; Valterio, Commentaire LAI, art. 28a n° 35). En l'absence d'un revenu effectivement réalisé, la jurisprudence admet la référence aux données des ESS groupe des tableaux « A » correspondant à des salaires bruts standardisés (arrêt du TF I 194/06 du 28 septembre 2006

consid. 2.1 et la réf.). La valeur statistique - médiane - s'applique alors, en principe, à tous les assurés qui ne peuvent plus accomplir leur ancienne activité parce qu'elle est physiquement trop astreignante pour leur état de santé, mais qui conservent néanmoins une capacité de travail importante dans des travaux légers. La table généralement utilisée est la table TA1 (secteur privé) (cf. Valterio, Commentaire LAI, art. 28a n° 80).

E. 14.1.3

L'administration doit de plus tenir compte pour le salaire d'invalidé de référence d'une diminution de celui-ci, cas échéant, pour raison d'âge, de limitations dans les travaux dits légers ou de circonstances particulières (années de service, nationalité / catégorie d'autorisation de séjour et taux d'occupation). La jurisprudence n'admet à ce titre pas de déduction globale supérieure à 25% (ATF 126 V 75 consid. 5). La hauteur de la réduction dépend de chaque cas d'espèce - une réduction automatique n'est pas admissible (arrêt du TF 9C_187/2011 du 30 mai 2011 consid. 4.2.1) - et relève en premier lieu de l'office AI qui dispose pour cela d'un large pouvoir d'appréciation.

E. 14.1.4

Lorsqu'il apparaît qu'un assuré a réalisé un revenu nettement inférieur à la moyenne en raison de facteurs étrangers à l'invalidité et que les circonstances ne permettent pas de supposer que l'assuré s'est contenté délibérément d'un salaire plus modeste que celui auquel il aurait pu prétendre, il convient d'abord d'effectuer un parallélisme des deux revenus à comparer. En pratique, celui-ci peut être effectué soit au regard du revenu sans invalidité en augmentant de manière appropriée le revenu effectivement réalisé ou en se référant aux données statistiques, soit au regard du revenu d'invalidé en réduisant de manière appropriée la valeur statistique (cf. ATF 134 V 322 consid. 4.1). Dans une seconde phase, il convient d'examiner si une déduction doit être opérée sur le revenu d'invalidé obtenu à partir des valeurs moyennes statistiques. À cet égard, il faut remarquer que les facteurs étrangers à l'invalidité éventuellement déjà pris en considération lors de la mise en oeuvre du parallélisme des revenus à comparer ne peuvent pas être pris en compte une seconde fois dans le cadre de la déduction pour circonstances personnelles et professionnelles (ATF 134 V 322 consid. 5.2 et 6.2). Lorsqu'il s'agit de déterminer si le revenu sans invalidité effectivement réalisé est inférieur à la moyenne, il faut partir du salaire que l'assuré a obtenu pour son activité à temps complet dans le cadre de l'horaire de travail convenu contractuellement, sans y inclure l'indemnisation des heures supplémentaires effectuées (ATF 141 V 1 consid. 5) ou d'autres indemnités forfaitaires couvrant des frais effectifs. En cas d'un salaire effectivement perçu nettement inférieur aux salaires habituels de la branche, c'est-à-dire inférieur d'au moins 5%, le parallélisme des revenus à comparer porte sur la part qui excède le taux déterminant de 5% (ATF 135 V 297 consid. 6.1.3; voir ég. CIIAI [Éd. 2017] cm 3020).

E. 14.1.5

S'agissant d'assurés résidant à l'étranger, la comparaison des revenus doit se faire sur le même marché du travail car les salaires et le coût de la vie ne sont pas les mêmes entre deux pays et ne permettent pas une comparaison objective (ATF 110 V 273 consid. 4b; arrêt du TF 9C_606/2019 du 20 mai 2020 consid. 6.2.1).

E. 14.1.6

La notion de marché équilibré du travail est une notion théorique et abstraite qui sert de critère de distinction entre les cas tombant sous le coup de l'assurance-chômage et ceux qui

relèvent de l'assurance-invalidité. Elle implique, d'une part, un certain équilibre entre l'offre et la demande de main d'oeuvre et, d'autre part, un marché du travail structuré de telle sorte qu'il offre un éventail d'emplois diversifiés, tant au regard des exigences professionnelles et intellectuelles qu'au niveau des sollicitations physiques. L'administration n'a pas à démontrer l'existence d'offres de travail concrètes disponibles et correspondant aux limitations de l'assuré (arrêt du TF 9C_633/2016 du 28 décembre 2016 consid. 4.2).

