

# **BVGer C-5420/2017 vom 15. Juni 2022**

Bundesverwaltungsgericht, 2022-06-15, FR

Quelle: [https://mcp.opencaselaw.ch/entscheid/bvger\\_C-5420\\_2017](https://mcp.opencaselaw.ch/entscheid/bvger_C-5420_2017)

FR: TAF C-5420/2017 du 15 juin 2022

IT: TAF C-5420/2017 del 15 giugno 2022

## **Regeste**

Droit à la rente

## **Erwägungen**

### **E. 1.1**

Le Tribunal examine d'office et avec une pleine cognition sa compétence et les conditions de recevabilité des recours qui lui sont soumis (art. 7 de la loi fédérale du 20 décembre 1968 sur la procédure administrative [PA ; RS 172.021] ; ATAF 2016/15 consid. 1 et 2014/4 consid. 1.2).

### **E. 1.2**

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

### **E. 1.3**

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 autrement. Conformément à 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. Selon l'art. 2 LPGA, les dispositions de ladite loi sont applicables aux assurances sociales régies par la législation fédérale si et dans la mesure où les lois spéciales sur les assurances sociales le prévoient. En application de l'art. 1 al. 1 LAI, les dispositions de la LPGA s'appliquent à l'assurance-invalidité (art. 1a à 26bis et 28 à 70), à moins que la LAI ne déroge expressément à la LPGA.

### **E. 1.4**

Interjeté en temps utile - à ce propos, le Tribunal souligne que le recours a été valablement interjeté par l'envoi, le 2 août 2017 (date du timbre postal ; pce AI 150, p. 1), d'un écrit à l'OAIE, autorité ayant rendu les décisions objets de la présente procédure, transmis au Tribunal de céans comme objet de sa compétence en application de l'art. 8 al. 1 PA (sur le respect du délai de recours in casu, cf. art. 21 al. 2 PA) - et dans les formes requises (art. 60 LPGA et 50 al. 1 PA ; art. 52 al. 1 PA) par une personne directement touchée par la décision attaquée (art. 48 al. 1 PA et 59 LPGA) et l'avance sur les frais de procédure ayant été acquittée (art. 63 al. 4 PA), le recours est recevable.

### **E. 2.1**

Par décisions du 10 juillet 2017, l'OAIE a attribué au recourant une rente entière à partir du 1er mars 2014 jusqu'au 30 novembre 2014 et du 1er octobre 2015 jusqu'au 31 décembre 2015 fondée sur un degré d'invalidité de 100 % depuis le 21 janvier 2014 correspondant à une incapacité totale de travail dans son métier de menuisier survenue le 21 janvier 2013, respectivement de 35 % à partir du 1er janvier 2016 correspondant à une capacité de travail dans une activité adaptée à son état de santé recouvrée à hauteur de 80 % depuis le 10 septembre 2015 (pce AI 137).

## **E. 2.2**

L'intéressé ne conteste pas le droit à la rente qui lui a été reconnu durant les deux périodes précitées, mais fait grief à l'autorité inférieure d'avoir supprimé son droit à la rente au-delà du 31 décembre 2015 compte tenu d'un taux d'invalidité de 35 %, malgré le fait qu'il était toujours en suivi médical. Se fondant en particulier sur les rapports établis par ses médecins traitants, il se prévaut d'une incapacité totale de travail dans toute activité lucrative résultant d'atteintes à la santé somatique et psychique perdurant au-delà du 10 septembre 2015.

## **E. 2.3**

Partant, l'objet du litige est circonscrit à la suppression du droit à la rente du recourant à partir du 1er janvier 2016, singulièrement sur l'amélioration de la capacité de travail de 80 % opposée au recourant à partir du 10 septembre 2015. La question décisive est par conséquent celle de savoir si l'OAIE pouvait exiger du recourant l'exercice d'une activité lucrative à 80 % à compter du 10 septembre 2015 dans une activité adaptée à son état de santé et à ses limitations fonctionnelles.

## **E. 3.1**

L'affaire présente un aspect transfrontalier dans la mesure où le recourant est un ressortissant français, domicilié dans son pays d'origine, ayant travaillé en Suisse. Est dès lors applicable à la présente cause, 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) n° 883/2004 du Parlement européen et du Conseil du 29 avril 2004 portant sur la coordination des systèmes de sécurité sociale (RS 0.831.109.268.1), ainsi qu'au règlement (CE) n° 987/2009 du Parlement européen et du Conseil du 16 septembre 2009 fixant les modalités d'application du règlement (CE) n° 883/2004 (RS 0.831.109.268.11 ; art. 1 al. 1 de l'annexe II en relation avec la section A de l'annexe II). A compter du 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 n° 883/2004 par les règlements (UE) n° 1244/2010 (RO 2015 343), n° 465/2012 (RO 2015 345) et n° 1224/2012 (RO 2015 353). Il sied de souligner que l'octroi d'une rente étrangère d'invalidité ne préjuge toutefois pas l'appréciation de l'invalidité selon la loi suisse (arrêt du Tribunal fédéral I 435/02 du 4 février 2003 consid. 2). Ainsi, même après l'entrée en vigueur de l'ALCP et des règlements de coordination, l'invalidité ouvrant droit à des prestations de l'assurance-invalidité suisse se détermine exclusivement d'après le droit suisse (art. 46 al. 3 du règlement n° 883/2004, en relation avec l'annexe VII dudit règlement ; ATF 130 V 253 consid. 2.4 ; arrêt du Tribunal fédéral 9C\_573/2012 du 16 janvier 2013 consid. 4), étant précisé que la documentation médicale et administrative fournie par les institutions de sécurité sociale d'un autre Etat membre doit être prise en considération (art. 49 al. 2 du règlement n° 987/2009).

### **E. 3.2**

Attendu que le recourant est domicilié dans le département O.\_\_\_\_\_, en France voisine, et que l'atteinte à la santé à la base de la requête de prestations d'invalidité est survenue alors qu'il exerçait une activité lucrative en Suisse, dans le canton de C.\_\_\_\_\_, en tant que frontalier, A.\_\_\_\_\_ doit être qualifié comme tel. C'est dès lors à raison que l'intégralité de la procédure d'instruction de la rente d'invalidité sollicitée a été menée par l'autorité compétente du canton de C.\_\_\_\_\_, l'OAI-C.\_\_\_\_\_, et que les décisions querellées ont été notifiées par l'OAIE (cf. art. 40 al. 2 et 3 du règlement du 17 janvier 1961 sur l'assurance-invalidité [RAI ; RS 831.201]).

### **E. 3.3**

Le juge des assurances sociales apprécie la légalité des décisions attaquées, en règle générale, d'après l'état de fait existant jusqu'au moment où la décision litigieuse a été rendue. Les faits survenus postérieurement, et qui ont modifié cette situation, doivent normalement faire l'objet d'une nouvelle décision administrative (ATF 132 V 215 consid. 3.1.1, 130 V 445 consid. 1.2, 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 influencer l'appréciation au moment où la décision attaquée a été rendue (arrêt du Tribunal fédéral 9C\_34/2017 du 20 avril 2017 consid. 5.2 et les références). De la même manière, le Tribunal ne prend en principe pas en considération les rapports médicaux établis après la décision attaquée, à moins que ceux-ci permettent de mieux comprendre la situation de santé et de capacité de travail de l'intéressé jusqu'à la décision dont est recours (ATF 130 V 138 consid. 2.1, 129 V 1 consid. 1.2, 121 V 362 consid. 1b). En l'occurrence, les rapports du 4 septembre 2017 du Dr J.\_\_\_\_\_ (pce AI 152, p. 8), du 1er septembre 2017 de la Dresse K.\_\_\_\_\_ (pce AI 152, p. 9) et du rapport du 30 septembre 2017 de la Dresse M.\_\_\_\_\_ (pce AI 153, p. 4) seront pris en considération dans la présente procédure, attendu qu'ils permettent de mieux comprendre la situation de santé et de capacité de travail de l'intéressé jusqu'à la décision contestée. Tel ne sera par contre pas le cas du rapport d'IRM du rachis cervical effectuée le 16 octobre 2017 par le Dr P.\_\_\_\_\_ (spécialiste en radiologie) pour des névralgies cervico-brachiales de type C7 persistantes, dans la mesure où il met en évidence une nouvelle atteinte à la santé, à savoir une petite hernie discale postéro-latérale droite à étages en T2-T3 pouvant éventuellement être à l'origine d'une irritation de la racine T3 à droite (annexe pce TAF 5 et pce AI 157, p. 5), laquelle devra, le cas échéant, faire l'objet d'une nouvelle décision administrative.

### **E. 3.4**

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).

### **E. 3.5**

Par ailleurs, le Tribunal administratif fédéral applique le droit d'office, sans être lié par les motifs invoqués par les parties (art. 62 al. 4 PA ; ATAF 2013/46 consid. 3.2), ni par l'argumentation juridique développée dans la décision entreprise (Benoît Bovay, Procédure administrative, 2ème éd., 2015, p. 243 ; Jérôme Candrian, Introduction à la procédure

administrative, 2013, n° 176 ; P. Moor / E. Poltier, op. cit., ch. 2.2.6.5). 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, *Prozessieren vor dem Bundesverwaltungsgericht*, 2ème éd., 2013, n° 1.55). Les parties ont le devoir de collaborer à l'instruction (art. 13 PA et 43 al. 3 LPGA ; arrêt du Tribunal administratif fédéral C-6134/2017 du 3 avril 2018 consid. 5.4) et de motiver leur recours (art. 52 PA).

### **E. 3.6**

Selon l'art. 49 PA, le recourant peut invoquer devant le Tribunal administratif fédéral la violation du droit fédéral, y compris l'excès ou l'abus du pouvoir d'appréciation (let. a), de même que la constatation inexacte ou incomplète des faits pertinents (let. b) et l'inopportunité de la décision (let. c).

### **E. 4**

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 devant être apprécié juridiquement ou ayant des conséquences juridiques, sous réserve de dispositions particulières de droit transitoire (ATF 143 V 446 consid. 3.3, 136 V 24 consid. 4.3, 132 V 215 consid. 3.1.1). Ainsi, les modifications de la loi fédérale du 19 juin 2020 (Développement continu de l'AI), entrées en vigueur le 1er janvier 2022 (RO 2021 705 ; FF 2017 2363), ne sont pas pertinentes dans le cas concret. Sauf indication contraire, les dispositions de la LAI et de son règlement d'exécution telles que modifiées par la 6ème révision de la LAI (premier volet), en vigueur dès le 1er janvier 2012 (RO 2011 5659, FF 2010 1647), s'appliquent par conséquent en l'espèce.

### **E. 5.1**

Pour avoir droit à une rente de l'assurance-invalidité suisse, l'assuré doit remplir cumulativement les conditions suivantes : être invalide au sens de la LPGA et de la LAI (art. 8 LPGA ; art. 4, 28, 29 al. 1 LAI) et compter au moins trois années entières de cotisations (art. 36 al. 1 LAI). Dans ce cadre, les cotisations versées à une assurance sociale assimilée d'un Etat membre de l'Union européenne (UE) ou de l'Association européenne de libre-échange (AELE) peuvent également être prises en considération, à condition qu'une année au moins de cotisations puisse être comptabilisée en Suisse (FF 2005 4065 ; art. 6 et 45 du règlement n° 883/2004 ; ATF 131 V 390).

### **E. 5.2**

In casu, il ressort de l'extrait du compte individuel du recourant, que celui-ci compte un total de cent-soixante-sept (167) mois de cotisations à l'AVS/AI entre 1999 et 2012 (pces AI 14 et 152, p. 17), de sorte que A.\_\_\_\_\_ remplit la condition afférant à la durée minimale de cotisations. Doit dès lors être examinée la question de savoir s'il est invalide au sens de la LAI.

### **E. 6**

Conformément à l'art. 28 al. 1 LAI, l'assuré a droit à une rente si sa capacité de gain ou sa capacité d'accomplir ses travaux habituels ne peut être rétablie, maintenue ou améliorée par des mesures de réadaptation raisonnablement exigibles (let. a) ; s'il a présenté une incapacité de travail (art. 6 LPGA) d'au moins 40 % en moyenne durant une année sans

interruption notable (let. b) ; et si, au terme de cette année, il est invalide (art. 8 LPGGA) 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). L'art. 29 al. 4 LAI prévoit que les rentes correspondant à un taux d'invalidité inférieur à 50 % ne sont versées qu'aux assurés qui ont leur domicile et leur résidence habituelle (art. 13 LPGGA) en Suisse. Toutefois, suite à l'entrée en vigueur de l'ALCP le 1er juin 2002, la restriction prévue à l'art. 29 al. 4 LAI n'est pas applicable lorsque, comme en l'espèce, la personne assurée est une ressortissante suisse ou de l'Union européenne (UE) et réside dans l'un des Etats membres de l'UE (ATF 130 V 253 consid. 2.3 et 3.1 ; art. 4 et 7 du règlement n° 883/2004).

### **E. 7.1**

L'invalidité au sens de la LPGGA et de la LAI est l'incapacité de gain totale ou partielle qui est présumée permanente ou de longue durée (art. 8 al. 1 LPGGA). 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).

### **E. 7.2**

Selon l'art. 7 al. 1 LPGGA, 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.

### **E. 7.3**

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 LPGGA). 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 LPGGA). 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 LPGGA).

### **E. 7.4**

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 Tribunal fédéral 8C\_759/2019 du 22 janvier 2020 consid. 4.2.2 et 8C\_623/2012 du 6 décembre 2012 consid. 1.2). Une limitation de la capacité d'exécuter une tâche ou une action ne peut en effet fonder le droit à une prestation que si elle est la conséquence d'une atteinte à la santé qui a été diagnostiquée de manière indiscutable par un médecin spécialiste de la discipline concernée (ATF 143 V 418 consid. 6 et 8.1, 141 V 281

consid. 2.1, 130 V 396 ; arrêt du Tribunal fédéral 9C\_815/2012 du 12 décembre 2012 consid. 3). 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 références citées). 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 Tribunal fédéral 9C\_719/2016 du 1er mai 2017 consid. 5.2.1).

## **E. 7.5**

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. 7.5.1**

Ainsi, avant de conférer pleine valeur probante à un rapport médical, il convient de s'assurer que les points litigieux importants ont fait l'objet d'une étude circonstanciée, que le rapport se fonde sur des examens complets, qu'il prend également en considération les plaintes exprimées 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 du médecin sont dûment motivées (ATF 134 V 231 consid. 5.1, 125 V 351 consid. 3a). La valeur probante d'un rapport médical ou d'une expertise est de plus liée à la condition que le médecin qui se prononce dispose de la formation spécialisée nécessaire et de compétences professionnelles dans le domaine d'investigation (arrêts du Tribunal fédéral 9C\_555/2017 du 22 novembre 2017 consid. 3.1 et les références citées, 9C\_745/2010 du 30 mars 2011 consid. 3.2 et 9C\_59/2010 du 11 juin 2010 consid. 4.1 ; Michel Valterio, Commentaire, Loi fédérale sur l'assurance-invalidité [LAI], 2018, art. 57 LAI n° 33).

### **E. 7.5.2**

S'agissant des rapports établis par les médecins traitants, qu'il ou elle soit médecin de famille généraliste ou spécialiste, il convient de les apprécier avec une certaine réserve en raison de la relation de confiance, issue du mandat thérapeutique confié au médecin traitant, qui unit celui-ci ou celle-ci à son ou sa patiente (ATF 125 V 351 consid. 3b/cc et les références citées ; arrêt du Tribunal fédéral I 655/05 du 20 mars 2006 consid. 5.4). Toutefois, le simple fait qu'un rapport médical soit établi à la demande d'une partie et soit produit pendant la procédure ne justifie pas en soi des doutes quant à sa valeur probante (arrêt du Tribunal fédéral 8C\_278/2011 du 26 juillet 2011 consid. 5.3). Ainsi, on en retiendra des éléments, notamment si ceux-ci, objectivement vérifiables, ont été ignorés dans le cadre d'une expertise indépendante et s'avèrent suffisamment pertinents pour remettre en cause les conclusions de l'expertise (ATF 125 V 351 consid. 3b/dd et les références citées ; arrêts du Tribunal fédéral 9C\_338/2016 du 21 février 2017, publié in :

Droit des assurances sociales Jurisprudence [SVR] 2017 IV n° 49 consid. 5.5, 9C\_876/2009 du 6 juillet 2010 consid. 2.2, 9C\_24/2008 du 27 mai 2008 consid. 2.3.2 et 9C\_201/2007 du 29 janvier 2008 consid. 3.2 ; Michel Valterio, op. cit., art. 57 LAI nos 48 et 49).

### **E. 7.5.3**

Selon la jurisprudence, il n'est pas interdit aux tribunaux des assurances de se fonder uniquement ou principalement sur les rapports des médecins rattachés aux assureurs, mais, en de telles circonstances, l'appréciation des preuves est soumise à des exigences sévères. Une instruction complémentaire sera ainsi requise s'il subsiste des doutes, même minimes, quant au bien-fondé, à la fiabilité et à la pertinence de ces rapports (ATF 139 V 225 consid. 5.2, 135 V 465 consid. 4.4 et 122 V 157 consid. 1d ; arrêt du Tribunal fédéral 8C\_699/2018 du 28 août 2019 consid. 3). Les prises de position des services médicaux régionaux (SMR) et du service médical de l'OAIE doivent être appréciées comme des rapports de médecins liés à l'assureur (concernant le SMR, arrêts du Tribunal fédéral 9C\_159/2016 du 2 novembre 2016 consid. 2.2 ss et 8C\_197/2014 du 3 octobre 2014 consid. 4 ; arrêt du Tribunal administratif fédéral C 2843/2016 du 30 mai 2018 consid. 8.1 et 8.2 ; Michel Valterio, op. cit., art. 57 LAI nos 7 et 42 ss, art. 59 LAI n° 2).

### **E. 7.5.4**

Les prises de position des services médicaux régionaux (SMR) ou du service médical de l'OAIE ne se fondent pas sur des examens médicaux effectués sur la personne, mais sur des pièces médicales, et ne posent pas de nouvelles conclusions médicales. Elles portent une appréciation sur celles déjà existantes (arrêts du Tribunal fédéral 9C\_542/2011 du 26 janvier 2012 consid. 4.1, 9C\_581/2007 du 14 juillet 2008 consid. 3.2 et 9C\_341/2007 du 16 novembre 2007 consid. 4.1). Elles ont notamment pour but, outre celui d'aider les profanes en médecine qui travaillent dans l'administration ou les tribunaux et à qui il appartient de trancher le droit aux prestations, de résumer et de porter une appréciation sur la situation médicale de la personne concernée, ainsi que de faire une recommandation, sous l'angle médical, concernant la suite à donner à la demande de prestations. Ceci implique aussi, en présence de pièces médicales contradictoires, de dire de façon motivée s'il y a lieu de se fonder sur l'une ou l'autre de ces pièces ou s'il y a lieu de procéder à une instruction complémentaire (ATF 142 V 58 consid. 5.1). De telles prises de position, pour avoir valeur probante, ne peuvent suivre les conclusions d'un médecin sans établir les raisons pour lesquelles les conclusions différentes d'autres médecins ne sont pas suivies (ATF 137 V 210 consid. 6.2.4 ; M. Valterio, op. cit., art. 57 LAI n° 43). Si les pièces au dossier ne permettent pas de trancher les questions contestées, les prises de position médicales internes de l'assureur ne peuvent pas, en général, constituer une évaluation finale, mais doivent donner lieu à une instruction complémentaire (arrêts du Tribunal fédéral 9C\_165/2015 du 12 novembre 2015 consid. 4.3, 9C\_58/2011 du 25 mars 2011 consid. 3.3 ; arrêt du Tribunal administratif fédéral C 2843/2016 du 30 mai 2018 consid. 8.2).

### **E. 8.1**

Selon la jurisprudence, une décision qui accorde pour la première fois une rente d'invalidité avec effet rétroactif et, en même temps, prévoit sa suppression, réduction et/ou augmentation correspond à une décision de révision au sens de l'art. 17 LPG (ATF 133 V 263 consid. 6.1 ; arrêts du Tribunal fédéral 8C\_71/2017 du 20 avril 2017 consid. 3 et 9C\_226/2011 du 15 juillet 2011 consid. 4.3.1 non publié in : ATF 137 V 369 ; cf. également Margrit Moser Szeless, Loi sur la partie générale des assurances sociales, Commentaire

Romand, 2018, art. 17 LPGA n° 9). Elle doit par conséquent se fonder sur une modification notable du taux d'invalidité. La date de la modification du droit doit être fixée conformément à l'art. 88a RAI (applicable par analogie : ATF 125 V 417 consid. 2d ; arrêt du Tribunal fédéral I 21/05 du 12 octobre 2005 consid. 3.3 ; voir également Michel Valterio, Loi fédérale sur l'assurance-invalidité [LAI], 2018, art. 31 LAI n° 32).

### **E. 8.2**

Selon l'art. 17 LPGA - applicable par analogie dans les cas d'octroi d'une rente limitée dans le temps (ATF 141 V 9 consid. 2.3, 130 V 343 consid. 3.5 ; sur les situations à comparer, cf. ATF 133 V 108 consid. 5) - la rente est, d'office ou sur demande, révisée pour l'avenir, à savoir augmentée ou réduite en conséquence, ou encore supprimée, si le taux d'invalidité du bénéficiaire d'une rente subit une modification notable. L'amélioration de la capacité de gain n'est déterminante pour la suppression de tout ou partie du droit aux prestations qu'à partir du moment où on peut s'attendre à ce qu'elle se maintienne durant une assez longue période ; il en va de même lorsqu'un changement déterminant a duré trois mois déjà, sans interruption notable et sans qu'une interruption prochaine soit à craindre (art. 88a al. 1 RAI).

### **E. 8.3**

Pour examiner s'il y a eu une modification importante du degré d'invalidité justifiant la révision du droit à des prestations au sens de l'art. 17 LPGA, il s'agit de comparer les circonstances prévalant lors de la nouvelle décision avec celles existant lors de la dernière décision entrée en force et reposant sur un examen matériel du droit à la rente, avec constatation des faits pertinents, appréciation des preuves et comparaison des revenus conformes au droit (ATF 133 V 108 consid. 5 [en particulier 5.4], 130 V 71 consid. 3.2.3, 130 V 343 consid. 3.5 et 125 V 368 consid. 2 et les références citées ; arrêt du Tribunal fédéral 9C\_602/2019 du 10 juin 2020 consid. 2).

