

BVGer C-5045/2022 vom 14. Oktober 2022

Bundesverwaltungsgericht, 2022-10-14, FR

Quelle: https://mcp.opencaselaw.ch/entscheid/bvger_C-5045_2022_d20221014

FR: TAF C-5045/2022 du 14 octobre 2022

IT: TAF C-5045/2022 del 14 ottobre 2022

Regeste

Droit ` la rente | Assurance-invalidité, droit à la rente (décision du 14 octobre 2022). Le TF a refusé d'entrer en matière sur le recours.

Erwägungen

E. 1.1

Sous réserve d'exceptions - non réalisées en l'espèce - prévues à l'art. 32 de la loi fédérale du 17 juin 2005 sur le Tribunal administratif fédéral (LTAF, RS 173.32), ce dernier connaît, en vertu de l'art. 31 LTAF en relation avec l'art. 33 let. d LTAF et l'art. 69 al. 1 let. b de la loi fédérale du 19 juin 1959 sur l'assurance-invalidité (LAI, RS 831.20), des recours interjetés contre les décisions au sens de l'art. 5 de la loi fédérale du 20 décembre 1968 sur la procédure administrative (PA, RS 172.021) prises par l'Office de l'assurance-invalidité pour les assurés résidant à l'étranger.

E. 1.2

Selon l'art. 37 LTAF, la procédure devant le Tribunal administratif fédéral est régie par la PA, pour autant que la LTAF n'en dispose pas autrement. En vertu de l'art. 3 let. 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. Conformément à l'art. 1 al. 1 LAI en relation avec l'art. 2 LPGA, les dispositions de la LPGA s'appliquent à l'assurance-invalidité (art. 1a à 26bis et 28 à 70 LAI), 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 et dans les formes requises par la loi (art. 60 LPGA et 52 al. 1 PA), le recours est recevable, l'avance sur les frais de procédure présumés d'un montant de 800 francs ayant été dûment acquittée (art. 63 al. 4 PA [TAF pce 5]).

E. 2

Le recourant étant un ressortissant français, domicilié en France voisine et ayant travaillé en Suisse (cf. supra consid. A.), la procédure présente un aspect transfrontalier. La cause doit ainsi être tranchée non seulement au regard des normes du droit suisse mais également à l'aune des dispositions de l'Accord du 21 juin 1999 sur la libre circulation des personnes (ALCP, RS 0.142.112.681), dont l'annexe II règle la coordination des systèmes de sécurité

sociale (art. 8 ALCP). Dans ce contexte, l'ALCP fait référence depuis le 1er avril 2012 au règlement (CE) no 883/2004 du Parlement européen et du Conseil du 29 avril 2004 portant sur la coordination des systèmes de sécurité sociale (ci-après : règlement (CE) no 883/2004, RS 0.831.109.268.1), ainsi qu'au règlement (CE) no 987/2009 du Parlement européen et du Conseil du 16 septembre 2009 fixant les modalités d'application du règlement (CE) no 883/2004 (RS 0.831.109.268.11 ; cf. art. 1 al. 1 de l'annexe II en relation avec la section A de l'annexe II et art.153a LAVS). A compter du 1er janvier 2015, sont également applicables dans les relations entre la Suisse et les Etats membres de l'Union européenne (UE) les modifications apportées notamment au règlement (CE) no 883/2004 par les règlements (UE) no 1244/2010 (RO 2015 343), no 465/2012 (RO 2015 345) et no 1224/2012 (RO 2015 353). Même après l'entrée en vigueur de l'ALCP et des règlements de coordination, l'invalidité ouvrant droit à des prestations de l'assurance-invalidité suisse se détermine exclusivement d'après le droit suisse (art. 46 al. 3 du règlement (CE) no 883/2004 a contrario ; ATF 130 V 253 consid. 2.4 ; arrêt du TF 9C_573/2012 du 16 janvier 2013 consid. 4 et réf. cit.). Partant, l'octroi ou en l'occurrence, le refus [cf. supra let. C.d)] de rentes étrangères d'invalidité ne préjuge pas l'appréciation de l'invalidité selon la loi suisse (arrêt du TF I 435/02 du 4 février 2003 consid. 2).

E. 3.1

La procédure dans le domaine des assurances sociales fait prévaloir la maxime inquisitoire (art. 43 LPGA ; ATF 138 V 218 consid. 6). Ainsi, le Tribunal administratif fédéral définit les faits et apprécie les preuves d'office et librement (art. 12 PA ; Pierre Moor/Etienne Poltier, *Droit administratif*, vol. II, 3ème éd. 2011, ch. 2.2.6.3). Ce faisant, il ne tient pour existants que les faits qui sont prouvés, cas échéant au degré de la vraisemblance prépondérante (ATF 139 V 176 consid. 5.2, 138 V 218 consid. 6). Par ailleurs, il applique le droit d'office, sans être lié par les motifs invoqués par les parties (art. 62 al. 4 PA ; ATAF 2013/46 consid. 3.2), ni par l'argumentation juridique développée dans la décision entreprise (Moor/Poltier, *op. cit.*, ch. 2.2.6.5 ; Benoît Bovay, *Procédure administrative*, 2ème éd., 2015, p. 243 ; Jérôme Candrian, *Introduction à la procédure administrative*, 2013, no 176). L'autorité saisie se limite en principe aux griefs soulevés et n'examine les questions de droit non invoquées que dans la mesure où les arguments des parties ou le dossier l'y incitent (ATF 122 V 157 consid. 1a et 121 V 204 consid. 6c ; André Moser/Michael Beusch/Lorenz Kneubühler/Martin Kayser, *Prozessieren vor dem Bundesverwaltungsgericht*, 3e éd., 2022, no 1.55). Les parties ont le devoir de collaborer à l'instruction (art. 13 PA et 43 al. 3 LPGA ; arrêt du TAF C-6134/2017 du 3 avril 2018 consid. 5.4) et de motiver leur recours (art. 52 PA).

E. 3.2

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

L'office AI pour les assurés résidant à l'étranger notifie les décisions. Attendu que le recourant a son domicile en France voisine et que l'atteinte à la santé est survenue alors qu'il exerçait en tant que frontalier une activité lucrative en Suisse dans le canton de (...) (AI p. 121), c'est à juste titre qu'en l'espèce, l'OCAS a enregistré et instruit la demande de prestations déposée par le recourant et que l'OAIE a notifié la décision litigieuse.

E. 4.1

Selon les principes généraux du droit intertemporel, le droit matériel applicable est en principe celui en vigueur lors de la réalisation de l'état de fait qui doit être apprécié juridiquement ou qui a des conséquences juridiques, sous réserve de dispositions particulières du droit transitoire (ATF 146 V 364 consid. 7.1 ; 139 V 335 consid. 6.2 ; 136 V 24 consid. 4.3). Le 1er janvier 2022 sont entrées en vigueur, dans le cadre du « Développement continu de l'AI », la modification de la LAI et de la LPGA adoptée le 19 juin 2020 (RO 2021 705 ; FF 2017 2363), ainsi que celle du 3 novembre 2021 apportée au RAI (RO 2021 706). Si la décision concernant un premier octroi de rente est rendue, comme en l'espèce, après le 1er janvier 2022, mais porte sur un droit qui a pris naissance avant cette date, ce sont les dispositions de la LAI et celles du RAI dans leur version valable jusqu'au 31 décembre 2021 qui s'appliquent (cf. Circulaire sur l'invalidité et les rentes dans l'assurance-invalidité [CIRAI], valable dès le 1er janvier 2022, état au 1er juillet 2022, ch. 9101 et Circulaire relative aux dispositions transitoires concernant le système de rentes linéaire [Circ. DT DC AI], valable dès le 1er janvier 2022, état le 1er janvier 2022, ch. 1007). En l'espèce, compte tenu de la demande de prestations déposée le 8 octobre 2018 et du délai d'attente d'un an suivant l'accident du 23 mai 2018, un éventuel droit à la rente pourrait prendre naissance au plus tôt à partir du 1er mai 2019 (art. 28 al. 1 let. b et 29 al. 1 et 3 LAI). Partant, bien que la décision litigieuse ait été rendue le 14 octobre 2022, il convient, conformément à la réglementation transitoire susmentionnée, d'appliquer en l'espèce les dispositions de la LAI et celles du RAI dans leur version valable jusqu'au 31 décembre 2021 (6e révision de l'AI [premier volet] en vigueur depuis le 1er janvier 2012 [RO 2011 5659, FF 2010 1647]) qui seront seules citées dans la présente affaire.

E. 4.2

En outre, le tribunal des assurances sociales apprécie la légalité des décisions attaquées, en règle générale, d'après l'état de fait existant jusqu'au moment où la décision litigieuse a été rendue (en l'espèce le 14 octobre 2022). Les faits survenus postérieurement et qui ont modifié cette situation doivent en principe faire l'objet d'une nouvelle décision administrative (ATF 132 V 215 consid. 3.1.1, 130 V 445 consid. 1.2 et 121 V 362 consid. 1b). Ils doivent néanmoins être pris en considération lorsqu'ils sont étroitement liés à l'objet du litige et de nature à en influencer l'appréciation au moment où la décision attaquée a été rendue (cf. arrêt du TF 9C_34/2017 du 20 avril 2017 consid. 5.2 et réf. cit.).

E. 5.1

Pour avoir droit à une rente ordinaire de l'assurance-invalidité suisse, tout requérant doit remplir cumulativement les conditions suivantes : être invalide au sens de la LPGA et de la LAI (art. 8 LPGA ; art. 4, 28 al. 1, 29 al. 1 LAI) et compter au moins trois années entières de cotisations (art. 36 al. 1 LAI). Dans ce cadre, les cotisations versées à une assurance sociale assimilée d'un Etat membre de l'Union européenne (UE) ou de l'Association européenne de libre-échange (AELE) peuvent être prises en considération pour la durée minimale de cotisations (cf. Message concernant la modification de la loi fédérale sur

l'assurance-invalidité [5e révision], FF 2005 4215, p. 4291), à condition qu'une année au moins de cotisations puisse être comptabilisée en Suisse (art. 57 du Règlement (CE) no 883/2004 en relation avec l'art. 36 al. 2 LAI et l'art. 29 al. 1 LAVS ; Michel Valterio, Commentaire - Loi fédérale sur l'assurance-invalidité [LAI], 2018, art. 36 LAI nos 4 s.).

E. 5.2

En l'espèce, la décision litigieuse dénie au recourant le droit à une rente pour le motif qu'il ne remplirait pas la condition de la durée minimale de cotisations de trois ans lors de la survenance d'une éventuelle invalidité le 23 mai 2019 (AI p. 659 ss). A l'appui de ce prononcé, l'autorité inférieure s'est fondée sur l'extrait de compte individuel de l'assuré du 9 mai 2022 - attestant de 18 mois de cotisations en Suisse acquittées de novembre 2016 à juillet 2017 et d'octobre 2017 à juin 2018 (AI p. 623) - et sur les formulaires E 205 « Attestation concernant la carrière d'assurance en France » établis les 14 avril 2022 et 4 août 2022 attestant de quatre trimestres d'assurance à la sécurité sociale française (AI p. 599, 637). Or, il ressort du « Relevé de carrière » en France du 10 janvier 2023 et du formulaire E 205 « Attestation concernant la carrière d'assurance en France » produits en procédure de recours que l'assuré a effectué six trimestres d'assurance à la sécurité sociale française, soit un en 2011, deux en 2013 et trois en 2016 (TAF pces 11, 25). Aussi, en prenant en compte les cotisations versées à la sécurité sociale française durant 18 mois en sus de celles acquittées aux assurances sociales suisses pendant 18 mois, l'assuré remplit-il bien la durée minimale de cotisations de trois ans - 36 mois - avant la survenance d'une éventuelle invalidité le 23 mai 2019 conformément à l'art. 36 al. 1 LAI. Cela étant, c'est à juste titre que l'autorité inférieure et le recourant considèrent que la décision litigieuse est mal fondée à cet égard.

E. 6

Attendu que la décision litigieuse reconnaît à l'assuré une incapacité de travail de 100% dans toute activité lucrative dès le 23 mai 2018 lui ouvrant éventuellement le droit à une rente entière dès le 23 mai 2019 (cf. décision du 14 octobre 2022 [TAF pce 1 annexe ; AI p. 666]), il y a lieu, par économie de procédure, d'examiner le bien-fondé de ces constats nonobstant le fait que le droit aux prestations AI a été dénié, à tort, pour le seul motif que la condition minimale de cotisations n'était prétendument pas remplie.

E. 7

Pour avoir droit à une rente ordinaire de l'assurance-invalidité suisse, l'assuré doit être invalide au sens de la LPGA et de la LAI.

E. 7.1

L'invalidité au sens de la LPGA et de la LAI est l'incapacité de gain totale ou partielle qui est présumée permanente ou de longue durée (art. 8 al. 1 LPGA). Elle peut résulter d'une infirmité congénitale, d'une maladie ou d'un accident (art. 4 al. 1 LAI) et est réputée survenue dès qu'elle est, par sa nature et sa gravité, propre à ouvrir droit aux prestations entrant en considération (art. 4 al. 2 LAI). Selon l'art. 7 al. 1 LPGA, est réputée incapacité de gain toute diminution de l'ensemble ou d'une partie des possibilités de gain de l'assuré sur un marché du travail équilibré dans son domaine d'activité, si cette diminution résulte d'une atteinte à sa santé physique, mentale ou psychique et qu'elle persiste après les traitements et les mesures de réadaptation exigibles. Seules les conséquences de l'atteinte à la santé sont prises en compte pour juger de la présence d'une incapacité de gain. Par incapacité de travail, on entend toute perte, totale ou partielle, résultant d'une atteinte à la

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

E. 7.2

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

E. 7.2.1

Avant de conférer pleine valeur probante à un rapport médical, il convient de s'assurer 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). 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 TF 9C_555/2017 du 22 novembre 2017 consid. 3.1 et réf. cit., 9C_745/2010 du 30 mars 2011 consid. 3.2 et 9C_59/2010 du 11 juin 2010 consid. 4.1 ; Valterio, op. cit., art. 57 LAI no 33).

E. 7.2.2

Lorsqu'au stade de la procédure administrative une expertise confiée à un médecin indépendant est établie par un spécialiste reconnu, 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 351 consid. 3b/bb ; arrêt du TFA I 701/04 du 27 juillet 2005 consid. 2.1.2).

E. 7.2.3

S'agissant des maladies psychiques tels les symptomatologies douloureuses sans substrat organique objectivable, autrement appelées « troubles somatoformes douloureux », les autres affections psychosomatiques assimilées (ATF 140 V 8 consid. 2.2.1.3), ou encore les troubles dépressifs, y compris de degré léger ou moyen (ATF 143 V 409 ; 143 V 418), la capacité de travail d'une personne souffrant de telles affections doit être évaluée sur la base d'une vision globale, à la lumière des circonstances du cas particulier et sans résultat prédéfini, dans le cadre d'une procédure structurée d'établissement des faits fondée sur des indicateurs qui déterminent, d'une part, les facteurs invalidants, et, d'autre part, les ressources de la personne concernée (ATF 141 V 281 consid. 2, 3.4 à 3.6, 4.1 ; 145 V 361 consid. 3.1). Il est toutefois possible de renoncer à l'évaluation de la capacité de travail d'une personne dans le cadre d'une procédure de constatation des faits structurée sur la base d'indicateurs si les limitations à l'exercice d'une activité résultent d'une exagération des symptômes, ou de constellations similaires, ce qui exclut l'existence d'une atteinte à la santé susceptible d'entraîner une invalidité (ATF 141 V 281 consid. 2.2 ainsi que les arrêts de la FSC 9C_534/2015 du 1er mars 2016 consid. 2.2.2 avec renvois et 8C_562/2014 du 29 septembre 2015 consid. 8.4).

