

BVGer C-6286/2020 vom 11. November 2020

Bundesverwaltungsgericht, 2020-11-11, FR

Quelle: https://mcp.opencaselaw.ch/entscheid/bvger_C-6286_2020_d20201111

FR: TAF C-6286/2020 du 11 novembre 2020

IT: TAF C-6286/2020 del 11 novembre 2020

Regeste

Révision de la rente | Assurance-invalidité, octroi d'une demi-rente (décisions du 11 novembre 2020)

Erwagungen

E. 1.1

La procédure devant le Tribunal administratif fédéral est en principe régie par la loi fédérale du 20 décembre 1968 sur la procédure administrative (PA, RS 172.021 ; art. 37 de la loi du 17 juin 2005 sur le Tribunal administratif fédéral [LTAF, RS 173.32]), sous réserve des dispositions particulières de la loi fédérale du 6 octobre 2000 sur la partie générale du droit des assurances sociales (LPGA, RS 830.1 ; art. 3 let. dbis PA). Selon les principes généraux du droit intertemporel, les règles de procédure s'appliquent dans leur version en vigueur ce jour (ATF 130 V 1 consid. 3.2).

E. 1.2

Le Tribunal administratif fédéral est compétent pour connaître du présent recours (art. 31, 32 et 33 let. d LTAF ; art. 69 al. 1 let. b de la loi fédérale du 19 juin 1959 sur l'assurance-invalidité [LAI, RS 831.20]). Dans la mesure où le recourant est directement touché par la décision attaquée et a un intérêt digne d'être protégé à ce qu'elle soit annulée ou modifiée, il a qualité pour recourir (art. 59 LPGA et 48 al. 1 PA). Déposé en temps utile et dans les formes requises par la loi (art. 60 LPGA et 50 al. 1 PA ; art. 52 al. 1 PA), et l'avance sur les frais de procédure ayant été d m ment acquittée (art. 63 al. 4 PA ; TAF pces 3 et 5), le recours est recevable.

E. 1.3

Domicilié en France voisine, le recourant doit être qualifié de frontalier, si bien que la procédure d'instruction de la demande de prestations a à bon droit été menée par l'OAI du canton B._____ et la décision litigieuse notifiée par l'OAIE (cf. art. 40 al. 2 du règlement du 17 janvier 1961 sur l'assurance-invalidité [RAI, RS 831.201]).

E. 2.1

Le Tribunal administratif fédéral applique le droit d'office, sans être lié par les motifs invoqués par les parties (art. 62 al. 4 PA ; ATAF 2013/46 consid. 3.2), ni par l'argumentation juridique développée dans la décision entreprise (Pierre Moor/Etienne Poltier, Droit administratif, vol. II, 3e éd. 2011, ch. 2.2.6.5 ; Benoît Bovay, Procédure administrative, 2e éd. 2015, p. 243). Il se limite en principe aux griefs soulevés et n'examine les questions de droit non invoquées que dans la mesure où les arguments des parties ou le dossier l'y incitent (ATF 122 V 157 consid. 1a, 121 V 204 consid. 6c).

E. 2.2

Sous réserve de dispositions particulières du droit transitoire, le droit matériel applicable est en principe celui en vigueur lors de la réalisation de l'état de fait qui doit être apprécié juridiquement ou qui a des conséquences juridiques (ATF 143 V 446 consid. 3.3, 136 V 24 consid. 4.3, 132 V 215 consid. 3.1.1). Le juge des assurances sociales apprécie par ailleurs la légalité des décisions attaquées d'après l'état de fait existant au moment où la décision litigieuse a été rendue (en l'espèce, le 11 novembre 2020). 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).

E. 3.1

Au plan formel, le recourant fait valoir que le droit d'être entendu de la partie exige que l'autorité doive indiquer en quoi les conclusions d'un rapport ou d'un expert ne sauraient être suivies. Ce faisant, il se plaint en réalité d'un défaut de motivation des décisions du 11 novembre 2020, par lesquelles l'OAIE a suivi les conclusions des rapports d'expertise neurologique et neuropsychologique, conformément à l'avis du SMR. Or, ce grief doit être rejeté pour les raisons qui vont suivre.

E. 3.2

Garanti par l'art. 29 al. 2 de la Constitution fédérale de la Confédération suisse du 18 avril 1999 (Cst., RS 101), le devoir de motivation exige en effet de l'autorité qu'elle mentionne au moins brièvement les circonstances pertinentes qui l'ont guidée et sur lesquelles elle a fondé sa décision ; elle n'a toutefois pas l'obligation d'exposer et de discuter tous les arguments invoqués par les parties (ATF 129 I 232 consid. 3.2, 126 I 97 consid. 2b).