E. 14.2

En l'espèce, l'éventuel droit du recourant à une rente peut s'ouvrir au plus tôt le 1er avril 2015 (cf. supra consid. 7.3). Il y a lieu in casu, vu les évolutions des états de santé retenus, d'évaluer au 1er avril, au 1er mai et au 1er octobre 2015 les degrés d'invalidité de l'assuré à l'aune, d'une part, d'une incapacité totale de travail du recourant dans son métier de chauffeur de poids lourds depuis le 24 avril 2014, d'autre part, d'une capacité entière de travail dans une activité lucrative adaptée recouvrée antérieurement au 1er avril 2015 et à cette date, d'une incapacité totale de travail du 1er mai au 30 septembre 2015 et d'une capacité entière de travail dans une activité lucrative adaptée recouvrée au 1er octobre 2015. Le recourant ayant été licencié au 31 octobre 2014, il convient d'évaluer son invalidité en se référant aux tables des ESS permettant la prise en compte de salaires avec invalidité variés.

E. 14.2.1

Tant au 1er avril qu'au 1er octobre 2015, l'activité adaptée est en référence à une activité exercée notamment dans une position assise permettant le changement de positions, sans port, soulèvement, traction et poussée de poids supérieurs à 10 kg, sans position contraignante sur la durée telle qu'être seulement assis, debout, en déplacement, en position pliée, accroupie de façon répétée, sans travail sur échelle et échafaudage, l'usage d'escaliers et de rampes étant possible.

E. 14.2.2

Dans sa décision du 24 avril 2017, l'OAI-E, respectivement l'OAI-B. _____, s'est référé au revenu annuel de l'assuré annoncé par son ancien employeur de 54'600.- francs en 2014 et à un revenu annuel avec invalidité de 66'158.- francs établi selon l'ESS 2012 Tablette TA1_tirage_skill_level, total secteur privé, niveau de compétence 1, homme : 5'210.- francs par mois, basé sur une durée de travail de 40 h./sem., adapté par une indexation de 1.5% pour 2014 et la prise en compte d'une durée de travail de 41.7 h./sem. Un abattement sur le revenu avec invalidité n'a pas été retenu. Il n'est pas résulté de taux d'invalidité de la comparaison des revenus (cf. AI pce 58 p. 11) du fait même d'un revenu avec invalidité supérieur au revenu sans invalidité. Ce calcul ne peut être validé.

E. 14.2.3

Selon le questionnaire à l'employeur du 15 octobre 2014 (cf. pce AI 13), sans invalidité, le recourant aurait réalisé, en 2014 (indice 2220; base 1939: 100), un revenu de 54'600.- francs. Ce montant est nettement inférieur au revenu statistique des branches 49-52 des transports terrestres, par eau, aériens et de l'entreposage selon l'ESS 2014 TA1-tirage_skill-level qui indique pour le niveau de qualification 1 (tâches physiques manuelles simples) pour les hommes un montant de 5'447.- francs par mois, soit 65'364.- francs par année. La différence entre ce dernier montant et celui effectivement annoncé pour 2014 par l'employeur est de 16.46%. Il s'ensuit que le revenu sans invalidité à prendre en compte pour la comparaison de revenus sans et avec invalidité doit être majoré, après

déduction de 5% sur 16.46%, de 11.46% (cf. consid. 14.1.4). Il n'est en effet pas établi des actes au dossier que le recourant se serait accommodé volontairement d'un revenu moins élevé. Il s'établit ainsi à 60'857.16 francs valeur 2014. Indexé valeur 2015 (2226; base 1939: 100), ce montant s'établit à 61'021.63 francs. Il n'appert pas du dossier que le salaire perçu par le recourant relativement bas par rapport aux branches 49-52 de l'ESS 2014 correspondrait à un salaire établi selon une convention collective et que, de ce fait, il devrait être retenu comme usuel dans la branche (cf. arrêt du TF 9C_138/2019 du 29 mai 2019 consid. 6.2). Même si cela était néanmoins le cas (la question n'a pas été instruite par l'autorité inférieure), ceci serait toutefois sans incidence du fait que le revenu avec invalidité selon l'ESS 2014 TA1 est supérieur au revenu sans invalidité du recourant même augmenté selon le parallélisme des revenus.

E. 14.2.4

Pour l'établissement du revenu avec invalidité en 2015, il y a lieu - le recourant ayant été licencié - de se référer à l'ESS 2014 table TA1_tirage_skill_level (h.) indexé 2015. Le revenu mensuel brut (valeur médiane) toutes branches confondues du secteur privé est en 2014 pour les hommes de 5'312.- francs par mois pour 40 h./sem. et de 5'537.76 francs par mois pour un temps de travail de 41.7 h./sem. (durée de travail hebdomadaire moyenne 2014/2015). Il est ainsi de 66'453.12 francs par année en 2014 et de 66'652.47.- francs en 2015 (+0.3%). L'OAI-B._____, respectivement l'OAIE, n'a pas effectué d'abattement sur ce revenu avec invalidité (cf. AI pce 58 p. 11). Dans la mesure où le recourant peut exercer une activité adaptée à 100%, sans diminution de rendement et ni restriction particulière de la mobilité dans une activité s'exerçant principalement assise, permettant le changement de positions, sans port, soulèvement, traction, poussée de charges de plus de 10 kg, il n'y a pas lieu, sur le pur plan des limitations fonctionnelles, de retenir un abattement sur le revenu d'invalidité. En effet, selon la jurisprudence, un abattement sur le revenu d'invalidité doit être accordé en particulier lorsque la capacité de travail de l'assuré est réduite même pour des travaux de manoeuvre peu astreignants (ATF 126 V 75 consid. 5a/bb). Ceci découle du fait que les tableaux de l'ESS correspondant au niveau d'exigences 1 (dès l'ESS 2012) englobent un grand nombre d'activités légères ou moyennement lourdes (cf. arrêt du TF 8C_381/2017 du 7 août 2017 consid. 4.2.2 et les références, 9C_187/2011 du 30 mai 2011 consid. 4.2.1 et références; Valterio, Commentaire LAI, art. 28a n° 85). À la date du rapport d'expertise du Dr F._____, l'assuré avait 58 ans, cet âge ne constitue pas en soi un motif d'abattement, le Tribunal fédéral considère que la soixantaine, et encore selon les circonstances du cas d'espèce, peut justifier un abattement sur le salaire d'invalidité (cf. arrêts du TF 9C_638/2018 du 7 février 2019 consid. 4.2, 9C_160/2013 du 28 août 2013 consid. 4.2; U 436/04 du 12 avril 2005 consid. 4.2; Valterio, Commentaire LAI, art. 28a n° 90).