E. 8

Pour retenir une incapacité totale de travail de l'assuré dans toute activité lucrative dès le 23 mai 2018, l'autorité inférieure se base sur l'avis SMR du 17 février 2022 des Drs I. _____ et J. _____ (spécialisations non mentionnées [cf. supra let. B.a ; AI p. 581 s.]), lui-même fondé sur le rapport d'expertise bi-disciplinaire BEM (...) établi les 22 septembre 2021 et 1er décembre 2021 par les Dres G. _____ (spécialiste en rhumatologie) et H. _____ (spécialiste en psychiatrie et psychothérapie [AI p. 512 ss et 577 ss]).

E. 8.1

L'évaluation consensuelle des expertes précitées aboutit aux constats suivants (AI p. 523 ss) : - Sur le plan somatique, l'assuré présente les diagnostics incapacitants de 1) suite d'un traumatisme contusif de la main gauche et 2) syndrome douloureux diffus sans explication anatomique, laissant subsister, depuis avril 2019, une capacité de travail (8 heures/jour) de 85% - incluant une perte de rendement de 15% résultant des séquelles objectives attendues d'un traumatisme contusif de la main gauche - dans l'activité lucrative habituelle et de 100% dans une activité lucrative adaptée en ce sens qu'elle évite les efforts prolongés avec la main gauche et limite le maniement d'outils. En particulier, les expertes constatent que l'assuré ne présente pas d'atteinte anatomique objective. Elles relèvent en outre des incohérences entre l'absence d'atteinte anatomique objective respectivement l'absence d'amyotrophie du membre supérieur gauche prouvant une utilisation persistante de ce dernier et les allégations d'impotence répétées par l'assuré, ainsi qu'entre l'absence de prise d'antalgiques et l'importance des douleurs décrites par ce dernier. - Sur le plan psychique, les expertes diagnostiquent une somatisation (CIM-10 F45.0) entraînant une incapacité entière de travail

dans toute activité lucrative depuis le 14 mai 2019. Elles précisent que moyennant le suivi d'un traitement psychiatrique-psychothérapeutique intégré exigible et une surveillance de la compliance médicamenteuse, la capacité de travail devra être réévaluée médico-théoriquement dans une année (respectivement une année après le début de la prise en charge) sans événements de vie adverses.

E. 8.2

Sur le plan strictement rhumatologique, le rapport d'expertise retient que l'expertisé a été victime d'un traumatisme contusif non fracturaire de la main gauche dont l'évolution a été extrêmement défavorable, si bien qu'un syndrome algodystrophique a été évoqué, sans toutefois n'être jamais confirmé sur le plan scintigraphique. Les douleurs considérées comme neuropathiques se sont progressivement étendues à tout le membre supérieur gauche. Une amélioration, voire un retour à un état quasi normal, a été constatée en avril 2019, avant qu'une rechute ne survienne immédiatement lors de la 2^{ème} reprise du travail le 6 mai 2019. Les symptômes se sont alors progressivement amplifiés, avec irradiation douloureuse anatomiquement inexpliquée à tout le rachis, puis aux membres inférieurs et à tout le corps avec une aggravation douloureuse en janvier 2020, soit à la date prévue pour une 3^{ème} tentative de reprise d'un travail. Au jour de l'expertise le 8 juillet 2021, l'assuré présente une symptomatologie douloureuse diffuse et un état d'impotence du membre supérieur gauche anatomiquement inexpliquée. Il ne fait preuve d'aucune coopération et se singularise par des manifestations théâtrales d'impotence parasitant respectivement empêchant l'observation. Il refuse toute prise en charge thérapeutique de telle sorte que le centre antidouleur n'a pas jugé opportun de fixer de nouveaux rendez-vous de suivi. L'experte en rhumatologie ne retrouve aucun des critères d'une fibromyalgie. Malgré des douleurs continues et une allodynie, l'assuré ne présente pas de troubles objectifs vasomoteurs, sudoraux, moteurs ou trophiques. Une scintigraphie récente ne révèle pas non plus de signes d'algodystrophie évolutive respectivement n'objective pas d'autres anomalies explicatives. L'experte en rhumatologie constate ainsi que l'examen clinique s'est révélé discordant à défaut d'amyotrophie du membre supérieur gauche, ce qui atteste de l'absence objective de non-utilisation de ce membre. L'examen neurologique n'a pu être réalisé dans sa totalité ; toutefois, aucun trouble objectif de la sensibilité n'a été détecté. Les réflexes sont satisfaisants et aucun trouble moteur d'origine centrale ou périphérique objectif n'a été observé. En l'absence de lésions rachidiennes ou neurologiques, les manifestations fonctionnelles décrites ne sont pas plausibles car il n'existe d'explications ni à une impotence corporelle complète telle que décrite, ni à une incapacité de se coucher sur la table d'examen ou de marcher normalement. L'impotence complète du membre supérieur gauche et l'attitude recroquevillée de l'expertisé ne sont pas non plus expliquées. Tous les traitements envisageables ont été proposés à l'assuré, mais n'ont pas été correctement effectués ou ont été refusés par ce dernier, qui n'a fait montre d'aucune compliance. Partant, l'experte G._____ indique n'avoir pas de nouvelle mesure thérapeutique à proposer au niveau rhumatologique, cela d'autant qu'il n'existe pas d'anomalie objective à traiter. Sur la base de ces considérations, l'experte en rhumatologie écarte toute lésion rachidienne ou neurologique ainsi que la persistance d'une algodystrophie, pour retenir les diagnostics de 1) suite d'un traumatisme contusif de la main gauche et 2) syndrome douloureux diffus, sans explications anatomiques. Ce nonobstant, l'expertisé peut assumer 40 heures de présence dans sa dernière activité lucrative de maçon à défaut de syndrome algodystrophique persistant, à défaut d'atteinte fracturaire au niveau de la main gauche, à défaut d'explication rhumatologique aux douleurs rachidiennes décrites, à défaut d'amyotrophie au niveau des

membres supérieurs ou d'atteinte neurologique objective, l'assuré ayant de surcroît connu fin avril 2019 une période au cours de laquelle la fonctionnalité de sa main gauche est totalement revenue. Dans l'exercice de son activité lucrative habituelle de maçon, l'assuré a ainsi récupéré une capacité de travail exigible de 85% depuis avril 2019, sa performance devant être considérée comme réduite de 15% par les séquelles objectives attendues d'un traumatisme contusif de la main. Dans l'exercice d'une activité lucrative adaptée évitant les efforts prolongés de la main gauche et limitant le maniement d'outils, l'assuré a retrouvé, depuis avril 2019, une capacité de travail de 100% (8 heures/jour).

E. 8.2.1

A l'aune de ce qui précède, le Tribunal constate que le volet rhumatologique du rapport d'expertise BEM (...) du 22 septembre 2021 a été établi par une spécialiste en rhumatologie, soit par une experte indépendante disposant de la formation spécialisée nécessaire et des compétences professionnelles dans ledit domaine d'investigation. Il l'a été en pleine connaissance de l'anamnèse (AI p. 515-524, 529-532), se fonde sur des examens complets (examen clinique du 8 juillet 2021 [AI p. 532-537]; examens de laboratoire [AI p. 555-557]; examens d'imagerie [radiographie des 3^{ème} et 4^{ème} doigts de la main gauche du 23 mai 2018 du Dr K._____, radiologue {AI p. 98}; scintigraphie osseuse dynamique du corps entier du 25 juin 2018 du Dr L._____, spécialiste en médecine nucléaire {AI p. 223}; IRM cervicale du 27 mai 2020 du Dr M._____, radiologue {AI p. 458}; scintigraphie osseuse du 16 juillet 2021 du Dr N._____, spécialiste en médecine nucléaire {AI p. 562 s.}]), de même qu'il prend en considération les plaintes de l'assuré (AI p. 528).

E. 8.2.2

Retenant les diagnostics de 1) suite d'un traumatisme contusif de la main gauche et 2) syndrome douloureux diffus sans explications anatomiques, l'experte G._____ exclut toute lésion rachidienne. Ses constats, établis sur la base d'un examen clinique, sont en outre corroborés par le rapport d'IRM cervicale du 27 mai 2020 du Dr M._____ (radiologue), lequel établit l'absence d'hernie discale ou de tassement vertébral ainsi que le respect du cordon médullaire et des espaces péri-médullaires (AI p. 458).

E. 8.2.3

L'experte G._____ exclut également la persistance d'un syndrome douloureux régional complexe (SDRC, anciennement appelé algodystrophie ou algoneurodystrophie) s'écartant du diagnostic précédemment posé en ce sens par les Drs C._____, E._____ et D._____. A l'appui de son diagnostic différentiel, l'experte G._____ explique n'avoir observé, malgré les douleurs continues et allodynies signalées par l'expertisé, aucune amyotrophie du membre supérieur gauche, ni troubles objectifs vasomoteurs, sudoraux, moteurs ou trophiques (AI p. 536) - critères cliniques déterminants dans le diagnostic d'un SDRC (cf. arrêts du TF 8C_234/2023 du 12 décembre 2023 consid. 3.2 et 8C_416/2019 du 15 juillet 2020 consid. 5.1 et réf. cit.). Ces constats sont, de plus, corroborés par ceux ressortant de l'examen clinique pratiqué le 23 mai 2019 par la Dre E._____ qui constatait alors que les constantes de l'assuré étaient rassurantes, sans oedème franc, ni différence de température, ni erreur à l'épreuve du pique-touche (cf. compte-rendu de consultation du 24 mai 2019 [AI p. 330 s.]). En juillet 2020, la prise en charge de l'assuré par la Clinique (...) confirmait également que le patient ne présentait ni amyotrophie du membre supérieur gauche, ni chaleur, ni rougeur, ni oedème, malgré les allégations de l'assuré de non-utilisation du membre supérieur gauche et de douleurs au simple effleurement (cf.

rapport de la Dre F._____, médecin généraliste [AI p. 472]). La rémission du syndrome algodystrophique retenue par l'experte G._____ plus de trois ans après l'accident du 23 mai 2018 concorde, de surcroît, avec le pronostic émis par le Dr C._____ (cf. rapports des 25 septembre 2018 et 11 octobre 2018 [AI p. 5 s., 182 s. ; supra let. B.a]). Ce dernier relevait, en effet, que les chances d'une guérison totale de la « très probable et très classique algodystrophie débutante » présentée par l'assuré étaient très bonnes, cette pathologie pouvant évoluer sur 12 à 18 mois. Ce délai est corroboré par la littérature médicale selon laquelle la rémission de ce trouble est attendue dans environ 75% des cas dans un intervalle d'une année voire moins (cf. François Luthi et al., Syndrome douloureux régional complexe, in : Revue Médicale Suisse 2019, p. 495 et 500). Le bienfondé de l'exclusion du diagnostic de SDRC est, de surcroît, confirmé par les clichés de la scintigraphie osseuse réalisée le 16 juillet 2021 par le Dr N._____ (AI p. 562 s.), sur la base desquels l'experte G._____ constate l'absence d'hyperfixation diffuse respectivement l'absence de signes d'algodystrophie évolutive (AI p. 537).

E. 8.2.4

L'experte G._____ ne retient pas non plus le diagnostic de douleurs neuropathiques posé par la Dre D._____ (cf. notamment rapports des 21 et 28 août 2018 [AI p. 62, 73]) et par le Dr B._____ (cf. rapports des 29 mars 2019 et 23 août 2019 [AI p. 198 ss, 304 ss]). A cet égard, elle explique que si l'examen neurologique n'a pas été réalisable dans sa totalité en raison de la non-compliance de l'expertisé, elle a néanmoins pu constater des réflexes obtenus pour ceux qui ont été testables, l'absence de troubles objectifs de la sensibilité hormis une allodynie diffuse et l'absence de troubles moteurs d'origine centrale ou périphérique objectifs. Elle ajoute que l'exclusion totale du membre supérieur gauche ne correspond pas à une atteinte du système nerveux central ou périphérique. De plus, il n'y a pas de signes de la lignée pyramidale (AI p. 535 s.). De l'avis du Tribunal, ces considérations ne prêtent pas le flanc à la critique. En effet, l'experte G._____ fonde ses considérations sur un examen neurologique spécifique de l'assuré. En tant que spécialiste en rhumatologie, elle dispose des compétences professionnelles adéquates pour se prononcer sur le volet neurologique. En effet, il est reconnu par la littérature médicale que les rhumatologues disposent de connaissances approfondies en neurologie qui leur permettent de catégoriser les douleurs aiguës et chroniques ainsi que les troubles fonctionnels avec symptômes au niveau de l'appareil locomoteur (cf. Stefan Mariacher-Gehler/André Gérard Aeschlimann, Traitement de la douleur du point de vue du rhumatologue in : Revue médicale suisse 2014). Aussi son avis ne saurait-il être infirmé par celui de la Dre D._____ qui, en qualité de généraliste, ne justifie pas des connaissances spécifiques adéquates. De surcroît, après avoir été confrontée au rapport d'expertise du 22 septembre 2021, la Dre D._____ a retenu que les plaintes douloureuses de son patient n'étaient objectivement imputables à aucune pathologie somatique et, ce faisant, a changé d'avis, corroborant implicitement l'exclusion du diagnostic de douleurs neuropathiques (cf. rapports des 26 octobre 2021 [AI p. 575] et 29 août 2022 [AI p. 653]). L'exclusion du diagnostic de douleurs neuropathiques par l'experte G._____ ne saurait davantage être mise à mal par l'avis du Dr B._____ dont le diagnostic de douleurs neuropathiques a été retenu dans le contexte d'un syndrome douloureux régional complexe (cf. avis des 26 et 28 septembre 2018 [AI p. 36, 41]), lequel induit par nature des douleurs neuropathiques (cf. <https://neurochirurgie.insel.ch/fr/funktionell-schmerz/schmerz/syndrome-douloureux-regional-complexe-sdrc>, consulté le 3 juillet 2024). Dès lors que l'experte rhumatologue constate de manière convaincante la rémission du SDRC lors de l'examen clinique du 8 juillet 2021 (cf.

supra consid. 8.2.3), c'est de manière cohérente qu'elle ne retient pas non plus le diagnostic de douleurs neuropathiques. Dans ces circonstances, l'exclusion par l'experte G._____ du diagnostic de douleurs neuropathiques après la rémission du SDRC apparaît conséquente avec le diagnostic de douleurs neuropathiques retenues en août 2019 par le Dr B._____ dans le cadre d'un SDRC.