### **E. 9.1**

En l'espèce, l'instruction de la cause a porté au dossier la principale documentation médicale suivante : le rapport établi le 17 octobre 2006 par le Dr Q. \_\_\_\_\_ (spécialiste en médecine interne et rhumatologie), diagnostiquant chez l'assuré des douleurs chroniques cervico-vertébrales et céphalées cervicogéniques, une ostéochondrose accentuée en C6-C7 et C5-C6 avec une spondylarthrose cervicale en C5-C7, une malformation et mauvaise posture de la colonne vertébrale, des douleurs chroniques aux articulations (arthralgies) ainsi que des vertiges positionnels (pce AI 3, p. 1 et 2) ; le rapport d'examen radiologique du 11 février 2013 du Dr R. \_\_\_\_\_ (spécialiste en radiologie) constatant, suite à un scanner du poignet droit, l'absence d'image de fracture du scaphoïde, un arrachement osseux intéressant le bord antéro-inférieur de la face dorsale du lunatum, l'intégrité de l'interligne articulaire radio-carpien et des interlignes articulaires du massif carpien, des micro-calcifications intéressant le bord inféro-externe du radius, pas d'image de cal osseux en voie de consolidation au niveau de l'os scaphoïde, un aspect irrégulier de la corticale osseuse de la face palmaire du scaphoïde pouvant évoquer à la limite une fissure sous-corticale (pce AI 12.11) ; le certificat du Dr S. \_\_\_\_\_ (médecin urgentiste), non daté, attestant d'une entorse du poignet droit scapholunaire causée par un traumatisme du poignet droit survenu le 21 janvier 2013, entraînant une incapacité de travail totale jusqu'au 3 mars 2013 (pce AI 12.19, p. 1) ; le compte rendu de consultation du 28 février 2013 par lequel le Dr T. \_\_\_\_\_ (spécialiste en chirurgie orthopédique) a indiqué avoir ausculté l'assuré en urgence en raison d'une chute sur le poignet droit ayant causé un traumatisme par contact de

la face postérieure du poignet constitutif d'une suspicion de fracture distale du scaphoïde carpien droit (pce AI 12.12, p. 2) ; le rapport du 3 mai 2013 par lequel le Dr T. \_\_\_\_\_ (spécialiste en chirurgie orthopédique) a attesté de l'existence d'un traumatisme du poignet droit survenu le 21 mars 2013 correspondant à une fracture distale du scaphoïde carpien gauche nécessitant une immobilisation du poignet durant six semaines (pce AI 12.23) ; le rapport du 17 mai 2013 du Dr U. \_\_\_\_\_ (spécialiste en radiologie) constatant, à la suite d'un examen pour des céphalées et pour une douleur irradiant dans l'épaule gauche, au niveau cervical, une uncodiscarthrose cervicale étagée centrée sur C5-C6, C6-C7 dont les disques sont pincés, une protrusion ostéophytique à droite en C3-C4, C5-C6, C6-C7 et à gauche en C4-C5, C5-C6, C6-C7 et C7- T1, une apophysomégalie transverse modérée de C7 ; au niveau de l'épaule gauche, une discrète arthrose acromio-claviculaire (pce AI 3, p. 3) ; le rapport du 27 juin 2013 du Dr V. \_\_\_\_\_ (spécialiste en médecine générale) posant le diagnostic de contusion du poignet gauche [recte : droit] avec petit arrachement osseux du semi-lunaire gauche et constatant une uncodiscarthrose cervicale (pce AI 13, p. 3) ; le rapport d'IRM du 17 juillet 2013 du Dr W. \_\_\_\_\_ (spécialiste en radiologie), pour des cervicalgies, mettant en lumière, au niveau du rachis cervical, des discopathies modérées (C4-C5, C5-C6 et C6-C7), une réduction uncarthrosique foraminale bilatérale aux mêmes étages qui pourraient expliquer des névralgies cervico-brachiales (NCB) en C5, C6 et C7, et une absence de myélopathie cervicarthrosique (pce AI 3, p. 4 et 5) ; le rapport du 20 septembre 2013 du Dr V. \_\_\_\_\_ (médecin généraliste) constatant des lombalgies sur discopathies L4-L5 et L5-S1, ainsi que des névralgies cervico-brachiales gauches entraînant une incapacité de travail totale depuis le 30 mai 2013 dans l'activité habituelle de menuisier (pce AI 17) ; le rapport du 28 octobre 2013 du Dr X. \_\_\_\_\_ (médecin généraliste) constatant que, suite à la chute survenue le 21 janvier 2013, l'assuré a été en incapacité de travail totale jusqu'au 30 mars 2013 et que, depuis le 31 mars 2013, il l'est pour cause de maladie ; l'assuré souffre d'un syndrome cervical et lombo-vertébral, d'un très mauvais sommeil avec paresthésie nocturne dans tous ses doigts, d'adynamie, de douleurs et paresthésie à la jambe droite, pathologies pour lesquelles une évaluation neurochirurgicale est nécessaire afin de déterminer la capacité de travail de l'assuré (pce AI 24) ; le rapport du 13 novembre 2013 du Dr L. \_\_\_\_\_ (spécialiste en neurochirurgie) indiquant avoir été consulté le 12 novembre 2013 pour des névralgies cervico-brachiales gauches perdurant depuis mai 2013 ; l'examen clinique n'avait révélé aucun déficit sensitivomoteur au niveau des membres supérieurs ; l'IRM cervicale du 1er juillet 2013 révélait des lésions arthrosiques multiples, une discopathie en C5-C6 sans compression médullaire et une étroitesse radiculaire en C5-C6 à gauche ; dans la mesure où l'assuré avait signalé une nette amélioration de sa symptomatologie depuis deux à trois mois environ, une intervention chirurgicale n'était pas indiquée (pce AI 25) ; le rapport du 23 février 2014 du Dr X. \_\_\_\_\_ (médecin généraliste) revenant sur les constatations faites par le Dr L. \_\_\_\_\_ en novembre 2013 qui ont révélé une discopathie cervicale sans compression de la moelle osseuse mais avec un rétrécissement radiculaire principalement au niveau C5/C6 gauche, sans indication opératoire, et concluant, malgré les améliorations constatées, à une incapacité de travail définitive de l'assuré dans son activité habituelle de menuisier et, par conséquent, à la nécessité d'une reconversion professionnelle (pce AI 29) ; la prise de position du 3 mars 2014 du Dr I. \_\_\_\_\_ (médecin généraliste auprès du SMR) retenant les diagnostics de syndrome cervico-vertébral (discopathie en C5-C6 avec rétrécissement du foramen C5-C6 sans compression réelle des structures neurales) ainsi que de syndrome lombo-vertébral, et concluant à une incapacité de travail minimale de 20 % dans l'activité

habituelle (activités nécessitant de porter / tirer / soulever des charges lourdes, travailler dans des postures forcées, travailler sur des machines vibrantes, toutes activités ne permettant pas l'alternance des positions, travaux répétés avec les membres supérieurs au-dessus de la tête, tous travaux de bureau) et à une capacité de travail totale dans une activité adaptée aux limitations fonctionnelles, à savoir dans toutes activités légères ou tout au plus modérément lourdes avec positions alternées (pce AI 31) ; le rapport de clôture BEFAS (« Beruflichen Abklärungsstellen ») du 1er octobre 2014 duquel il ressort que l'assuré a été soumis à une observation professionnelle du 4 au 29 août 2014 ; les diagnostics avec répercussions sur la capacité de travail sont ceux de syndrome chronique cervico-vertébral et syndrome douloureux chronique cervico-céphalique (avec discopathies C4-C7, sténose foraminale bilatérale en particulier C5, C6, C7 gauche, sans myélopathie cervicale, déformation et mauvaise posture de la colonne vertébrale), de discrète arthrose acromio-claviculaire à gauche ainsi que d'arthralgies chroniques ; ces troubles permettent à l'assuré de disposer d'une capacité de travail totale dans une activité adaptée à ses limitations fonctionnelles, c'est-à-dire des activités légères et non répétitives, avec alternance des positions, une limite de charges fixée à 10 kilogrammes, évitant les postures forcées sur la colonne vertébrale et les charges d'impact axiales de même que les travaux en hauteur et la vibration des machines ; une réintégration professionnelle par le biais d'une formation pratique est indiquée au regard des faibles connaissances de l'assuré en informatique et en langue allemande ; l'assuré devait pouvoir bénéficier d'une formation pratique dans un nouveau domaine d'activité (tâches de surveillance et/ou de contrôle, opérateur sur machines, travaux légers dans des entrepôts) et d'une aide à la recherche d'un emploi ; l'assuré ayant indiqué vouloir bénéficier d'une mesure de reconversion professionnelle dans le domaine de la mécanique en tant qu'assembleur de pièces, une nouvelle observation était nécessaire afin de déterminer si une pareille activité était exigible (pce AI 49) ; le rapport du 5 mars 2015 du Dr I. \_\_\_\_\_ (médecin généraliste auprès du SMR) constatant que l'assuré souffre de douleurs lombaires et cervicales récurrentes, en particulier au niveau du cou à gauche ; retenant les diagnostics de syndromes chroniques cervico-vertébral et cervico-céphalique en raison d'une discopathie C4-C7 avec sténoses foraminales bilatérales (surtout en C5, C6 et C7 à gauche) ; estimant que le mal de dos est dû à une déformation de la colonne vertébrale sans pour autant affecter de manière significative la capacité de travail ; considérant, sur la base du rapport BEFAS, que l'assuré n'est plus en mesure d'exercer son métier de menuisier, mais qu'il présente une capacité de travail totale dans une activité adaptée aux limitations fonctionnelles (activités légères, non répétitives, avec positions alternées, port de charges limité à 10 kilogrammes, sans travaux répétitifs en hauteur ni charges vibratoires) et concluant à la mise en oeuvre d'une mesure de reclassement (pce AI 69) ; le certificat du 29 mai 2015 du Dr X. \_\_\_\_\_ (médecin généraliste) attestant d'une incapacité de travail de 50 % du 29 mai 2015 au 10 juillet 2015 (pce AI 78) ; le rapport du 7 octobre 2015 du Dr Y. \_\_\_\_\_ (spécialiste en neurologie) observant un patient qui se plaint d'un changement soudain de son état de santé, plus précisément d'une perte de motivation générale, d'un sentiment d'insécurité, de difficultés lors de la conduite, d'un état de fatigue généralisé et d'un besoin de sommeil durant la journée ainsi que de tremblements des mains lorsqu'il porte des charges lourdes ; retenant un syndrome cervical chronique accentué à gauche avec symptomatologie sensitive très discrète le plus souvent en C7-C8 gauche sur fond de discopathies pluri-étagées C4-C7 et sténose foraminale C3-C7 bilatérale, accentuée à gauche (IRM du 17.7.2013), un syndrome léger du canal carpien gauche à l'origine des douleurs nocturnes de la main gauche et

excluant une pathologie extrapyramidale, en particulier une maladie de Parkinson, une IRM de la tête étant préconisée au regard des plaintes du patient afin de clarifier le changement psychique évoqué (pce AI 101, p. 3 à 5) ; le rapport du 26 octobre 2015 du Dr X. \_\_\_\_\_ indiquant que l'assuré a interrompu sa reconversion professionnelle en raison d'un changement soudain de son état de santé qui s'est manifesté par des difficultés à s'endormir, des angoisses, des difficultés à marcher, des troubles visuels, des douleurs cervicales et une perte d'intérêt généralisée ; sur le plan neurologique, aucune anomalie n'a été détectée ; tant intellectuellement que linguistiquement, l'assuré n'a pas satisfait aux exigences des cours, de sorte que sa réintégration sur le marché du travail a échoué, l'hypothèse de devenir chauffeur devant être définitivement écartée en raison des crises d'anxiété dont souffre l'assuré, même lors de courts trajets (pce AI 101, p. 2) ; le rapport du 28 janvier 2016 du Dr I. \_\_\_\_\_ (médecin généraliste auprès du SMR), retenant, comme diagnostics principaux, un syndrome cervical chronique accentué à gauche avec une symptomatologie sensitive très discrète en C7-C8 à gauche (discopathie multi-étagée C4-C7, sténose foraminale C3-C7 accentuée à gauche), un syndrome léger du canal carpien de la main gauche, et préconise la mise en oeuvre d'une expertise bi-disciplinaire en neurologie et psychiatrie incluant un volet neuropsychologique (pce AI 110) ; le rapport du 17 février 2016 du Dr J. \_\_\_\_\_ (spécialiste en rééducation et réadaptation fonctionnelles, en médecine manuelle orthopédique et en médecine du sport) indiquant suivre l'assuré de manière régulière depuis septembre 2014 pour des cervico-brachialgies bilatérales et constatant que les examens pratiqués révèlent une cervicarthrose C5-C6 et C6-C7 avec étroitesse foraminale bilatérale entraînant l'incapacité à exercer le métier de menuisier ; les séances de kinésithérapie permettent de soulager provisoirement les douleurs qui se réactivent quelques semaines après l'arrêt du traitement, une nouvelle prise en charge venant de débiter (pce AI 132, p. 16) ; le rapport d'expertise bi-disciplinaire établi le 3 juin 2016 par les Drs G. \_\_\_\_\_ (spécialiste en neurologie) et H. \_\_\_\_\_ (spécialiste en psychiatrie et psychothérapie) selon lequel l'assuré ne peut plus exercer son activité habituelle de menuisier mais présente une capacité de travail de 70 % dans une activité adaptée à son état de santé, à savoir avec des processus de travail simples, sans exigences accrues d'assimilation de nouveau contenu, sans avoir besoin de maintenir un niveau de concentration élevé, la limitation de la capacité de travail étant justifiée par l'augmentation de la fatigue et la diminution de la capacité à travailler sous pression (pce AI 117 ; pour un exposé détaillé de chacun des deux volets de l'expertise, cf. ci-dessous, consid. 11.1.1 et 11.1.2) ; le rapport du 5 juillet 2016 de la Dresse M. \_\_\_\_\_ (spécialiste en psychiatrie) indiquant suivre le recourant pour un trouble de l'adaptation, réaction mixte, anxieuse et dépressive (F43.22) à la suite de problèmes de santé ; que le tableau clinique se manifeste par une charge anxieuse importante, envahissante, persistante et irrationnelle dans la plupart des situations, des ruminations anxieuses et anticipations anxieuses, une auto-dévalorisation avec un sentiment d'inutilité, des difficultés majeures à raisonner et à contrôler ses préoccupations, des problèmes de concentration, une hypoprosexie et une irritabilité ; que la prise quotidienne de médicaments antidépresseur et anxiolytique est indispensable (Zoloft 50 mg et de Xanax 0.25 mg) ; que l'état clinique de l'assuré ne permet pas la reprise immédiate du travail et qu'une prolongation de son arrêt maladie est nécessaire (pce AI 130, p. 2) ; le rapport d'IRM cervicale du 8 juillet 2016 du Dr Z. \_\_\_\_\_ (spécialiste en radiologie) faisant état, dans le cadre d'une consultation pour un bilan rhumatologique, d'une uncarthrose et d'une discopathie dégénérative étagée connue, ainsi que d'une anomalie de signal d'allure inflammatoire en regard des plateaux vertébraux en C5-C6 (pce AI 123, p. 1) ; le rapport d'IRM cérébrale du 15 juillet 2016 du Dr

Z.\_\_\_\_\_ (spécialiste en radiologie) concluant, à l'issue d'une consultation sur l'indication de troubles neurologiques avec tremblements, à un examen sans anomalie notable (pce AI 123, p. 2) ; le rapport d'expertise complémentaire du 22 septembre 2016 du Dr G.\_\_\_\_\_ (spécialiste en neurologie et neurologie comportementale) indiquant que l'IRM cérébrale effectuée le 15 juillet 2016 ne montrait aucune anomalie, au contraire de l'IRM cervicale du 8 juillet 2016, laquelle l'amenait à faire état d'une discopathie non cartilagineuse et dégénérative multi-étagée ainsi que de signes de modifications inflammatoires sur les plateaux vertébraux C5-C6 (arthrose) ; les troubles cognitifs supplémentaires ne trouvent aucun fondement organique ; sur la base de ces constatations, l'expert retient que l'assuré présente une incapacité totale dans l'activité de menuisier et dans toute autre activité impliquant un environnement stressant ; dans une activité adaptée, à savoir légère en ce sens qu'elle n'implique qu'une contrainte légère à modérée sur l'axe du corps et la ceinture scapulaire, l'incapacité de travail est limitée à 20 % en raison des interférences douloureuses et des exacerbations intermittentes des douleurs (pce AI 126) ; le rapport du 12 octobre 2016 de la Dresse K.\_\_\_\_\_ (spécialiste en rhumatologie) faisant état d'une uncodiscarthrose au niveau C5-C6 et C6-C7, d'une uncarthrose, d'une discopathie cervicale dégénérative étagée connue et d'une anomalie de signal d'allure inflammatoire en regard des plateaux vertébraux C5-C6 et concluant à l'inaptitude de l'assuré à exercer un métier physique nécessitant de lever des charges (pce AI 138, p. 3) ; le rapport E213 du 19 octobre 2016 faisant état, à titres d'antécédents médicaux, d'une hernie inguinale opérée en janvier 2016, et d'anxiété dans un contexte de cervicalgies depuis mai 2013, et à titre de principales plaintes, de céphalées, fatigabilité, fourmillement dans les mains, surtout la gauche, de troubles de la concentration et d'épisodes de vertiges ; observant au niveau de l'appareil locomoteur, une nette réduction de la mobilité du rachis cervical avec des névralgies cervico-brachiales gauches et une contracture trapézienne bilatérale ; sur le plan neuropsychique, relevant un suivi mensuel par le psychiatre qui a pu réduire le traitement qui se limite actuellement à la prise de Xanax 1 à 3/jour, la persistance d'une anxiété en rapport avec l'incertitude pesant sur sa situation socioprofessionnelle, pas d'éléments actuels en faveur d'un syndrome dépressif patent, bonne présentation, des propos cohérents, projet, pas de sociophobie ; retenant au final un état anxio-dépressif stabilisé avec maintien d'un traitement par Xanax et suivi psychiatrique mensuel, des cervicalgies chroniques avec des névralgies cervico-brachiales gauches ne fondant pas de réduction de la capacité de travail de 2/3, d'où le refus de l'invalidité, l'assuré étant inscrit à Pôle Emploi depuis le 1er octobre 2016 (rapport du Dr Wach [pce AI 132]) ; le rapport d'expertise complémentaire du 17 novembre 2016 du Dr G.\_\_\_\_\_ (spécialiste en neurologie et neurologie comportementale) précisant que la capacité de travail exigible de la part de l'assuré dans l'exercice d'une activité lucrative adaptée s'élève à 80 %, dès lors que l'état de fatigue accrue évoqué dans le rapport d'expertise en tant que séquelles d'un présumé accident vasculaire cérébral doit être écarté, les IRM effectuées les 8 et 15 juillet 2016 n'ayant décelé aucune trace en ce sens (pce AI 134) ; le rapport du 21 novembre 2016 du Dr F.\_\_\_\_\_ (médecin généraliste auprès du SMR) qui a retenu, comme diagnostics ayant une incidence sur la capacité de travail, un syndrome cervical modéré à modérément sévère avec des modifications dégénératives prononcées sur la colonne vertébrale, une déficience cognitive légèrement à modérément prononcée sans origine organique, une discrète ataxie de la marche, une instabilité lors de tests de marche complexes ainsi qu'un épisode dépressif léger principalement de nature anxieuse (F32.0), et, comme diagnostic sans incidence sur la capacité de travail, un syndrome léger du tunnel carpien, et a conclu à une incapacité de

travail totale dans l'activité de menuisier depuis le 22 janvier 2013 et à une capacité de travail de 80 % dans une activité adaptée à l'état de santé, à savoir une activité légère à modérément lourde favorisant les positions alternées, avec port de charges limité, n'impliquant pas de postures forcées, l'utilisation de machines vibrantes, de devoir effectuer des travaux répétés en hauteur et qui ne nécessite pas d'exigences accrues quant à la capacité d'assimiler de nouveaux contenus ni de maintenir un niveau de concentration élevé (pce AI 135) ; le rapport SMR du 10 avril 2017 du Dr I.\_\_\_\_\_, indiquant que l'évaluation rhumatologique faite par la Dresse K.\_\_\_\_\_, le 12 octobre 2016, aboutissant à la conclusion que l'assuré est inapte à exercer un métier physique est générale et sans fondement (« pauschal und schlussendlich unbegründet ») et ne saurait remettre en question les conclusions de l'expertise bi-disciplinaire effectuée par les Drs G.\_\_\_\_\_ et H.\_\_\_\_\_ (pce AI 142).

### **E. 9.2**

Sur le plan économique, l'autorité d'instruction a recueilli au cours de la procédure de première instance : le questionnaire pour l'employeur (« Fragebogen für Arbeitgebende »), daté du 19 septembre 2013, duquel il est ressorti que l'assuré travaillait depuis le 1er septembre 2000 au service de l'entreprise B.\_\_\_\_\_ AG au bénéfice d'un contrat de travail - qui fera par la suite l'objet, en octobre 2015, d'une résiliation - prévoyant l'accomplissement de 43.75 heures de travail par semaine (ou 8.75 heures par jour) en qualité de contremaître menuisier pour un salaire annuel de 80'600 francs (6'200 francs par mois) (pce AI 18).

### **E. 9.3**

Dans le cadre de la procédure de recours, les documents médicaux suivants ont été versés en cause (sur la prise en considération desdites pièces, cf. ci-dessus, consid. 3.3) : le rapport du 5 avril 2017 du Dr L.\_\_\_\_\_ (spécialiste en neurochirurgie) relevant l'absence d'une véritable irradiation douloureuse au niveau des membres supérieurs, aucune anomalie particulière à l'examen clinique tant au niveau des membres supérieurs qu'inférieurs, précisant que l'IRM cervicale du 2 avril 2017 révèle des discopathies multiples avec protrusions en C5-C6 et en D2-D3 et excluant toute indication opératoire dès lors qu'il s'agit de cervicalgies pures (annexe pce TAF 1 et pce AI 150, p. 5) ; le certificat médical du 1er septembre 2017 de la Dresse K.\_\_\_\_\_ (spécialiste en rhumatologie) indiquant suivre l'assuré depuis le 19 mai 2016 pour des cervicalgies invalidantes chroniques en évolution depuis 2013 ; constatant, sur le plan clinique, des cervicalgies qui s'aggravent lors d'efforts physiques et qui constituent un handicap pour l'exercice professionnel ; relevant que l'IRM cervicale effectuée en avril 2017 met en évidence des protrusions de C4 à C7 et en particulier en D2-D3, sans canal rétréci, ni myélopathie cervicarthrosique ; préconisant un scanner dorsal centré sur D2-D3, avant de récapituler la médication prescrite (Dafalgan codéine, Xanax et Tahor 20 [annexe pce TAF 1 et pce AI 152, p. 9]) ; le certificat médical du 4 septembre 2017 du Dr J.\_\_\_\_\_ (spécialiste en rééducation et réadaptation fonctionnelles, médecine manuelle orthopédique et médecine du sport) indiquant suivre l'assuré en rééducation depuis fin 2014 pour des douleurs rachidiennes, cervicales et lombaires, ainsi que pour des irradiations brachiales bilatérales prédominant à gauche ; constatant que le diagnostic d'arthrose avec discopathies multiples sans compressions radiculaires n'est mis en évidence ni aux IRM ni au bilan électromyographique et retenant le diagnostic de syndrome du canal carpien bilatéral prédominant à gauche, en cause dans les brachialgies ; précisant qu'un geste chirurgical de décompression est prévu du côté gauche

prochainement, certainement à droite par la suite ; ajoutant que le bilan articulaire rachidien révèle une raideur cervicale, que la musculature cervico-scapulaire est régulièrement contracturée et douloureuse, que le patient présente des épisodes aigus de blocages, résolus par des prises en charge kinésithérapiques et/ou des traitements médicamenteux ; préconisant une prise en charge kinésithérapique régulière, aucune solution chirurgicale au niveau du rachis n'étant prévue (annexe pce TAF 1 et pce AI 152, p. 8) ; le rapport du 30 septembre 2017 de la Dresse M. \_\_\_\_\_ (spécialiste en psychiatrie et psychothérapie), indiquant que l'assuré souffre d'un trouble de l'adaptation, réaction mixte anxieuse et dépressive, dans un contexte d'épuisement professionnel associé à des plaintes somatiques consécutives au stress généré par les conditions difficiles d'exercice de son métier et par son licenciement ayant entraîné une décompensation ; le patient traverse une période difficile faite de grosses difficultés quotidiennes qu'il vit douloureusement et avec beaucoup d'émotions ; il présente une symptomatologie revêtant une forme clinique particulière de type dépression masquée avec hypersensibilité et composante anxieuse sous-jacent exacerbée ; concomitamment, il existe des ruminations anxieuses qui tournent inlassablement et forment un circuit dans lequel la souffrance est ubiquitaire et une culpabilité vis-à-vis de cette situation ; la Dresse M. \_\_\_\_\_ a en outre détaillé le traitement médicamenteux prescrit (Effexor LP 75 mg, Effexor LP 37,5 mg, Xanax 0,25 mg) et souligné que l'état de santé de son patient ne lui permettait pas d'assumer un travail suivi et régulier, son arrêt maladie devant ainsi être prolongé (annexe pce TAF 3 et pce AI 153, p. 4) ; le rapport de l'IRM du rachis cervical effectuée le 16 octobre 2017 par le Dr P. \_\_\_\_\_ (spécialiste en radiologie) pour des névralgies cervico-brachiales de type C7 persistantes mettant en évidence une uncodiscarthrose modérée étagée de C4 à C7 à l'origine d'une diminution du calibre des foramens surtout en C6-C7, ainsi qu'une petite hernie discale postéro-latérale droite à étages en T2-T3 pouvant éventuellement être à l'origine d'une irritation de la racine T3 à droite (annexe pce TAF 5 et pce AI 157, p. 5) ; la prise de position datée du 26 octobre 2017, par laquelle le Dr I. \_\_\_\_\_, généraliste, médecin SMR, s'est déterminé sur les avis médicaux des Drs K. \_\_\_\_\_ (du 1er septembre 2017), J. \_\_\_\_\_ (du 4 septembre 2017) et L. \_\_\_\_\_ (du 5 avril 2017) ; s'agissant tout d'abord de la prise de position de la Dresse K. \_\_\_\_\_, le médecin SMR a souligné qu'elle ne présentait que des différences minimales avec le volet neurologique de l'expertise bi-disciplinaire réalisé par le Dr G. \_\_\_\_\_, que l'IRM effectuée en avril 2017 n'avait pas amené de résultats probants et que la Dresse K. \_\_\_\_\_ ne s'était pas exprimée sur la capacité de travail de l'assuré, soulignant cependant la persistance de douleurs à l'effort, élément déjà mis en exergue par l'expertise bi-disciplinaire ; revenant sur l'avis du Dr J. \_\_\_\_\_, le Dr I. \_\_\_\_\_ a indiqué qu'il ne faisait que répéter des limitations et douleurs déjà connues et qu'il ne contenait aucune mention relative à la capacité de travail de l'assuré dans son activité habituelle, respectivement dans une activité adaptée, relevant au surplus, d'une part, l'existence d'un syndrome douloureux primaire du bras gauche classifié comme étant un syndrome du canal carpien pouvant être opéré en cas d'augmentation des douleurs, et, d'autre part, de discrètes douleurs lombaires ; s'agissant enfin de la position du Dr L. \_\_\_\_\_, lequel se borne à confirmer qu'aucune intervention chirurgicale est nécessaire, le médecin SMR a relevé qu'elle n'apportait rien de nouveau et ne contenait aucune indication quant à la capacité de travail de l'assuré (annexe pce TAF 9) ; la prise de position du 28 octobre 2017, dans laquelle le Dr N. \_\_\_\_\_, psychiatre, médecin SMR, s'est déterminé sur les écrits de la Dresse M. \_\_\_\_\_ des 5 juillet 2016 et 30 septembre 2017, soulignant que les avis de cette dernière, psychiatre traitante de l'assuré, dont les

constatations ne se distinguaient pas fondamentalement de celles figurant dans l'expertise bi-disciplinaire, ne remettaient nullement en cause les conclusions de celle-ci ; en outre, s'agissant de l'avis du 30 septembre 2017, le médecin SMR a considéré qu'il n'existait aucun indice permettant d'attester d'une détérioration de l'état de santé psychique de l'assuré (annexe pce TAF 9) ; la prise de position du 13 novembre 2017 du Dr I. \_\_\_\_\_, médecin SMR, indiquant que l'IRM du 16 octobre 2017 n'est pas de nature à mettre en cause les conclusions issues du rapport d'expertise bi-disciplinaire ; s'agissant du rachis cervical aux niveaux C4-C7, les modifications dégénératives (uncodiscarthrose avec léger rétrécissement des foramens, surtout en C6-C7) ont déjà été décrites dans les précédents rapports des médecins français et ne mettent en lumière aucune modification importante qui n'aurait pas été prise en compte dans l'expertise ; sur le plan du rachis thoracique T2 - T3, l'IRM a décelé une petite hernie postéro-latérale droite, susceptible éventuellement d'irriter la racine T3, ce qui signifie qu'il n'y a pas de compression neurogène significative, le médecin-conseil précisant qu'à moins d'atteintes significatives, la zone T2-T3 n'a pas d'incidence sur la vie au quotidien - dans cette zone, il n'y a pas d'irradiation douloureuse dans le bras, mais tout au plus au niveau de l'aisselle et de la partie supérieure de la cage thoracique - (annexe pce TAF 9).