E. 14.2.5

Il appert de la comparaison des revenus sans et avec invalidité susmentionnés (CHF 61'021.63.- / CHF 66'652.47.-) que le recourant ne subit aucune perte de gain par la reprise d'une activité adaptée à ses limitations fonctionnelles à compter tant au 1er avril 2015 qu'au 1er octobre 2015, respectivement au 1er janvier 2016 (art. 88a al. 1 RAI). Même un abattement de 25% sur le revenu d'invalidité ne générerait pas une perte de gain de 40% au moins fondant un quart de rente d'invalidité. Compte tenu d'une incapacité totale de travail dans toute activité lucrative du 1er mai 2015 jusqu'au 1er octobre 2015, le recourant a droit à une rente entière du 1er mai 2015 jusqu'au 31 décembre 2015 (cf. l'art. 88a al. 1 RAI). Par conséquent, la décision rendue le 24 avril 2017 par l'OAIE doit être réformée dans le sens

de l'octroi d'une rente entière d'invalidité à compter du 1er mai 2015 jusqu'au 31 décembre 2015, le recourant ne pouvant prétendre à une rente d'invalidité avant et après ces dates. Sur le vu de ce qui précède, le recours doit être partiellement admis.

E. 15

Dans le cadre de la présente procédure, le recourant a adressé au Tribunal 11 rapports médicaux en date du 27 octobre 2020 qui portent sur son état de santé ultérieur à la décision attaquée (TAF pce 15). Il apparaît de ceux-ci une éventuelle péjoration de son état de santé (risque cardiovasculaire absolu élevé, paresthésies douloureuses de l'extrémité distale des deux membres inférieurs, syndrome ataxique proprioceptif symptomatique d'une polyneuropathie périphérique). Lesdits rapports sont transmis à l'autorité inférieure en tant que nouvelle demande de prestations AI déposée par le recourant en date du 27 octobre 2020 (art. 8 al. 1 PA).

E. 16.1

En application de l'art. 63 al. 1 PA, applicable par le truchement de l'art. 37 LTAF, les frais de procédure sont mis à la charge de la partie qui succombe. Si celle-ci n'est déboutée que partiellement, ces frais sont réduits. À titre exceptionnel, ils peuvent être entièrement réduits. La jurisprudence sur l'indemnisation des parties (dépens) en cas de "sur-conclusions" en matière de prétention à l'octroi d'une rente n'est pas applicable aux frais de justice (voir les arrêts du TF 8C_449/2016 du 2 novembre 2016 cons. 3.2; 9C_94/2010 du 26 mai 2010 consid. 4.3). Vu l'issue de la procédure, les frais de celle-ci, fixés à 800 francs, sont réduits et mis à charge du recourant à hauteur de 400.- francs (art. 63 al. 1 PA.). Ils sont compensés par l'avance de frais de 800.- francs dont il s'est acquitté au cours de l'instruction. Un montant de 400.- francs lui est restitué dès l'entrée en force du présent arrêt.

E. 16.2

Conformément aux art. 64 al. 1 PA et 7 al. 1 du règlement du 21 février 2008 concernant les frais, dépens et indemnités fixés par le Tribunal administratif fédéral (FITAF, RS 173.320.2), le Tribunal alloue à la partie ayant obtenu entièrement ou partiellement gain de cause une indemnité pour les frais indispensables et relativement élevés qui lui ont été occasionnés par le litige. En l'espèce, le recourant ayant agi sans être représenté et n'ayant pas eu des frais particulièrement élevés, il ne se justifie pas de lui allouer une indemnité de dépens. Il n'est pas alloué de dépens à l'autorité inférieure (cf. art. 7 al. 3 FITAF).

Export aus OpenCaseLaw (CC0). Verbindlich ist allein der vom erlassenden Gericht veröffentlichte Originaltext. Quellen-URL siehe oben.