E. 8.2.5

Compte tenu de ce qui précède, le Tribunal considère que sur le plan somatique, les diagnostics retenus par l'experte G._____ de 1) suite d'un traumatisme contusif de la main gauche et 2) syndrome douloureux diffus sans explications anatomiques sont établis au degré de la vraisemblance prépondérante. Nonobstant ceux-ci, l'experte rhumatologue considère que l'assuré a récupéré dès avril 2019 une capacité de travail (8 heures/jour) de 85% - sa performance étant réduite de 15% par les séquelles objectives attendues d'un traumatisme contusif de la main gauche - dans son activité lucrative habituelle de maçon respectivement de 100% dans une activité lucrative adaptée à son état de santé, à savoir sans efforts prolongés de la main gauche et limitant le maniement d'outils. Ces considérations sont fondées d'une part sur le défaut d'atteintes somatiques persistantes susceptibles d'apporter une explication anatomique aux douleurs rapportées par l'assuré, d'autre part sur l'absence d'amyotrophie du membre supérieur gauche laquelle atteste objectivement de l'utilisation de ce bras par l'assuré. A ce sujet, le Tribunal constate qu'aucun des rapports au dossier n'a documenté une amyotrophie du bras gauche susceptible d'étayer l'impotence fonctionnelle alléguée par l'assuré. A l'inverse, l'absence d'amyotrophie du bras gauche, prouvant l'utilisation de ce dernier, a été constatée en juillet 2020 lors de la prise en charge de l'assuré par la Clinique (...) (cf. rapport de la Dre F._____, médecin généraliste [AI p. 472]), en juillet 2021 lors de l'expertise rhumatologique (cf. rapport d'expertise du 22 septembre 2021 [AI p. 533]) et en août 2022 lors d'une consultation chez la médecin traitante (cf. rapport du 29 août 2022 de la Dre D._____ [AI p. 650]). Dans ces circonstances, l'avis selon lequel l'exercice de l'activité lucrative habituelle de maçon, trop physique, n'est plus exigible de l'assuré en raison de l'impossibilité d'utiliser son bras gauche (cf. rapport d'examen final du 23 août 2019 du médecin d'arrondissement SUVA, le Dr B._____, spécialiste en chirurgie orthopédique [AI p. 308], avis SMR des 7 septembre 2020 et 19 octobre 2020 du Dr O._____, spécialisation non mentionnée [AI p. 451 s., 470 s.] et rapport du 3 avril 2020 de la Dre E._____, médecin généraliste algologue [AI p. 436]) ne saurait emporter la conviction du Tribunal. Il doit être d'autant plus relativisé que le Dr B._____ se dit « perplexe comme par ailleurs [s]es collègues » quant à l'état de santé de l'assuré (cf. appréciation du 5 juin 2019 du médecin d'arrondissement SUVA [AI p. 287]) et que la Dre E._____ souligne à répétitions reprises ne pas avoir effectué de suivi régulier de l'assuré en consultation de traitement de la douleur à la suite de son refus des traitements proposés (cf. rapports des 24 mai 2019 [AI p. 330 s.] et 12 mars 2020 [AI p. 432 ss]). Enfin, les considérations de l'experte rhumatologue sont d'autant moins critiquables que celle-ci tient compte des séquelles objectives attendues du traumatisme contusif de la main gauche, dont l'assuré a été victime le 23 mai 2018, en retenant une réduction de la performance de l'assuré de l'ordre de 15%. Les conclusions de l'experte G._____ concernant la capacité résiduelle de travail de l'assuré coïncident en outre avec la rémission attendue du syndrome algodystrophique une année après l'accident du 23 mai 2018 (cf. supra consid. 8.2.3). Elles sont également corroborées par la Dre D._____ qui a clairement documenté un retour à la normale de l'état de santé de l'assuré avec la récupération de l'usage de la main gauche, une bonne mobilisation des doigts et la rémission

des douleurs fin avril 2019 permettant dès le 2 mai 2019 la reprise de l'activité lucrative habituelle de maçon en évitant les ports prolongés de charges lourdes et l'utilisation prolongée d'engins vibrants, la généraliste traitante se déclarant pour le surplus « perplexe » devant la rechute douloureuse « très étonnante » de l'assuré lors de la reprise du travail le 6 mai 2019 (cf. rapport du 14 mai 2019 [AI p. 239 s.] et certificat du 2 mai 2019 [AI p. 246] ; voir également courriel du 14 janvier 2020 [AI p. 392] et avis du 26 octobre 2021 [AI p. 575]). Au reste, les constats médicaux du médecin d'arrondissement SUVA retiennent une stabilisation de l'état de santé de l'assuré quelques 12 mois après l'accident survenu le 23 mai 2018 (cf. appréciation du 5 juin 2019 [AI p. 287] et rapport d'examen final du 23 août 2019 du Dr B._____, chirurgien orthopédique [AI p. 304 ss]).

E. 8.2.6

Au vu de tout ce qui précède, le Tribunal considère comme établies au degré de la vraisemblance prépondérante la récupération et l'exigibilité d'une capacité de travail de l'assuré de 85% dans son activité lucrative habituelle de maçon respectivement de 100% dans une activité lucrative adaptée dès fin avril respectivement début mai 2019.

E. 8.3

Sur le plan psychique, l'experte H._____ observe que l'assuré présente des symptômes physiques multiples, récurrents et variables dans le temps, qui n'ont fait l'objet d'aucun suivi psychothérapeutique. Il entretient des relations complexes avec le corps médical, de multiples investigations et interventions s'étant révélées négatives. Le trouble psychique est chronique. Les plaintes somatiques multiples et variables perdurent depuis plus de deux ans et ne sont expliquées par aucun trouble somatique identifiable. L'expertisé refuse les conclusions et les propos rassurants des médecins qui lui confirment pourtant l'absence de causes organiques susceptibles de rendre compte des symptômes relatés. Ces derniers s'associent à une perturbation du comportement avec une régression et une dépendance infantile ayant conduit à une altération du fonctionnement social et familial de l'assuré. Le trouble psychique est d'intensité moyenne (AI p. 548, 550). Sur la base de ces constats, l'experte H._____ pose le diagnostic de somatisation (CIM-10 F45.0), lequel entraîne une incapacité de travail de 100% dans l'exercice de l'activité lucrative habituelle comme dans celui d'une activité lucrative adaptée à l'état de santé depuis le 14 mai 2019, soit depuis le rapport de la Dre D._____ (AI p. 548, 552 s.). L'experte H._____ précise que les limitations fonctionnelles à l'exercice d'une activité lucrative adaptée à l'état de santé sont impossibles à définir avant la mise en oeuvre d'un traitement psychiatrique-psychothérapeutique intégré exigible et la surveillance d'une compliance médicamenteuse. Sans événements de vie adverses, la capacité de travail devra être réévaluée médico-théoriquement dans une année, le temps de la mise en place du traitement psychiatrique et de la stabilisation des troubles psychiatriques (AI p. 553 s., 578).

E. 8.3.1

Le volet psychiatrique de l'expertise BEM (...) des 22 septembre 2021 et 1er décembre 2021 a été établi par une spécialiste en psychiatrie et psychothérapie, soit par une experte indépendante disposant de la formation spécialisée nécessaire et des compétences professionnelles dans le domaine d'investigation, et en pleine connaissance de l'anamnèse (AI p. 515-524, 540-544). Il se fonde en outre sur des examens complets (examen clinique [AI p. 544-547], tests neuropsychologiques [AI p. 548, 558-561], examens en laboratoire [AI p. 548, 555-557]) et prend en considération les plaintes exprimées par l'assuré (AI p.

540-544). De plus, la capacité de travail de l'expertisé est évaluée dans le cadre d'une procédure structurée d'établissement des faits (AI p. 550-552). Dans cette mesure, le rapport d'expertise psychiatrique n'est pas critiquable.

E. 8.3.2

En retenant le seul diagnostic de somatisation, l'experte H. _____ s'écarte du diagnostic de dépression réactionnelle retenu par les Dres D. _____ et E. _____, généralistes traitantes (cf. rapports des 3 avril 2020 et 18 septembre 2020 de la Dre D. _____ [AI p. 425, 455] et compte-rendu du 12 mars 2020 de la Dre E. _____ [AI p. 432] ; supra let. B.a). A l'appui de son diagnostic différentiel, elle s'est référée aux critères consacrés pour un trouble dépressif (CIM-10 F32). En particulier, elle expose que l'assuré présente certes une diminution de l'humeur, une diminution de l'intérêt et du plaisir (avec une libido absente), une baisse d'énergie (avec une voix basse et monocorde et une vitesse verbale ralentie), une augmentation de la fatigabilité selon l'anamnèse, une diminution de l'activité, une baisse de l'estime de soi, une baisse de la confiance en soi, une dévalorisation de soi et des troubles du sommeil. En revanche, l'experte H. _____ ne constate ni tristesse visible, ni pleurs, ni fatigue (mentale ou physique) perceptible, ni baisse de concentration, ni sentiment de culpabilité, ni attitude morose et pessimiste de l'avenir, ni idées suicidaires, ni troubles de l'appétit (AI p. 544 s.). Elle souligne qu'à ses propres dires, l'expertisé a mal aux bras, au dos et aux jambes jusqu'aux orteils, que ses troubles se résument à des douleurs, qu'il n'a pas un problème de moral mais de douleurs, qu'il ne comprend pas pourquoi il est examiné par un psychiatre, que le moral et la psychiatrie ne sont pas pareils et qu'il n'a jamais consulté de psychiatre ni de psychologue (AI p. 540). Ces considérations claires et motivées de l'experte psychiatre, fondées sur un système de classification reconnu ainsi que sur un examen clinique de l'assuré, ne sauraient être écartées au profit du diagnostic posé par des généralistes qui ne justifient pas des connaissances spécialisées nécessaires, médecins traitantes de surcroît attendu qu'au moment d'apprécier les rapports de ces dernières, le juge doit tenir compte du fait que, selon l'expérience de la vie, elles sont généralement enclines, en cas de doute, à prendre parti pour leur patient, en raison de la relation de confiance, inhérente au mandat thérapeutique qui leur a été confié, qui les unit à celui-ci (ATF 135 V 465 consid. 4.5 ; 125 V 351 consid. 3b/cc). L'exclusion du diagnostic de dépression est d'autant moins critiquable, en l'espèce, que l'assuré refuse tout traitement psychiatrique ou psychothérapeutique, ne se montrant en particulier pas compliant au traitement de Paroxétine (antidépresseur) prescrit par la Dre D. _____ (AI p. 526, 550, 556). Or, le suivi (et l'évolution) d'une thérapie adéquate de psychothérapie constitue un indicateur important de la gravité d'un trouble dépressif (ATF 143 V 409 consid 4.4, 4.5.2).

E. 8.3.3

Par contre, le Tribunal constate que selon la Classification internationale des maladies CIM-10, le diagnostic de somatisation (CIM-10 F45.0) retenu par l'experte H. _____ est exclu en présence d'un simulateur (CIM-10 Z76.8 [cf. <https://www.bfs.admin.ch/asset/fr/20665872>, consulté le 20 juin 2024]). En effet, la littérature médicale considère que la simulation constitue un diagnostic différentiel de la somatisation (cf. Valter Lleshi/Philippe Budry/Valérie Le Goff-Cubilier/Christian Bryois, Troubles somatoformes, troubles factices et simulation : l'art difficile du diagnostic différentiel, in : Revue médicale Suisse 2007). Or, l'examen clinique réalisé par l'experte psychiatre met en évidence des éléments d'autolimitation avec un comportement théâtral et une exagération infantile de l'assuré (AI p. 527, 549, 551). Se référant au rapport du 14 mai

2019 de la Dre D. _____, l'experte se dit également perplexe devant la rechute immédiate de l'assuré lors de la reprise du travail le 6 mai 2019 après un retour à la normale fin avril 2019. L'experte ajoute que ledit rapport du 14 mai 2019 plaide « en faveur d'une simulation de la part de l'assuré. C'est comme si l'assuré mettait en échec toute tentative de la part des médecins de le soulager ou d'améliorer sa situation et que les bénéfices secondaires qu'il tir[ait] de sa position de victime [étaie]nt trop importants pour qu'il p[ût] y renoncer » (AI p. 549). Nonobstant ces constats, l'experte retient le diagnostic de somatisation sans discuter plus en avant les éléments du diagnostic différentiel de simulation (cf. rapport d'expertise bi-disciplinaire du 22 septembre 2021 p. 39 où l'experte mentionne : « Discussion de diagnostics différentiels : Néant » [AI p. 550]) et impute au trouble psychique diagnostiqué une incapacité totale de travail dans toute activité lucrative depuis le 14 mai 2019. De manière contradictoire, elle précise de surcroît que moyennant la mise en place d'un traitement psychiatrique-psychothérapeutique intégré exigible et une surveillance de la compliance médicamenteuse, la capacité de travail devait être réévaluée médico-théoriquement dans une année, respectivement une année après le début de la prise en charge psychiatrique, sans événements de vie adverses (AI p. 527, 553), alors même qu'elle qualifie de « Néant » les « Options thérapeutiques envisageables » (AI p. 551, 554). De la même manière, elle ajoute qu'aucune raison médicale ne plaide en défaveur d'un traitement psychiatrique-psychothérapeutique intégré (AI p. 554), alors même qu'à ses dires, l'assuré n'adhère pas audit traitement étant dans le déni de son atteinte psychiatrique (AI p. 551, 578) et que l'assuré s'est opposé de manière récurrente à toute prise en charge thérapeutique (cf. rapports des 3 avril 2020 [AI p. 423] et 18 septembre 2020 [AI p. 454 ss] de la Dre D. _____, compte-rendu de consultation du 24 mai 2019 de la Dre E. _____ [AI p. 331] ainsi qu'appréciation médicale du 5 juin 2019 du Dr B. _____ [AI p. 287] ; voir également infra consid. 9.2 p. 26 dernier §).

E. 8.3.4

Cela étant, la description du contexte médical et l'appréciation de la situation médicale apparaissent contradictoires et incohérentes au regard des constats de simulation figurant au dossier, autant que du diagnostic de somatisation respectivement de l'incapacité corrélative de travail retenus par l'experte H. _____, de sorte que le rapport d'expertise ne saurait se voir reconnaître pleine valeur probante du point de vue psychiatrique. Cela étant et contrairement à l'avis de l'autorité inférieure (cf. supra lettre C.e.b), il ne se révèle pas nécessaire de procéder à un complément d'instruction médicale sur ce plan, compte tenu des considérations suivantes.

E. 9.1

Selon la jurisprudence, il y a lieu de conclure à l'absence d'une atteinte à la santé ouvrant le droit aux prestations d'assurance, si les limitations liées à l'exercice d'une activité lucrative résultent d'une exagération des symptômes ou d'une constellation semblable, et ce même si les caractéristiques d'un trouble somatoforme douloureux - respectivement d'une affection psychosomatique comparable - au sens de la classification sont réalisées. Des indices d'une telle exagération apparaissent notamment en cas de discordance entre les douleurs décrites et le comportement observé, d'allégation d'intenses douleurs dont les caractéristiques demeurent vagues, d'absence de demande de soins, de grandes divergences entre les informations fournies par le patient et celles ressortant de l'anamnèse, de plaintes très démonstratives laissant insensible l'expert, ainsi que d'allégation de lourds handicaps malgré un environnement psycho-social intact. S'il est évident dans le cas d'espèce qu'il

existe des motifs excluant la reconnaissance d'une atteinte à la santé, il n'existe d'emblée aucun fondement pour une rente d'invalidité (cf. ATF 141 V 281 consid. 2.2 ; arrêts du TF 8C_291/2016 du 12 août 2016 consid. 2.2, 9C_16/2016 du 14 juin 2016 consid. 3.2).