#### **E. 10**

A l'appui des décisions litigieuses, l'autorité inférieure s'est fondée sur l'avis de son service médical régional ainsi que sur le rapport d'expertise bi-disciplinaire des Drs G. \_\_\_\_\_ et H. \_\_\_\_\_ opposant au recourant une capacité de travail de 80 % dans une activité lucrative adaptée à son état de santé et à ses limitations fonctionnelles à partir du 10 septembre 2015. Se prévalant de l'avis de ses médecins traitants, le recourant invoque une incapacité totale de travail dans toute activité lucrative et s'écarte ainsi des conclusions des experts. Partant, il y a lieu d'examiner la valeur probante de l'expertise bi-disciplinaire (cf. ci-dessous, consid. 11), avant d'évaluer la pertinence des objections formulées par le recourant en rapport avec l'appréciation médicale de sa capacité de travail (cf. ci-dessous, consid. 12).

#### **E. 11.1**

Le rapport d'expertise bi-disciplinaire a été établi le 3 juin 2016 par les Drs G. \_\_\_\_\_ (spécialiste en neurologie et neurologie comportementale) et H. \_\_\_\_\_ (spécialiste en psychiatrie et psychothérapie) et a fait l'objet de deux compléments neurologiques les 22 septembre 2016 et 17 novembre 2016 (pces AI 117, 126, 134). Les principales considérations médicales suivantes en ressortent.

##### **E. 11.1.1**

Le volet neurologique se compose d'un rapport établi le 23 juin 2016 (pce AI 117) et complété les 22 septembre 2016 (pce AI 126) et 17 novembre 2016 (pce AI 134). Le rapport du 23 juin 2016 est fondé sur un examen clinique conduit le 25 mai 2016 par un spécialiste, sur la base du dossier médical complet de l'expertisé, sur une batterie de tests neuropsychologiques effectués le 25 mai 2016 sous la supervision d'une spécialiste en neuropsychologie et psychologie et sur un électroencéphalogramme (ci-après : EEG) qui s'est révélé sans particularités avec une activité de base normale, sans foyers ni hyperexcitabilité cérébrale, ainsi que sur deux IRM - l'une cervicale et l'autre cérébrale - effectuées les 8, respectivement 15 juillet 2016. L'expert a pris en compte les plaintes de l'expertisé qui a indiqué se sentir handicapé par des douleurs cervicales à gauche, ainsi que,

depuis septembre 2015, par des troubles de la mémorisation et de la concentration, un manque de confiance en soi, une insécurité au volant, une légère maladresse à la marche avec des mouvements de la jambe gauche, la sensation d'avoir moins de force dans le bras droit et de présenter une déformation de la partie gauche du visage. Il déclare ne plus être à même d'accomplir son activité habituelle de menuisier, ni le reclassement prévu dans une activité de bureau dans le domaine de la menuiserie en raison de ses déficits de mémorisation, de concentration et d'assimilation des matières nouvelles. A l'examen clinique, l'expert a observé un syndrome cervical modéré à moyen prédominant à gauche, une augmentation de la tonicité de la musculature paravertébrale cervicale, des articulations facettaires cervicales douloureuses à la palpation, un déséquilibre de la musculature avec des champs myélopatiques, une mobilité de la colonne vertébrale cervicale limitée ainsi qu'une manipulation de provocation cervicale pour des douleurs radiculaires négative des deux côtés, aucun indice de désordre extrapyramidal de type parkinsonien, une légère asymétrie du visage défavorable à gauche, ainsi qu'une marche légèrement ataxique, incertaine avec une légère propension de chute sur la gauche. L'exploration neuropsychologique a mis en évidence des atteintes légères à modérées avec des déficits de la concentration, de la mémorisation, ainsi que des troubles du fonctionnement exécutif. Sur la base de ces différents éléments d'appréciation, l'expert retient, d'une part, un léger syndrome du canal carpien gauche sans incidence sur la capacité de travail. Dans le rapport du 3 juin 2016, il retient, d'autre part, un syndrome cervical modéré à moyen avec des altérations dégénératives marquées, une déficience cognitive sans étiologie organique de légèrement à modérément prononcée, une discrète ataxie de la marche et instabilité lors de marches complexes entraînant une incapacité de travail de 70 % dans une activité lucrative adaptée. A la suite de l'IRM cérébrale du 15 juillet 2016 révélant un système ventriculaire et des substances blanches et grises comme étant sans anomalie, l'expert exclut qu'un accident vasculaire cérébral soit survenu en septembre 2015, respectivement qu'une lésion cérébrale autrement dit qu'une cause organique soit à l'origine des troubles cognitifs relatés par l'expertisé (cf. rapport complémentaire du 22 septembre 2016 [pce AI 126]). De concert avec l'avis neurologique du Dr Y. \_\_\_\_\_ (cf. rapport du 7 octobre 2015 [pce AI 101, p. 3 à 5]), il exclut un syndrome parkinsonien. A l'aune de l'IRM cervicale du 8 juillet 2016, il observe une uncarthrose et discopathie dégénérative pluri-étagée ainsi que des indices de modifications inflammatoires des plateaux C5/C6 confirmant des modifications dégénératives cervicales pluri-étagées avec des indices d'arthrose activée en C5-C6 (cf. rapport complémentaire du 22 septembre 2016 [pce AI 126]). Dans une activité lucrative lourde à l'instar de celle exercée habituellement en tant que menuisier, l'incapacité de travail est totale depuis 2013. Dans une activité adaptée, qui ne nécessite qu'un effort léger, qui en particulier n'implique qu'une contrainte légère à modérée sur l'axe du corps et la ceinture scapulaire, qui n'implique que des processus simples sans facultés élevées d'assimilation de matières nouvelles ni niveau de concentration élevé prolongé, la capacité de travail de l'expertisé s'élève, depuis septembre 2015, à 80 %, l'incapacité de 20 % étant imputée aux interférences douloureuses et aux exacerbations intermittentes de celles-ci. Dans un rapport complémentaire du 17 novembre 2016, l'expert neurologue a précisé avoir réduit à 20 % l'incapacité de travail initialement fixée à 30 % dans le rapport d'expertise du 3 juin 2016, aucun trouble cognitif n'ayant été finalement établi ni par l'EEG ni par l'IRM cérébrale du 15 juillet 2016, cette dernière ayant en particulier permis d'exclure une lésion cérébrale susceptible d'expliquer la fatigabilité accrue décrite par l'expertisé (pce AI 134).

#### **E. 11.1.2**

Le volet psychiatrique (pce AI 117, p. 16 à 23) a été établi par le Dr H.\_\_\_\_\_, spécialiste en psychiatrie et psychothérapie. Sur la base d'un examen clinique, des indications du sujet examiné, du dossier, des critères de la CIM 10 et de différents indicateurs standards (pression sociale, ressources, consistance), l'expert a constaté que l'expertisé était limité dans sa capacité d'adaptation affective, angoissé, oppressé, manquait d'assurance et son estime de soi était quelque peu affectée. Il ne présentait en revanche pas de facteurs spécifiques, pas de stress social, ne souffrait pas de culpabilité profonde, ne faisait pas mention de déprime matinale et ne signalait aucune dépendance. La symptomatologie dépressive pouvait ainsi être considérée comme légère. Il a constaté que l'expertisé vivait une relation stable et harmonieuse avec sa compagne et le fils de celle-ci, qu'il soignait ses relations avec sa mère ainsi qu'avec ses amis. Ses préoccupations principales portaient sur son état de santé et ses ressources socio-économiques à la suite de l'incapacité de travail prolongée et l'échec de son reclassement professionnel. Ses ressources psychiques étaient restreintes par la légère symptomatologie dépressive. Il ne présentait pas de décalage entre les symptômes et les constats. Le niveau d'activités de l'expertisé avait faibli sur tous les plans. Durant l'entretien, l'assuré n'avait pas montré de perte d'attention ni de concentration, mais des difficultés d'apprentissage sont documentées. Cela étant, l'expert a retenu un épisode dépressif léger à prédominance anxieuse (F32.0). Procédant à un diagnostic différentiel, il a constaté que l'expertisé, qui ne relatait pas d'inquiétude ou d'appréhension durables quant à son avenir, ne présentait pas de tension motrice ni d'hyperexcitabilité végétative. Le trouble anxieux relevait de la symptomatologie dépressive de base et il n'existait aucun élément permettant de retenir un trouble de la personnalité ou des traits de personnalité accentués, ni une pathologie psychotique ou autre maladie psychiatrique grave. Tout au plus, l'hémiplégie pouvait-elle s'insérer dans une problématique dissociative. L'évolution de la symptomatologie même combinée aux défaillances neurologiques, le vécu, l'absence d'événements marquants, ainsi que les conflits internes préexistants clairement circonscrits plaidaient plutôt en faveur d'une genèse organique, cela d'autant que l'expertisé ne présentait aucun autre facteur psychodynamique ou biographique susceptible d'expliquer le développement de symptômes dissociatifs. Compte tenu de ces constats, du vécu, des symptômes, des bonnes ressources sociales et psychiques ainsi que des limitations fonctionnelles, l'expert a retenu que l'expertisé présentait une capacité de travail et de rendement légèrement diminuée en raison de l'épisode dépressif léger, principalement de nature anxieuse, diminution qui se traduisait par un besoin accru de pauses et de temps de récupération, besoin à tout le moins supérieur à celui d'un sujet en bonne santé. L'expert a évalué la diminution de la capacité de travail et de rendement à 10 % dans l'activité habituelle de menuisier autant que dans une activité adaptée à l'état de santé, incapacité fixée indépendamment des troubles cognitifs à discuter dans l'évaluation interdisciplinaire. A défaut de documentation psychiatrique spécifique, il a considéré que l'incapacité de travail psychique était survenue en septembre 2015 et qu'elle était devenue décisive au début de l'année 2016, lorsque l'assuré avait initié une psychothérapie.

### **E. 11.1.3**

Procédant à l'appréciation interdisciplinaire de l'expertisé, les experts ont considéré que l'épisode dépressif léger à prédominance anxieuse n'impactait que de manière insignifiante (par un besoin accru de pauses et la prise en compte d'un temps de récupération supérieur à la moyenne) la capacité de travail de l'assuré et que l'évaluation neurologique était déterminante pour l'appréciation de la capacité de travail et de l'aptitude à l'emploi, retenant au terme du consensus interdisciplinaire, une diminution de la capacité de travail, fixée

initialement à 30 %, puis réduite à 20 % dès le 1er septembre 2015 compte tenu du syndrome cervical.

### **E. 11.2.1**

Cela étant, il appert que l'expertise bi-disciplinaire a été réalisée par des spécialistes en psychiatrie, en neurologie et neuropsychologie. Ces praticiens disposaient de la formation et des connaissances requises pour évaluer valablement l'état de santé du recourant. Les deux volets de l'expertise ont été établis sur la base d'observations approfondies et d'investigations complètes, l'expertisé ayant fait l'objet le 25 mai 2016 d'une auscultation clinique par chacun des deux spécialistes et d'IRM complémentaires dont les résultats ont été soumis à l'expert neurologue. En outre, l'expertise tient compte de l'intégralité des pièces médicales et économiques mises à disposition par l'OAIE respectivement par l'autorité d'instruction - l'OAI-C. \_\_\_\_\_ - et a ainsi été établie en pleine connaissance de l'anamnèse et du dossier médical. Elle tient compte des plaintes de l'assuré. Les conclusions reposent sur une anamnèse complète, constituée principalement des avis médicaux des praticiens français et suisses ayant pris en charge l'assuré depuis la chute survenue en 2013, des rapports rédigés lors de la tentative de réorientation professionnelle et des résultats des examens cliniques et analyses réalisés. Elle comprend en outre les appréciations détaillées des deux praticiens spécialistes et décrit de manière circonstanciée les motifs fondant les diagnostics posés.

### **E. 11.2.2**

Sur le plan psychiatrique, la jurisprudence du Tribunal fédéral enseigne que le diagnostic doit être posé par un spécialiste et se fonder sur un système de classification scientifiquement reconnu (ATF 141 V 281 consid. 2.1). Pour toutes les maladies mentales (ATF 143 V 418 consid. 6 et 7), en particulier les troubles somatoformes douloureux, les troubles résultant de maladies psychosomatiques qui sont assimilés à ces dernières (ATF 140 V 8 consid. 2.2.1.3) ou de troubles dépressifs légers à modérés (ATF 143 V 409 consid. 4.5), la capacité de travail d'une personne souffrant de telles affections doit être évaluée sur la base d'une vision globale, 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 des personnes (ATF 141 V 281 consid. 2, 3.4 à 3.6 et 4.1 ; cf. également ATF 143 V 418 consid. 6). En l'occurrence, l'expert psychiatre, se fondant sur le dossier médical et une consultation clinique du 25 mai 2016, a exposé les motifs pour lesquels il ne pouvait retenir les diagnostics de trouble de la personnalité, de traits de la personnalité exacerbés ou d'un autre trouble ou maladie psychiatrique. Aux pages 20 à 23 du rapport d'expertise sont abordés, conformément aux exigences jurisprudentielles (ATF 141 V 281), les dommages à la santé mentale de l'assuré (ATF précité, consid. 4.3.1), le contexte social dans lequel il vit (ATF précité, consid. 4.3.3), le diagnostic posé (ATF précité, consid. 4.3.1), les aspects comportementaux et la cohérence du récit de l'intéressé ainsi que ses ressources (ATF précité, consid. 4.3.2 et 4.4). En particulier, l'expert relève que l'expertisé souffre d'un épisode dépressif léger, qu'il est anxieux, peu sûr de lui et que son estime de soi en est quelque peu affectée. Sous l'angle du contexte social, l'expert souligne que l'assuré partage une relation stable avec sa compagne et soigne des contacts étroits avec le fils de cette dernière, que l'assuré entretient des contacts sociaux extérieurs et, qu'au sein de sa famille, il a de bonnes relations avec sa mère, son père étant décédé d'un infarctus en 1991. Il n'en demeure pas moins que l'expertisé est particulièrement affecté par son état de santé dégradé, par son incapacité de travail et par l'échec de sa reconversion. Sur

ce dernier point, l'expert met en exergue la volonté de A.\_\_\_\_\_ de réussir une reconversion professionnelle nécessaire après l'incapacité totale de travail subie dans son métier de menuisier, respectivement de contremaître menuisier, qu'il a exercé durant toute sa carrière et souligne les difficultés rencontrées à l'apprentissage, notamment théoriques, d'une nouvelle matière et ce, malgré un bon niveau général d'instruction. Au final, les ressources du recourant sont limitées, en raison, notamment, d'une légère symptomatologie dépressive et de difficultés d'apprentissage. Cela étant, c'est au terme d'une analyse prenant en compte les indicateurs déterminants ressortant de la jurisprudence du Tribunal fédéral (ATF 141 V 281 consid. 4.3.1) que l'expert Dr H.\_\_\_\_\_ a retenu un épisode dépressif léger à prédominance anxieuse (F32.0) fondant une incapacité de travail de 10 % à partir du 1er janvier 2016.

### **E. 11.3**

A lecture de ce qui précède, il n'y a pas lieu de remettre en cause l'expertise bi-disciplinaire des Drs G.\_\_\_\_\_ et H.\_\_\_\_\_, lesquels ont répondu aux exigences et requêtes figurant dans le mandat qui leur a été octroyé (pces AI 112 et 113). Il n'existe en particulier aucun indice concret - et le recourant n'en soulève aucun - de douter du bien-fondé des conclusions auxquelles ladite expertise aboutit, tant sur le plan somatique que psychique, en retenant une incapacité de travail globale de 20 % fondée sur les troubles neurologiques, la fatigabilité accrue retenue à hauteur de 10 % dans le rapport du 3 juin 2016 ayant été écartée à la suite de l'IRM cérébrale du 15 juillet 2016. Conformément aux prescriptions jurisprudentielles (ATF 137 I 327 consid. 7.3), ces conclusions sont basées sur un consensus interdisciplinaire (« Konsensbesprechung Dr J. G.\_\_\_\_\_ und Dr M. H.\_\_\_\_\_ » ; pce AI 117, p. 23 s.), précision étant faite que les avis médicaux divergents ont été abordés et discutés par les experts. Le Tribunal tient en outre à souligner que l'un des objectifs d'une expertise bi-disciplinaire ou multidisciplinaire est d'établir, dans un rapport de synthèse, si les incapacités de travail attestées par divers spécialistes se recouvrent partiellement ou entièrement, le taux d'incapacité de travail procédant toujours d'une évaluation globale (cf. arrêt du Tribunal fédéral 9C\_1021/2012 du 3 juillet 2013 consid. 3.3 ; cf. également arrêts du Tribunal fédéral I 249/05 du 11 juillet 2006 consid. 3.1 et I 299/03 du 29 juin 2004 consid. 4). A ce titre, les deux experts mandatés ont expressément convenu, dans le cadre du consensus interdisciplinaire et au terme d'une discussion approfondie (« nach eingehender Diskussion »), de la prédominance de l'évaluation neurologique pour l'estimation de la capacité résiduelle de travail de A.\_\_\_\_\_, signifiant par là même que l'appréciation psychiatrique ne se cumulait pas à celle effectuée sous l'angle neurologique et que, par conséquent, l'incapacité de travail retenue était celle à laquelle est parvenue le neurologue, à savoir un taux de 30 % ramené par la suite à un taux de 20 % compte tenu des résultats des IRM cervicale et cérébrale. Cette position est par ailleurs cohérente aussi bien avec les constatations de l'expert psychiatre (ci-dessus, consid. 11.2.2) qu'avec sa conclusion selon laquelle l'impact de l'état de santé psychique sur la capacité de travail de l'expertisé, à qui un épisode dépressif léger a été diagnostiqué, se limitait à un besoin accru de pause et à une prise en compte d'un temps de récupération supérieur à la moyenne (cf. ci-dessus, consid. 11.1.2 et 11.1.3). Aussi, l'expertise bi-disciplinaire dispose-t-elle d'une pleine valeur probante.

### **E. 12**

Le recourant conteste les conclusions du rapport d'expertise bi-disciplinaire, se prévalant d'une incapacité totale de travail perdurant au-delà du 10 septembre 2015.

### **E. 12.1**

A l'appui de ses conclusions, il invoque, sur le plan somatique, l'avis du Dr J. \_\_\_\_\_, spécialiste en rééducation et réadaptation fonctionnelles, en médecine manuelle orthopédique et médecine du sport (cf. rapports des 17 février 2016 et 4 septembre 2017 [pces AI 132, p. 16, et 151, p. 3]) attestant d'un suivi en rééducation depuis fin 2014 pour des douleurs rachidiennes, cervicales, lombaires et des irradiations brachiales bilatérales dominantes à gauche, ainsi que, pour des cervicalgies invalidantes chroniques en évolution constante depuis 2013, celui de la Dresse K. \_\_\_\_\_ (spécialiste en rhumatologie ; cf. rapports des 12 octobre 2016 et 1er septembre 2017) et celui du Dr L. \_\_\_\_\_ (spécialiste en neurochirurgie ; cf. rapport du 5 avril 2017). A la lecture des rapports médicaux invoqués par le recourant, le Tribunal constate que le seul avis médical faisant état de limitations fonctionnelles est celui du 12 octobre 2016 de la Dresse K. \_\_\_\_\_ ; cet avis fait état d'une uncodiscarthrose au niveau C5-C6 et C6-C7, d'une uncarthrose, d'une discopathie cervicale dégénérative étagée connue et d'une anomalie de signal d'allure inflammatoire en regard des plateaux vertébraux C5-C6 entraînant l'inaptitude de l'assuré à exercer un métier physique nécessitant de lever des charges (pce AI 138, p. 3). A l'instar du Dr I. \_\_\_\_\_ (cf. prise de position SMR du 10 avril 2017 [pce AI 142]), le Tribunal considère que l'inaptitude au travail physique ainsi retenue par la Dresse K. \_\_\_\_\_ est motivée de manière sommaire. En particulier, les points litigieux importants n'ont pas fait l'objet d'une étude circonstanciée et les conclusions prises par la Dresse K. \_\_\_\_\_ apparaissent au final mal fondées (« pauschal und schlussendlich unbegründet »), de sorte que le rapport précité qu'il convient de surcroît d'apprécier avec réserve en raison de la relation de confiance, issue du mandat thérapeutique confié au médecin traitant, qui unit celui-ci à son patient (cf. ci-dessus, consid. 7.5.2) ne saurait emporter la conviction de la Cour ni remettre en question les conclusions de l'expertise bi-disciplinaire des Drs G. \_\_\_\_\_ et H. \_\_\_\_\_, lesquels ont du reste considéré qu'une activité lucrative adaptée à l'état de santé du recourant ne devait nécessiter qu'un effort léger et n'impliquer qu'une contrainte légère à modérée sur l'axe du corps et la ceinture scapulaire (cf. ci-dessus, consid. 11.1.1).

### **E. 12.2**

Sur le plan psychique, le recourant se prévaut de l'avis de sa psychiatre traitante, laquelle considère que son patient souffre d'un trouble de l'adaptation, réaction mixte anxieuse et dépressive, dans un contexte d'épuisement professionnel (F43.22), nécessitant la prolongation de l'arrêt maladie du patient (cf. rapports des 5 juillet 2016 et 30 septembre 2017 de la Dresse M. \_\_\_\_\_, spécialiste en psychiatrie et psychothérapie [pces AI 130, p. 2, et 153, p. 4]). Ces considérations se distinguent de celles du rapport d'expertise bi-disciplinaire et de celles du médecin SMR qui estime que les arguments de la psychiatre traitante ne remettent pas en cause les conclusions de l'expert Dr H. \_\_\_\_\_ (cf. prise de position du 28 octobre 2017 du Dr N. \_\_\_\_\_, médecin SMR spécialisé en psychiatrie et psychothérapie [pce TAF 9]). D'emblée, le Tribunal constate que le rapport de la psychiatre traitante doit être examiné avec circonspection compte tenu de la relation de confiance issue du mandat thérapeutique confié au médecin traitant, qui unit celui-ci à son patient (cf. ci-dessus, consid. 7.5.2). En outre, si les avis établis par les médecins traitants sont susceptibles de fournir des indications précieuses sur la situation médicale de l'assuré, ils ne sauraient toutefois remettre en cause une expertise ordonnée par l'administration et entraîner automatiquement une obligation de procéder à de nouvelles investigations du seul fait d'une opinion ou d'un diagnostic divergeant (arrêt du Tribunal fédéral 8C\_847/2013 du 14 février

2014 consid. 5.1.2 et les références citées ; Michel Valterio, op. cit., n° 48 ad art. 57 PA). A cet égard, le Tribunal souligne que l'expert Dr H. \_\_\_\_\_ a expressément indiqué ne disposer d'aucun élément justifiant un diagnostic alternatif à celui d'épisode dépressif léger qu'il a posé. Il a en particulier expressément exclu les diagnostics de troubles de la personnalité, traits de la personnalité exacerbés ou autre trouble ou autre maladie psychiatrique à l'issue d'une motivation circonstanciée et convaincante qui emporte la conviction de la Cour (pce AI 117, p. 21). Au demeurant, le Tribunal rappelle que, d'un point de vue médical, le trouble d'adaptation est par définition un phénomène temporaire (Horst Dilling / Werner Mombour / Martin Schmidt [édit.], Classification internationale des troubles mentaux, CIM-10, chapitre V (F), 10ème éd., 2015, p. 209), de sorte qu'il n'est pas considéré comme une maladie de longue durée et donc potentiellement invalidante (arrêts du Tribunal fédéral 9C\_87/2017 du 16 mars 2017 et 9C\_210/2017 du 2 mai 2017 consid. 3.2 in fine).

### **E. 12.3**

Partant, aucun document médical versé au dossier par l'assuré n'est susceptible de remettre en cause les conclusions du rapport d'expertise bi-disciplinaire. Celles-ci sont de plus fondées sur deux examens complémentaires (cf. rapports d'IRM cervicale et cérébrale des 8 et 15 juillet 2016 [pce AI 123]) sur la base desquels l'expert neurologue expose que la capacité de travail du recourant dans une activité lucrative adaptée aux troubles somatiques et psychiques s'élève à 80 % et non pas à seulement à 70 % (cf. prise de position complémentaire du 17 novembre 2016 [pce AI 134]).

### **E. 12.4**

A l'instar de l'autorité inférieure, le Tribunal retient par conséquent que le recourant subit une incapacité totale de travail dans son métier de menuisier depuis janvier 2013, mais qu'il présente, depuis le 1er septembre 2015, une capacité de travail de 80 % dans une activité adaptée à son état de santé.

### **E. 13**

Il reste à analyser le calcul du taux d'invalidité effectué par l'OAIE et déterminer si le pourcentage de la diminution de la capacité de gain retenue - 35 % - est conforme au droit.