E. 9.2

En l'occurrence, il ressort du rapport d'expertise rhumato-psychiatrique BEM (...) du 22 septembre 2021 : - des discordances importantes entre les plaintes de l'assuré et le comportement observé : - une incapacité partielle (« extrêmement difficile »), en présence de l'experte, à l'habillage et au déshabillage qui, aux dires de l'assuré, nécessitaient au quotidien l'aide de son frère (AI p. 531), néanmoins effectués sans aide une fois l'assuré seul dans la salle d'examen (AI p. 536) ; - des plaintes douloureuses sans explications anatomiques (AI p. 525, 528) ; - un défaut de prise d'antalgiques (Tramadol) malgré l'importance des douleurs décrites (AI p. 526, 537, 555) ; - l'allégation d'une impotence fonctionnelle majeure du membre supérieur gauche malgré l'absence d'amyotrophie démontrant objectivement une utilisation persistante de ce dernier (AI p. 526, 538) ; - des manifestations théâtrales d'impotence corporelle complète (allant jusqu'à rendre l'observation impossible avec notamment des incapacités alléguées de se coucher sur la table d'examen et de marcher normalement) pour laquelle il n'y a aucune explication (AI p. 526, 536, 538) ; - une attitude recroquevillée du patient qui n'est pas expliquée (AI p. 538) ; - l'allégation d'intenses douleurs dont les caractéristiques demeurent vagues : - une symptomatologie douloureuse diffuse avec de violentes douleurs au bras gauche accidenté mais aussi au bras droit et au dos (cervicales), des douleurs aux deux jambes irradiant jusqu'aux orteils et l'empêchant d'être pieds nus, beaucoup de migraines, ainsi que des douleurs brûlantes sur la partie haute du corps comme s'il avait pris un coup de soleil (AI p. 528, 538) ; - des grimaces de type douloureux (AI p. 540) ; - de grandes divergences entre les informations fournies par le patient et celles ressortant de l'anamnèse : - une allégation d'impotence respectivement d'inutilisation du membre supérieur gauche contredites par l'absence d'amyotrophie de ce membre (AI p. 472) ; - une attitude inconséquente de l'assuré qui a déclaré lors de l'expertise du 8 juillet 2021 ne pas comprendre pourquoi il se trouvait devant un psychiatre et a nié une pathologie psychique (AI p. 540), alors même qu'il a indiqué à l'OCAS que « tout ce bouleversement commença à altérer sérieusement [s]on état psychologique » (cf. courrier du 9 décembre 2020 [AI p. 475]) et « qu'il avait envie de se jeter d'un pont » (cf. note téléphonique du 1er février 2021 [AI p. 477]) ; - des plaintes très démonstratives laissant insensibles les expertes : - « des éléments d'autolimitations avec un comportement théâtral et une exagération infantile. L'assuré a gardé une attitude tout à fait inadaptée, ne regardant jamais ni l'experte, ni la pièce, étant recroquevillé sur lui-même, comme s'il cherchait à apitoyer l'experte » (AI p. 526, 551) ; - une absence de demande de soins malgré les plaintes : - le refus des traitements par l'assuré respectivement la non-compliance aux traitements préconisés (AI p. 523 526, 538) ; - le refus d'un suivi psychiatrique (AI p. 526, 551, 578) ; - la non-compliance aux médicaments antalgique et antidépresseur prescrits (537, 549 s., 555 ss). En outre, tant l'experte rhumatologue que l'experte psychiatre ont observé durant leur examen clinique respectif du 8 juillet 2021 un comportement théâtral et une exagération infantile de l'assuré (AI p. 527, 549, 551). Ce dernier avait gardé une attitude tout à fait inadaptée ne regardant jamais ni les expertes, ni la pièce, étant recroquevillé sur lui-même et faisant des grimaces de type douloureux avec des manifestations théâtrales d'impotence anatomiquement non expliquées, comme s'il cherchait à apitoyer les expertes (AI p. 526, 536, 540, 551). Lors de l'expertise neuropsychologique du 31 août 2021, l'experte P._____ a également souligné que

l'assuré, rendu pourtant attentif que sa collaboration allait être spécifiquement testée (AI p. 558), n'a pas levé la tête une seule fois pour la regarder durant l'entretien (d'une durée de 1h50) et s'est montré très fortement algique sur tout le corps, attitude particulière qui a amené l'experte en neuropsychologie à conclure que l'ensemble du tableau clinique et des résultats aux tests cognitifs étaient ininterprétables (AI p. 561). Des indices d'exagération des symptômes par l'assuré ressortent également d'autres rapports médicaux au dossier. Ainsi, la généraliste traitante a documenté que le patient avait connu une rechute douloureuse « très étonnante » le 6 mai 2019, la laissant perplexe selon ses propres termes (cf. rapport du 14 mai 2019 de la Dre D. _____ [AI p. 239 s.]). Son patient était en outre venu en consultation le 30 décembre 2019 pour une cervico-dorso-lombalgie de démarrage brutal apparue sans contexte particulier quelques jours avant « la date de la reprise » respectivement avant l'échéance de l'arrêt de travail le 5 janvier 2020 (cf. courriel du 14 janvier 2020 de la Dre D. _____ [AI p. 392]). La Dre D. _____ a également décrit un parcours de soins chaotique avec un refus initial catégorique par l'assuré de toute prise en charge hospitalière (cf. rapports des 3 avril 2020 [AI p. 423] et 18 septembre 2020 [AI p. 454 ss]). La Dre E. _____ (généraliste, algologue traitante) a également mentionné un refus initial de l'assuré de se montrer compliant aux traitements proposés (TENS, médecine complémentaire de type hypnose ou sophrologie, mise en place de patchs de Qutenza et toute prise en charge hospitalière) (cf. compte-rendu de consultation du 24 mai 2019 [AI p. 331]). Le médecin d'arrondissement SUVA a quant à lui souligné qu'il n'y avait pas de mesure thérapeutique mais beaucoup de surprises médicales dans ce dossier, la situation de l'assuré le laissant perplexe, comme beaucoup de ses collègues (cf. appréciation médicale du 5 juin 2019 du Dr B. _____, spécialiste en chirurgie orthopédique [AI p. 287]).

E. 9.3

Cela étant, force est de constater qu'il existe au dossier plusieurs indices concluants en faveur d'une exagération des symptômes : discordance entre les douleurs décrites et le comportement observé, allégation d'intenses douleurs dont les caractéristiques demeurent vagues, absence de demande de soins, grandes divergences entre les informations fournies par le patient et celles ressortant de l'anamnèse, plaintes très démonstratives laissant insensibles les médecins. En outre, l'experte psychiatre mentionne sans équivoque une exagération des symptômes, voire une simulation (AI p. 549, 551), et non pas une simple tendance de l'expertisé d'accentuer des symptômes, laquelle ne permettrait pas à elle seule d'exclure le droit à une rente (cf. arrêt du TF 9C_899/2014 du 29 juin 2015 consid. 4.2 avec les références). Le fait que le recourant n'ait suivi aucun traitement psychiatrique tend également à démontrer le défaut d'une souffrance avérée (ATF 143 V 409 consid. 4.2.2 ; arrêt du TAF C-259/2020 du 6 mai 2022 consid. 7.1.6.2). Le défaut de coopération de l'assuré dans le cadre de la réadaptation professionnelle (AI p. 377-396 ; cf. infra consid. 11) constitue un indice supplémentaire que les troubles invoqués résultent d'un motif autre que d'une atteinte à la santé couverte par l'assurance-invalidité (cf. à ce sujet ATF 141 V 281 consid. 4.4.2 ; arrêt du TAF C-259/2020 du 6 mai 2022 consid. 7.1.6.2). Compte tenu de ces motifs d'exclusion, il y a lieu de conclure à l'absence d'atteinte à la santé psychique susceptible d'ouvrir le droit de l'assuré à des prestations de l'assurance-invalidité. Par contre, il est établi au degré de la vraisemblance prépondérante que l'assuré a présenté une incapacité entière de travail du 23 mai 2018 à fin avril 2019 dans toute activité lucrative à la suite d'un traumatisme contusif de la main gauche ayant provoqué un syndrome douloureux régional complexe. L'exercice à 85% de son activité lucrative habituelle de maçon respectivement à 100% d'une activité lucrative de substitution est exigible de la part de

l'assuré depuis début mai 2019. Il convient dès lors d'examiner à l'aune de ces constats, si l'incapacité de travail induite par l'atteinte somatique est susceptible d'ouvrir à l'assuré le droit à une rente d'invalidité.

E. 10

janvier 2023 par la sécurité sociale française, faisant état de 6 trimestres de cotisations (TAF pce 11 et annexe). C.d Par duplique du 13 juin 2023, l'autorité inférieure conclut à l'admission du recours, à l'annulation de la décision attaquée et au renvoi de la cause à l'administration conformément à la prise de position du 12 juin 2023 de l'OCAS, considérant que le relevé de carrière produit par le recourant atteste de mois d'activités supplémentaires en France (TAF pce 18 et annexe ; voir également : formulaire E 205 produit le 6 novembre 2023 par l'autorité inférieure [TAF pce 25 et annexe]). Le 31 octobre 2023, l'OAIE a en outre fait parvenir au Tribunal une copie de la décision du 17 mars 2023 du Service Invalidité de (...) rejetant la demande de pension d'invalidité pour le motif qu'au 8 octobre 2018, l'assuré ne présentait pas une invalidité

C-5045/2022 Page 7 réduisant au moins des deux tiers sa capacité de travail ou de gain (TAF pce 22 annexes). C.e Par ordonnance du 18 juin 2024, le Tribunal a invité les parties à exercer leur droit d'être entendu en lien avec une éventuelle substitution de motifs, en particulier à se déterminer sur d'éventuels motifs d'exclusion du droit aux prestations de l'assurance-invalidité liés à une éventuelle exagération des symptômes (TAF pce 32). C.e.a Par courrier du 16 juillet 2024 (timbre postal), le recourant a renoncé à prendre position sur la substitution de motifs et a renvoyé à son dernier courrier du 11 mars 2023 (TAF pce 36). C.e.b Aux termes d'observations complémentaires du 3 septembre 2024, l'autorité inférieure conclut à l'admission du recours, à l'annulation de la décision attaquée et au renvoi de la cause à l'administration en vue de la mise en œuvre d'une nouvelle expertise conformément à la prise de position du 2 septembre 2024 de l'OCAS, elle-même fondée sur l'avis SMR du 28 août 2024 du Dr J. _____ (dont la spécialisation n'est pas mentionnée) selon lequel, en l'état du dossier, il n'est pas possible d'infirmier ou de confirmer la présence d'une majoration des symptômes physiques pour des raisons psychologiques chez cet assuré au regard des symptômes physiques excessivement prolongés qu'il présente (voir rapport médical du 29 août 2022 de la Dre D. _____), alors que son adhésion au traitement psychiatrique psychothérapeutique intégré tel que le préconise l'expert psychiatre H. _____ fait défaut (TAF pce 40 et annexes). D. En tant que de besoin, les autres faits et arguments pertinents de la cause seront examinés dans les considérants en droit ci-dessous. Droit : 1. 1.1 Sous réserve d'exceptions – non réalisées en l'espèce – prévues à l'art. 32 de la loi fédérale du 17 juin 2005 sur le Tribunal administratif fédéral (LTAF, RS 173.32), ce dernier connaît, en vertu de l'art. 31 LTAF en relation avec l'art. 33 let. d LTAF et l'art. 69 al. 1 let. b de la loi fédérale du 19 juin 1959 sur l'assurance-invalidité (LAI, RS 831.20), des recours interjetés contre les décisions au sens de l'art. 5 de la loi fédérale du 20 décembre

C-5045/2022 Page 8 1968 sur la procédure administrative (PA, RS 172.021) prises par l'Office de l'assurance-invalidité pour les assurés résidant à l'étranger. 1.2 Selon l'art. 37 LTAF, la procédure devant le Tribunal administratif fédéral est régie par la PA, pour autant que la LTAF n'en dispose pas autrement. En vertu de l'art. 3 let. 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. Conformément à l'art. 1 al. 1 LAI en relation avec l'art. 2 LPGA, les

dispositions de la LPGA s'appliquent à l'assurance-invalidité (art. 1a à 26bis et 28 à 70 LAI), à moins que la LAI ne déroge expressément à la LPGA. 1.3 Selon l'art. 59 LPGA, quiconque est touché par la décision ou la décision sur opposition et a un intérêt digne d'être protégé à ce qu'elle soit annulée ou modifiée a qualité pour recourir. Ces conditions sont remplies en l'espèce. 1.4 Déposé en temps utile et dans les formes requises par la loi (art. 60 LPGA et 52 al. 1 PA), le recours est recevable, l'avance sur les frais de procédure présumés d'un montant de 800 francs ayant été dûment acquittée (art. 63 al. 4 PA [TAF pce 5]). 2. Le recourant étant un ressortissant français, domicilié en France voisine et ayant travaillé en Suisse (cf. supra consid. A.), la procédure présente un aspect transfrontalier. La cause doit ainsi être tranchée non seulement au regard des normes du droit suisse mais également à l'aune des dispositions de l'Accord du 21 juin 1999 sur la libre circulation des personnes (ALCP, RS 0.142.112.681), dont l'annexe II règle la coordination des systèmes de sécurité sociale (art. 8 ALCP). Dans ce contexte, l'ALCP fait référence depuis le 1er avril 2012 au règlement (CE) no 883/2004 du Parlement européen et du Conseil du 29 avril 2004 portant sur la coordination des systèmes de sécurité sociale (ci-après : règlement (CE) no 883/2004, RS 0.831.109.268.1), ainsi qu'au règlement (CE) no 987/2009 du Parlement européen et du Conseil du 16 septembre 2009 fixant les modalités d'application du règlement (CE) no 883/2004 (RS 0.831.109.268.11 ; cf. art. 1 al. 1 de l'annexe II en relation avec la section A de l'annexe II et art. 153a LAVS). A compter du 1er janvier 2015, sont également applicables dans les relations entre la Suisse et les Etats membres de l'Union européenne (UE) les modifications apportées notamment au règlement (CE) no 883/2004 par les règlements (UE)

C-5045/2022 Page 9 no 1244/2010 (RO 2015 343), no 465/2012 (RO 2015 345) et no 1224/2012 (RO 2015 353). Même après l'entrée en vigueur de l'ALCP et des règlements de coordination, l'invalidité ouvrant droit à des prestations de l'assurance-invalidité suisse se détermine exclusivement d'après le droit suisse (art. 46 al. 3 du règlement (CE) no 883/2004 a contrario ; ATF 130 V 253 consid. 2.4 ; arrêt du TF 9C_573/2012 du 16 janvier 2013 consid. 4 et réf. cit.). Partant, l'octroi – ou en l'occurrence, le refus [cf. supra let. C.d)] – de rentes étrangères d'invalidité ne préjuge pas l'appréciation de l'invalidité selon la loi suisse (arrêt du TF I 435/02 du 4 février 2003 consid. 2). 3. 3.1 La procédure dans le domaine des assurances sociales fait prévaloir la maxime inquisitoire (art. 43 LPGA ; ATF 138 V 218 consid. 6). Ainsi, le Tribunal administratif fédéral définit les faits et apprécie les preuves d'office et librement (art. 12 PA ; PIERRE MOOR/ETIENNE POLTIER, Droit administratif, vol. II, 3ème éd. 2011, ch. 2.2.6.3). Ce faisant, il ne tient pour existants que les faits qui sont prouvés, cas échéant au degré de la vraisemblance prépondérante (ATF 139 V 176 consid. 5.2, 138 V 218 consid. 6). Par ailleurs, il applique le droit d'office, sans être lié par les motifs invoqués par les parties (art. 62 al. 4 PA ; ATAF 2013/46 consid. 3.2), ni par l'argumentation juridique développée dans la décision entreprise (MOOR/POLTIER, op. cit., ch. 2.2.6.5 ; BENOÎT BOVAY, Procédure administrative, 2ème éd., 2015, p. 243 ; JÉRÔME CANDRIAN, Introduction à la procédure administrative, 2013, no 176). L'autorité saisie se limite en principe aux griefs soulevés et n'examine les questions de droit non invoquées que dans la mesure où les arguments des parties ou le dossier l'y incitent (ATF 122 V 157 consid. 1a et 121 V 204 consid. 6c ; ANDRÉ MOSER/MICHAEL BEUSCH/LORENZ KNEUBÜHLER/MARTIN KAYSER, Prozessieren vor dem Bundesverwaltungsgericht, 3e éd., 2022, no 1.55). Les parties ont le devoir de collaborer à l'instruction (art. 13 PA et 43 al. 3 LPGA ; arrêt du TAF C-6134/2017 du 3 avril 2018 consid. 5.4) et de motiver leur recours (art. 52 PA). 3.2 Dans ce contexte, le Tribunal

examine d'office les conditions formelles de validité et de régularité de la procédure devant l'autorité inférieure, soit notamment le point de savoir si l'autorité qui a rendu la décision litigieuse était compétente (ATF 142 V 67 consid. 2.1 et 140 V 22 consid. 4 ; arrêt du TAF C-3964/2019 du 13 décembre 2021 consid. 3.2). En la matière, l'art. 40 al. 2 du règlement du 17 janvier 1961 sur l'assurance-invalidité (RAI, RS 831.201) dispose que l'office AI du secteur d'activité dans lequel le frontalier exerce une activité lucrative est compétent pour enregistrer et

C-5045/2022 Page 10 examiner les demandes présentées par les frontaliers. Cette règle s'applique également aux anciens frontaliers pour autant que leur domicile habituel se trouve encore dans la zone frontière au moment du dépôt de la demande et que l'atteinte à la santé remonte à l'époque de leur activité en tant que frontalier. L'office AI pour les assurés résidant à l'étranger notifie les décisions. Attendu que le recourant a son domicile en France voisine et que l'atteinte à la santé est survenue alors qu'il exerçait en tant que frontalier une activité lucrative en Suisse dans le canton de (...) (AI p. 121), c'est à juste titre qu'en l'espèce, l'OCAS a enregistré et instruit la demande de prestations déposée par le recourant et que l'OAIE a notifié la décision litigieuse. 4. 4.1 Selon les principes généraux du droit intertemporel, le droit matériel applicable est en principe celui en vigueur lors de la réalisation de l'état de fait qui doit être apprécié juridiquement ou qui a des conséquences juridiques, sous réserve de dispositions particulières du droit transitoire (ATF 146 V 364 consid. 7.1 ; 139 V 335 consid. 6.2 ; 136 V 24 consid. 4.3). Le 1er janvier 2022 sont entrées en vigueur, dans le cadre du « Développement continu de l'AI », la modification de la LAI et de la LPGA adoptée le 19 juin 2020 (RO 2021 705 ; FF 2017 2363), ainsi que celle du 3 novembre 2021 apportée au RAI (RO 2021 706). Si la décision concernant un premier octroi de rente est rendue, comme en l'espèce, après le 1er janvier 2022, mais porte sur un droit qui a pris naissance avant cette date, ce sont les dispositions de la LAI et celles du RAI dans leur version valable jusqu'au 31 décembre 2021 qui s'appliquent (cf. Circulaire sur l'invalidité et les rentes dans l'assurance-invalidité [CIRAI], valable dès le 1er janvier 2022, état au 1er juillet 2022, ch. 9101 et Circulaire relative aux dispositions transitoires concernant le système de rentes linéaire [Circ. DT DC AI], valable dès le 1er janvier 2022, état le 1er janvier 2022, ch. 1007). En l'espèce, compte tenu de la demande de prestations déposée le 8 octobre 2018 et du délai d'attente d'un an suivant l'accident du 23 mai 2018, un éventuel droit à la rente pourrait prendre naissance au plus tôt à partir du 1er mai 2019 (art. 28 al. 1 let. b et 29 al. 1 et 3 LAI). Partant, bien que la décision litigieuse ait été rendue le 14 octobre 2022, il convient, conformément à la réglementation transitoire susmentionnée, d'appliquer en l'espèce les dispositions de la LAI et celles du RAI dans leur version valable jusqu'au 31 décembre 2021 (6e révision de l'AI [premier volet] en vigueur depuis le 1er janvier 2012 [RO 2011 5659, FF 2010 1647]) qui seront seules citées dans la présente affaire.

C-5045/2022 Page 11 4.2 En outre, le tribunal des assurances sociales apprécie la légalité des décisions attaquées, en règle générale, d'après l'état de fait existant jusqu'au moment où la décision litigieuse a été rendue (en l'espèce le

E. 10.1

Conformément à l'art. 28 al. 1 LAI, l'assuré a droit à une rente si sa capacité de gain ou sa capacité d'accomplir ses travaux habituels ne peut être rétablie, maintenue ou améliorée par des mesures de réadaptation raisonnablement exigibles (let. a); s'il a présenté une incapacité de travail

C-5045/2022 Page 29 (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). 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). 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).

E. 10.1.1

L'évaluation du taux d'invalidité des assurés exerçant une activité lucrative est régie par l'art. 16 LPGA (art. 28a al. 1, 1ère phrase, LAI). Selon cette disposition, le revenu que l'assuré aurait pu obtenir s'il n'était pas invalide (revenu sans invalidité) est comparé avec celui qu'il pourrait obtenir en exerçant l'activité qui peut être raisonnablement exigée de lui après les traitements et les mesures de réadaptation, sur un marché du travail équilibré (revenu avec invalidité). La différence entre ces deux revenus détermine alors le degré d'invalidité (méthode de comparaison des revenus ; ATF 130 V 343 consid. 3.4.2 ; arrêt du TF 8C_536/2017 du 5 mars 2018 consid. 5.1). Lorsque l'assuré conserve une capacité de travail dans son activité lucrative habituelle correspondant à un degré d'invalidité excluant une rente d'invalidité, il y a toutefois lieu de renoncer à une comparaison des revenus (cf. arrêt du TF 9C_441/2021 du 24 janvier 2022 consid. 4).

E. 10.1.2

En cas d'octroi d'une rente limitée dans le temps, l'art. 17 LPGA relatif à la révision est applicable par analogie (ATF 125 V 413 consid. 2d ; arrêt du TF 9C_647/2017 du 12 janvier 2018 consid. 3). Cette disposition prévoit que si le taux d'invalidité du bénéficiaire de la rente subit une modification notable, la rente est, d'office ou sur demande, révisée pour l'avenir, à savoir augmentée ou réduite en conséquence, ou encore supprimée. La rente peut être révisée non seulement en cas de modification sensible de l'état de santé, mais aussi lorsque celui-ci est resté le même, mais que ses conséquences sur la capacité de gain ont subi un changement important (ATF 141 V 9 consid. 2.3, 134 V 131 consid. 3, 130 V 343 consid. 3.5). Une simple appréciation différente d'un état de fait qui, pour l'essentiel, est demeuré inchangé, n'appelle en revanche pas à une révision au sens de l'art. 17 LPGA (ATF 141 V 9 loc. cit.; arrêt du TF 9C_414/2016 du 7 décembre 2016 consid. 5.2). 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. L'al. 1

C-5045/2022 Page 30 de cette disposition prévoit que 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 (1ère phrase). Il en va de même lorsqu'un tel changement déterminant a duré trois mois déjà, sans interruption notable et sans qu'une complication prochaine soit à craindre (2ème phrase). La jurisprudence précise que le sens et le but de l'art. 88a al. 1 RAI sont notamment de donner au bénéficiaire de la rente une certaine assurance en ce qui concerne le versement régulier de ses prestations. Des modifications temporaires des

facteurs qui fondent le droit à la rente ne doivent pas conduire à une adaptation par la voie de la révision car, au regard de la sécurité du droit, l'octroi d'une rente entrée en force se doit d'avoir une certaine stabilité. En cas de modification de la capacité de gain, la rente doit être supprimée ou réduite avec effet immédiat si la modification paraît durable et par conséquent stable (première phrase de l'art. 88a al. 1 RAI). En revanche, l'on patientera trois mois si le caractère évolutif de l'atteinte à la santé, notamment la possibilité d'une aggravation, ne permet pas un jugement immédiat (deuxième phrase de l'art. 88a al. 1 RAI). Pour examiner s'il y a lieu de réduire ou de supprimer la rente avec effet immédiat ou seulement après trois mois, il convient en règle générale d'examiner pour le futur si l'amélioration de la capacité de gain peut être considérée comme durable (arrêt du TF 9C_32/2015 du 10 septembre 2015 consid. 4.1 et réf. cit.).

E. 10.2

En l'occurrence, il est établi que le recourant a présenté une incapacité totale de travail dans toute activité lucrative à compter du 23 mai 2018 et déposé une demande de rente le 8 octobre 2018, lui ouvrant éventuellement le droit à une rente entière correspondant à un degré d'invalidité de 100% au plus tôt à l'issue du délai d'attente d'une année, soit à compter de mai 2019 (cf. art. 28 al. 1 let. b et art. 29 al. 1 LAI). Il est également établi que l'assuré a recouvré une capacité de travail de 85% dans l'exercice de son activité lucrative habituelle de maçon exigible à partir de mai 2019. Il en résulte un degré d'invalidité de 15% correspondant à une amélioration notable de la capacité de gain de l'assuré et entraînant la suppression de son éventuel droit à une rente entière dès le mois de mai 2019. Force est en effet d'admettre que la rémission du trouble à l'origine d'un éventuel droit à la rente du recourant présentait dès mai 2019 un caractère durable – et non temporaire – de l'état de santé respectivement de la capacité de gain compte tenu de la nature transitoire de

C-5045/2022 Page 31 l'algodystrophie – dont la rémission est attendue dans environ 75% des cas dans un intervalle d'une année, soit en l'occurrence à partir du 23 mai 2019 (cf. supra consid. 8.2.3) –, du retour à la normale de l'état de santé de l'assuré observé dès avril 2019 (cf. rapport du 14 mai 2019 [AI p. 239 s.] et certificat du 2 mai 2019 [AI p. 246] de la Dre D. _____) et de la stabilisation de celui-là (cf. appréciation du 5 juin 2019 du Dr B. _____ [AI p. 287] et rapport d'examen final du 23 août 2019 [AI p. 304 ss]). Il n'y a dès lors pas lieu d'attendre l'écoulement du délai de trois mois prévu par l'art. 88a al. 1, 2ème phrase, RAI, cela d'autant que la sécurité du droit protégée par cette disposition n'est pas mise à mal en l'espèce, à défaut de décision d'octroi de rente entrée en force. Compte tenu de l'ouverture et de la suppression simultanées du droit à la rente en mai 2019, aucun droit à la rente ne peut être reconnu en faveur du recourant. 11. Au demeurant, le Tribunal souligne que l'assuré ne saurait davantage avoir droit à des mesures de réadaptation au sens de l'art. 8 al. 1 LAI, de telles mesures apparaissant d'emblée vouées à l'échec. En effet, l'assuré a fait preuve d'un manque d'aptitude subjective à la réadaptation en refusant les propositions de l'OCAS l'invitant à prendre part à une mesure d'orientation professionnelle de trois mois en centre, ainsi qu'à une mesure de coaching (AI p. 377-396). En particulier, il a prétexté ne pas pouvoir se rendre d'Annecy à (...) en voiture (AI p. 377), alors que, selon sa généraliste traitante, il se rendait en voiture à son cabinet, qu'il n'y était jamais apparu somnolent et qu'il n'existait aucune contre-indication médicale à des déplacements durant la journée en transports en commun, la médication – de surcroît prise irrégulièrement par l'assuré – pouvant être limitée au soir afin d'éviter toute somnolence diurne (cf. certificat du 17 décembre 2019 de la Dre D. _____ [AI p. 387] et note téléphonique du 17 décembre

2019 de l'OCAS [AI p. 386]). 11.1 Sur le vu de tout ce qui précède, les conclusions du recours se révèlent mal fondées et la décision du 14 octobre 2022 de l'OAIE doit être confirmée par substitution de motifs, étant précisé que le droit d'être entendu en particulier du recourant a été dûment respecté en tant que ce dernier a été invité à se prononcer sur la substitution de motifs (cf. ordonnance du 18 juin 2024 [TAF pce 32] et triplique du recourant du 16 juillet 2024 [TAF pce 36]) ; arrêts du TF 9C_905/2015 du 29 août 2016 consid. 4.2, 9C_361/2015 du 17 juillet 2015 consid. 5).

C-5045/2022 Page 32 12. Il reste à examiner la question des frais et dépens. 12.1 Aux termes de l'art. 63 al. 1 PA, les frais de procédure comprenant l'émolument d'arrêté, les émoluments de chancellerie et les débours sont mis, dans le dispositif, 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 remis. Malgré le fait que l'autorité inférieure ait à tort considéré que l'assuré ne satisfaisait pas à la durée minimale de cotisations en l'espèce, le Tribunal ne fait aucunement droit aux conclusions du recours tendant à l'annulation de la décision attaquée et à l'octroi d'une rente d'invalidité. Cela étant, les frais de procédure fixés à 800 francs sont mis à la charge du recourant, qui ainsi succombe, et sont prélevés sur l'avance de frais du même montant versée par ce dernier dans le cadre de la présente procédure (TAF pce 5). 12.2 En outre, il n'est pas alloué de dépens, le recourant étant débouté (art. 64 al. 1 PA) et l'autorité inférieure n'y ayant pas droit (cf. art. 7 al. 3 FITAF). (Le dispositif figure à la page suivante.)

C-5045/2022 Page 33

E. 11

Au demeurant, le Tribunal souligne que l'assuré ne saurait davantage avoir droit à des mesures de réadaptation au sens de l'art. 8 al. 1 LAI, de telles mesures apparaissant d'emblée vouées à l'échec. En effet, l'assuré a fait preuve d'un manque d'aptitude subjective à la réadaptation en refusant les propositions de l'OCAS l'invitant à prendre part à une mesure d'orientation professionnelle de trois mois en centre, ainsi qu'à une mesure de coaching (AI p. 377-396). En particulier, il a prétexté ne pas pouvoir se rendre d'Annecy à (...) en voiture (AI p. 377), alors que, selon sa généraliste traitante, il se rendait en voiture à son cabinet, qu'il n'y était jamais apparu somnolent et qu'il n'existait aucune contre-indication médicale à des déplacements durant la journée en transports en commun, la médication - de surcroît prise irrégulièrement par l'assuré pouvant être limitée au soir afin d'éviter toute somnolence diurne (cf. certificat du 17 décembre 2019 de la Dre D. _____ [AI p. 387] et note téléphonique du 17 décembre 2019 de l'OCAS [AI p. 386]).

E. 11.1

Sur le vu de tout ce qui précède, les conclusions du recours se révèlent mal fondées et la décision du 14 octobre 2022 de l'OAIE doit être confirmée par substitution de motifs, étant précisé que le droit d'être entendu en particulier du recourant a été dûment respecté en tant que ce dernier a été invité à se prononcer sur la substitution de motifs (cf. ordonnance du 18 juin 2024 [TAF pce 32] et triplique du recourant du 16 juillet 2024 [TAF pce 36]) ; arrêts du TF 9C_905/2015 du 29 août 2016 consid. 4.2, 9C_361/2015 du 17 juillet 2015 consid. 5).

E. 12

Il reste à examiner la question des frais et dépens.

E. 12.1

Aux termes de l'art. 63 al. 1 PA, les frais de procédure comprenant l'émolument d'arrêté, les émoluments de chancellerie et les débours sont mis, dans le dispositif, 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 remis. Malgré le fait que l'autorité inférieure ait à tort considéré que l'assuré ne satisfaisait pas à la durée minimale de cotisations en l'espèce, le Tribunal ne fait aucunement droit aux conclusions du recours tendant à l'annulation de la décision attaquée et à l'octroi d'une rente d'invalidité. Cela étant, les frais de procédure fixés à 800 francs sont mis à la charge du recourant, qui ainsi succombe, et sont prélevés sur l'avance de frais du même montant versée par ce dernier dans le cadre de la présente procédure (TAF pce 5).

E. 12.2

En outre, il n'est pas alloué de dépens, le recourant étant débouté (art. 64 al. 1 PA) et l'autorité inférieure n'y ayant pas droit (cf. art. 7 al. 3 FITAF). (Le dispositif figure à la page suivante.)