#### **E. 13.1**

Aussi bien lors de l'examen initial du droit à la rente qu'à l'occasion d'une révision de celle-ci, il faut examiner quelle méthode d'évaluation de l'invalidité appliquer. Le choix de l'une des trois méthodes (méthode générale de comparaison des revenus, méthode mixte, méthode spécifique / méthode extraordinaire) dépend du statut du bénéficiaire potentiel de la rente : assuré exerçant une activité lucrative à temps complet, assuré exerçant une activité lucrative à temps partiel, assuré non actif (art. 28a LAI). On décidera que l'assuré appartient à l'une ou l'autre de ces trois catégories en fonction de ce qu'il aurait fait, les circonstances étant par ailleurs restées les mêmes, si l'atteinte à la santé n'était pas survenue. En pratique, on tiendra compte de l'évolution de la situation jusqu'au prononcé de la décision administrative litigieuse, en admettant la reprise hypothétique d'une activité lucrative partielle ou complète, si cette éventualité présente un degré de vraisemblance prépondérante (ATF 129 V 150 consid. 2.1 ainsi que les références citées ; voir, également, ATF 137 V 334 consid. 3.2).

#### **E. 13.2**

Chez les assurés qui exercent une activité lucrative à plein temps avant d'être atteints dans leur santé physique, mentale ou psychique, le taux d'invalidité doit être déterminé sur la base d'une comparaison des revenus (art. 16 LPGA). Si l'on ne peut déterminer ou évaluer sûrement le revenu hypothétique sans invalidité et le revenu d'invalidité, tout particulièrement s'agissant des indépendants, il faut procéder à une comparaison des activités et évaluer le degré d'invalidité d'après l'incidence de la capacité de rendement amoindrie sur la situation économique concrète (méthode extraordinaire ; ATF 128 V 29 consid. 1 ainsi que l'arrêt du Tribunal fédéral 8C\_748/2008 du 10 juin 2009 consid. 2.1 et les références citées). En revanche, si la cessation de l'activité indépendante du recourant et le changement de statut qui s'en suit (cotisations sociales en tant que personne sans activité lucrative) correspondent à une modification des circonstances conduisant à rendre exigible envers l'assuré l'exercice d'une activité salariée, respectivement à le considérer comme un hypothétique salarié, alors la méthode de comparaison des revenus s'applique et non pas la méthode extraordinaire (arrêts du Tribunal fédéral 9C\_277/2013 du 28 août 2013 consid. 4.1.2 et 8C\_748/2008 du 10 juin 2009 consid. 4.2.2). Quant aux assurés qui exercent une activité lucrative à temps partiel, le taux d'activité doit en règle générale être déterminé sur la base de la méthode mixte. Tel est aussi le cas lorsque l'assuré, avant la survenance de l'atteinte à la santé litigieuse, a réduit son temps de travail pour des raisons personnelles, étrangères à l'invalidité. En revanche, si la réduction de l'horaire de travail est requise par l'état de santé de l'assuré avant l'atteinte à la santé litigieuse, on doit considérer que le recourant, s'il n'avait pas été atteint dans sa santé, aurait exercé une activité lucrative à plein temps et la méthode mixte n'est alors pas applicable (ATF 129 V 150 consid. 2.1 et 2.2).

### **E. 13.3**

En l'espèce, A. \_\_\_\_\_, avant la chute survenue le 21 janvier 2013 (ci-dessus, let. A), travaillait en qualité de contremaître menuisier pour le compte de l'entreprise B. \_\_\_\_\_ AG, à (...). Il y bénéficiait depuis le 1er septembre 2000 d'un contrat de travail de durée indéterminée, à un taux d'activité de 100 % (pce AI 49, p. 2). Il y percevait un salaire mensuel de 6'200 francs - 80'600 francs par an (ci-dessus, consid. 9.2). Le contrat de travail prévoyait le versement d'un treizième salaire et 43.75 heures de travail hebdomadaire (pce AI 18, p. 2). Le recourant n'a jamais repris d'activité lucrative suite à la chute du 21 janvier 2013, le dernier jour effectif de travail remontant au 18 janvier 2013 (pce AI 49, p. 2) ; son employeur l'a licencié en octobre 2015 (pce AI 132, p. 5). A l'analyse du dossier, il convient de constater que, sans l'accident survenu en janvier 2013, le recourant aurait très vraisemblablement poursuivi son activité de contremaître menuisier pour le compte de B. \_\_\_\_\_ AG, entreprise au service de laquelle il était depuis 13 ans. Aucun élément du dossier ne permet d'affirmer le contraire, précision étant au surplus faite que l'intéressé a travaillé toute sa carrière professionnelle durant dans le domaine de la menuiserie (sur ce dernier point, cf. pce AI 49, p. 2). Au regard de ce qui précède, aussi bien le revenu hypothétique sans invalidité que le revenu d'invalidité peuvent être déterminés, si bien que c'est à raison que l'OAIE, respectivement l'OAI-C. \_\_\_\_\_, a in casu appliqué la méthode générale de comparaison des revenus en application de la jurisprudence du Tribunal fédéral suisse (ci-dessus, consid. 13.2).

#### **E. 13.4.1**

Selon la méthode de comparaison des revenus, le revenu que le recourant aurait pu obtenir s'il n'était pas invalide (revenu sans invalidité [ci-dessous, consid. 13.4.3]) est comparé avec celui qu'il pourrait obtenir en exerçant l'activité qui peut raisonnablement être exigée de lui

après les traitements et les mesures de réadaptation, sur un marché du travail équilibré (revenu d'invalide [ci-dessous, consid. 13.4.4.1] ; art. 16 LPGA applicable par le renvoi de l'art. 28a al. 1 LAI ; cf. ATF 129 V 222 consid. 4.3.1). La différence entre ces deux revenus détermine alors le degré d'invalidité (ATF 130 V 343 consid. 3.4.2 ; arrêt du Tribunal fédéral 8C\_536/2017 du 5 mars 2018 consid. 5.1).

#### **E. 13.4.2**

Les revenus à comparer doivent être évalués de manière aussi concrète que possible si bien qu'il convient, autant que faire se peut, de se référer aux salaires réellement gagnés par l'assuré avant et après la survenance de ses problèmes de santé (s'agissant du salaire sans invalidité : ATF 139 V 28 consid. 3.3.2 ; 134 V 322 consid. 4.1 ; arrêt du Tribunal fédéral 9C\_708/2017 du 23 février 2018 consid. 8.1).

#### **E. 13.4.3**

Le revenu sans invalidité doit être évalué de la manière la plus concrète possible, conformément au principe général rappelé précédemment (ci-dessus, consid. 13.4.2), et se déduit en principe du salaire réalisé en dernier lieu par la personne assurée avant l'atteinte à la santé, en tenant compte de l'évolution nominale des salaires. Au regard des capacités professionnelles de la personne assurée et des circonstances personnelles la concernant, on prend en considération ses chances réelles d'avancement compromises par le handicap, en posant la présomption qu'elle aurait continué d'exercer son activité sans la survenance de son invalidité. Des exceptions ne sauraient être admises que si elles sont établies au degré de la vraisemblance prépondérante (ATF 139 V précité, *ibid.*, 134 V précité, *ibid.* ; arrêt du Tribunal fédéral 9C\_708/2017 précité, *ibid.*).

#### **E. 13.4.4.1**

Le revenu d'invalide doit être évalué avant tout en fonction de la situation professionnelle concrète de l'intéressé. Si la personne assurée n'a pas repris d'activité, ou aucune activité adaptée lui permettant de mettre pleinement en valeur sa capacité résiduelle de travail, contrairement à ce qui serait raisonnablement exigible de sa part, le revenu d'invalide peut être évalué, notamment, sur la base des données statistiques résultant de l'Enquête suisse sur la structure des salaires (ci-après : ESS) édité par l'Office fédéral de la statistique (OFS ; ATF 139 V 592 consid. 2.3 et les références, 129 V 472 consid. 4.2.1, 126 V 75 consid. 3b/aa). Il y a lieu de se référer en principe toujours aux données de l'ESS les plus récentes (ATF 143 V 295 consid. 2.3). Il s'agit de se fonder, en règle générale, sur les salaires mensuels indiqués dans le tableau TA1 de l'ESS, relatif au secteur privé, ligne « Total secteur privé » (ATF 129 V 472 consid. 4.2.1, 126 V 75 consid. 3b/aa ; ATF 142 V 178 consid. 2.5). Toutefois, lorsque cela apparaît indiqué dans le cas concret, afin de permettre à la personne assurée de mettre pleinement à profit sa capacité résiduelle de travail, il y a lieu de se référer aux salaires mensuels de secteurs particuliers, voire de branches particulières. Tel est notamment le cas lorsque, avant l'atteinte à la santé, la personne assurée a travaillé dans un même domaine pendant de nombreuses années et qu'une activité dans un autre domaine n'entre quasiment plus en ligne de compte (arrêt du Tribunal fédéral 8C\_471/2017 du 16 avril 2018 consid. 4.2). Par ailleurs, il n'y a pas d'obligation de recourir systématiquement au tableau TA1 (arrêt du Tribunal fédéral 9C\_841/2013 du 7 mars 2014 consid. 4.2) ; cela étant, lorsqu'il convient de faire usage de l'ESS 2012 ou d'une enquête plus récente, il y a alors lieu de se référer - jusqu'à nouvel ordre - au tableau TA1 uniquement (ATF 142 V 178 consid. 2.5.7). En outre, il sied d'adapter ces salaires à

l'évolution nominale des salaires, en se fondant sur l'indice des salaires nominaux spécifique aux hommes et aux femmes et par branche (ATF 129 V 408 consid. 3.1.2).

#### **E. 13.4.4.2**

Selon la jurisprudence, dans certains cas, le revenu d'invalidé déterminé d'après les données statistiques doit être réduit afin de tenir compte des circonstances personnelles et professionnelles de la personne assurée (limitations liées au handicap, âge, années de service, nationalité ou catégorie d'autorisation de séjour et taux d'occupation) susceptibles de diminuer ses possibilités de réaliser un gain se situant dans la moyenne, applicable aux employés ne souffrant pas d'invalidité, sur le marché ordinaire de l'emploi. Pour fixer la hauteur de cet abattement, il convient d'examiner dans un cas concret et de manière globale si des indices permettent de conclure qu'à cause de l'une ou l'autre des caractéristiques précitées, la personne assurée n'est en mesure d'utiliser sa capacité résiduelle de travail sur le marché ordinaire de l'emploi que contre une rémunération inférieure au salaire moyen correspondant. La hauteur de l'abattement dépend de chaque cas d'espèce, une réduction automatique n'étant pas admissible, et ne peut dépasser 25 % du salaire statistique (ATF 142 V 178 consid. 1.3, 135 V 297 consid. 5.2, 134 V 322 consid. 5.2, 126 V 75 consid. 5b, 124 V 321 consid. 3b/aa ; arrêt du Tribunal fédéral 9C\_677/2015 du 25 janvier 2016 consid. 3.3). L'abattement résulte d'une évaluation et doit être brièvement motivé par l'administration. Le juge des assurances sociales, pour sa part, ne peut, sans motif pertinent, substituer son appréciation à celle de l'administration ; il doit s'appuyer sur des circonstances de nature à faire apparaître sa propre appréciation comme la mieux appropriée (ATF 126 V 75 consid. 6 ; arrêt du Tribunal fédéral 8C\_103/2018 du 25 juillet 2018 consid. 4).

#### **E. 13.4.5**

Le Tribunal fédéral a également précisé qu'afin de permettre une comparaison des revenus, les salaires à comparer doivent se fonder sur un même marché du travail car la disparité des niveaux de rémunération et des coûts de la vie ne permet pas, à défaut, de procéder à une comparaison objective des revenus en question (ATF 137 V 20 consid. 5.2.3.2, 110 V 273 consid. 4b ; arrêt du Tribunal fédéral 8C\_300/2015 du 10 novembre 2015 consid. 7.1).

#### **E. 13.4.6**

Pour procéder à la comparaison des revenus, les revenus à comparer doivent être déterminés par rapport à un même moment et les modifications de ces revenus susceptibles d'influencer le droit à la rente survenues jusqu'au moment où la décision est rendue doivent être prises en compte (ATF 132 V 393 consid. 2.1, 129 V 222 consid. 4.1 et 4.2 ; arrêt du Tribunal fédéral 8C\_84/2018 du 1er février 2019 consid. 6.2). De plus, l'autorité doit se fonder sur les données les plus récentes disponibles au moment de la décision (ATF 143 V 295 consid. 4 ; arrêt du Tribunal fédéral 9C\_699/2015 du 6 juillet 2016 consid. 5.2).

#### **E. 13.4.7**

Enfin, le degré d'invalidité en vue de l'octroi éventuel d'une rente est ainsi donné par la différence entre un rapport de 100 % et celui, exprimé également en pour cent, qui existe entre le revenu d'invalidé (RI) et le revenu des personnes en bonne santé (RS). Il s'obtient en utilisant la formule suivante :  $[(RS-RI) \times 100]/RS = x \%$  (ch. 3076 de la Circulaire sur l'invalidité et l'impotence dans l'assurance-invalidité [CIIAI]).

#### **E. 13.5.1**

En l'occurrence, pour procéder à la comparaison des revenus et évaluer la perte de gain, l'OAIE, dans le cadre des décisions litigieuses du 10 juillet 2017, s'est à juste titre basé sur l'ESS 2014, publiée le 15 avril 2016 (arrêt du Tribunal administratif fédéral C-726/2019 du 13 avril 2021, consid. 14.2), l'enquête suivante - l'ESS 2016 - n'ayant été publiée qu'à une date - le 26 octobre 2018 - postérieure à celle des décisions querellées. L'ESS 2014 contient conséquemment les données les plus récentes disponibles pour traiter le cas d'espèce.

### **E. 13.5.2**

A l'examen de ladite évaluation, le Tribunal relève que l'autorité a correctement déterminé le salaire sans invalidité du recourant, lequel travaillait en qualité de contremaître menuisier, en prenant en considération le salaire tel qu'il ressort du dossier (ci-dessus, consid. 13.3), à savoir celui qui lui a été versé en 2013, en l'indexant afin de tenir compte de la hausse des prix intervenue entretemps. Le salaire annuel sans invalidité retenu s'élève ainsi à 82'057 francs, 13ème salaire compris (pce AI 149, p. 15).

### **E. 13.5.3**

S'agissant du salaire d'invalidé, il convient de revenir dans un premier temps sur le calcul auquel l'autorité a procédé (ci-dessous, consid. 13.5.3.1) avant d'aborder la question de l'absence d'abattement (ci-dessous, consid. 13.5.3.2).

#### **E. 13.5.3.1**

Le Tribunal rappelle qu'en règle générale, l'évaluation du revenu théorique avec invalidité s'effectue - comme c'est le cas l'espèce (pce AI 149, p. 15) - sur la base du tableau TA 1 (« TA1 skill level ») relatif au secteur privé (ATF 129 V 472 consid. 4.2.1). L'OAIE s'est référé à l'appréciation médicale effectuée par le Dr F.\_\_\_\_\_, médecin SMR, dans ses rapports des 21 novembre 2016 (pce AI 135) et 10 avril 2017 (pce AI 142), lequel s'est principalement basé sur l'expertise bi-disciplinaire réalisée par les Drs G.\_\_\_\_\_ et H.\_\_\_\_\_ ; cette appréciation aboutit à la conclusion que A.\_\_\_\_\_ dispose d'une capacité résiduelle de travail de 80 % dans une activité adaptée à son état de santé à compter du 10 septembre 2015. Pour quantifier le salaire de base des activités de substitution, l'OAIE a retenu à juste titre le salaire de base d'un homme actif dans le secteur privé, au niveau de compétence 1 (tâches physiques ou manuelles simples), soit 5'312 francs (ESS 2014), part au 13ème salaire comprise. Dans son calcul, détaillé au dossier (pce 149, p. 15), l'autorité a au surplus tenu compte de l'horaire usuel de la branche en 2014, soit 41.7 heures hebdomadaire, de l'inflation (de 0.3 %) et du taux d'activité médicalement exigible, de 80 %. Il s'ensuit que le salaire annuel d'invalidé (avec limitation de la capacité de travail et sans abattement) s'élève à 53'322.- (le calcul est le suivant :  $CHF\ 5'312 \times 12 = CHF\ 63'744.-$  ;  $[CHF\ 63'744.- \times 41.7] : 40 = CHF\ 66'453.12$  ;  $CHF\ 66453.12 \times 1.003 = CHF\ 66'652.47$  ;  $CHF\ 66'652.47 \times 0.80 = CHF\ 53'321.98$ ). Sur cette base, l'OAIE a calculé le taux d'invalidité en appliquant, conformément à la pratique usuelle, la formule mathématique rappelée précédemment (ci-dessus, consid. 13.4.7), aboutissant à un taux d'invalidité de 35 % (le détail du calcul est le suivant :  $\{ [CHF\ 82'057.- - CHF\ 53'322.-] \times 100 \} : CHF\ 82'057.- = 35.02 \%$ ).

#### **E. 13.5.3.2**

Au surplus, il convient de souligner que, aussi bien dans son mémoire de recours que dans ses écritures subséquentes, A.\_\_\_\_\_ ne remet pas en cause l'absence d'abattement sur le salaire statistique retenu à titre de revenu d'invalidé et n'oppose aucun motif qui justifierait de s'écarter sur ce point de la décision attaquée. Au demeurant, à l'analyse du dossier, il

n'apparaît pas critiquable d'avoir renoncé à un abattement dans le cas d'espèce. En effet, on ne voit pas en quoi les limitations fonctionnelles que présente l'assuré - activité légère, non répétitive avec positions alternées et une limite supérieure de port de 10 kilogrammes, évitant les travaux répétitifs en hauteur et les charges vibratoires - entraîneraient, dans les activités encore exigibles de la part du recourant, une diminution des possibilités de ce dernier de réaliser un gain se situant dans la moyenne. La question décisive - pour déterminer l'opportunité de tenir compte d'un abattement dans le calcul du revenu d'invalidité - est en effet d'évaluer si les limitations fonctionnelles constituent un facteur qui obligerait l'assuré à mettre en valeur sa capacité résiduelle de travail sur le marché du travail à des conditions économiques plus défavorables que la moyenne, entraînant un désavantage salarial (cf. arrêt du Tribunal fédéral 8C\_860/2018 du 6 septembre 2019 consid. 6.3.3). Rien ne permet en l'espèce de l'affirmer. Dans un souci d'exhaustivité, le Tribunal tient en outre à souligner que la valeur statistique retenue par l'autorité inférieure - le niveau de compétence 1 de l'ESS 2014 - s'applique à tous les assurés qui ne peuvent plus accomplir leur ancienne activité parce qu'elle est physiquement trop astreignante pour leur état de santé, mais qui conservent néanmoins une capacité de travail importante pour des travaux légers ; pour ces assurés, le salaire statistique retenu est suffisamment représentatif de ce qu'ils seraient en mesure de réaliser en tant qu'invalides dès lors qu'il recouvre un large éventail d'activités variées et non qualifiées, ne requérant pas d'expérience professionnelle spécifique ni de formation particulière, si ce n'est une phase initiale d'adaptation et d'apprentissage (arrêt du Tribunal fédéral 8C\_175/2020 du 22 septembre 2020 consid. 4.2). On rappellera enfin que la diminution de rendement, ici de 20 % incluant un besoin accru de pauses et de temps de récupération, a déjà été prise en considération pour déterminer la capacité de travail et ne constitue pas à elle seule un motif d'abattement (cf. arrêt du Tribunal fédéral 9C\_554/2020 du 14 avril 2021 consid. 6.1 in fine et l'arrêt cité). Au final, l'on ne saurait faire grief à l'autorité inférieure, qui dispose à ce propos d'un large pouvoir d'appréciation (ATF 126 V 75 consid. 6), de n'avoir retenu aucun abattement sur le salaire d'invalidité.

#### **E. 14**

Enfin, par souci de complétude, le Tribunal tient à préciser que l'âge de l'assuré, né le 9 mars 1964, n'est pas susceptible de modifier la conclusion à laquelle l'autorité inférieure est parvenue. En effet, au jour des décisions querellées, A. \_\_\_\_\_ se trouvait dans sa 54ème année et n'avait par conséquent pas atteint l'âge - de 60 ans - à partir duquel le Tribunal fédéral admet qu'il peut être difficile de se réinsérer sur le marché du travail (ATF 143 V 431 consid. 4.5.2 ; arrêts du Tribunal fédéral 9C\_195/2019 du 11 juin 2019 consid. 5.3.2, 9C\_505/2016 du 6 juillet 2017 consid. 4.1).

#### **E. 15**

Compte tenu de tout ce qui précède, c'est à juste titre que l'OAIE a considéré que le recourant avait récupéré une capacité de travail de 80 % dans une activité adaptée à son état de santé à partir du 10 septembre 2015 entraînant une diminution de l'invalidité de 100 % à 35 %, respectivement la suppression du droit à la rente à partir du 1er janvier 2016 (cf. ci-dessus, consid. 8.2). Partant, le recours se révèle mal fondé.

#### **E. 16.1**

Vu l'issue de la procédure, les frais de celle-ci, fixés à 800 francs, sont mis à la charge du recourant (art. 63 al. 1 PA). Ils sont compensés par l'avance de frais du même montant dont il s'était acquitté le 8 janvier 2018.

## **E. 16.2**

Dans la mesure où le recourant succombe, il n'y a pas lieu de lui allouer une indemnité à titre de dépens (art. 7 al. 1 a contrario du règlement du 21 février 2008 concernant les frais, dépens et indemnités fixés par le Tribunal administratif fédéral [FITAF ; RS 173.320.2]). L'autorité inférieure n'a quant à elle pas droit à des dépens (art. 7 al. 3 FITAF). (le dispositif est porté à la page suivante)

## **E. 22**

janvier 2013 dans le métier exercé précédemment, mais permettant, depuis le 10 septembre 2015, l'exercice à 80 % d'une activité lucrative adaptée aux troubles précités, à savoir d'une activité légère à moyenne, sans port ni traction ni soulèvement de charges lourdes, favorisant l'alternance des positions, sans postures forcées, sans manipulation de machines vibrantes, sans tâches répétitives au-dessus de la tête, sans exigences élevées d'apprentissage, d'assimilation ou de concentration (cf. rapport du 3 juin 2016 des Drs G.\_\_\_\_\_, spécialiste en neurologie et neurologie comportementale, et H.\_\_\_\_\_, spécialiste en psychiatrie [pce AI 117] et compléments d'expertise du Dr G.\_\_\_\_\_ des 22 septembre 2016 et 17 novembre 2016 [pces AI 126 et 134]). B.d Sur la base de cette expertise, l'OAI-C.\_\_\_\_\_ a retenu que A.\_\_\_\_\_ présentait depuis le 21 janvier 2013 une incapacité totale de travail dans son métier de menuisier, tandis qu'il bénéficiait, depuis le

C-5420/2017 Page 4 10 septembre 2015, d'une capacité de travail de 80 % dans une activité adaptée à son état de santé. Procédant à la comparaison des gains déterminants de 82'057 francs (revenu sans invalidité correspondant à celui perçu par l'assuré auprès de son dernier employeur) et de 53'322 francs (revenu avec invalidité fondé sur les statistiques salariales), il a constaté que l'assuré présentait un degré d'invalidité de 100 % depuis le 21 janvier 2014, respectivement de 35 % à partir du 1er janvier 2016, fondant l'octroi d'une rente entière à partir du 6ème mois suivant le dépôt de la demande de prestations d'invalidité en date du 10 septembre 2013, soit à partir du 1er mars 2014 jusqu'au 30 novembre 2014 et du 1er octobre 2015 jusqu'au 31 décembre 2015 correspondant au 3ème mois suivant l'amélioration de la capacité de travail (cf. projet de décision du 7 février 2017 [pce AI 137]). B.e Le 15 février 2017 (date du sceau postal), A.\_\_\_\_\_, agissant par l'entremise de son mandataire, le Comité de protection des travailleurs frontaliers européens, a contesté ce projet de décision, arguant, certificat médical à l'appui, d'une aggravation de son état de santé nécessitant un suivi par différents médecins (pce AI 138 et annexes). B.f Invité à se déterminer sur l'écrit de l'assuré du 15 février 2017 et sur le certificat médical annexé, le Dr I.\_\_\_\_\_, médecin SMR, a indiqué, le 10 avril 2017, que l'assuré ne soulevait aucun élément de nature médicale susceptible de remettre en question l'expertise bi-disciplinaire des Drs G.\_\_\_\_\_ et H.\_\_\_\_\_ sur laquelle reposait principalement le projet de décision de l'autorité de première instance (pce AI 142). B.g Par décisions du 10 juillet 2017, l'Office AI pour les assurés résidant à l'étranger (ci-après : OAIE ou autorité inférieure) a confirmé le projet de décision de l'OAI-C.\_\_\_\_\_ et reconnu à A.\_\_\_\_\_ le droit à une rente entière du 1er mars 2014 au 30 novembre 2014 et du 1er octobre 2015 au 31 décembre 2015 (pce AI 149). C. C.a Par actes datés des 1er août 2017, 19 septembre 2017 et 2 octobre 2017, A.\_\_\_\_\_ interjette recours auprès du Tribunal administratif fédéral (ci-après aussi : le Tribunal) à l'encontre des décisions du 10 juillet 2017. Arguant être toujours suivi par différents médecins, il conclut implicitement au maintien d'une rente entière d'invalidité au-delà du 31 décembre 2015, produisant en cause diverses pièces attestant d'un suivi en

rééducation depuis fin 2014 pour des douleurs rachidiennes, cervicales, lombaires et C-5420/2017 Page 5 des irradiations brachiales bilatérales dominantes à gauche (cf. rapport du 4 septembre 2017 du Dr J. \_\_\_\_\_ [spécialiste en rééducation et réadaptation fonctionnelles, en médecine manuelle orthopédique et médecine du sport]), pour des cervicalgies invalidantes chroniques en évolution constante depuis 2013 (cf. rapports des 1er septembre 2017 de la Dresse K. \_\_\_\_\_ [spécialiste en rhumatologie] et 5 avril 2017 du Dr L. \_\_\_\_\_ [spécialiste en neurochirurgie] ; cf. également rapport d'IRM cervicale du 16 octobre 2017), ainsi que pour un trouble de l'adaptation, réaction mixte anxieuse et dépressive dans un contexte d'épuisement professionnel (cf. rapport du 30 septembre 2017 de la Dresse M. \_\_\_\_\_, spécialiste en psychiatrie et psychothérapie) (pces TAF 1, annexes, 3 et 5). C.b Invitée à se déterminer sur le recours, l'autorité inférieure, dans une réponse datée du 15 décembre 2017, conclut « au rejet du recours et à la confirmation de la décision attaquée » en se fondant sur les observations de l'OAI-C. \_\_\_\_\_ du 12 décembre 2017 et sur les prises de position des

#### **E. 26**

octobre 2017 et 13 novembre 2017 du Dr I. \_\_\_\_\_, médecin généraliste, et du 28 octobre 2017 du Dr N. \_\_\_\_\_, médecin spécialisé en psychiatrie et psychothérapie (pce TAF 9 et annexes). C.c Par ordonnance du 28 décembre 2017, le recours a été invité à répliquer et à verser une avance sur les frais de procédure présumés d'un montant de 800 francs (pce TAF 10). Dans le délai imparti, il n'a pas répliqué, mais s'est régulièrement acquitté de l'avance de frais sollicitée (pce TAF 12). C.d Par ordonnance du 15 février 2018, le Tribunal a clos l'échange des écritures (pce TAF 13). D. En tant que besoin, les autres faits pertinents seront examinés dans les considérants en droit ci-dessous.

Droit : 1. 1.1 Le Tribunal examine d'office et avec une pleine cognition sa compétence et les conditions de recevabilité des recours qui lui sont soumis (art. 7 de la loi fédérale du 20 décembre 1968 sur la procédure

C-5420/2017 Page 6 administrative [PA ; RS 172.021] ; ATAF 2016/15 consid. 1 et 2014/4 consid. 1.2). 1.2 Sous réserve des exceptions – non réalisées en l'espèce – prévues à l'art. 32 de la loi fédérale du 17 juin 2005 sur le Tribunal administratif fédéral (LTAF ; RS 173.32), le Tribunal connaît, en vertu de l'art. 31 LTAF en relation avec l'art. 33 let. d LTAF et l'art. 69 al. 1 let. b de la loi fédérale du 19 juin 1959 sur l'assurance-invalidité (LAI ; RS 831.20), des recours interjetés par des personnes résidant à l'étranger contre les décisions au sens de l'art. 5 PA prises par l'OAI-E. 1.3 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 autrement. Conformément à 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. Selon l'art. 2 LPGA, les dispositions de ladite loi sont applicables aux assurances sociales régies par la législation fédérale si et dans la mesure où les lois spéciales sur les assurances sociales le prévoient. En application de l'art. 1 al. 1 LAI, les dispositions de la LPGA s'appliquent à l'assurance-invalidité (art. 1a à 26bis et 28 à 70), à moins que la LAI ne déroge expressément à la LPGA. 1.4 Interjeté en temps utile – à ce propos, le Tribunal souligne que le recours a été valablement interjeté par l'envoi, le 2 août 2017 (date du timbre postal ; pce AI 150, p. 1), d'un écrit à l'OAI-E, autorité ayant rendu les décisions objets de la présente procédure, transmis au Tribunal de céans comme objet de sa

compétence en application de l'art. 8 al. 1 PA (sur le respect du délai de recours in casu, cf. art. 21 al. 2 PA) – et dans les formes requises (art. 60 LPGA et 50 al. 1 PA ; art. 52 al. 1 PA) par une personne directement touchée par la décision attaquée (art. 48 al. 1 PA et 59 LPGA) et l'avance sur les frais de procédure ayant été acquittée (art. 63 al. 4 PA), le recours est recevable. 2. 2.1 Par décisions du 10 juillet 2017, l'OAIE a attribué au recourant une rente entière à partir du 1er mars 2014 jusqu'au 30 novembre 2014 et du 1er octobre 2015 jusqu'au 31 décembre 2015 fondée sur un degré d'invalidité de 100 % depuis le 21 janvier 2014 correspondant à une incapacité totale de travail dans son métier de menuisier survenue le 21 janvier 2013, respectivement de 35 % à partir du 1er janvier 2016

C-5420/2017 Page 7 correspondant à une capacité de travail dans une activité adaptée à son état de santé recouvrée à hauteur de 80 % depuis le 10 septembre 2015 (pce AI 137). 2.2 L'intéressé ne conteste pas le droit à la rente qui lui a été reconnu durant les deux périodes précitées, mais fait grief à l'autorité inférieure d'avoir supprimé son droit à la rente au-delà du 31 décembre 2015 compte tenu d'un taux d'invalidité de 35 %, malgré le fait qu'il était toujours en suivi médical. Se fondant en particulier sur les rapports établis par ses médecins traitants, il se prévaut d'une incapacité totale de travail dans toute activité lucrative résultant d'atteintes à la santé somatique et psychique perdurant au-delà du 10 septembre 2015. 2.3 Partant, l'objet du litige est circonscrit à la suppression du droit à la rente du recourant à partir du 1er janvier 2016, singulièrement sur l'amélioration de la capacité de travail de 80 % opposée au recourant à partir du 10 septembre 2015. La question décisive est par conséquent celle de savoir si l'OAIE pouvait exiger du recourant l'exercice d'une activité lucrative à 80 % à compter du 10 septembre 2015 dans une activité adaptée à son état de santé et à ses limitations fonctionnelles. 3. 3.1 L'affaire présente un aspect transfrontalier dans la mesure où le recourant est un ressortissant français, domicilié dans son pays d'origine, ayant travaillé en Suisse. Est dès lors applicable à la présente cause, 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) n° 883/2004 du Parlement européen et du Conseil du 29 avril 2004 portant sur la coordination des systèmes de sécurité sociale (RS 0.831.109.268.1), ainsi qu'au règlement (CE) n° 987/2009 du Parlement européen et du Conseil du 16 septembre 2009 fixant les modalités d'application du règlement (CE) n° 883/2004 (RS 0.831.109.268.11 ; art. 1 al. 1 de l'annexe II en relation avec la section A de l'annexe II). A compter du 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 n° 883/2004 par les règlements (UE) n° 1244/2010 (RO 2015 343), n° 465/2012 (RO 2015 345) et n° 1224/2012 (RO 2015 353). Il sied de souligner que l'octroi d'une rente étrangère d'invalidité ne préjuge toutefois pas l'appréciation de l'invalidité selon la loi suisse (arrêt du

C-5420/2017 Page 8 Tribunal fédéral I 435/02 du 4 février 2003 consid. 2). Ainsi, même après l'entrée en vigueur de l'ALCP et des règlements de coordination, l'invalidité ouvrant droit à des prestations de l'assurance-invalidité suisse se détermine exclusivement d'après le droit suisse (art. 46 al. 3 du règlement n° 883/2004, en relation avec l'annexe VII dudit règlement ; ATF 130 V 253 consid. 2.4 ; arrêt du Tribunal fédéral 9C\_573/2012 du 16 janvier 2013 consid. 4), étant précisé que la documentation médicale et administrative fournie par les institutions de sécurité sociale d'un autre Etat membre doit être prise en considération (art. 49 al. 2 du règlement n° 987/2009). 3.2 Attendu que le recourant est

domicilié dans le département O.\_\_\_\_\_, en France voisine, et que l'atteinte à la santé à la base de la requête de prestations d'invalidité est survenue alors qu'il exerçait une activité lucrative en Suisse, dans le canton de C.\_\_\_\_\_, en tant que frontalier, A.\_\_\_\_\_ doit être qualifié comme tel. C'est dès lors à raison que l'intégralité de la procédure d'instruction de la rente d'invalidité sollicitée a été menée par l'autorité compétente du canton de C.\_\_\_\_\_, l'OAI-C.\_\_\_\_\_, et que les décisions querellées ont été notifiées par l'OAIE (cf. art. 40 al. 2 et 3 du règlement du 17 janvier 1961 sur l'assurance- invalidité [RAI ; RS 831.201]). 3.3 Le juge des assurances sociales apprécie la légalité des décisions attaquées, en règle générale, d'après l'état de fait existant jusqu'au moment où la décision litigieuse a été rendue. Les faits survenus postérieurement, et qui ont modifié cette situation, doivent normalement faire l'objet d'une nouvelle décision administrative (ATF 132 V 215 consid. 3.1.1, 130 V 445 consid. 1.2, 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 influencer l'appréciation au moment où la décision attaquée a été rendue (arrêt du Tribunal fédéral 9C\_34/2017 du 20 avril 2017 consid. 5.2 et les références). De la même manière, le Tribunal ne prend en principe pas en considération les rapports médicaux établis après la décision attaquée, à moins que ceux-ci permettent de mieux comprendre la situation de santé et de capacité de travail de l'intéressé jusqu'à la décision dont est recours (ATF 130 V 138 consid. 2.1, 129 V 1 consid. 1.2, 121 V 362 consid. 1b). En l'occurrence, les rapports du 4 septembre 2017 du Dr J.\_\_\_\_\_ (pce AI 152, p. 8), du 1er septembre 2017 de la Dresse K.\_\_\_\_\_ (pce AI 152, p. 9) et du rapport du 30 septembre 2017 de la Dresse M.\_\_\_\_\_ (pce AI 153, p. 4) seront pris en considération dans la présente procédure, attendu qu'ils permettent de mieux comprendre la situation de santé et de capacité

C-5420/2017 Page 9 de travail de l'intéressé jusqu'à la décision contestée. Tel ne sera par contre pas le cas du rapport d'IRM du rachis cervical effectuée le 16 octobre 2017 par le Dr P.\_\_\_\_\_ (spécialiste en radiologie) pour des névralgies cervico- brachiales de type C7 persistantes, dans la mesure où il met en évidence une nouvelle atteinte à la santé, à savoir une petite hernie discale postéro- latérale droite à étages en T2-T3 pouvant éventuellement être à l'origine d'une irritation de la racine T3 à droite (annexe pce TAF 5 et pce AI 157, p. 5), laquelle devra, le cas échéant, faire l'objet d'une nouvelle décision administrative. 3.4 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). 3.5 Par ailleurs, le Tribunal administratif fédéral applique le droit d'office, sans être lié par les motifs invoqués par les parties (art. 62 al. 4 PA ; ATAF 2013/46 consid. 3.2), ni par l'argumentation juridique développée dans la décision entreprise (BENOÎT BOVAY, Procédure administrative, 2ème éd., 2015, p. 243 ; JÉRÔME CANDRIAN, Introduction à la procédure administrative, 2013, n° 176 ; P. MOOR / E. POLTIER, op. cit., ch. 2.2.6.5). 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, Prozessieren vor dem Bundesverwaltungsgericht, 2ème éd., 2013, n° 1.55). Les parties ont le devoir de collaborer à l'instruction (art. 13 PA et 43 al. 3 LPGA ; arrêt du Tribunal administratif fédéral C-6134/2017 du 3 avril 2018 consid.

5.4) et de motiver leur recours (art. 52 PA). 3.6 Selon l'art. 49 PA, le recourant peut invoquer devant le Tribunal administratif fédéral la violation du droit fédéral, y compris l'excès ou l'abus du pouvoir d'appréciation (let. a), de même que la constatation inexacte ou incomplète des faits pertinents (let. b) et l'inopportunité de la décision (let. c). 4. Selon les principes généraux du droit intertemporel, le droit matériel

C-5420/2017 Page 10 applicable est en principe celui en vigueur lors de la réalisation de l'état de fait devant être apprécié juridiquement ou ayant des conséquences juridiques, sous réserve de dispositions particulières de droit transitoire (ATF 143 V 446 consid. 3.3, 136 V 24 consid. 4.3, 132 V 215 consid. 3.1.1). Ainsi, les modifications de la loi fédérale du 19 juin 2020 (Développement continu de l'AI), entrées en vigueur le 1er janvier 2022 (RO 2021 705 ; FF 2017 2363), ne sont pas pertinentes dans le cas concret. Sauf indication contraire, les dispositions de la LAI et de son règlement d'exécution telles que modifiées par la 6ème révision de la LAI (premier volet), en vigueur dès le 1er janvier 2012 (RO 2011 5659, FF 2010 1647), s'appliquent par conséquent en l'espèce. 5. 5.1 Pour avoir droit à une rente de l'assurance-invalidité suisse, l'assuré doit remplir cumulativement les conditions suivantes : être invalide au sens de la LPGA et de la LAI (art. 8 LPGA ; art. 4, 28, 29 al. 1 LAI) et compter au moins trois années entières de cotisations (art. 36 al. 1 LAI). Dans ce cadre, les cotisations versées à une assurance sociale assimilée d'un Etat membre de l'Union européenne (UE) ou de l'Association européenne de libre-échange (AELE) peuvent également être prises en considération, à condition qu'une année au moins de cotisations puisse être comptabilisée en Suisse (FF 2005 4065 ; art. 6 et 45 du règlement n° 883/2004 ; ATF 131 V 390). 5.2 In casu, il ressort de l'extrait du compte individuel du recourant, que celui-ci compte un total de cent-soixante-sept (167) mois de cotisations à l'AVS/AI entre 1999 et 2012 (pces AI 14 et 152, p. 17), de sorte que A. \_\_\_\_\_ remplit la condition afférant à la durée minimale de cotisations. Doit dès lors être examinée la question de savoir s'il est invalide au sens de la LAI. 6. Conformément à l'art. 28 al. 1 LAI, l'assuré a droit à une rente si sa capacité de gain ou sa capacité d'accomplir ses travaux habituels ne peut être rétablie, maintenue ou améliorée par des mesures de réadaptation raisonnablement exigibles (let. a) ; s'il a présenté une incapacité de travail (art. 6 LPGA) d'au moins 40 % en moyenne durant une année sans interruption notable (let. b) ; et si, au terme de cette année, il est invalide (art. 8 LPGA) à 40 % au moins (let. c).

C-5420/2017 Page 11 L'assuré a droit à un quart de rente s'il est invalide à 40 % au moins, à une demi-rente s'il est invalide à 50 % au moins, à trois quarts de rente s'il est invalide à 60 % au moins et à une rente entière s'il est invalide à 70 % au moins (art. 28 al. 2 LAI). L'art. 29 al. 4 LAI prévoit que les rentes correspondant à un taux d'invalidité inférieur à 50 % ne sont versées qu'aux assurés qui ont leur domicile et leur résidence habituelle (art. 13 LPGA) en Suisse. Toutefois, suite à l'entrée en vigueur de l'ALCP le 1er juin 2002, la restriction prévue à l'art. 29 al. 4 LAI n'est pas applicable lorsque, comme en l'espèce, la personne assurée est une ressortissante suisse ou de l'Union européenne (UE) et réside dans l'un des Etats membres de l'UE (ATF 130 V 253 consid. 2.3 et 3.1 ; art. 4 et 7 du règlement n° 883/2004). 7. 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). 7.2 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. 7.3 Par incapacité de travail, on entend toute perte, totale ou partielle, résultant d'une atteinte à la santé physique, mentale ou psychique, de l'aptitude de l'assuré à accomplir dans sa profession ou son domaine d'activité le travail qui peut raisonnablement être exigé de lui (art. 6 1<sup>ère</sup> 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

C-5420/2017 Page 12 de l'assuré peut aussi relever d'une autre profession ou d'un autre domaine d'activité (art. 6 2<sup>ème</sup> phrase LPGA). 7.4 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 Tribunal fédéral 8C\_759/2019 du 22 janvier 2020 consid. 4.2.2 et 8C\_623/2012 du 6 décembre 2012 consid. 1.2). Une limitation de la capacité d'exécuter une tâche ou une action ne peut en effet fonder le droit à une prestation que si elle est la conséquence d'une atteinte à la santé qui a été diagnostiquée de manière indiscutable par un médecin spécialiste de la discipline concernée (ATF 143 V 418 consid. 6 et 8.1, 141 V 281 consid. 2.1, 130 V 396 ; arrêt du Tribunal fédéral 9C\_815/2012 du 12 décembre 2012 consid. 3). 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 références citées). 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 Tribunal fédéral 9C\_719/2016 du 1<sup>er</sup> mai 2017 consid. 5.2.1). 7.5 Le principe de la libre appréciation des preuves s'applique de manière générale à toute procédure de nature administrative, que ce soit devant l'administration ou le juge. La jurisprudence a toutefois posé des lignes directrices en matière d'appréciation des rapports médicaux et d'expertise (ATF 125 V 351 consid. 3b et 3c). 7.5.1 Ainsi, avant de conférer pleine valeur probante à un rapport médical, il convient de s'assurer que les points litigieux importants ont fait l'objet d'une étude circonstanciée, que le rapport se fonde sur des examens complets, qu'il prend également en considération les plaintes exprimées 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 C-5420/2017 Page 13 situation médicale sont claires et, enfin, que les conclusions du médecin sont dûment motivées (ATF 134 V 231 consid. 5.1, 125 V 351 consid. 3a). La

valeur probante d'un rapport médical ou d'une expertise est de plus liée à la condition que le médecin qui se prononce dispose de la formation spécialisée nécessaire et de compétences professionnelles dans le domaine d'investigation (arrêts du Tribunal fédéral 9C\_555/2017 du 22 novembre 2017 consid. 3.1 et les références citées, 9C\_745/2010 du

### **E. 30**

mars 2011 consid. 3.2 et 9C\_59/2010 du 11 juin 2010 consid. 4.1 ; MICHEL VALTERIO, Commentaire, Loi fédérale sur l'assurance-invalidité [LAI], 2018, art. 57 LAI n° 33). 7.5.2 S'agissant des rapports établis par les médecins traitants, qu'il ou elle soit médecin de famille généraliste ou spécialiste, il convient de les apprécier avec une certaine réserve en raison de la relation de confiance, issue du mandat thérapeutique confié au médecin traitant, qui unit celui-ci ou celle-ci à son ou sa patiente (ATF 125 V 351 consid. 3b/cc et les références citées ; arrêt du Tribunal fédéral I 655/05 du 20 mars 2006 consid. 5.4). Toutefois, le simple fait qu'un rapport médical soit établi à la demande d'une partie et soit produit pendant la procédure ne justifie pas en soi des doutes quant à sa valeur probante (arrêt du Tribunal fédéral 8C\_278/2011 du 26 juillet 2011 consid. 5.3). Ainsi, on en retiendra des éléments, notamment si ceux-ci, objectivement vérifiables, ont été ignorés dans le cadre d'une expertise indépendante et s'avèrent suffisamment pertinents pour remettre en cause les conclusions de l'expertise (ATF 125 V 351 consid. 3b/dd et les références citées ; arrêts du Tribunal fédéral 9C\_338/2016 du 21 février 2017, publié in : Droit des assurances sociales – Jurisprudence [SVR] 2017 IV n° 49 consid. 5.5, 9C\_876/2009 du 6 juillet 2010 consid. 2.2, 9C\_24/2008 du 27 mai 2008 consid. 2.3.2 et 9C\_201/2007 du 29 janvier 2008 consid. 3.2 ; MICHEL VALTERIO, op. cit., art. 57 LAI nos 48 et 49). 7.5.3 Selon la jurisprudence, il n'est pas interdit aux tribunaux des assurances de se fonder uniquement ou principalement sur les rapports des médecins rattachés aux assureurs, mais, en de telles circonstances, l'appréciation des preuves est soumise à des exigences sévères. Une instruction complémentaire sera ainsi requise s'il subsiste des doutes, même minimes, quant au bien-fondé, à la fiabilité et à la pertinence de ces rapports (ATF 139 V 225 consid. 5.2, 135 V 465 consid. 4.4 et 122 V 157 consid. 1d ; arrêt du Tribunal fédéral 8C\_699/2018 du 28 août 2019 consid. 3). Les prises de position des services médicaux régionaux (SMR) et du service médical de l'OAIE doivent être appréciées comme des rapports de médecins liés à l'assureur (concernant le SMR, arrêts du C-5420/2017 Page 14 Tribunal fédéral 9C\_159/2016 du 2 novembre 2016 consid. 2.2 ss et 8C\_197/2014 du 3 octobre 2014 consid. 4 ; arrêt du Tribunal administratif fédéral C-2843/2016 du 30 mai 2018 consid. 8.1 et 8.2 ; MICHEL VALTERIO, op. cit., art. 57 LAI nos 7 et 42 ss, art. 59 LAI n° 2). 7.5.4 Les prises de position des services médicaux régionaux (SMR) ou du service médical de l'OAIE ne se fondent pas sur des examens médicaux effectués sur la personne, mais sur des pièces médicales, et ne posent pas de nouvelles conclusions médicales. Elles portent une appréciation sur celles déjà existantes (arrêts du Tribunal fédéral 9C\_542/2011 du 26 janvier 2012 consid. 4.1, 9C\_581/2007 du 14 juillet 2008 consid. 3.2 et 9C\_341/2007 du 16 novembre 2007 consid. 4.1). Elles ont notamment pour but, outre celui d'aider les profanes en médecine qui travaillent dans l'administration ou les tribunaux et à qui il appartient de trancher le droit aux prestations, de résumer et de porter une appréciation sur la situation médicale de la personne concernée, ainsi que de faire une recommandation, sous l'angle médical, concernant la suite à donner à la demande de prestations. Ceci implique aussi, en présence de pièces médicales contradictoires, de dire de façon motivée s'il y a lieu de se fonder sur l'une ou l'autre de ces

pièces ou s'il y a lieu de procéder à une instruction complémentaire (ATF 142 V 58 consid. 5.1). De telles prises de position, pour avoir valeur probante, ne peuvent suivre les conclusions d'un médecin sans établir les raisons pour lesquelles les conclusions différentes d'autres médecins ne sont pas suivies (ATF 137 V 210 consid. 6.2.4 ; M. VALTERIO, op. cit., art. 57 LAI n° 43). Si les pièces au dossier ne permettent pas de trancher les questions contestées, les prises de position médicales internes de l'assureur ne peuvent pas, en général, constituer une évaluation finale, mais doivent donner lieu à une instruction complémentaire (arrêts du Tribunal fédéral 9C\_165/2015 du 12 novembre 2015 consid. 4.3, 9C\_58/2011 du 25 mars 2011 consid. 3.3 ; arrêt du Tribunal administratif fédéral C-2843/2016 du 30 mai 2018 consid. 8.2). 8. 8.1 Selon la jurisprudence, une décision qui accorde pour la première fois une rente d'invalidité avec effet rétroactif et, en même temps, prévoit sa suppression, réduction et/ou augmentation correspond à une décision de révision au sens de l'art. 17 LPGa (ATF 133 V 263 consid. 6.1 ; arrêts du Tribunal fédéral 8C\_71/2017 du 20 avril 2017 consid. 3 et 9C\_226/2011 du 15 juillet 2011 consid. 4.3.1 non publié in : ATF 137 V 369 ; cf. également MARGRIT MOSER SZELESS, Loi sur la partie générale des assurances sociales, Commentaire Romand, 2018, art. 17 LPGa n° 9). Elle doit par

C-5420/2017 Page 15 conséquent se fonder sur une modification notable du taux d'invalidité. La date de la modification du droit doit être fixée conformément à l'art. 88a RAI (applicable par analogie : ATF 125 V 417 consid. 2d ; arrêt du Tribunal fédéral I 21/05 du 12 octobre 2005 consid. 3.3 ; voir également MICHEL VALTERIO, Loi fédérale sur l'assurance-invalidité [LAI], 2018, art. 31 LAI n° 32). 8.2 Selon l'art. 17 LPGa – applicable par analogie dans les cas d'octroi d'une rente limitée dans le temps (ATF 141 V 9 consid. 2.3, 130 V 343 consid. 3.5 ; sur les situations à comparer, cf. ATF 133 V 108 consid. 5) – la rente est, d'office ou sur demande, révisée pour l'avenir, à savoir augmentée ou réduite en conséquence, ou encore supprimée, si le taux d'invalidité du bénéficiaire d'une rente subit une modification notable. L'amélioration de la capacité de gain n'est déterminante pour la suppression de tout ou partie du droit aux prestations qu'à partir du moment où on peut s'attendre à ce qu'elle se maintienne durant une assez longue période ; il en va de même lorsqu'un changement déterminant a duré trois mois déjà, sans interruption notable et sans qu'une interruption prochaine soit à craindre (art. 88a al. 1 RAI). 8.3 Pour examiner s'il y a eu une modification importante du degré d'invalidité justifiant la révision du droit à des prestations au sens de l'art. 17 LPGa, il s'agit de comparer les circonstances prévalant lors de la nouvelle décision avec celles existant lors de la dernière décision entrée en force et reposant sur un examen matériel du droit à la rente, avec constatation des faits pertinents, appréciation des preuves et comparaison des revenus conformes au droit (ATF 133 V 108 consid. 5 [en particulier 5.4], 130 V 71 consid. 3.2.3, 130 V 343 consid. 3.5 et 125 V 368 consid. 2 et les références citées ; arrêt du Tribunal fédéral 9C\_602/2019 du 10 juin 2020 consid. 2). 9. 9.1 En l'espèce, l'instruction de la cause a porté au dossier la principale documentation médicale suivante : ■ le rapport établi le 17 octobre 2006 par le Dr Q.\_\_\_\_\_ (spécialiste en médecine interne et rhumatologie), diagnostiquant chez l'assuré des douleurs chroniques cervico-vertébrales et céphalées cervicogéniques, une ostéochondrose accentuée en C6-C7 et C5-C6 avec une spondylarthrose cervicale en C5-C7, une malformation et mauvaise posture de la colonne vertébrale, des douleurs chroniques aux