E. 14

octobre 2022). Les faits survenus postérieurement et qui ont modifié cette situation doivent en principe faire l'objet d'une nouvelle décision administrative (ATF 132 V 215 consid. 3.1.1, 130 V 445 consid. 1.2 et 121 V 362 consid. 1b). Ils doivent néanmoins être pris en considération lorsqu'ils sont étroitement liés à l'objet du litige et de nature à en influencer l'appréciation au moment où la décision attaquée a été rendue (cf. arrêt du TF 9C_34/2017 du 20 avril 2017 consid. 5.2 et réf. cit.). 5. 5.1 Pour avoir droit à une rente ordinaire de l'assurance-invalidité suisse, tout requérant doit remplir cumulativement les conditions suivantes : être invalide au sens de la LPGA et de la LAI (art. 8 LPGA ; art. 4, 28 al. 1, 29 al. 1 LAI) et compter au moins trois années entières de cotisations (art. 36 al. 1 LAI). Dans ce cadre, les cotisations versées à une assurance sociale assimilée d'un Etat membre de l'Union européenne (UE) ou de l'Association européenne de libre-échange (AELE) peuvent être prises en considération pour la durée minimale de cotisations (cf. Message concernant la modification de la loi fédérale sur l'assurance-invalidité [5e révision], FF 2005 4215, p. 4291), à condition qu'une année au moins de cotisations puisse être comptabilisée en Suisse (art. 57 du Règlement (CE) no 883/2004 en relation avec l'art. 36 al. 2 LAI et l'art. 29 al. 1 LAVS ; MICHEL VALTERIO, Commentaire – Loi fédérale sur l'assurance-invalidité [LAI], 2018, art. 36 LAI nos 4 s.). 5.2 En l'espèce, la décision litigieuse dénie au recourant le droit à une rente pour le motif qu'il ne remplirait pas la condition de la durée minimale de cotisations de trois ans lors de la survenance d'une éventuelle invalidité le 23 mai 2019 (AI p. 659 ss). A l'appui de ce prononcé, l'autorité inférieure s'est fondée sur l'extrait de compte individuel de l'assuré du 9 mai 2022 – attestant de 18 mois de cotisations en Suisse acquittées de novembre 2016 à juillet 2017 et d'octobre 2017 à juin 2018 (AI p. 623) – et sur les formulaires E 205 « Attestation concernant la carrière d'assurance en France » établis les 14 avril 2022 et 4 août 2022 attestant de quatre trimestres d'assurance à la sécurité sociale française (AI p. 599, 637). Or, il ressort du « Relevé de carrière » en France du 10 janvier 2023 et du formulaire E 205 « Attestation concernant la carrière d'assurance en France » produits en procédure de recours que l'assuré a effectué six

C-5045/2022 Page 12 trimestres d'assurance à la sécurité sociale française, soit un en 2011, deux en 2013 et trois en 2016 (TAF pces 11, 25). Aussi, en prenant en compte les cotisations versées à la sécurité sociale française durant

E. 18

mois en sus de celles acquittées aux assurances sociales suisses pendant 18 mois, l'assuré remplit-il bien la durée minimale de cotisations de trois ans – 36 mois – avant la survenance d'une éventuelle invalidité le

E. 23

mai 2019 conformément à l'art. 36 al. 1 LAI. Cela étant, c'est à juste titre que l'autorité inférieure et le recourant considèrent que la décision litigieuse est mal fondée à cet égard. 6. Attendu que la décision litigieuse reconnaît à l'assuré une incapacité de travail de 100% dans toute activité lucrative dès le 23 mai 2018 lui ouvrant éventuellement le droit à une rente entière dès le 23 mai 2019 (cf. décision du 14 octobre 2022 [TAF pce 1 annexe ; AI p. 666]), il y a lieu, par économie de procédure, d'examiner le bien-fondé de ces constats nonobstant le fait que le droit aux prestations AI a été dénié, à tort, pour le seul motif que la condition minimale de cotisations n'était prétendument pas remplie. 7. Pour avoir droit à une rente ordinaire de l'assurance-invalidité suisse, l'assuré doit être invalide au sens de la LPGA et de la LAI. 7.1 L'invalidité au sens de la LPGA et de la LAI est l'incapacité de gain totale ou partielle qui est présumée permanente ou de longue durée (art. 8 al. 1 LPGA). Elle peut résulter d'une infirmité congénitale, d'une maladie ou d'un accident (art. 4 al. 1 LAI) et est réputée survenue dès qu'elle est, par sa nature et sa gravité, propre à ouvrir droit aux prestations entrant en considération (art. 4 al. 2 LAI). Selon l'art. 7 al. 1 LPGA, est réputée incapacité de gain toute diminution de l'ensemble ou d'une partie des possibilités de gain de l'assuré sur un marché du travail équilibré dans son domaine d'activité, si cette diminution résulte d'une atteinte à sa santé physique, mentale ou psychique et qu'elle persiste après les traitements et les mesures de réadaptation exigibles. Seules les conséquences de l'atteinte à la santé sont prises en compte pour juger de la présence d'une incapacité de gain. Par incapacité de travail, on entend toute perte, totale ou partielle, résultant d'une atteinte à la santé physique, mentale ou psychique, de l'aptitude de l'assuré à accomplir dans sa profession ou son domaine d'activité le travail qui peut raisonnablement être exigé de lui (art. 6, 1ère phrase, LPGA). L'assurance-invalidité suisse couvre ainsi seulement les pertes économiques liées à une atteinte à la santé physique ou psychique, et non la maladie en tant que telle (ATF 116 V 246 consid.

C-5045/2022 Page 13 1b). En d'autres termes, l'objet assuré n'est pas l'atteinte à la santé, mais l'incapacité de gain probablement permanente ou de longue durée qui en résulte et qui n'est pas objectivement surmontable (art. 7 al. 2 LPGA). En cas d'incapacité de travail de longue durée, l'activité qui peut être exigée de l'assuré peut aussi relever d'une autre profession ou d'un autre domaine d'activité (art. 6, 2ème phrase, LPGA). 7.2 Pour pouvoir déterminer la capacité de travail médico-théorique et évaluer l'invalidité de la personne concernée, l'administration, ou le tribunal en cas de recours, a besoin de documents que le médecin ou éventuellement d'autres spécialistes doivent lui fournir (ATF 117 V 282 consid. 4a) et sur lesquels elle s'appuiera, sous peine de violer le principe inquisitoire (arrêts du TF 8C_623/2012 du 6 décembre 2012 consid. 1). Le Tribunal fédéral a jugé que les données fournies par les médecins constituent un élément utile pour apprécier les conséquences fonctionnelles de l'atteinte à la santé, quand bien même la notion d'invalidité est de nature économique/juridique et non médicale. Précisément, la tâche des médecins consiste à porter un jugement sur l'état de santé et à indiquer dans quelle mesure et pour quelles activités la personne concernée est incapable de travailler, compte tenu de ses limitations (ATF 143 V 418 consid. 6 ; 132 V 93 consid. 4 ; 125 V 256 consid. 4 ; 115 V 133 consid. 2 ; 114 V 310

consid. 3c ; 105 V 156 consid. 1 ; voir également ATF 140 V 193 consid. 3.2 et les réf. cit.). Dans ce contexte, on rappellera qu'il n'appartient pas au juge de remettre en cause le diagnostic retenu par un médecin et de poser de son propre chef des conclusions qui relèvent de la science et des tâches du corps médical (arrêt du TF 9C_719/2016 du 1er mai 2017 consid. 5.2.1). 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 et 3c). 7.2.1 Avant de conférer pleine valeur probante à un rapport médical, il convient de s'assurer 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). La

C-5045/2022 Page 14 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 TF 9C_555/2017 du 22 novembre 2017 consid. 3.1 et réf. cit., 9C_745/2010 du 30 mars 2011 consid. 3.2 et 9C_59/2010 du 11 juin 2010 consid. 4.1 ; VALTERIO, op. cit., art. 57 LAI no 33). 7.2.2 Lorsqu'au stade de la procédure administrative une expertise confiée à un médecin indépendant est établie par un spécialiste reconnu, 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 351 consid. 3b/bb ; arrêt du TFA I 701/04 du 27 juillet 2005 consid. 2.1.2). 7.2.3 S'agissant des maladies psychiques tels les symptomatologies douloureuses sans substrat organique objectivable, autrement appelées « troubles somatoformes douloureux », les autres affections psychosomatiques assimilées (ATF 140 V 8 consid. 2.2.1.3), ou encore les troubles dépressifs, y compris de degré léger ou moyen (ATF 143 V 409 ; 143 V 418), la capacité de travail d'une personne souffrant de telles affections doit être évaluée sur la base d'une vision globale, à la lumière des circonstances du cas particulier et sans résultat prédéfini, dans le cadre d'une procédure structurée d'établissement des faits fondée sur des indicateurs qui déterminent, d'une part, les facteurs invalidants, et, d'autre part, les ressources de la personne concernée (ATF 141 V 281 consid. 2, 3.4 à 3.6, 4.1 ; 145 V 361 consid. 3.1). Il est toutefois possible de renoncer à l'évaluation de la capacité de travail d'une personne dans le cadre d'une procédure de constatation des faits structurée sur la base d'indicateurs si les limitations à l'exercice d'une activité résultent d'une exagération des symptômes, ou de constellations similaires, ce qui exclut l'existence d'une atteinte à la santé susceptible d'entraîner une invalidité (ATF 141 V 281 consid. 2.2 ainsi que les arrêts de la FSC 9C_534/2015 du 1er mars 2016 consid. 2.2.2 avec renvois et 8C_562/2014 du 29 septembre 2015 consid. 8.4). 8. Pour retenir une incapacité totale de travail de l'assuré dans toute activité lucrative dès le 23 mai 2018, l'autorité inférieure se base sur l'avis SMR du 17 février 2022 des Drs I._____ et J._____ (spécialisations non mentionnées [cf. supra let. B.a ; AI p. 581 s.]), lui-même fondé sur le rapport

C-5045/2022 Page 15 d'expertise bi-disciplinaire BEM (...) établi les 22 septembre 2021 et 1er décembre 2021 par les Dres G. _____ (spécialiste en rhumatologie) et H. _____ (spécialiste en psychiatrie et psychothérapie [AI p. 512 ss et 577 ss]). 8.1 L'évaluation consensuelle des expertes précitées aboutit aux constats suivants (AI p. 523 ss) : – Sur le plan somatique, l'assuré présente les diagnostics incapacitants de 1) suite d'un traumatisme contusif de la main gauche et 2) syndrome douloureux diffus sans explication anatomique, laissant subsister, depuis avril 2019, une capacité de travail (8 heures/jour) de 85% – incluant une perte de rendement de 15% résultant des séquelles objectives attendues d'un traumatisme contusif de la main gauche – dans l'activité lucrative habituelle et de 100% dans une activité lucrative adaptée en ce sens qu'elle évite les efforts prolongés avec la main gauche et limite le maniement d'outils. En particulier, les expertes constatent que l'assuré ne présente pas d'atteinte anatomique objective. Elles relèvent en outre des incohérences entre l'absence d'atteinte anatomique objective respectivement l'absence d'amyotrophie du membre supérieur gauche prouvant une utilisation persistante de ce dernier et les allégations d'impotence répétées par l'assuré, ainsi qu'entre l'absence de prise d'antalgiques et l'importance des douleurs décrites par ce dernier. – Sur le plan psychique, les expertes diagnostiquent une somatisation (CIM-10 F45.0) entraînant une incapacité entière de travail dans toute activité lucrative depuis le 14 mai 2019. Elles précisent que moyennant le suivi d'un traitement psychiatrique-psychothérapeutique intégré exigible et une surveillance de la compliance médicamenteuse, la capacité de travail devra être réévaluée médico-théoriquement dans une année (respectivement une année après le début de la prise en charge) sans événements de vie adverses. 8.2 Sur le plan strictement rhumatologique, le rapport d'expertise retient que l'expertisé a été victime d'un traumatisme contusif non fracturaire de la main gauche dont l'évolution a été extrêmement défavorable, si bien qu'un syndrome algodystrophique a été évoqué, sans toutefois n'être jamais confirmé sur le plan scintigraphique. Les douleurs considérées comme neuropathiques se sont progressivement étendues à tout le membre supérieur gauche. Une amélioration, voire un retour à un état quasi normal, a été constatée en avril 2019, avant qu'une rechute ne

C-5045/2022 Page 16 survienne immédiatement lors de la 2ème reprise du travail le 6 mai 2019. Les symptômes se sont alors progressivement amplifiés, avec irradiation douloureuse anatomiquement inexpliquée à tout le rachis, puis aux membres inférieurs et à tout le corps avec une aggravation douloureuse en janvier 2020, soit à la date prévue pour une 3ème tentative de reprise d'un travail. Au jour de l'expertise le 8 juillet 2021, l'assuré présente une symptomatologie douloureuse diffuse et un état d'impotence du membre supérieur gauche anatomiquement inexpliquée. Il ne fait preuve d'aucune coopération et se singularise par des manifestations théâtrales d'impotence parasitant respectivement empêchant l'observation. Il refuse toute prise en charge thérapeutique de telle sorte que le centre antidouleur n'a pas jugé opportun de fixer de nouveaux rendez-vous de suivi. L'experte en rhumatologie ne retrouve aucun des critères d'une fibromyalgie. Malgré des douleurs continues et une allodynie, l'assuré ne présente pas de troubles objectifs vasomoteurs, sudoraux, moteurs ou trophiques. Une scintigraphie récente ne révèle pas non plus de signes d'algodystrophie évolutive respectivement n'objective pas d'autres anomalies explicatives. L'experte en rhumatologie constate ainsi que l'examen clinique s'est révélé discordant à défaut d'amyotrophie du membre supérieur gauche, ce qui atteste de l'absence objective de non-utilisation de ce membre. L'examen neurologique n'a pu être réalisé dans sa totalité ; toutefois, aucun trouble objectif de la sensibilité n'a été détecté. Les

réflexes sont satisfaisants et aucun trouble moteur d'origine centrale ou périphérique objectif n'a été observé. En l'absence de lésions rachidiennes ou neurologiques, les manifestations fonctionnelles décrites ne sont pas plausibles car il n'existe d'explications ni à une impotence corporelle complète telle que décrite, ni à une incapacité de se coucher sur la table d'examen ou de marcher normalement. L'impotence complète du membre supérieur gauche et l'attitude recroquevillée de l'expertisé ne sont pas non plus expliquées. Tous les traitements envisageables ont été proposés à l'assuré, mais n'ont pas été correctement effectués ou ont été refusés par ce dernier, qui n'a fait montre d'aucune compliance. Partant, l'experte G. _____ indique n'avoir pas de nouvelle mesure thérapeutique à proposer au niveau rhumatologique, cela d'autant qu'il n'existe pas d'anomalie objective à traiter. Sur la base de ces considérations, l'experte en rhumatologie écarte toute lésion rachidienne ou neurologique ainsi que la persistance d'une algodystrophie, pour retenir les diagnostics de 1) suite d'un traumatisme

C-5045/2022 Page 17 contusif de la main gauche et 2) syndrome douloureux diffus, sans explications anatomiques. Ce nonobstant, l'expertisé peut assumer 40 heures de présence dans sa dernière activité lucrative de maçon à défaut de syndrome algodystrophique persistant, à défaut d'atteinte fracturaire au niveau de la main gauche, à défaut d'explication rhumatologique aux douleurs rachidiennes décrites, à défaut d'amyotrophie au niveau des membres supérieurs ou d'atteinte neurologique objective, l'assuré ayant de surcroît connu fin avril 2019 une période au cours de laquelle la fonctionnalité de sa main gauche est totalement revenue. Dans l'exercice de son activité lucrative habituelle de maçon, l'assuré a ainsi récupéré une capacité de travail exigible de 85% depuis avril 2019, sa performance devant être considérée comme réduite de 15% par les séquelles objectives attendues d'un traumatisme contusif de la main. Dans l'exercice d'une activité lucrative adaptée évitant les efforts prolongés de la main gauche et limitant le maniement d'outils, l'assuré a retrouvé, depuis avril 2019, une capacité de travail de 100% (8 heures/jour). 8.2.1 A l'aune de ce qui précède, le Tribunal constate que le volet rhumatologique du rapport d'expertise BEM (...) du 22 septembre 2021 a été établi par une spécialiste en rhumatologie, soit par une experte indépendante disposant de la formation spécialisée nécessaire et des compétences professionnelles dans ledit domaine d'investigation. Il l'a été en pleine connaissance de l'anamnèse (AI p. 515-524, 529-532), se fonde sur des examens complets (examen clinique du 8 juillet 2021 [AI p. 532- 537]; examens de laboratoire [AI p. 555-557]; examens d'imagerie [radiographie des 3ème et 4ème doigts de la main gauche du 23 mai 2018 du Dr K. _____, radiologue {AI p. 98}; scintigraphie osseuse dynamique du corps entier du 25 juin 2018 du Dr L. _____, spécialiste en médecine nucléaire {AI p. 223}; IRM cervicale du 27 mai 2020 du Dr M. _____, radiologue {AI p. 458}; scintigraphie osseuse du 16 juillet 2021 du Dr N. _____, spécialiste en médecine nucléaire {AI p. 562 s.}], de même qu'il prend en considération les plaintes de l'assuré (AI p. 528). 8.2.2 Retenant les diagnostics de 1) suite d'un traumatisme contusif de la main gauche et 2) syndrome douloureux diffus sans explications anatomiques, l'experte G. _____ exclut toute lésion rachidienne. Ses constats, établis sur la base d'un examen clinique, sont en outre corroborés par le rapport d'IRM cervicale du 27 mai 2020 du Dr M. _____ (radiologue), lequel établit l'absence d'hernie discale ou de tassement vertébral ainsi que le respect du cordon médullaire et des espaces péri- médullaires (AI p. 458).

C-5045/2022 Page 18 8.2.3 L'experte G. _____ exclut également la persistance d'un syndrome douloureux régional complexe (SDRC, anciennement appelé algodystrophie ou

algoneurodystrophie) s'écartant du diagnostic précédemment posé en ce sens par les Drs C._____, E._____ et D._____. A l'appui de son diagnostic différentiel, l'experte G._____ explique n'avoir observé, malgré les douleurs continues et allodynies signalées par l'expertisé, aucune amyotrophie du membre supérieur gauche, ni troubles objectifs vasomoteurs, sudoraux, moteurs ou trophiques (AI p. 536) – critères cliniques déterminants dans le diagnostic d'un SDRC (cf. arrêts du TF 8C_234/2023 du 12 décembre 2023 consid. 3.2 et 8C_416/2019 du 15 juillet 2020 consid. 5.1 et réf. cit.). Ces constats sont, de plus, corroborés par ceux ressortant de l'examen clinique pratiqué le 23 mai 2019 par la Dre E._____ qui constatait alors que les constantes de l'assuré étaient rassurantes, sans œdème franc, ni différence de température, ni erreur à l'épreuve du pique-touche (cf. compte-rendu de consultation du 24 mai 2019 [AI p. 330 s.]). En juillet 2020, la prise en charge de l'assuré par la Clinique (...) confirmait également que le patient ne présentait ni amyotrophie du membre supérieur gauche, ni chaleur, ni rougeur, ni œdème, malgré les allégations de l'assuré de non-utilisation du membre supérieur gauche et de douleurs au simple effleurement (cf. rapport de la Dre F._____, médecin généraliste [AI p. 472]). La rémission du syndrome algodystrophique retenue par l'experte G._____ plus de trois ans après l'accident du 23 mai 2018 concorde, de surcroît, avec le pronostic émis par le Dr C._____ (cf. rapports des 25 septembre 2018 et 11 octobre 2018 [AI p. 5 s., 182 s. ; supra let. B.a]). Ce dernier relevait, en effet, que les chances d'une guérison totale de la « très probable et très classique algodystrophie débutante » présentée par l'assuré étaient très bonnes, cette pathologie pouvant évoluer sur 12 à 18 mois. Ce délai est corroboré par la littérature médicale selon laquelle la rémission de ce trouble est attendue dans environ 75% des cas dans un intervalle d'une année voire moins (cf. FRANÇOIS LUTHI ET AL., Syndrome douloureux régional complexe, in : Revue Médicale Suisse 2019, p. 495 et 500). Le bienfondé de l'exclusion du diagnostic de SDRC est, de surcroît, confirmé par les clichés de la scintigraphie osseuse réalisée le 16 juillet 2021 par le Dr N._____ (AI p. 562 s.), sur la base desquels l'experte G._____ constate l'absence d'hyperfixation diffuse respectivement l'absence de signes d'algodystrophie évolutive (AI p. 537). 8.2.4 L'experte G._____ ne retient pas non plus le diagnostic de douleurs neuropathiques posé par la Dre D._____ (cf. notamment rapports des 21 et 28 août 2018 [AI p. 62, 73]) et par le Dr B._____ (cf.

C-5045/2022 Page 19 rapports des 29 mars 2019 et 23 août 2019 [AI p. 198 ss, 304 ss]). A cet égard, elle explique que si l'examen neurologique n'a pas été réalisable dans sa totalité en raison de la non-compliance de l'expertisé, elle a néanmoins pu constater des réflexes obtenus – pour ceux qui ont été testables –, l'absence de troubles objectifs de la sensibilité – hormis une allodynie diffuse – et l'absence de troubles moteurs d'origine centrale ou périphérique objectifs. Elle ajoute que l'exclusion totale du membre supérieur gauche ne correspond pas à une atteinte du système nerveux central ou périphérique. De plus, il n'y a pas de signes de la lignée pyramidale (AI p. 535 s.). De l'avis du Tribunal, ces considérations ne prêtent pas le flanc à la critique. En effet, l'experte G._____ fonde ses considérations sur un examen neurologique spécifique de l'assuré. En tant que spécialiste en rhumatologie, elle dispose des compétences professionnelles adéquates pour se prononcer sur le volet neurologique. En effet, il est reconnu par la littérature médicale que les rhumatologues disposent de connaissances approfondies en neurologie qui leur permettent de catégoriser les douleurs aiguës et chroniques ainsi que les troubles fonctionnels avec symptômes au niveau de l'appareil locomoteur (cf. STEFAN MARIACHER-GEHLER/ANDRÉ GÉRARD AESCHLIMANN, Traitement de la douleur

du point de vue du rhumatologue in : Revue médicale suisse 2014). Aussi son avis ne saurait-il être infirmé par celui de la Dre D. _____ qui, en qualité de généraliste, ne justifie pas des connaissances spécifiques adéquates. De surcroît, après avoir été confrontée au rapport d'expertise du 22 septembre 2021, la Dre D. _____ a retenu que les plaintes douloureuses de son patient n'étaient objectivement imputables à aucune pathologie somatique et, ce faisant, a changé d'avis, corroborant implicitement l'exclusion du diagnostic de douleurs neuropathiques (cf. rapports des 26 octobre 2021 [AI p. 575] et 29 août 2022 [AI p. 653]). L'exclusion du diagnostic de douleurs neuropathiques par l'experte G. _____ ne saurait davantage être mise à mal par l'avis du Dr B. _____ dont le diagnostic de douleurs neuropathiques a été retenu dans le contexte d'un syndrome douloureux régional complexe (cf. avis des

E. 26

et 28 septembre 2018 [AI p. 36, 41]), lequel induit par nature des douleurs neuropathiques (cf. <https://neurochirurgie.insel.ch/fr/funktionell-schmerz/schmerz/syndrome-douloureux-regional-complexe-sdrc>, consulté le 3 juillet 2024). Dès lors que l'experte rhumatologue constate de manière convaincante la rémission du SDRC lors de l'examen clinique du 8 juillet 2021 (cf. supra consid. 8.2.3), c'est de manière cohérente qu'elle ne retient pas non plus le diagnostic de douleurs neuropathiques. Dans ces circonstances, l'exclusion par l'experte G. _____ du diagnostic de douleurs neuropathiques après la rémission du SDRC apparaît

C-5045/2022 Page 20 conséquente avec le diagnostic de douleurs neuropathiques retenues en août 2019 par le Dr B. _____ dans le cadre d'un SDRC. 8.2.5 Compte tenu de ce qui précède, le Tribunal considère que sur le plan somatique, les diagnostics retenus par l'experte G. _____ de 1) suite d'un traumatisme contusif de la main gauche et 2) syndrome douloureux diffus sans explications anatomiques sont établis au degré de la vraisemblance prépondérante. Nonobstant ceux-ci, l'experte rhumatologue considère que l'assuré a récupéré dès avril 2019 une capacité de travail (8 heures/jour) de 85% – sa performance étant réduite de 15% par les séquelles objectives attendues d'un traumatisme contusif de la main gauche – dans son activité lucrative habituelle de maçon respectivement de 100% dans une activité lucrative adaptée à son état de santé, à savoir sans efforts prolongés de la main gauche et limitant le maniement d'outils. Ces considérations sont fondées d'une part sur le défaut d'atteintes somatiques persistantes susceptibles d'apporter une explication anatomique aux douleurs rapportées par l'assuré, d'autre part sur l'absence d'amyotrophie du membre supérieur gauche laquelle atteste objectivement de l'utilisation de ce bras par l'assuré. A ce sujet, le Tribunal constate qu'aucun des rapports au dossier n'a documenté une amyotrophie du bras gauche susceptible d'étayer l'impotence fonctionnelle alléguée par l'assuré. A l'inverse, l'absence d'amyotrophie du bras gauche, prouvant l'utilisation de ce dernier, a été constatée en juillet 2020 lors de la prise en charge de l'assuré par la Clinique (...) (cf. rapport de la Dre F. _____, médecin généraliste [AI p. 472]), en juillet 2021 lors de l'expertise rhumatologique (cf. rapport d'expertise du 22 septembre 2021 [AI p. 533]) et en août 2022 lors d'une consultation chez la médecin traitante (cf. rapport du 29 août 2022 de la Dre D. _____ [AI p. 650]). Dans ces circonstances, l'avis selon lequel l'exercice de l'activité lucrative habituelle de maçon, trop physique, n'est plus exigible de l'assuré en raison de l'impossibilité d'utiliser son bras gauche (cf. rapport d'examen final du 23 août 2019 du médecin d'arrondissement SUVA, le Dr B. _____, spécialiste en chirurgie orthopédique [AI p. 308], avis SMR des 7 septembre

2020 et 19 octobre 2020 du Dr O._____, spécialisation non mentionnée [AI p. 451 s., 470 s.] et rapport du 3 avril 2020 de la Dre E._____, médecin généraliste algologue [AI p. 436]) ne saurait emporter la conviction du Tribunal. Il doit être d'autant plus relativisé que le Dr B._____ se dit « perplexe comme par ailleurs [s]es collègues » quant à l'état de santé de l'assuré (cf. appréciation du 5 juin 2019 du médecin d'arrondissement SUVA [AI p. 287]) et que la Dre E._____ souligne à

C-5045/2022 Page 21 réitérées reprises ne pas avoir effectué de suivi régulier de l'assuré en consultation de traitement de la douleur à la suite de son refus des traitements proposés (cf. rapports des 24 mai 2019 [AI p. 330 s.] et 12 mars 2020 [AI p. 432 ss]). Enfin, les considérations de l'experte rhumatologue sont d'autant moins critiquables que celle-ci tient compte des séquelles objectives attendues du traumatisme contusif de la main gauche, dont l'assuré a été victime le 23 mai 2018, en retenant une réduction de la performance de l'assuré de l'ordre de 15%. Les conclusions de l'experte G._____ concernant la capacité résiduelle de travail de l'assuré coïncident en outre avec la rémission attendue du syndrome algodystrophique une année après l'accident du 23 mai 2018 (cf. supra consid. 8.2.3). Elles sont également corroborées par la Dre D._____ qui a clairement documenté un retour à la normale de l'état de santé de l'assuré avec la récupération de l'usage de la main gauche, une bonne mobilisation des doigts et la rémission des douleurs fin avril 2019 permettant dès le 2 mai 2019 la reprise de l'activité lucrative habituelle de maçon en évitant les ports prolongés de charges lourdes et l'utilisation prolongée d'engins vibrants, la généraliste traitante se déclarant pour le surplus « perplexe » devant la rechute douloureuse « très étonnante » de l'assuré lors de la reprise du travail le 6 mai 2019 (cf. rapport du 14 mai 2019 [AI p. 239 s.] et certificat du 2 mai 2019 [AI p. 246] ; voir également courriel du 14 janvier 2020 [AI p. 392] et avis du 26 octobre 2021 [AI p. 575]). Au reste, les constats médicaux du médecin d'arrondissement SUVA retiennent une stabilisation de l'état de santé de l'assuré quelques 12 mois après l'accident survenu le 23 mai 2018 (cf. appréciation du 5 juin 2019 [AI p. 287] et rapport d'examen final du 23 août 2019 du Dr B._____, chirurgien orthopédique [AI p. 304 ss]). 8.2.6 Au vu de tout ce qui précède, le Tribunal considère comme établies au degré de la vraisemblance prépondérante la récupération et l'exigibilité d'une capacité de travail de l'assuré de 85% dans son activité lucrative habituelle de maçon respectivement de 100% dans une activité lucrative adaptée dès fin avril respectivement début mai 2019. 8.3 Sur le plan psychique, l'experte H._____ observe que l'assuré présente des symptômes physiques multiples, récurrents et variables dans le temps, qui n'ont fait l'objet d'aucun suivi psychothérapeutique. Il entretient des relations complexes avec le corps médical, de multiples investigations et interventions s'étant révélées négatives. Le trouble psychique est chronique. Les plaintes somatiques multiples et variables perdurent depuis plus de deux ans et ne sont expliquées par aucun trouble

C-5045/2022 Page 22 somatique identifiable. L'expertisé refuse les conclusions et les propos rassurants des médecins qui lui confirment pourtant l'absence de causes organiques susceptibles de rendre compte des symptômes relatés. Ces derniers s'associent à une perturbation du comportement avec une régression et une dépendance infantile ayant conduit à une altération du fonctionnement social et familial de l'assuré. Le trouble psychique est d'intensité moyenne (AI p. 548, 550). Sur la base de ces constats, l'experte H._____ pose le diagnostic de somatisation (CIM-10 F45.0), lequel entraîne une incapacité de travail de 100% dans l'exercice de l'activité lucrative habituelle comme dans celui d'une activité lucrative adaptée à l'état de santé depuis le 14 mai 2019, soit depuis le

rapport de la Dre D._____ (AI p. 548, 552 s.). L'experte H._____ précise que les limitations fonctionnelles à l'exercice d'une activité lucrative adaptée à l'état de santé sont impossibles à définir avant la mise en œuvre d'un traitement psychiatrique-psychothérapeutique intégré exigible et la surveillance d'une compliance médicamenteuse. Sans événements de vie adverses, la capacité de travail devra être réévaluée médico-théoriquement dans une année, le temps de la mise en place du traitement psychiatrique et de la stabilisation des troubles psychiatriques (AI p. 553 s., 578). 8.3.1 Le volet psychiatrique de l'expertise BEM (...) des 22 septembre 2021 et 1er décembre 2021 a été établi par une spécialiste en psychiatrie et psychothérapie, soit par une experte indépendante disposant de la formation spécialisée nécessaire et des compétences professionnelles dans le domaine d'investigation, et en pleine connaissance de l'anamnèse (AI p. 515-524, 540-544). Il se fonde en outre sur des examens complets (examen clinique [AI p. 544-547], tests neuropsychologiques [AI p. 548, 558-561], examens en laboratoire [AI p. 548, 555-557]) et prend en considération les plaintes exprimées par l'assuré (AI p. 540-544). De plus, la capacité de travail de l'expertisé est évaluée dans le cadre d'une procédure structurée d'établissement des faits (AI p. 550-552). Dans cette mesure, le rapport d'expertise psychiatrique n'est pas critiquable. 8.3.2 En retenant le seul diagnostic de somatisation, l'experte H._____ s'écarte du diagnostic de dépression réactionnelle retenu par les Dres D._____ et E._____, généralistes traitantes (cf. rapports des 3 avril 2020 et 18 septembre 2020 de la Dre D._____ [AI p. 425, 455] et compte-rendu du 12 mars 2020 de la Dre E._____ [AI p. 432] ; supra let. B.a). A l'appui de son diagnostic différentiel, elle s'est référée aux critères consacrés pour un trouble dépressif (CIM-10 F32). En particulier, elle expose que l'assuré présente certes une diminution de l'humeur, une diminution de l'intérêt et du plaisir (avec une libido absente), une baisse