C-5420/2017 Page 16 articulations (arthralgies) ainsi que des vertiges positionnels (pce AI 3, p. 1 et 2) ; ■ le rapport d'examen radiologique du 11 février 2013 du Dr R.\_\_\_\_\_

(spécialiste en radiologie) constatant, suite à un scanner du poignet droit, l'absence d'image de fracture du scaphoïde, un arrachement osseux intéressant le bord antéro-inférieur de la face dorsale du lunatum, l'intégrité de l'interligne articulaire radio-carpien et des interlignes articulaires du massif carpien, des micro-calcifications intéressant le bord inféro-externe du radius, pas d'image de cal osseux en voie de consolidation au niveau de l'os scaphoïde, un aspect irrégulier de la corticale osseuse de la face palmaire du scaphoïde pouvant évoquer à la limite une fissure sous-corticale (pce AI 12.11) ; ■ le certificat du Dr S. \_\_\_\_\_ (médecin urgentiste), non daté, attestant d'une entorse du poignet droit scapholunaire causée par un traumatisme du poignet droit survenu le 21 janvier 2013, entraînant une incapacité de travail totale jusqu'au 3 mars 2013 (pce AI 12.19, p. 1) ; ■ le compte rendu de consultation du 28 février 2013 par lequel le Dr T. \_\_\_\_\_ (spécialiste en chirurgie orthopédique) a indiqué avoir ausculté l'assuré en urgence en raison d'une chute sur le poignet droit ayant causé un traumatisme par contact de la face postérieure du poignet constitutif d'une suspicion de fracture distale du scaphoïde carpien droit (pce AI 12.12, p. 2) ; ■ le rapport du 3 mai 2013 par lequel le Dr T. \_\_\_\_\_ (spécialiste en chirurgie orthopédique) a attesté de l'existence d'un traumatisme du poignet droit survenu le 21 mars 2013 correspondant à une fracture distale du scaphoïde carpien gauche nécessitant une immobilisation du poignet durant six semaines (pce AI 12.23) ; ■ le rapport du 17 mai 2013 du Dr U. \_\_\_\_\_ (spécialiste en radiologie) constatant, à la suite d'un examen pour des céphalées et pour une douleur irradiant dans l'épaule gauche, au niveau cervical, une uncodiscarthrose cervicale étagée centrée sur C5-C6, C6-C7 dont les disques sont pincés, une protrusion ostéophytique à droite en C3-C4, C5-C6, C6-C7 et à gauche en C4-C5, C5-C6, C6-C7 et C7- T1, une apophysomégalie transverse modérée de C7 ; au niveau de l'épaule gauche, une discrète arthrose acromio-claviculaire (pce AI 3, p. 3) ;

C-5420/2017 Page 17 ■ le rapport du 27 juin 2013 du Dr V. \_\_\_\_\_ (spécialiste en médecine générale) posant le diagnostic de contusion du poignet gauche [recte : droit] avec petit arrachement osseux du semi-lunaire gauche et constatant une uncodiscarthrose cervicale (pce AI 13, p. 3) ; ■ le rapport d'IRM du 17 juillet 2013 du Dr W. \_\_\_\_\_ (spécialiste en radiologie), pour des cervicalgies, mettant en lumière, au niveau du rachis cervical, des discopathies modérées (C4-C5, C5-C6 et C6-C7), une réduction uncarthrosique foraminale bilatérale aux mêmes étages qui pourraient expliquer des névralgies cervico-brachiales (NCB) en C5, C6 et C7, et une absence de myélopathie cervicarthrosique (pce AI 3, p. 4 et 5) ; ■ le rapport du 20 septembre 2013 du Dr V. \_\_\_\_\_ (médecin généraliste) constatant des lombalgies sur discopathies L4-L5 et L5-S1, ainsi que des névralgies cervico-brachiales gauches entraînant une incapacité de travail totale depuis le 30 mai 2013 dans l'activité habituelle de menuisier (pce AI 17) ; ■ le rapport du 28 octobre 2013 du Dr X. \_\_\_\_\_ (médecin généraliste) constatant que, suite à la chute survenue le 21 janvier 2013, l'assuré a été en incapacité de travail totale jusqu'au 30 mars 2013 et que, depuis le

### **E. 31**

mars 2013, il l'est pour cause de maladie ; l'assuré souffre d'un syndrome cervical et lombo-vertébral, d'un très mauvais sommeil avec paresthésie nocturne dans tous ses doigts, d'adynamie, de douleurs et paresthésie à la jambe droite, pathologies pour lesquelles une évaluation neurochirurgicale est nécessaire afin de déterminer la capacité de travail de l'assuré (pce AI 24) ; ■ le rapport du 13 novembre 2013 du Dr L. \_\_\_\_\_ (spécialiste en neurochirurgie) indiquant avoir été consulté le 12 novembre 2013 pour des névralgies

cervico-brachiales gauches perdurant depuis mai 2013 ; l'examen clinique n'avait révélé aucun déficit sensitivomoteur au niveau des membres supérieurs ; l'IRM cervicale du 1er juillet 2013 révélait des lésions arthrosiques multiples, une discopathie en C5-C6 sans compression médullaire et une étroitesse radiculaire en C5-C6 à gauche ; dans la mesure où l'assuré avait signalé une nette amélioration de sa symptomatologie depuis deux à trois mois environ, une intervention chirurgicale n'était pas indiquée (pce AI 25) ; ■ le rapport du 23 février 2014 du Dr X. \_\_\_\_\_ (médecin généraliste) revenant sur les constatations faites par le Dr L. \_\_\_\_\_ en novembre

C-5420/2017 Page 18 2013 qui ont révélé une discopathie cervicale sans compression de la moelle osseuse mais avec un rétrécissement radiculaire principalement au niveau C5/C6 gauche, sans indication opératoire, et concluant, malgré les améliorations constatées, à une incapacité de travail définitive de l'assuré dans son activité habituelle de menuisier et, par conséquent, à la nécessité d'une reconversion professionnelle (pce AI 29) ; ■ la prise de position du 3 mars 2014 du Dr I. \_\_\_\_\_ (médecin généraliste auprès du SMR) retenant les diagnostics de syndrome cervico-vertébral (discopathie en C5-C6 avec rétrécissement du foramen C5-C6 sans compression réelle des structures neurales) ainsi que de syndrome lombo-vertébral, et concluant à une incapacité de travail minimale de 20 % dans l'activité habituelle (activités nécessitant de porter / tirer / soulever des charges lourdes, travailler dans des postures forcées, travailler sur des machines vibrantes, toutes activités ne permettant pas l'alternance des positions, travaux répétés avec les membres supérieurs au-dessus de la tête, tous travaux de bureau) et à une capacité de travail totale dans une activité adaptée aux limitations fonctionnelles, à savoir dans toutes activités légères ou tout au plus modérément lourdes avec positions alternées (pce AI 31) ; ■ le rapport de clôture BEFAS (« Beruflichen Abklärungsstellen ») du 1er octobre 2014 duquel il ressort que l'assuré a été soumis à une observation professionnelle du 4 au 29 août 2014 ; les diagnostics avec répercussions sur la capacité de travail sont ceux de syndrome chronique cervico-vertébral et syndrome douloureux chronique cervico-céphalique (avec discopathies C4-C7, sténose foraminale bilatérale en particulier C5, C6, C7 gauche, sans myélopathie cervicale, déformation et mauvaise posture de la colonne vertébrale), de discrète arthrose acromio-claviculaire à gauche ainsi que d'arthralgies chroniques ; ces troubles permettent à l'assuré de disposer d'une capacité de travail totale dans une activité adaptée à ses limitations fonctionnelles, c'est-à-dire des activités légères et non répétitives, avec alternance des positions, une limite de charges fixée à 10 kilogrammes, évitant les postures forcées sur la colonne vertébrale et les charges d'impact axiales de même que les travaux en hauteur et la vibration des machines ; une réintégration professionnelle par le biais d'une formation pratique est indiquée au regard des faibles connaissances de l'assuré en informatique et en langue allemande ; l'assuré devait pouvoir bénéficier d'une formation pratique dans un nouveau domaine d'activité (tâches de surveillance et/ou de contrôle, opérateur sur machines, travaux légers dans des entrepôts) et d'une aide à la recherche d'un emploi ; l'assuré ayant indiqué vouloir

C-5420/2017 Page 19 bénéficier d'une mesure de reconversion professionnelle dans le domaine de la mécanique en tant qu'assembleur de pièces, une nouvelle observation était nécessaire afin de déterminer si une pareille activité était exigible (pce AI 49) ; ■ le rapport du 5 mars 2015 du Dr I. \_\_\_\_\_ (médecin généraliste auprès du SMR) constatant que l'assuré souffre de douleurs lombaires et cervicales récurrentes, en particulier au niveau du cou à gauche ; retenant les diagnostics de syndromes chroniques cervico-vertébral et

cervico- céphalique en raison d'une discopathie C4-C7 avec sténoses foraminales bilatérales (surtout en C5, C6 et C7 à gauche) ; estimant que le mal de dos est dû à une déformation de la colonne vertébrale sans pour autant affecter de manière significative la capacité de travail ; considérant, sur la base du rapport BEFAS, que l'assuré n'est plus en mesure d'exercer son métier de menuisier, mais qu'il présente une capacité de travail totale dans une activité adaptée aux limitations fonctionnelles (activités légères, non répétitives, avec positions alternées, port de charges limité à 10 kilogrammes, sans travaux répétitifs en hauteur ni charges vibratoires) et concluant à la mise en œuvre d'une mesure de reclassement (pce AI 69) ; ■ le certificat du 29 mai 2015 du Dr X. \_\_\_\_\_ (médecin généraliste) attestant d'une incapacité de travail de 50 % du 29 mai 2015 au 10 juillet 2015 (pce AI 78) ; ■ le rapport du 7 octobre 2015 du Dr Y. \_\_\_\_\_ (spécialiste en neurologie) observant un patient qui se plaint d'un changement soudain de son état de santé, plus précisément d'une perte de motivation générale, d'un sentiment d'insécurité, de difficultés lors de la conduite, d'un état de fatigue généralisé et d'un besoin de sommeil durant la journée ainsi que de tremblements des mains lorsqu'il porte des charges lourdes ; retenant un syndrome cervical chronique accentué à gauche avec symptomatologie sensitive très discrète le plus souvent en C7-C8 gauche sur fond de discopathies pluri-étagées C4-C7 et sténose foraminale C3-C7 bilatérale, accentuée à gauche (IRM du 17.7.2013), un syndrome léger du canal carpien gauche à l'origine des douleurs nocturnes de la main gauche et excluant une pathologie extrapyramidale, en particulier une maladie de Parkinson, une IRM de la tête étant préconisée au regard des plaintes du patient afin de clarifier le changement psychique évoqué (pce AI 101, p. 3 à 5) ;

C-5420/2017 Page 20 ■ le rapport du 26 octobre 2015 du Dr X. \_\_\_\_\_ indiquant que l'assuré a interrompu sa reconversion professionnelle en raison d'un changement soudain de son état de santé qui s'est manifesté par des difficultés à s'endormir, des angoisses, des difficultés à marcher, des troubles visuels, des douleurs cervicales et une perte d'intérêt généralisée ; sur le plan neurologique, aucune anomalie n'a été détectée ; tant intellectuellement que linguistiquement, l'assuré n'a pas satisfait aux exigences des cours, de sorte que sa réintégration sur le marché du travail a échoué, l'hypothèse de devenir chauffeur devant être définitivement écartée en raison des crises d'anxiété dont souffre l'assuré, même lors de courts trajets (pce AI 101, p. 2) ; ■ le rapport du 28 janvier 2016 du Dr I. \_\_\_\_\_ (médecin généraliste auprès du SMR), retenant, comme diagnostics principaux, un syndrome cervical chronique accentué à gauche avec une symptomatologie sensitive très discrète en C7-C8 à gauche (discopathie multi-étagée C4-C7, sténose foraminale C3-C7 accentuée à gauche), un syndrome léger du canal carpien de la main gauche, et préconise la mise en œuvre d'une expertise bi-disciplinaire en neurologie et psychiatrie incluant un volet neuropsychologique (pce AI 110) ; ■ le rapport du 17 février 2016 du Dr J. \_\_\_\_\_ (spécialiste en rééducation et réadaptation fonctionnelles, en médecine manuelle orthopédique et en médecine du sport) indiquant suivre l'assuré de manière régulière depuis septembre 2014 pour des cervico-brachialgies bilatérales et constatant que les examens pratiqués révèlent une cervicarthrose C5-C6 et C6-C7 avec étroitesse foraminale bilatérale entraînant l'inaptitude à exercer le métier de menuisier ; les séances de kinésithérapie permettent de soulager provisoirement les douleurs qui se réactivent quelques semaines après l'arrêt du traitement, une nouvelle prise en charge venant de débiter (pce AI 132, p. 16) ; ■ le rapport d'expertise bi-disciplinaire établi le 3 juin 2016 par les Drs G. \_\_\_\_\_ (spécialiste en neurologie) et H. \_\_\_\_\_ (spécialiste en psychiatrie et psychothérapie) selon lequel l'assuré ne peut plus exercer son activité

habituelle de menuisier mais présente une capacité de travail de 70 % dans une activité adaptée à son état de santé, à savoir avec des processus de travail simples, sans exigences accrues d'assimilation de nouveau contenu, sans avoir besoin de maintenir un niveau de concentration élevé, la limitation de la capacité de travail étant justifiée par l'augmentation de la fatigue et la diminution de la capacité à travailler sous

C-5420/2017 Page 21 pression (pce AI 117 ; pour un exposé détaillé de chacun des deux volets de l'expertise, cf. ci-dessous, consid. 11.1.1 et 11.1.2) ; ■ le rapport du 5 juillet 2016 de la Dresse M. \_\_\_\_\_ (spécialiste en psychiatrie) indiquant suivre le recourant pour un trouble de l'adaptation, réaction mixte, anxieuse et dépressive (F43.22) à la suite de problèmes de santé ; que le tableau clinique se manifeste par une charge anxieuse importante, envahissante, persistante et irrationnelle dans la plupart des situations, des ruminations anxieuses et anticipations anxieuses, une auto-dévalorisation avec un sentiment d'inutilité, des difficultés majeures à raisonner et à contrôler ses préoccupations, des problèmes de concentration, une hypoprosexie et une irritabilité ; que la prise quotidienne de médicaments antidépresseur et anxiolytique est indispensable (Zoloft 50 mg et de Xanax 0.25 mg) ; que l'état clinique de l'assuré ne permet pas la reprise immédiate du travail et qu'une prolongation de son arrêt maladie est nécessaire (pce AI 130, p. 2) ; ■ le rapport d'IRM cervicale du 8 juillet 2016 du Dr Z. \_\_\_\_\_ (spécialiste en radiologie) faisant état, dans le cadre d'une consultation pour un bilan rhumatologique, d'une uncarthrose et d'une discopathie dégénérative étagée connue, ainsi que d'une anomalie de signal d'allure inflammatoire en regard des plateaux vertébraux en C5-C6 (pce AI 123, p. 1) ; ■ le rapport d'IRM cérébrale du 15 juillet 2016 du Dr Z. \_\_\_\_\_ (spécialiste en radiologie) concluant, à l'issue d'une consultation sur l'indication de troubles neurologiques avec tremblements, à un examen sans anomalie notable (pce AI 123, p. 2) ; ■ le rapport d'expertise complémentaire du 22 septembre 2016 du Dr G. \_\_\_\_\_ (spécialiste en neurologie et neurologie comportementale) indiquant que l'IRM cérébrale effectuée le 15 juillet 2016 ne montrait aucune anomalie, au contraire de l'IRM cervicale du 8 juillet 2016, laquelle l'amenait à faire état d'une discopathie non cartilagineuse et dégénérative multi-étagée ainsi que de signes de modifications inflammatoires sur les plateaux vertébraux C5-C6 (arthrose) ; les troubles cognitifs supplémentaires ne trouvent aucun fondement organique ; sur la base de ces constatations, l'expert retient que l'assuré présente une incapacité totale dans l'activité de menuisier et dans toute autre activité impliquant un environnement stressant ; dans une activité adaptée, à savoir légère en ce sens qu'elle n'implique qu'une contrainte légère à modérée sur l'axe du corps et la ceinture scapulaire, l'incapacité de travail est limitée à 20 %

C-5420/2017 Page 22 en raison des interférences douloureuses et des exacerbations intermittentes des douleurs (pce AI 126) ; ■ le rapport du 12 octobre 2016 de la Dresse K. \_\_\_\_\_ (spécialiste en rhumatologie) faisant état d'une uncodiscarthrose au niveau C5-C6 et C6-C7, d'une uncarthrose, d'une discopathie cervicale dégénérative étagée connue et d'une anomalie de signal d'allure inflammatoire en regard des plateaux vertébraux C5-C6 et concluant à l'inaptitude de l'assuré à exercer un métier physique nécessitant de lever des charges (pce AI 138, p. 3) ; ■ le rapport E213 du 19 octobre 2016 faisant état, à titres d'antécédents médicaux, d'une hernie inguinale opérée en janvier 2016, et d'anxiété dans un contexte de cervicalgies depuis mai 2013, et à titre de principales plaintes, de céphalées, fatigabilité, fourmillement dans les mains, surtout la gauche, de troubles de la concentration et d'épisodes de vertiges ; observant au niveau de l'appareil

locomoteur, une nette réduction de la mobilité du rachis cervical avec des névralgies cervico-brachiales gauches et une contracture trapézienne bilatérale ; sur le plan neuropsychique, relevant un suivi mensuel par le psychiatre qui a pu réduire le traitement qui se limite actuellement à la prise de Xanax 1 à 3/jour, la persistance d'une anxiété en rapport avec l'incertitude pesant sur sa situation socioprofessionnelle, pas d'éléments actuels en faveur d'un syndrome dépressif patent, bonne présentation, des propos cohérents, projet, pas de sociophobie ; retenant au final un état anxio-dépressif stabilisé avec maintien d'un traitement par Xanax et suivi psychiatrique mensuel, des cervicalgies chroniques avec des névralgies cervico-brachiales gauches ne fondant pas de réduction de la capacité de travail de 2/3, d'où le refus de l'invalidité, l'assuré étant inscrit à Pôle Emploi depuis le 1er octobre 2016 (rapport du Dr Wach [pce AI 132]) ; ■ le rapport d'expertise complémentaire du 17 novembre 2016 du Dr G.\_\_\_\_\_ (spécialiste en neurologie et neurologie comportementale) précisant que la capacité de travail exigible de la part de l'assuré dans l'exercice d'une activité lucrative adaptée s'élève à 80 %, dès lors que l'état de fatigue accrue évoqué dans le rapport d'expertise en tant que séquelles d'un présumé accident vasculaire cérébral doit être écarté, les IRM effectuées les 8 et 15 juillet 2016 n'ayant décelé aucune trace en ce sens (pce AI 134) ; ■ le rapport du 21 novembre 2016 du Dr F.\_\_\_\_\_ (médecin généraliste auprès du SMR) qui a retenu, comme diagnostics ayant une incidence sur

C-5420/2017 Page 23 la capacité de travail, un syndrome cervical modéré à modérément sévère avec des modifications dégénératives prononcées sur la colonne vertébrale, une déficience cognitive légèrement à modérément prononcée sans origine organique, une discrète ataxie de la marche, une instabilité lors de tests de marche complexes ainsi qu'un épisode dépressif léger principalement de nature anxieuse (F32.0), et, comme diagnostic sans incidence sur la capacité de travail, un syndrome léger du tunnel carpien, et a conclu à une incapacité de travail totale dans l'activité de menuisier depuis le 22 janvier 2013 et à une capacité de travail de 80 % dans une activité adaptée à l'état de santé, à savoir une activité légère à modérément lourde favorisant les positions alternées, avec port de charges limité, n'impliquant pas de postures forcées, l'utilisation de machines vibrantes, de devoir effectuer des travaux répétés en hauteur et qui ne nécessite pas d'exigences accrues quant à la capacité d'assimiler de nouveaux contenus ni de maintenir un niveau de concentration élevé (pce AI 135) ; ■ le rapport SMR du 10 avril 2017 du Dr I.\_\_\_\_\_, indiquant que l'évaluation rhumatologique faite par la Dresse K.\_\_\_\_\_, le 12 octobre 2016, aboutissant à la conclusion que l'assuré est inapte à exercer un métier physique est générale et sans fondement (« pauschal und schlussendlich unbegründet ») et ne saurait remettre en question les conclusions de l'expertise bi-disciplinaire effectuée par les Drs G.\_\_\_\_\_ et H.\_\_\_\_\_ (pce AI 142). 9.2 Sur le plan économique, l'autorité d'instruction a recueilli au cours de la procédure de première instance : ■ le questionnaire pour l'employeur (« Fragebogen für Arbeitgebende »), daté du 19 septembre 2013, duquel il est ressorti que l'assuré travaillait depuis le 1er septembre 2000 au service de l'entreprise B.\_\_\_\_\_ AG au bénéfice d'un contrat de travail – qui fera par la suite l'objet, en octobre 2015, d'une résiliation – prévoyant l'accomplissement de 43.75 heures de travail par semaine (ou 8.75 heures par jour) en qualité de contremaître menuisier pour un salaire annuel de 80'600 francs (6'200 francs par mois) (pce AI 18). 9.3 Dans le cadre de la procédure de recours, les documents médicaux suivants ont été versés en cause (sur la prise en considération des dites pièces, cf. ci-dessus, consid. 3.3) :

C-5420/2017 Page 24 ■ le rapport du 5 avril 2017 du Dr L. \_\_\_\_\_ (spécialiste en neurochirurgie) relevant l'absence d'une véritable irradiation douloureuse au niveau des membres supérieurs, aucune anomalie particulière à l'examen clinique tant au niveau des membres supérieurs qu'inférieurs, précisant que l'IRM cervicale du 2 avril 2017 révèle des discopathies multiples avec protrusions en C5-C6 et en D2-D3 et excluant toute indication opératoire dès lors qu'il s'agit de cervicalgies pures (annexe pce TAF 1 et pce AI 150, p. 5) ; ■ le certificat médical du 1er septembre 2017 de la Dresse K. \_\_\_\_\_ (spécialiste en rhumatologie) indiquant suivre l'assuré depuis le 19 mai 2016 pour des cervicalgies invalidantes chroniques en évolution depuis 2013 ; constatant, sur le plan clinique, des cervicalgies qui s'aggravent lors d'efforts physiques et qui constituent un handicap pour l'exercice professionnel ; relevant que l'IRM cervicale effectuée en avril 2017 met en évidence des protrusions de C4 à C7 et en particulier en D2-D3, sans canal rétréci, ni myélopathie cervicarthrosique ; préconisant un scanner dorsal centré sur D2-D3, avant de récapituler la médication prescrite (Dafalgan codéine, Xanax et Tahor 20 [annexe pce TAF 1 et pce AI 152, p. 9]) ; ■ le certificat médical du 4 septembre 2017 du Dr J. \_\_\_\_\_ (spécialiste en rééducation et réadaptation fonctionnelles, médecine manuelle orthopédique et médecine du sport) indiquant suivre l'assuré en rééducation depuis fin 2014 pour des douleurs rachidiennes, cervicales et lombaires, ainsi que pour des irradiations brachiales bilatérales prédominant à gauche ; constatant que le diagnostic d'arthrose avec discopathies multiples sans compressions radiculaires n'est mis en évidence ni aux IRM ni au bilan électromyographique et retenant le diagnostic de syndrome du canal carpien bilatéral prédominant à gauche, en cause dans les brachialgies ; précisant qu'un geste chirurgical de décompression est prévu du côté gauche prochainement, certainement à droite par la suite ; ajoutant que le bilan articulaire rachidien révèle une raideur cervicale, que la musculature cervico-scapulaire est régulièrement contracturée et douloureuse, que le patient présente des épisodes aigus de blocages, résolus par des prises en charge kinésithérapiques et/ou des traitements médicamenteux ; préconisant une prise en charge kinésithérapique régulière, aucune solution chirurgicale au niveau du rachis n'étant prévue (annexe pce TAF 1 et pce AI 152, p. 8) ; ■ le rapport du 30 septembre 2017 de la Dresse M. \_\_\_\_\_ (spécialiste en psychiatrie et psychothérapie), indiquant que l'assuré souffre d'un trouble

C-5420/2017 Page 25 de l'adaptation, réaction mixte anxieuse et dépressive, dans un contexte d'épuisement professionnel associé à des plaintes somatiques consécutives au stress généré par les conditions difficiles d'exercice de son métier et par son licenciement ayant entraîné une décompensation ; le patient traverse une période difficile faite de grosses difficultés quotidiennes qu'il vit douloureusement et avec beaucoup d'émotions ; il présente une symptomatologie revêtant une forme clinique particulière de type dépression masquée avec hypersensibilité et composante anxieuse sous-jacent exacerbée ; concomitamment, il existe des ruminations anxieuses qui tournent inlassablement et forment un circuit dans lequel la souffrance est ubiquitaire et une culpabilité vis-à-vis de cette situation ; la Dresse M. \_\_\_\_\_ a en outre détaillé le traitement médicamenteux prescrit (Effexor LP 75 mg, Effexor LP 37,5 mg, Xanax 0,25 mg) et souligné que l'état de santé de son patient ne lui permettait pas d'assumer un travail suivi et régulier, son arrêt maladie devant ainsi être prolongé (annexe pce TAF 3 et pce AI 153, p. 4) ; ■ le rapport de l'IRM du rachis cervical effectuée le 16 octobre 2017 par le Dr P. \_\_\_\_\_ (spécialiste en radiologie) pour des névralgies cervico-brachiales de type C7 persistantes mettant en évidence une uncodiscarthrose modérée étagée de C4 à C7 à l'origine d'une diminution du calibre des foramens surtout en C6-C7, ainsi qu'une petite hernie discale postéro-latérale droite à

étages en T2-T3 pouvant éventuellement être à l'origine d'une irritation de la racine T3 à droite (annexe pce TAF 5 et pce AI 157, p. 5) ; ■ la prise de position datée du 26 octobre 2017, par laquelle le Dr I. \_\_\_\_\_, généraliste, médecin SMR, s'est déterminé sur les avis médicaux des Drs K. \_\_\_\_\_ (du 1er septembre 2017), J. \_\_\_\_\_ (du 4 septembre 2017) et L. \_\_\_\_\_ (du 5 avril 2017) ; s'agissant tout d'abord de la prise de position de la Dresse K. \_\_\_\_\_, le médecin SMR a souligné qu'elle ne présentait que des différences minimes avec le volet neurologique de l'expertise bi-disciplinaire réalisé par le Dr G. \_\_\_\_\_, que l'IRM effectuée en avril 2017 n'avait pas amené de résultats probants et que la Dresse K. \_\_\_\_\_ ne s'était pas exprimée sur la capacité de travail de l'assuré, soulignant cependant la persistance de douleurs à l'effort, élément déjà mis en exergue par l'expertise bi-disciplinaire ; revenant sur l'avis du Dr J. \_\_\_\_\_, le Dr I. \_\_\_\_\_ a indiqué qu'il ne faisait que répéter des limitations et douleurs déjà connues et qu'il ne contenait aucune mention relative à la capacité de travail de l'assuré dans son activité habituelle, respectivement dans une activité adaptée, relevant au surplus, d'une part, l'existence d'un syndrome douloureux primaire du bras gauche classifié

C-5420/2017 Page 26 comme étant un syndrome du canal carpien pouvant être opéré en cas d'augmentation des douleurs, et, d'autre part, de discrètes douleurs lombaires ; s'agissant enfin de la position du Dr L. \_\_\_\_\_, lequel se borne à confirmer qu'aucune intervention chirurgicale est nécessaire, le médecin SMR a relevé qu'elle n'apportait rien de nouveau et ne contenait aucune indication quant à la capacité de travail de l'assuré (annexe pce TAF 9) ; ■ la prise de position du 28 octobre 2017, dans laquelle le Dr N. \_\_\_\_\_, psychiatre, médecin SMR, s'est déterminé sur les écrits de la Dresse M. \_\_\_\_\_ des 5 juillet 2016 et 30 septembre 2017, soulignant que les avis de cette dernière, psychiatre traitante de l'assuré, dont les constatations ne se distinguaient pas fondamentalement de celles figurant dans l'expertise bi-disciplinaire, ne remettaient nullement en cause les conclusions de celle-ci ; en outre, s'agissant de l'avis du 30 septembre 2017, le médecin SMR a considéré qu'il n'existait aucun indice permettant d'attester d'une détérioration de l'état de santé psychique de l'assuré (annexe pce TAF 9) ; ■ la prise de position du 13 novembre 2017 du Dr I. \_\_\_\_\_, médecin SMR, indiquant que l'IRM du 16 octobre 2017 n'est pas de nature à mettre en cause les conclusions issues du rapport d'expertise bi-disciplinaire ; s'agissant du rachis cervical aux niveaux C4-C7, les modifications dégénératives (uncodiscarthrose avec léger rétrécissement des foramens, surtout en C6-C7) ont déjà été décrites dans les précédents rapports des médecins français et ne mettent en lumière aucune modification importante qui n'aurait pas été prise en compte dans l'expertise ; sur le plan du rachis thoracique T2 - T3, l'IRM a décelé une petite hernie postéro-latérale droite, susceptible éventuellement d'irriter la racine T3, ce qui signifie qu'il n'y a pas de compression neurogène significative, le médecin-conseil précisant qu'à moins d'atteintes significatives, la zone T2-T3 n'a pas d'incidence sur la vie au quotidien – dans cette zone, il n'y a pas d'irradiation douloureuse dans le bras, mais tout au plus au niveau de l'aisselle et de la partie supérieure de la cage thoracique – (annexe pce TAF 9). 10. A l'appui des décisions litigieuses, l'autorité inférieure s'est fondée sur l'avis de son service médical régional ainsi que sur le rapport d'expertise bi-disciplinaire des Drs G. \_\_\_\_\_ et H. \_\_\_\_\_ opposant au recourant une capacité de travail de 80 % dans une activité lucrative adaptée à son état de santé et à ses limitations fonctionnelles à partir du 10 septembre 2015.

C-5420/2017 Page 27 Se prévalant de l'avis de ses médecins traitants, le recourant invoque une incapacité totale de travail dans toute activité lucrative et s'écarte ainsi des conclusions

des experts. Partant, il y a lieu d'examiner la valeur probante de l'expertise bi-disciplinaire (cf. ci-dessous, consid. 11), avant d'évaluer la pertinence des objections formulées par le recourant en rapport avec l'appréciation médicale de sa capacité de travail (cf. ci-dessous, consid. 12). 11. 11.1 Le rapport d'expertise bi-disciplinaire a été établi le 3 juin 2016 par les Drs G.\_\_\_\_\_ (spécialiste en neurologie et neurologie comportementale) et H.\_\_\_\_\_ (spécialiste en psychiatrie et psychothérapie) et a fait l'objet de deux compléments neurologiques les 22 septembre 2016 et 17 novembre 2016 (pces AI 117, 126, 134). Les principales considérations médicales suivantes en ressortent. 11.1.1 Le volet neurologique se compose d'un rapport établi le 23 juin 2016 (pce AI 117) et complété les 22 septembre 2016 (pce AI 126) et 17 novembre 2016 (pce AI 134). Le rapport du 23 juin 2016 est fondé sur un examen clinique conduit le 25 mai 2016 par un spécialiste, sur la base du dossier médical complet de l'expertisé, sur une batterie de tests neuropsychologiques effectués le 25 mai 2016 sous la supervision d'une spécialiste en neuropsychologie et psychologie et sur un électroencéphalogramme (ci-après : EEG) qui s'est révélé sans particularités avec une activité de base normale, sans foyers ni hyperexcitabilité cérébrale, ainsi que sur deux IRM – l'une cervicale et l'autre cérébrale – effectuées les 8, respectivement 15 juillet 2016. L'expert a pris en compte les plaintes de l'expertisé qui a indiqué se sentir handicapé par des douleurs cervicales à gauche, ainsi que, depuis septembre 2015, par des troubles de la mémorisation et de la concentration, un manque de confiance en soi, une insécurité au volant, une légère maladresse à la marche avec des mouvements de la jambe gauche, la sensation d'avoir moins de force dans le bras droit et de présenter une déformation de la partie gauche du visage. Il déclare ne plus être à même d'accomplir son activité habituelle de menuisier, ni le reclassement prévu dans une activité de bureau dans le domaine de la menuiserie en raison de ses déficits de mémorisation, de concentration et d'assimilation des matières nouvelles.

C-5420/2017 Page 28 A l'examen clinique, l'expert a observé un syndrome cervical modéré à moyen prédominant à gauche, une augmentation de la tonicité de la musculature paravertébrale cervicale, des articulations facettaires cervicales douloureuses à la palpation, un déséquilibre de la musculature avec des champs myélopatiques, une mobilité de la colonne vertébrale cervicale limitée ainsi qu'une manipulation de provocation cervicale pour des douleurs radiculaires négative des deux côtés, aucun indice de désordre extrapyramidal de type parkinsonnien, une légère asymétrie du visage défavorable à gauche, ainsi qu'une marche légèrement ataxique, incertaine avec une légère propension de chute sur la gauche. L'exploration neuropsychologique a mis en évidence des atteintes légères à modérées avec des déficits de la concentration, de la mémorisation, ainsi que des troubles du fonctionnement exécutif. Sur la base de ces différents éléments d'appréciation, l'expert retient, d'une part, un léger syndrome du canal carpien gauche sans incidence sur la capacité de travail. Dans le rapport du 3 juin 2016, il retient, d'autre part, un syndrome cervical modéré à moyen avec des altérations dégénératives marquées, une déficience cognitive – sans étiologie organique – de légèrement à modérément prononcée, une discrète ataxie de la marche et instabilité lors de marches complexes entraînant une incapacité de travail de 70 % dans une activité lucrative adaptée. A la suite de l'IRM cérébrale du 15 juillet 2016 révélant un système ventriculaire et des substances blanches et grises comme étant sans anomalie, l'expert exclut qu'un accident vasculaire cérébral soit survenu en septembre 2015, respectivement qu'une lésion cérébrale autrement dit qu'une cause organique soit à l'origine des troubles cognitifs relatés par l'expertisé (cf. rapport complémentaire du 22 septembre 2016 [pce AI 126]). De concert avec l'avis neurologique

du Dr Y. \_\_\_\_\_ (cf. rapport du 7 octobre 2015 [pce AI 101, p. 3 à 5]), il exclut un syndrome parkinsonien. A l'aune de l'IRM cervicale du 8 juillet 2016, il observe une uncarthrose et discopathie dégénérative pluri-étagée ainsi que des indices de modifications inflammatoires des plateaux C5/C6 confirmant des modifications dégénératives cervicales pluri-étagées avec des indices d'arthrose activée en C5-C6 (cf. rapport complémentaire du 22 septembre 2016 [pce AI 126]). Dans une activité lucrative lourde à l'instar de celle exercée habituellement en tant que menuisier, l'incapacité de travail est totale depuis 2013. Dans une activité adaptée, qui ne nécessite qu'un effort léger, qui en particulier n'implique qu'une contrainte légère à modérée sur l'axe du corps et la ceinture scapulaire, qui n'implique que des processus simples sans facultés élevées d'assimilation de matières nouvelles ni niveau de concentration élevé prolongé, la capacité de travail de l'expertisé

C-5420/2017 Page 29 s'élève, depuis septembre 2015, à 80 %, l'incapacité de 20 % étant imputée aux interférences douloureuses et aux exacerbations intermittentes de celles-ci. Dans un rapport complémentaire du 17 novembre 2016, l'expert neurologue a précisé avoir réduit à 20 % l'incapacité de travail initialement fixée à 30 % dans le rapport d'expertise du 3 juin 2016, aucun trouble cognitif n'ayant été finalement établi ni par l'EEG ni par l'IRM cérébrale du 15 juillet 2016, cette dernière ayant en particulier permis d'exclure une lésion cérébrale susceptible d'expliquer la fatigabilité accrue décrite par l'expertisé (pce AI 134).

11.1.2 Le volet psychiatrique (pce AI 117, p. 16 à 23) a été établi par le Dr H. \_\_\_\_\_, spécialiste en psychiatrie et psychothérapie. Sur la base d'un examen clinique, des indications du sujet examiné, du dossier, des critères de la CIM 10 et de différents indicateurs standards (pression sociale, ressources, consistance), l'expert a constaté que l'expertisé était limité dans sa capacité d'adaptation affective, angoissé, oppressé, manquait d'assurance et son estime de soi était quelque peu affectée. Il ne présentait en revanche pas de facteurs spécifiques, pas de stress social, ne souffrait pas de culpabilité profonde, ne faisait pas mention de déprime matinale et ne signalait aucune dépendance. La symptomatologie dépressive pouvait ainsi être considérée comme légère. Il a constaté que l'expertisé vivait une relation stable et harmonieuse avec sa compagne et le fils de celle-ci, qu'il soignait ses relations avec sa mère ainsi qu'avec ses amis. Ses préoccupations principales portaient sur son état de santé et ses ressources socio-économiques à la suite de l'incapacité de travail prolongée et l'échec de son reclassement professionnel. Ses ressources psychiques étaient restreintes par la légère symptomatologie dépressive. Il ne présentait pas de décalage entre les symptômes et les constats. Le niveau d'activités de l'expertisé avait faibli sur tous les plans. Durant l'entretien, l'assuré n'avait pas montré de perte d'attention ni de concentration, mais des difficultés d'apprentissage sont documentées. Cela étant, l'expert a retenu un épisode dépressif léger à prédominance anxieuse (F32.0). Procédant à un diagnostic différentiel, il a constaté que l'expertisé, qui ne relatait pas d'inquiétude ou d'appréhension durables quant à son avenir, ne présentait pas de tension motrice ni d'hyperexcitabilité végétative. Le trouble anxieux relevait de la symptomatologie dépressive de base et il n'existait aucun élément permettant de retenir un trouble de la personnalité ou des traits de personnalité accentués, ni une pathologie psychotique ou autre maladie psychiatrique grave. Tout au plus, l'hémiplégie pouvait-elle s'insérer dans une problématique dissociative. L'évolution de la symptomatologie – même

C-5420/2017 Page 30 combinée aux défaillances neurologiques –, le vécu, l'absence d'événements marquants, ainsi que les conflits internes préexistants clairement circonscrits plaident plutôt en faveur d'une genèse organique, cela d'autant que l'expertisé ne

présentait aucun autre facteur psychodynamique ou biographique susceptible d'expliquer le développement de symptômes dissociatifs. Compte tenu de ces constats, du vécu, des symptômes, des bonnes ressources sociales et psychiques ainsi que des limitations fonctionnelles, l'expert a retenu que l'expertisé présentait une capacité de travail et de rendement légèrement diminuée en raison de l'épisode dépressif léger, principalement de nature anxieuse, diminution qui se traduisait par un besoin accru de pauses et de temps de récupération, besoin à tout le moins supérieur à celui d'un sujet en bonne santé. L'expert a évalué la diminution de la capacité de travail et de rendement à 10 % dans l'activité habituelle de menuisier autant que dans une activité adaptée à l'état de santé, incapacité fixée indépendamment des troubles cognitifs à discuter dans l'évaluation interdisciplinaire. A défaut de documentation psychiatrique spécifique, il a considéré que l'incapacité de travail psychique était survenue en septembre 2015 et qu'elle était devenue décisive au début de l'année 2016, lorsque l'assuré avait initié une psychothérapie. 11.1.3 Procédant à l'appréciation interdisciplinaire de l'expertisé, les experts ont considéré que l'épisode dépressif léger à prédominance anxieuse n'impactait que de manière insignifiante (par un besoin accru de pauses et la prise en compte d'un temps de récupération supérieur à la moyenne) la capacité de travail de l'assuré et que l'évaluation neurologique était déterminante pour l'appréciation de la capacité de travail et de l'aptitude à l'emploi, retenant au terme du consensus interdisciplinaire, une diminution de la capacité de travail, fixée initialement à 30 %, puis réduite à 20 % dès le 1er septembre 2015 compte tenu du syndrome cervical. 11.2 11.2.1 Cela étant, il appert que l'expertise bi-disciplinaire a été réalisée par des spécialistes en psychiatrie, en neurologie et neuropsychologie. Ces praticiens disposaient de la formation et des connaissances requises pour évaluer valablement l'état de santé du recourant. Les deux volets de l'expertise ont été établis sur la base d'observations approfondies et d'investigations complètes, l'expertisé ayant fait l'objet le 25 mai 2016 d'une auscultation clinique par chacun des deux spécialistes et d'IRM complémentaires dont les résultats ont été soumis à l'expert neurologue.

C-5420/2017 Page 31 En outre, l'expertise tient compte de l'intégralité des pièces médicales et économiques mises à disposition par l'OAIE respectivement par l'autorité d'instruction – l'OAI-C. \_\_\_\_\_ – et a ainsi été établie en pleine connaissance de l'anamnèse et du dossier médical. Elle tient compte des plaintes de l'assuré. Les conclusions reposent sur une anamnèse complète, constituée principalement des avis médicaux des praticiens français et suisses ayant pris en charge l'assuré depuis la chute survenue en 2013, des rapports rédigés lors de la tentative de réorientation professionnelle et des résultats des examens cliniques et analyses réalisés. Elle comprend en outre les appréciations détaillées des deux praticiens spécialistes et décrit de manière circonstanciée les motifs fondant les diagnostics posés. 11.2.2 Sur le plan psychiatrique, la jurisprudence du Tribunal fédéral enseigne que le diagnostic doit être posé par un spécialiste et se fonder sur un système de classification scientifiquement reconnu (ATF 141 V 281 consid. 2.1). Pour toutes les maladies mentales (ATF 143 V 418 consid. 6 et 7), en particulier les troubles somatoformes douloureux, les troubles résultant de maladies psychosomatiques qui sont assimilés à ces dernières (ATF 140 V 8 consid. 2.2.1.3) ou de troubles dépressifs légers à modérés (ATF 143 V 409 consid. 4.5), la capacité de travail d'une personne souffrant de telles affections doit être évaluée sur la base d'une vision globale, 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 des personnes (ATF 141 V 281 consid. 2, 3.4 à 3.6 et 4.1 ; cf. également ATF 143 V 418 consid. 6). En l'occurrence,

l'expert psychiatre, se fondant sur le dossier médical et une consultation clinique du 25 mai 2016, a exposé les motifs pour lesquels il ne pouvait retenir les diagnostics de trouble de la personnalité, de traits de la personnalité exacerbés ou d'un autre trouble ou maladie psychiatrique. Aux pages 20 à 23 du rapport d'expertise sont abordés, conformément aux exigences jurisprudentielles (ATF 141 V 281), les dommages à la santé mentale de l'assuré (ATF précité, consid. 4.3.1), le contexte social dans lequel il vit (ATF précité, consid. 4.3.3), le diagnostic posé (ATF précité, consid. 4.3.1), les aspects comportementaux et la cohérence du récit de l'intéressé ainsi que ses ressources (ATF précité, consid. 4.3.2 et 4.4). En particulier, l'expert relève que l'expertisé souffre d'un épisode dépressif léger, qu'il est anxieux, peu sûr de lui et que son estime de soi en est quelque peu affectée. Sous l'angle du contexte social, l'expert souligne que l'assuré partage une relation stable avec sa compagne et soigne des contacts étroits avec le fils de cette dernière, que

C-5420/2017 Page 32 l'assuré entretient des contacts sociaux extérieurs et, qu'au sein de sa famille, il a de bonnes relations avec sa mère, son père étant décédé d'un infarctus en 1991. Il n'en demeure pas moins que l'expertisé est particulièrement affecté par son état de santé dégradé, par son incapacité de travail et par l'échec de sa reconversion. Sur ce dernier point, l'expert met en exergue la volonté de A. \_\_\_\_\_ de réussir une reconversion professionnelle nécessaire après l'incapacité totale de travail subie dans son métier de menuisier, respectivement de contremaître menuisier, qu'il a exercé durant toute sa carrière et souligne les difficultés rencontrées à l'apprentissage, notamment théoriques, d'une nouvelle matière et ce, malgré un bon niveau général d'instruction. Au final, les ressources du recourant sont limitées, en raison, notamment, d'une légère symptomatologie dépressive et de difficultés d'apprentissage. Cela étant, c'est au terme d'une analyse prenant en compte les indicateurs déterminants ressortant de la jurisprudence du Tribunal fédéral (ATF 141 V 281 consid. 4.3.1) que l'expert Dr H. \_\_\_\_\_ a retenu un épisode dépressif léger à prédominance anxieuse (F32.0) fondant une incapacité de travail de 10 % à partir du 1er janvier 2016. 11.3 A lecture de ce qui précède, il n'y a pas lieu de remettre en cause l'expertise bi-disciplinaire des Drs G. \_\_\_\_\_ et H. \_\_\_\_\_, lesquels ont répondu aux exigences et requêtes figurant dans le mandat qui leur a été octroyé (pces AI 112 et 113). Il n'existe en particulier aucun indice concret – et le recourant n'en soulève aucun – de douter du bien-fondé des conclusions auxquelles ladite expertise aboutit, tant sur le plan somatique que psychique, en retenant une incapacité de travail globale de 20 % fondée sur les troubles neurologiques, la fatigabilité accrue retenue à hauteur de 10 % dans le rapport du 3 juin 2016 ayant été écartée à la suite de l'IRM cérébrale du 15 juillet 2016. Conformément aux prescriptions jurisprudentielles (ATF 137 I 327 consid. 7.3), ces conclusions sont basées sur un consensus interdisciplinaire (« Konsensbesprechung Dr J. G. \_\_\_\_\_ und Dr M. H. \_\_\_\_\_ » ; pce AI 117, p. 23 s.), précision étant faite que les avis médicaux divergents ont été abordés et discutés par les experts. Le Tribunal tient en outre à souligner que l'un des objectifs d'une expertise bi-disciplinaire ou multidisciplinaire est d'établir, dans un rapport de synthèse, si les incapacités de travail attestées par divers spécialistes se recouvrent partiellement ou entièrement, le taux d'incapacité de travail procédant toujours d'une évaluation globale (cf. arrêt du Tribunal fédéral 9C\_1021/2012 du 3 juillet 2013 consid. 3.3 ; cf. également arrêts du

C-5420/2017 Page 33 Tribunal fédéral I 249/05 du 11 juillet 2006 consid. 3.1 et I 299/03 du 29 juin 2004 consid. 4). A ce titre, les deux experts mandatés ont expressément convenu, dans le cadre du consensus interdisciplinaire et au terme d'une discussion approfondie («

nach eingehender Diskussion »), de la prédominance de l'évaluation neurologique pour l'estimation de la capacité résiduelle de travail de A. \_\_\_\_\_, signifiant par là même que l'appréciation psychiatrique ne se cumulait pas à celle effectuée sous l'angle neurologique et que, par conséquent, l'incapacité de travail retenue était celle à laquelle est parvenue le neurologue, à savoir un taux de 30 % ramené par la suite à un taux de 20 % compte tenu des résultats des IRM cervicale et cérébrale. Cette position est par ailleurs cohérente aussi bien avec les constatations de l'expert psychiatre (ci-dessus, consid. 11.2.2) qu'avec sa conclusion selon laquelle l'impact de l'état de santé psychique sur la capacité de travail de l'expertisé, à qui un épisode dépressif léger a été diagnostiqué, se limitait à un besoin accru de pause et à une prise en compte d'un temps de récupération supérieur à la moyenne (cf. ci-dessus, consid. 11.1.2 et 11.1.3). Aussi, l'expertise bi-disciplinaire dispose-t-elle d'une pleine valeur probante. 12. Le recourant conteste les conclusions du rapport d'expertise bi-disciplinaire, se prévalant d'une incapacité totale de travail perdurant au-delà du 10 septembre 2015. 12.1 A l'appui de ses conclusions, il invoque, sur le plan somatique, l'avis du Dr J. \_\_\_\_\_, spécialiste en rééducation et réadaptation fonctionnelles, en médecine manuelle orthopédique et médecine du sport (cf. rapports des 17 février 2016 et 4 septembre 2017 [pces AI 132, p. 16, et 151, p. 3]) attestant d'un suivi en rééducation depuis fin 2014 pour des douleurs rachidiennes, cervicales, lombaires et des irradiations brachiales bilatérales dominantes à gauche, ainsi que, pour des cervicalgies invalidantes chroniques en évolution constante depuis 2013, celui de la Dresse K. \_\_\_\_\_ (spécialiste en rhumatologie ; cf. rapports des 12 octobre 2016 et 1er septembre 2017) et celui du Dr L. \_\_\_\_\_ (spécialiste en neurochirurgie ; cf. rapport du 5 avril 2017). A la lecture des rapports médicaux invoqués par le recourant, le Tribunal constate que le seul avis médical faisant état de limitations fonctionnelles est celui du 12 octobre 2016 de la Dresse K. \_\_\_\_\_ ; cet avis fait état d'une uncodiscarthrose au niveau C5-C6 et C6-C7, d'une uncarthrose, C-5420/2017 Page 34 d'une discopathie cervicale dégénérative étagée connue et d'une anomalie de signal d'allure inflammatoire en regard des plateaux vertébraux C5-C6 entraînant l'incapacité de l'assuré à exercer un métier physique nécessitant de lever des charges (pce AI 138, p. 3). A l'instar du Dr I. \_\_\_\_\_ (cf. prise de position SMR du 10 avril 2017 [pce AI 142]), le Tribunal considère que l'incapacité au travail physique ainsi retenue par la Dresse K. \_\_\_\_\_ est motivée de manière sommaire. En particulier, les points litigieux importants n'ont pas fait l'objet d'une étude circonstanciée et les conclusions prises par la Dresse K. \_\_\_\_\_ apparaissent au final mal fondées (« pauschal und schlussendlich unbegründet »), de sorte que le rapport précité – qu'il convient de surcroît d'apprécier avec réserve en raison de la relation de confiance, issue du mandat thérapeutique confié au médecin traitant, qui unit celui-ci à son patient (cf. ci-dessus, consid. 7.5.2) – ne saurait emporter la conviction de la Cour ni remettre en question les conclusions de l'expertise bi-disciplinaire des Drs G. \_\_\_\_\_ et H. \_\_\_\_\_, lesquels ont du reste considéré qu'une activité lucrative adaptée à l'état de santé du recourant ne devait nécessiter qu'un effort léger et n'impliquer qu'une contrainte légère à modérée sur l'axe du corps et la ceinture scapulaire (cf. ci-dessus, consid. 11.1.1). 12.2 Sur le plan psychique, le recourant se prévaut de l'avis de sa psychiatre traitante, laquelle considère que son patient souffre d'un trouble de l'adaptation, réaction mixte anxieuse et dépressive, dans un contexte d'épuisement professionnel (F43.22), nécessitant la prolongation de l'arrêt maladie du patient (cf. rapports des 5 juillet 2016 et 30 septembre 2017 de la Dresse M. \_\_\_\_\_, spécialiste en psychiatrie et psychothérapie [pces AI 130, p. 2, et 153, p. 4]). Ces considérations se distinguent de celles du rapport d'expertise bi-disciplinaire et de celles du

médecin SMR qui estime que les arguments de la psychiatre traitante ne remettent pas en cause les conclusions de l'expert Dr H. \_\_\_\_\_ (cf. prise de position du 28 octobre 2017 du Dr N. \_\_\_\_\_, médecin SMR spécialisé en psychiatrie et psychothérapie [pce TAF 9]). D'emblée, le Tribunal constate que le rapport de la psychiatre traitante doit être examiné avec circonspection compte tenu de la relation de confiance issue du mandat thérapeutique confié au médecin traitant, qui unit celui-ci à son patient (cf. ci-dessus, consid. 7.5.2). En outre, si les avis établis par les médecins traitants sont susceptibles de fournir des indications précieuses sur la situation médicale de l'assuré, ils ne sauraient toutefois remettre en cause une expertise ordonnée par l'administration et entraîner automatiquement une obligation de procéder à de nouvelles investigations du seul fait d'une opinion ou d'un diagnostic divergeant (arrêt du Tribunal