C-5045/2022 Page 23 d'énergie (avec une voix basse et monocorde et une vitesse verbale ralentie), une augmentation de la fatigabilité selon l'anamnèse, une diminution de l'activité, une baisse de l'estime de soi, une baisse de la confiance en soi, une dévalorisation de soi et des troubles du sommeil. En revanche, l'experte H._____ ne constate ni tristesse visible, ni pleurs, ni fatigue (mentale ou physique) perceptible, ni baisse de concentration, ni sentiment de culpabilité, ni attitude morose et pessimiste de l'avenir, ni idées suicidaires, ni troubles de l'appétit (AI p. 544 s.). Elle souligne qu'à ses propres dires, l'expertisé a mal aux bras, au dos et aux jambes jusqu'aux orteils, que ses troubles se résument à des douleurs, qu'il n'a pas un problème de moral mais de douleurs, qu'il ne comprend pas pourquoi il est examiné par un psychiatre, que le moral et la psychiatrie ne sont pas pareils et qu'il n'a jamais consulté de psychiatre ni de psychologue (AI p. 540). Ces considérations claires et motivées de l'experte psychiatre, fondées sur un système de classification reconnu ainsi que sur un examen clinique de l'assuré, ne sauraient être écartées au profit du diagnostic posé par des généralistes qui ne justifient pas des connaissances spécialisées nécessaires, médecins traitantes de surcroît attendu qu'au moment d'apprécier les rapports de ces dernières, le juge doit tenir compte du fait que, selon l'expérience de la vie, elles sont généralement enclines, en cas de doute, à prendre parti pour leur patient, en raison de la relation de confiance, inhérente au mandat thérapeutique qui leur a été confié, qui les unit à celui-ci (ATF 135 V 465 consid. 4.5 ; 125 V 351 consid. 3b/cc). L'exclusion du diagnostic de dépression est d'autant moins critiquable, en l'espèce, que l'assuré refuse tout traitement psychiatrique ou psychothérapeutique, ne se montrant en particulier pas compliant au traitement de Paroxétine (antidépresseur) prescrit par la Dre D._____ (AI p. 526, 550, 556). Or, le suivi (et l'évolution) d'une thérapie adéquate de psychothérapie constitue un

indicateur important de la gravité d'un trouble dépressif (ATF 143 V 409 consid 4.4, 4.5.2). 8.3.3 Par contre, le Tribunal constate que selon la Classification internationale des maladies CIM-10, le diagnostic de somatisation (CIM-10 F45.0) retenu par l'experte H._____ est exclu en présence d'un simulateur (CIM-10 Z76.8 [cf. <https://www.bfs.admin.ch/asset/fr/20665872>, consulté le 20 juin 2024]). En effet, la littérature médicale considère que la simulation constitue un diagnostic différentiel de la somatisation (cf. VALTER LLESHI/PHILIPPE BUDRY/VALÉRIE LE GOFF-CUBILIER/CHRISTIAN BRYOIS, Troubles somatoformes, troubles factices et simulation : l'art difficile du diagnostic différentiel, in : Revue médicale Suisse 2007). Or, l'examen clinique réalisé par l'experte psychiatre met en évidence des éléments d'autolimitation avec un comportement théâtral et une exagération infantile

C-5045/2022 Page 24 de l'assuré (AI p. 527, 549, 551). Se référant au rapport du 14 mai 2019 de la Dre D._____, l'experte se dit également perplexe devant la rechute immédiate de l'assuré lors de la reprise du travail le 6 mai 2019 après un retour à la normale fin avril 2019. L'experte ajoute que ledit rapport du 14 mai 2019 plaide « en faveur d'une simulation de la part de l'assuré. C'est comme si l'assuré mettait en échec toute tentative de la part des médecins de le soulager ou d'améliorer sa situation et que les bénéfices secondaires qu'il tir[ait] de sa position de victime [étaie]nt trop importants pour qu'il p[ût] y renoncer » (AI p. 549). Nonobstant ces constats, l'experte retient le diagnostic de somatisation sans discuter plus en avant les éléments du diagnostic différentiel de simulation (cf. rapport d'expertise bi-disciplinaire du 22 septembre 2021 p. 39 où l'experte mentionne : « Discussion de diagnostics différentiels : Néant » [AI p. 550]) et impute au trouble psychique diagnostiqué une incapacité totale de travail dans toute activité lucrative depuis le 14 mai 2019. De manière contradictoire, elle précise de surcroît que moyennant la mise en place d'un traitement psychiatrique- psychothérapeutique intégré exigible et une surveillance de la compliance médicamenteuse, la capacité de travail devait être réévaluée médico-théoriquement dans une année, respectivement une année après le début de la prise en charge psychiatrique, sans événements de vie adverses (AI p. 527, 553), alors même qu'elle qualifie de « Néant» les « Options thérapeutiques envisageables » (AI p. 551, 554). De la même manière, elle ajoute qu'aucune raison médicale ne plaide en défaveur d'un traitement psychiatrique-psychothérapeutique intégré (AI p. 554), alors même qu'à ses dires, l'assuré n'adhère pas audit traitement étant dans le déni de son atteinte psychiatrique (AI p. 551, 578) et que l'assuré s'est opposé de manière récurrente à toute prise en charge thérapeutique (cf. rapports des 3 avril 2020 [AI p. 423] et 18 septembre 2020 [AI p. 454 ss] de la Dre D._____, compte-rendu de consultation du 24 mai 2019 de la Dre E._____ [AI p. 331] ainsi qu'appréciation médicale du 5 juin 2019 du Dr B._____ [AI p. 287] ; voir également infra consid. 9.2 p. 26 dernier §). 8.3.4 Cela étant, la description du contexte médical et l'appréciation de la situation médicale apparaissent contradictoires et incohérentes au regard des constats de simulation figurant au dossier, autant que du diagnostic de somatisation respectivement de l'incapacité corrélative de travail retenus par l'experte H._____, de sorte que le rapport d'expertise ne saurait se voir reconnaître pleine valeur probante du point de vue psychiatrique. Cela étant et contrairement à l'avis de l'autorité inférieure (cf. supra lettre C.e.b), il ne se révèle pas nécessaire de procéder à un complément d'instruction médicale sur ce plan, compte tenu des considérations suivantes.

C-5045/2022 Page 25 9. 9.1 Selon la jurisprudence, il y a lieu de conclure à l'absence d'une atteinte à la santé ouvrant le droit aux prestations d'assurance, si les limitations liées à

l'exercice d'une activité lucrative résultent d'une exagération des symptômes ou d'une constellation semblable, et ce même si les caractéristiques d'un trouble somatoforme douloureux – respectivement d'une affection psychosomatique comparable – au sens de la classification sont réalisées. Des indices d'une telle exagération apparaissent notamment en cas de discordance entre les douleurs décrites et le comportement observé, d'allégation d'intenses douleurs dont les caractéristiques demeurent vagues, d'absence de demande de soins, de grandes divergences entre les informations fournies par le patient et celles ressortant de l'anamnèse, de plaintes très démonstratives laissant insensible l'expert, ainsi que d'allégation de lourds handicaps malgré un environnement psycho-social intact. S'il est évident dans le cas d'espèce qu'il existe des motifs excluant la reconnaissance d'une atteinte à la santé, il n'existe d'emblée aucun fondement pour une rente d'invalidité (cf. ATF 141 V 281 consid. 2.2 ; arrêts du TF 8C_291/2016 du 12 août 2016 consid. 2.2, 9C_16/2016 du 14 juin 2016 consid. 3.2).

9.2 En l'occurrence, il ressort du rapport d'expertise rhumato-psychiatrique BEM (...) du 22 septembre 2021 : – des discordances importantes entre les plaintes de l'assuré et le comportement observé : – une incapacité partielle (« extrêmement difficile »), en présence de l'experte, à l'habillage et au déshabillage qui, aux dires de l'assuré, nécessitaient au quotidien l'aide de son frère (AI p. 531), néanmoins effectués sans aide une fois l'assuré seul dans la salle d'examen (AI p. 536) ; – des plaintes douloureuses sans explications anatomiques (AI p. 525, 528) ; – un défaut de prise d'antalgiques (Tramadol) malgré l'importance des douleurs décrites (AI p. 526, 537, 555) ; – l'allégation d'une impotence fonctionnelle majeure du membre supérieur gauche malgré l'absence d'amyotrophie démontrant objectivement une utilisation persistante de ce dernier (AI p. 526, 538) ; – des manifestations théâtrales d'impotence corporelle complète (allant jusqu'à rendre l'observation impossible avec notamment des C-5045/2022 Page 26 incapacités alléguées de se coucher sur la table d'examen et de marcher normalement) pour laquelle il n'y a aucune explication (AI p. 526, 536, 538) ; – une attitude recroquevillée du patient qui n'est pas expliquée (AI p. 538) ; – l'allégation d'intenses douleurs dont les caractéristiques demeurent vagues : – une symptomatologie douloureuse diffuse avec de violentes douleurs au bras gauche accidenté mais aussi au bras droit et au dos (cervicales), des douleurs aux deux jambes irradiant jusqu'aux orteils et l'empêchant d'être pieds nus, beaucoup de migraines, ainsi que des douleurs brûlantes sur la partie haute du corps comme s'il avait pris un coup de soleil (AI p. 528, 538) ; – des grimaces de type douloureux (AI p. 540) ; – de grandes divergences entre les informations fournies par le patient et celles ressortant de l'anamnèse : – une allégation d'impotence respectivement d'inutilisation du membre supérieur gauche contredites par l'absence d'amyotrophie de ce membre (AI p. 472) ; – une attitude inconséquente de l'assuré qui a déclaré lors de l'expertise du 8 juillet 2021 ne pas comprendre pourquoi il se trouvait devant un psychiatre et a nié une pathologie psychique (AI p. 540), alors même qu'il a indiqué à l'OCAS que « tout ce bouleversement comm[en]çait à altérer sérieusement [s]on état psychologique » (cf. courrier du 9 décembre 2020 [AI p. 475]) et « qu'il avait envie de se jeter d'un pont » (cf. note téléphonique du 1er février 2021 [AI p. 477]) ; – des plaintes très démonstratives laissant insensibles les expertes : – « des éléments d'autolimitations avec un comportement théâtral et une exagération infantile. L'assuré a gardé une attitude tout à fait inadaptée, ne regardant jamais ni l'experte, ni la pièce, étant recroquevillé sur lui-même, comme s'il cherchait à apitoyer l'experte » (AI p. 526, 551) ; – une absence de demande de soins malgré les plaintes : – le refus des traitements par l'assuré respectivement la non-compliance aux traitements préconisés (AI p. 523 526, 538) ;

C-5045/2022 Page 27 – le refus d'un suivi psychiatrique (AI p. 526, 551, 578) ; – la non-compliance aux médicaments antalgique et antidépressive prescrites (537, 549 s., 555 ss).

En outre, tant l'experte rhumatologue que l'experte psychiatre ont observé durant leur examen clinique respectif du 8 juillet 2021 un comportement théâtral et une exagération infantile de l'assuré (AI p. 527, 549, 551). Ce dernier avait gardé une attitude tout à fait inadaptée ne regardant jamais ni les expertes, ni la pièce, étant recroquevillé sur lui-même et faisant des grimaces de type douloureux avec des manifestations théâtrales d'impotence anatomiquement non expliquées, comme s'il cherchait à apitoyer les expertes (AI p. 526, 536, 540, 551). Lors de l'expertise neuropsychologique du 31 août 2021, l'experte P._____ a également souligné que l'assuré, rendu pourtant attentif que sa collaboration allait être spécifiquement testée (AI p. 558), n'a pas levé la tête une seule fois pour la regarder durant l'entretien (d'une durée de 1h50) et s'est montré très fortement algique sur tout le corps, attitude particulière qui a amené l'experte en neuropsychologie à conclure que l'ensemble du tableau clinique et des résultats aux tests cognitifs étaient ininterprétables (AI p. 561). Des indices d'exagération des symptômes par l'assuré ressortent également d'autres rapports médicaux au dossier. Ainsi, la généraliste traitante a documenté que le patient avait connu une rechute douloureuse « très étonnante » le 6 mai 2019, la laissant perplexe selon ses propres termes (cf. rapport du 14 mai 2019 de la Dre D._____ [AI p. 239 s.]). Son patient était en outre venu en consultation le 30 décembre 2019 pour une cervico-dorso-lombalgie de démarrage brutal apparue sans contexte particulier quelques jours avant « la date de la reprise » respectivement avant l'échéance de l'arrêt de travail le 5 janvier 2020 (cf. courriel du 14 janvier 2020 de la Dre D._____ [AI p. 392]). La Dre D._____ a également décrit un parcours de soins chaotique avec un refus initial catégorique par l'assuré de toute prise en charge hospitalière (cf. rapports des 3 avril 2020 [AI p. 423] et 18 septembre 2020 [AI p. 454 ss]). La Dre E._____ (généraliste, algologue traitante) a également mentionné un refus initial de l'assuré de se montrer compliant aux traitements proposés (TENS, médecine complémentaire de type hypnose ou sophrologie, mise en place de patchs de Qutenza et toute prise en charge hospitalière) (cf. compte-rendu de consultation du 24 mai 2019 [AI p. 331]). Le médecin d'arrondissement SUVA a quant à lui souligné qu'il n'y avait pas de mesure thérapeutique mais beaucoup de surprises médicales dans ce dossier, la situation de l'assuré le laissant perplexe, comme beaucoup de ses

C-5045/2022 Page 28 collègues (cf. appréciation médicale du 5 juin 2019 du Dr B._____, spécialiste en chirurgie orthopédique [AI p. 287]). 9.3 Cela étant, force est de constater qu'il existe au dossier plusieurs indices concluants en faveur d'une exagération des symptômes : discordance entre les douleurs décrites et le comportement observé, allégation d'intenses douleurs dont les caractéristiques demeurent vagues, absence de demande de soins, grandes divergences entre les informations fournies par le patient et celles ressortant de l'anamnèse, plaintes très démonstratives laissant insensibles les médecins. En outre, l'experte psychiatre mentionne sans équivoque une exagération des symptômes, voire une simulation (AI p. 549, 551), et non pas une simple tendance de l'expertisé d'accentuer des symptômes, laquelle ne permettrait pas à elle seule d'exclure le droit à une rente (cf. arrêt du TF 9C_899/2014 du 29 juin 2015 consid. 4.2 avec les références). Le fait que le recourant n'ait suivi aucun traitement psychiatrique tend également à démontrer le défaut d'une souffrance avérée (ATF 143 V 409 consid. 4.2.2 ; arrêt du TAF C-259/2020 du 6 mai 2022 consid.

7.1.6.2). Le défaut de coopération de l'assuré dans le cadre de la réadaptation professionnelle (AI p. 377-396 ; cf. infra consid. 11) constitue un indice supplémentaire que les troubles invoqués résultent d'un motif autre que d'une atteinte à la santé couverte par l'assurance- invalidité (cf. à ce sujet ATF 141 V 281 consid. 4.4.2 ; arrêt du TAF C-259/2020 du 6 mai 2022 consid. 7.1.6.2). Compte tenu de ces motifs d'exclusion, il y a lieu de conclure à l'absence d'atteinte à la santé psychique susceptible d'ouvrir le droit de l'assuré à des prestations de l'assurance-invalidité. Par contre, il est établi au degré de la vraisemblance prépondérante que l'assuré a présenté une incapacité entière de travail du 23 mai 2018 à fin avril 2019 dans toute activité lucrative à la suite d'un traumatisme contusif de la main gauche ayant provoqué un syndrome douloureux régional complexe. L'exercice à 85% de son activité lucrative habituelle de maçon respectivement à 100% d'une activité lucrative de substitution est exigible de la part de l'assuré depuis début mai 2019. Il convient dès lors d'examiner à l'aune de ces constats, si l'incapacité de travail induite par l'atteinte somatique est susceptible d'ouvrir à l'assuré le droit à une rente d'invalidité. 10.

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