C-5420/2017 Page 35 fédéral 8C\_847/2013 du 14 février 2014 consid. 5.1.2 et les références citées ; MICHEL VALTERIO, op. cit., n° 48 ad art. 57 PA). A cet égard, le Tribunal souligne que l'expert Dr H. \_\_\_\_\_ a expressément indiqué ne disposer d'aucun élément justifiant un diagnostic alternatif à celui d'épisode dépressif léger qu'il a posé. Il a en particulier expressément exclu les diagnostics de troubles de la personnalité, traits de la personnalité exacerbés ou autre trouble ou autre maladie psychiatrique à l'issue d'une motivation circonstanciée et convaincante qui emporte la conviction de la Cour (pce AI 117, p. 21). Au demeurant, le Tribunal rappelle que, d'un point de vue médical, le trouble d'adaptation est par définition un phénomène temporaire (HORST DILLING / WERNER MOMBOUR / MARTIN SCHMIDT [édit.], Classification internationale des troubles mentaux, CIM-10, chapitre V (F), 10ème éd., 2015, p. 209), de sorte qu'il n'est pas considéré comme une maladie de longue durée et donc potentiellement invalidante (arrêts du Tribunal fédéral 9C\_87/2017 du 16 mars 2017 et 9C\_210/2017 du 2 mai 2017 consid. 3.2 in fine). 12.3 Partant, aucun document médical versé au dossier par l'assuré n'est susceptible de remettre en cause les conclusions du rapport d'expertise bi-disciplinaire. Celles-ci sont de plus fondées sur deux examens complémentaires (cf. rapports d'IRM cervicale et cérébrale des 8 et 15 juillet 2016 [pce AI 123]) sur la base desquels l'expert neurologue expose que la capacité de travail du recourant dans une activité lucrative adaptée aux troubles somatiques et psychiques s'élève à 80 % et non pas à seulement à 70 % (cf. prise de position complémentaire du 17 novembre 2016 [pce AI 134]). 12.4 A l'instar de l'autorité inférieure, le Tribunal retient par conséquent que le recourant subit une incapacité totale de travail dans son métier de menuisier depuis janvier 2013, mais qu'il présente, depuis le 1er septembre 2015, une capacité de travail de 80 % dans une activité adaptée à son état de santé. 13. Il reste à analyser le calcul du taux d'invalidité effectué par l'OAIE et déterminer si le pourcentage de la diminution de la capacité de gain retenue – 35 % – est conforme au droit. 13.1 Aussi bien lors de l'examen initial du droit à la rente qu'à l'occasion d'une révision de celle-ci, il faut examiner quelle méthode d'évaluation de l'invalidité appliquer. Le choix de l'une des trois méthodes (méthode générale de comparaison des revenus, méthode mixte, méthode

C-5420/2017 Page 36 spécifique / méthode extraordinaire) dépend du statut du bénéficiaire potentiel de la rente : assuré exerçant une activité lucrative à temps complet, assuré exerçant une activité lucrative à temps partiel, assuré non actif (art. 28a LAI). On décidera que l'assuré appartient à l'une ou l'autre de ces trois catégories en fonction de ce qu'il aurait fait, les circonstances étant par ailleurs restées les mêmes, si l'atteinte à la santé n'était pas survenue. En pratique, on tiendra compte de l'évolution de la situation jusqu'au prononcé

de la décision administrative litigieuse, en admettant la reprise hypothétique d'une activité lucrative partielle ou complète, si cette éventualité présente un degré de vraisemblance prépondérante (ATF 129 V 150 consid. 2.1 ainsi que les références citées ; voir, également, ATF 137 V 334 consid. 3.2). 13.2 Chez les assurés qui exercent une activité lucrative à plein temps avant d'être atteints dans leur santé physique, mentale ou psychique, le taux d'invalidité doit être déterminé sur la base d'une comparaison des revenus (art. 16 LPGa). Si l'on ne peut déterminer ou évaluer sûrement le revenu hypothétique sans invalidité et le revenu d'invalidité, tout particulièrement s'agissant des indépendants, il faut procéder à une comparaison des activités et évaluer le degré d'invalidité d'après l'incidence de la capacité de rendement amoindrie sur la situation économique concrète (méthode extraordinaire ; ATF 128 V 29 consid. 1 ainsi que l'arrêt du Tribunal fédéral 8C\_748/2008 du 10 juin 2009 consid. 2.1 et les références citées). En revanche, si la cessation de l'activité indépendante du recourant et le changement de statut qui s'en suit (cotisations sociales en tant que personne sans activité lucrative) correspondent à une modification des circonstances conduisant à rendre exigible envers l'assuré l'exercice d'une activité salariée, respectivement à le considérer comme un hypothétique salarié, alors la méthode de comparaison des revenus s'applique et non pas la méthode extraordinaire (arrêts du Tribunal fédéral 9C\_277/2013 du 28 août 2013 consid. 4.1.2 et 8C\_748/2008 du 10 juin 2009 consid. 4.2.2). Quant aux assurés qui exercent une activité lucrative à temps partiel, le taux d'activité doit en règle générale être déterminé sur la base de la méthode mixte. Tel est aussi le cas lorsque l'assuré, avant la survenance de l'atteinte à la santé litigieuse, a réduit son temps de travail pour des raisons personnelles, étrangères à l'invalidité. En revanche, si la réduction de l'horaire de travail est requise par l'état de santé de l'assuré avant l'atteinte à la santé litigieuse, on doit considérer que le recourant, s'il n'avait pas été atteint dans sa santé, aurait exercé une activité lucrative à plein temps et la méthode mixte n'est alors pas applicable (ATF 129 V 150 consid. 2.1 et 2.2).

C-5420/2017 Page 37 13.3 En l'espèce, A. \_\_\_\_\_, avant la chute survenue le 21 janvier 2013 (ci-dessus, let. A), travaillait en qualité de contremaître menuisier pour le compte de l'entreprise B. \_\_\_\_\_ AG, à (...). Il y bénéficiait depuis le 1er septembre 2000 d'un contrat de travail de durée indéterminée, à un taux d'activité de 100 % (pce AI 49, p. 2). Il y percevait un salaire mensuel de 6'200 francs – 80'600 francs par an (ci-dessus, consid. 9.2). Le contrat de travail prévoyait le versement d'un treizième salaire et 43.75 heures de travail hebdomadaire (pce AI 18, p. 2). Le recourant n'a jamais repris d'activité lucrative suite à la chute du 21 janvier 2013, le dernier jour effectif de travail remontant au 18 janvier 2013 (pce AI 49, p. 2) ; son employeur l'a licencié en octobre 2015 (pce AI 132, p. 5). A l'analyse du dossier, il convient de constater que, sans l'accident survenu en janvier 2013, le recourant aurait très vraisemblablement poursuivi son activité de contremaître menuisier pour le compte de B. \_\_\_\_\_ AG, entreprise au service de laquelle il était depuis 13 ans. Aucun élément du dossier ne permet d'affirmer le contraire, précision étant au surplus faite que l'intéressé a travaillé toute sa carrière professionnelle durant dans le domaine de la menuiserie (sur ce dernier point, cf. pce AI 49, p. 2). Au regard de ce qui précède, aussi bien le revenu hypothétique sans invalidité que le revenu d'invalidité peuvent être déterminés, si bien que c'est à raison que l'OAIE, respectivement l'OAI-C. \_\_\_\_\_, a in casu appliqué la méthode générale de comparaison des revenus en application de la jurisprudence du Tribunal fédéral suisse (ci-dessus, consid. 13.2). 13.4 13.4.1 Selon la méthode de comparaison des revenus, le revenu que le recourant aurait pu obtenir s'il n'était pas invalide (revenu sans invalidité [ci-dessus, consid. 13.4.3]) est comparé avec celui qu'il

pourrait obtenir en exerçant l'activité qui peut raisonnablement être exigée de lui après les traitements et les mesures de réadaptation, sur un marché du travail équilibré (revenu d'invalide [ci-dessous, consid. 13.4.4.1] ; art. 16 LPGA applicable par le renvoi de l'art. 28a al. 1 LAI ; cf. ATF 129 V 222 consid. 4.3.1). La différence entre ces deux revenus détermine alors le degré d'invalidité (ATF 130 V 343 consid. 3.4.2 ; arrêt du Tribunal fédéral 8C\_536/2017 du 5 mars 2018 consid. 5.1). 13.4.2 Les revenus à comparer doivent être évalués de manière aussi concrète que possible si bien qu'il convient, autant que faire se peut, de se référer aux salaires réellement gagnés par l'assuré avant et après la

C-5420/2017 Page 38 survenance de ses problèmes de santé (s'agissant du salaire sans invalidité : ATF 139 V 28 consid. 3.3.2 ; 134 V 322 consid. 4.1 ; arrêt du Tribunal fédéral 9C\_708/2017 du 23 février 2018 consid. 8.1). 13.4.3 Le revenu sans invalidité doit être évalué de la manière la plus concrète possible, conformément au principe général rappelé précédemment (ci-dessus, consid. 13.4.2), et se déduit en principe du salaire réalisé en dernier lieu par la personne assurée avant l'atteinte à la santé, en tenant compte de l'évolution nominale des salaires. Au regard des capacités professionnelles de la personne assurée et des circonstances personnelles la concernant, on prend en considération ses chances réelles d'avancement compromises par le handicap, en posant la présomption qu'elle aurait continué d'exercer son activité sans la survenance de son invalidité. Des exceptions ne sauraient être admises que si elles sont établies au degré de la vraisemblance prépondérante (ATF 139 V précité, *ibid.*, 134 V précité, *ibid.* ; arrêt du Tribunal fédéral 9C\_708/2017 précité, *ibid.*). 13.4.4 13.4.4.1 Le revenu d'invalide doit être évalué avant tout en fonction de la situation professionnelle concrète de l'intéressé. Si la personne assurée n'a pas repris d'activité, ou aucune activité adaptée lui permettant de mettre pleinement en valeur sa capacité résiduelle de travail, contrairement à ce qui serait raisonnablement exigible de sa part, le revenu d'invalide peut être évalué, notamment, sur la base des données statistiques résultant de l'Enquête suisse sur la structure des salaires (ci-après : ESS) édité par l'Office fédéral de la statistique (OFS ; ATF 139 V 592 consid. 2.3 et les références, 129 V 472 consid. 4.2.1, 126 V 75 consid. 3b/aa). Il y a lieu de se référer en principe toujours aux données de l'ESS les plus récentes (ATF 143 V 295 consid. 2.3). Il s'agit de se fonder, en règle générale, sur les salaires mensuels indiqués dans le tableau TA1 de l'ESS, relatif au secteur privé, ligne « Total secteur privé » (ATF 129 V 472 consid. 4.2.1, 126 V 75 consid. 3b/aa ; ATF 142 V 178 consid. 2.5). Toutefois, lorsque cela apparaît indiqué dans le cas concret, afin de permettre à la personne assurée de mettre pleinement à profit sa capacité résiduelle de travail, il y a lieu de se référer aux salaires mensuels de secteurs particuliers, voire de branches particulières. Tel est notamment le cas lorsque, avant l'atteinte à la santé, la personne assurée a travaillé dans un même domaine pendant de nombreuses années et qu'une activité dans un autre domaine n'entre quasiment plus en ligne de compte (arrêt du Tribunal fédéral 8C\_471/2017 du 16 avril 2018 consid. 4.2). Par ailleurs, il n'y a pas d'obligation de

C-5420/2017 Page 39 recourir systématiquement au tableau TA1 (arrêt du Tribunal fédéral 9C\_841/2013 du 7 mars 2014 consid. 4.2) ; cela étant, lorsqu'il convient de faire usage de l'ESS 2012 ou d'une enquête plus récente, il y a alors lieu de se référer – jusqu'à nouvel ordre – au tableau TA1 uniquement (ATF 142 V 178 consid. 2.5.7). En outre, il sied d'adapter ces salaires à l'évolution nominale des salaires, en se fondant sur l'indice des salaires nominaux spécifique aux hommes et aux femmes et par branche (ATF 129 V 408 consid. 3.1.2). 13.4.4.2 Selon la jurisprudence, dans certains cas, le revenu d'invalide

déterminé d'après les données statistiques doit être réduit afin de tenir compte des circonstances personnelles et professionnelles de la personne assurée (limitations liées au handicap, âge, années de service, nationalité ou catégorie d'autorisation de séjour et taux d'occupation) susceptibles de diminuer ses possibilités de réaliser un gain se situant dans la moyenne, applicable aux employés ne souffrant pas d'invalidité, sur le marché ordinaire de l'emploi. Pour fixer la hauteur de cet abattement, il convient d'examiner dans un cas concret et de manière globale si des indices permettent de conclure qu'à cause de l'une ou l'autre des caractéristiques précitées, la personne assurée n'est en mesure d'utiliser sa capacité résiduelle de travail sur le marché ordinaire de l'emploi que contre une rémunération inférieure au salaire moyen correspondant. La hauteur de l'abattement dépend de chaque cas d'espèce, une réduction automatique n'étant pas admissible, et ne peut dépasser 25 % du salaire statistique (ATF 142 V 178 consid. 1.3, 135 V 297 consid. 5.2, 134 V 322 consid. 5.2, 126 V 75 consid. 5b, 124 V 321 consid. 3b/aa ; arrêt du Tribunal fédéral 9C\_677/2015 du 25 janvier 2016 consid. 3.3). L'abattement résulte d'une évaluation et doit être brièvement motivé par l'administration. Le juge des assurances sociales, pour sa part, ne peut, sans motif pertinent, substituer son appréciation à celle de l'administration ; il doit s'appuyer sur des circonstances de nature à faire apparaître sa propre appréciation comme la mieux appropriée (ATF 126 V 75 consid. 6 ; arrêt du Tribunal fédéral 8C\_103/2018 du 25 juillet 2018 consid. 4). 13.4.5 Le Tribunal fédéral a également précisé qu'afin de permettre une comparaison des revenus, les salaires à comparer doivent se fonder sur un même marché du travail car la disparité des niveaux de rémunération et des coûts de la vie ne permet pas, à défaut, de procéder à une comparaison objective des revenus en question (ATF 137 V 20 consid. 5.2.3.2, 110 V 273 consid. 4b ; arrêt du Tribunal fédéral 8C\_300/2015 du 10 novembre 2015 consid. 7.1).

C-5420/2017 Page 40 13.4.6 Pour procéder à la comparaison des revenus, les revenus à comparer doivent être déterminés par rapport à un même moment et les modifications de ces revenus susceptibles d'influencer le droit à la rente survenues jusqu'au moment où la décision est rendue doivent être prises en compte (ATF 132 V 393 consid. 2.1, 129 V 222 consid. 4.1 et 4.2 ; arrêt du Tribunal fédéral 8C\_84/2018 du 1er février 2019 consid. 6.2). De plus, l'autorité doit se fonder sur les données les plus récentes disponibles au moment de la décision (ATF 143 V 295 consid. 4 ; arrêt du Tribunal fédéral 9C\_699/2015 du 6 juillet 2016 consid. 5.2). 13.4.7 Enfin, le degré d'invalidité en vue de l'octroi éventuel d'une rente est ainsi donné par la différence entre un rapport de 100 % et celui, exprimé également en pour cent, qui existe entre le revenu d'invalidé (RI) et le revenu des personnes en bonne santé (RS). Il s'obtient en utilisant la formule suivante :  $[(RS-RI) \times 100]/RS = x \%$  (ch. 3076 de la Circulaire sur l'invalidité et l'impotence dans l'assurance-invalidité [CHAI]). 13.5 13.5.1 En l'occurrence, pour procéder à la comparaison des revenus et évaluer la perte de gain, l'OAIE, dans le cadre des décisions litigieuses du 10 juillet 2017, s'est à juste titre basé sur l'ESS 2014, publiée le 15 avril 2016 (arrêt du Tribunal administratif fédéral C-726/2019 du 13 avril 2021, consid. 14.2), l'enquête suivante – l'ESS 2016 – n'ayant été publiée qu'à une date – le 26 octobre 2018 – postérieure à celle des décisions querellées. L'ESS 2014 contient conséquemment les données les plus récentes disponibles pour traiter le cas d'espèce. 13.5.2 A l'examen de ladite évaluation, le Tribunal relève que l'autorité a correctement déterminé le salaire sans invalidité du recourant, lequel travaillait en qualité de contremaître menuisier, en prenant en considération le salaire tel qu'il ressort du dossier (ci-dessus, consid. 13.3), à savoir celui qui lui a été versé en 2013, en l'indexant afin de tenir compte de la hausse des prix intervenue entretemps. Le salaire annuel sans invalidité

retenu s'élève ainsi à 82'057 francs, 13ème salaire compris (pce AI 149, p. 15). 13.5.3 S'agissant du salaire d'invalidé, il convient de revenir dans un premier temps sur le calcul auquel l'autorité a procédé (ci-dessous, consid. 13.5.3.1) avant d'aborder la question de l'absence d'abattement (ci-dessous, consid. 13.5.3.2).

C-5420/2017 Page 41 13.5.3.1 Le Tribunal rappelle qu'en règle générale, l'évaluation du revenu théorique avec invalidité s'effectue – comme c'est le cas l'espèce (pce AI 149, p. 15) – sur la base du tableau TA 1 (« TA1 skill level ») relatif au secteur privé (ATF 129 V 472 consid. 4.2.1). L'OAIE s'est référé à l'appréciation médicale effectuée par le Dr F.\_\_\_\_\_, médecin SMR, dans ses rapports des 21 novembre 2016 (pce AI 135) et 10 avril 2017 (pce AI 142), lequel s'est principalement basé sur l'expertise bi-disciplinaire réalisée par les Drs G.\_\_\_\_\_ et H.\_\_\_\_\_ ; cette appréciation aboutit à la conclusion que A.\_\_\_\_\_ dispose d'une capacité résiduelle de travail de 80 % dans une activité adaptée à son état de santé à compter du 10 septembre 2015. Pour quantifier le salaire de base des activités de substitution, l'OAIE a retenu à juste titre le salaire de base d'un homme actif dans le secteur privé, au niveau de compétence 1 (tâches physiques ou manuelles simples), soit 5'312 francs (ESS 2014), part au 13ème salaire comprise. Dans son calcul, détaillé au dossier (pce 149, p. 15), l'autorité a au surplus tenu compte de l'horaire usuel de la branche en 2014, soit 41.7 heures hebdomadaire, de l'inflation (de 0.3 %) et du taux d'activité médicalement exigible, de 80 %. Il s'ensuit que le salaire annuel d'invalidé (avec limitation de la capacité de travail et sans abattement) s'élève à 53'322.- (le calcul est le suivant : CHF 5'312 x 12 = CHF 63'744.- ; [CHF 63'744.- x 41.7] : 40 = CHF 66'453.12 ; CHF 66'453.12 x 1.003 = CHF 66'652.47 ; CHF 66'652.47 x 0.80 = CHF 53'321.98). Sur cette base, l'OAIE a calculé le taux d'invalidité en appliquant, conformément à la pratique usuelle, la formule mathématique rappelée précédemment (ci-dessus, consid. 13.4.7), aboutissant à un taux d'invalidité de 35 % (le détail du calcul est le suivant : {[CHF 82'057.- - CHF 53'322.-] x 100} : CHF 82'057.- = 35.02 %). 13.5.3.2 Au surplus, il convient de souligner que, aussi bien dans son mémoire de recours que dans ses écritures subséquentes, A.\_\_\_\_\_ ne remet pas en cause l'absence d'abattement sur le salaire statistique retenu à titre de revenu d'invalidé et n'oppose aucun motif qui justifierait de s'écarter sur ce point de la décision attaquée. Au demeurant, à l'analyse du dossier, il n'apparaît pas critiquable d'avoir renoncé à un abattement dans le cas d'espèce. En effet, on ne voit pas en quoi les limitations fonctionnelles que présente l'assuré – activité légère, non répétitive avec positions alternées et une limite supérieure de port de 10 kilogrammes, évitant les travaux répétitifs en hauteur et les charges vibratoires – entraîneraient, dans les activités encore exigibles de la part du recourant, une diminution des possibilités de ce dernier de réaliser un

C-5420/2017 Page 42 gain se situant dans la moyenne. La question décisive – pour déterminer l'opportunité de tenir compte d'un abattement dans le calcul du revenu d'invalidé – est en effet d'évaluer si les limitations fonctionnelles constituent un facteur qui obligerait l'assuré à mettre en valeur sa capacité résiduelle de travail sur le marché du travail à des conditions économiques plus défavorables que la moyenne, entraînant un désavantage salarial (cf. arrêt du Tribunal fédéral 8C\_860/2018 du 6 septembre 2019 consid. 6.3.3). Rien ne permet en l'espèce de l'affirmer. Dans un souci d'exhaustivité, le Tribunal tient en outre à souligner que la valeur statistique retenue par l'autorité inférieure – le niveau de compétence 1 de l'ESS 2014 – s'applique à tous les assurés qui ne peuvent plus accomplir leur ancienne activité parce qu'elle est physiquement trop astreignante pour leur état de santé, mais qui conservent néanmoins une capacité de travail importante pour des

travaux légers ; pour ces assurés, le salaire statistique retenu est suffisamment représentatif de ce qu'ils seraient en mesure de réaliser en tant qu'invalides dès lors qu'il recouvre un large éventail d'activités variées et non qualifiées, ne requérant pas d'expérience professionnelle spécifique ni de formation particulière, si ce n'est une phase initiale d'adaptation et d'apprentissage (arrêt du Tribunal fédéral 8C\_175/2020 du 22 septembre 2020 consid. 4.2). On rappellera enfin que la diminution de rendement, ici de 20 % incluant un besoin accru de pauses et de temps de récupération, a déjà été prise en considération pour déterminer la capacité de travail et ne constitue pas à elle seule un motif d'abattement (cf. arrêt du Tribunal fédéral 9C\_554/2020 du 14 avril 2021 consid. 6.1 in fine et l'arrêt cité). Au final, l'on ne saurait faire grief à l'autorité inférieure, qui dispose à ce propos d'un large pouvoir d'appréciation (ATF 126 V 75 consid. 6), de n'avoir retenu aucun abattement sur le salaire d'invalidité. 14. Enfin, par souci de complétude, le Tribunal tient à préciser que l'âge de l'assuré, né le 9 mars 1964, n'est pas susceptible de modifier la conclusion à laquelle l'autorité inférieure est parvenue. En effet, au jour des décisions querellées, A.\_\_\_\_\_ se trouvait dans sa 54ème année et n'avait par conséquent pas atteint l'âge – de 60 ans – à partir duquel le Tribunal fédéral admet qu'il peut être difficile de se réinsérer sur le marché du travail (ATF 143 V 431 consid. 4.5.2 ; arrêts du Tribunal fédéral 9C\_195/2019 du 11 juin 2019 consid. 5.3.2, 9C\_505/2016 du 6 juillet 2017 consid. 4.1). 15. Compte tenu de tout ce qui précède, c'est à juste titre que l'OAIE a considéré que le recourant avait récupéré une capacité de travail de 80 %

C-5420/2017 Page 43 dans une activité adaptée à son état de santé à partir du 10 septembre 2015 entraînant une diminution de l'invalidité de 100 % à 35 %, respectivement la suppression du droit à la rente à partir du 1er janvier 2016 (cf. ci-dessus, consid. 8.2). Partant, le recours se révèle mal fondé. 16. 16.1 Vu l'issue de la procédure, les frais de celle-ci, fixés à 800 francs, sont mis à la charge du recourant (art. 63 al. 1 PA). Ils sont compensés par l'avance de frais du même montant dont il s'était acquitté le 8 janvier 2018. 16.2 Dans la mesure où le recourant succombe, il n'y a pas lieu de lui allouer une indemnité à titre de dépens (art. 7 al. 1 a contrario du règlement du 21 février 2008 concernant les frais, dépens et indemnités fixés par le Tribunal administratif fédéral [FITAF ; RS 173.320.2]). L'autorité inférieure n'a quant à elle pas droit à des dépens (art. 7 al. 3 FITAF). (le dispositif est porté à la page suivante)

C-5420/2017 Page 44

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