E. 3.3

En l'espèce, l'OAIE a, dans les décisions entreprises, expliqué, quoi qu'en dise le recourant, les raisons qui l'ont amené à suivre les conclusions des expertises neurologique du Dr D._____ et neuropsychologique de Mme J._____. En effet, cet office a exposé que les expertises, jugées nécessaires pour pouvoir se prononcer en toute connaissance de cause, avaient été reconnues probantes par le SMR en tant qu'elles avaient relevé que les séquelles tant neurologiques que neuropsychologiques étaient peu sévères et que l'échec des mesures de réadaptation comme l'ampleur des plaintes et leurs répercussions objectives ne pouvaient être retenues (cf. AI pce 210). Cependant, et contrairement à ce que prétend le recourant, l'OAIE n'avait pas à exposer et discuter davantage le fait qu'il n'ait pas suivi les conclusions des médecins traitants du recourant, dans la mesure où cela ressort implicitement du fait d'avoir reconnu pleine valeur probante aux expertises et que cela ressort clairement du dossier. Il en va de même pour les documents médicaux versés en cause par le recourant au stade de l'opposition (cf. AI pces 199, 204 et 205) qui, soit ont répété leurs conclusions antérieures (cf. notamment AI pces 137 et 111 p. 277) et affirmé que les conclusions des expertises étaient contradictoires, soit se sont uniquement déterminés sur la constatation faite par la neuropsychologie que le recourant aurait consommé de l'alcool avant de se rendre à l'expertise neuropsychologique. Aussi les décisions querellées ne sont-elles pas sujettes à critique sous l'angle de l'obligation de motiver.

E. 4

Défini par les conclusions du recourant, le litige porte en l'espèce sur le bien-fondé du droit à une rente entière de l'AI.

E. 5.1

S'agissant du droit applicable, l'affaire présente un aspect transfrontalier, dans la mesure où le recourant est un ressortissant français, domicilié en France, 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) ainsi que ses annexes et règlements (en particulier : 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] et 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]). Toutefois, l'invalidité ouvrant droit à des prestations de l'assurance-invalidité suisse se détermine exclusivement d'après le droit suisse (art. 46 al. 3 et annexe VII du règlement n° 883/2004 ; ATF 130 V 253 consid. 2.4 ; arrêt du Tribunal fédéral 9C_573/2012 du 16 janvier 2013 consid. 4).

E. 5.2

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

E. 6

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

E. 7.1

L'invalidité est l'incapacité de gain totale ou partielle qui est présumée permanente ou de longue durée (art. 8 al. 1 LPGA). Elle peut résulter d'une infirmité congénitale, d'une maladie ou d'un accident (art. 4 al. 1 LAI) et est réputée survenue dès qu'elle est, par sa nature et sa gravité, propre à ouvrir droit aux prestations entrant en considération (art. 4 al. 2 LAI). Selon l'art. 7 al. 1 LPGA, est réputée incapacité de gain toute diminution de l'ensemble ou d'une partie des possibilités de gain de l'assuré sur un marché du travail équilibré dans son domaine d'activité, si cette diminution résulte d'une atteinte à sa santé physique, mentale ou psychique et qu'elle persiste après les traitements et les mesures de réadaptation exigibles. De plus, il n'y a incapacité de gain que si celle-ci n'est pas objectivement surmontable (art. 7 al. 2 LPGA). En cas d'incapacité de travail de longue durée, l'activité qui peut être exigée de l'assuré peut aussi relever d'une autre profession ou d'un autre domaine d'activité (art. 6, 2e phrase LPGA).

E. 7.2

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

incapacité de travail (art. 6 LPGA) d'au moins 40 % en moyenne durant une année sans interruption notable (let. b) ; et si, au terme de cette année, il est invalide (art. 8 LPGA) à 40 % au moins (let. c). La rente est échelonnée comme suit selon le taux d'invalidité : un taux d'invalidité de 40% au moins donne droit à un quart de rente ; lorsque l'invalidité atteint 50% au moins, l'assuré-e a droit à une demi-rente ; lorsqu'elle atteint 60% au moins, l'assuré-e a droit à trois quarts de rente et lorsque le taux d'invalidité est de 70% au moins, l'assuré-e a droit à une rente entière (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 lorsqu'une personne assurée est une ressortissante suisse ou de l'UE et réside dans l'un des Etats membres de l'UE (ATF 130 V 253 consid. 2.3 et 3.1 ; art. 4 et 7 du règlement n° 883/2004).

E. 7.3

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

E. 8.1

Pour pouvoir déterminer la capacité de travail médico-théorique d'une personne assurée et évaluer son invalidité, l'administration, ou le juge en cas de recours, a besoin de documents que le médecin ou éventuellement d'autres spécialistes doivent lui fournir (ATF 117 V 282 consid. 4a). La tâche des médecins consiste à porter un jugement sur l'état de santé et à indiquer dans quelle mesure et pour quelles activités la personne assurée est incapable de travailler, compte tenu de ses limitations (ATF 143 V 418 consid. 6, 132 V 93 consid. 4, 125 V 256 consid. 4 et les références). Le principe de la libre appréciation des preuves s'applique de manière générale à toute procédure de nature administrative, que ce soit devant l'administration ou le juge. La jurisprudence a toutefois posé des lignes directrices en matière d'appréciation des rapports médicaux et d'expertise (ATF 125 V 351 consid. 3b). Ainsi, avant de conférer pleine valeur probante à un rapport médical, il convient de s'assurer que les points litigieux importants ont fait l'objet d'une étude circonstanciée, que le rapport se fonde sur des examens complets, qu'il prend également en considération les plaintes exprimées, qu'il a été établi en pleine connaissance de l'anamnèse, que la description du contexte médical et l'appréciation de la situation médicale sont claires et enfin que les conclusions du médecin sont dûment motivées (ATF 134 V 231 consid. 5.1). La valeur probante d'un rapport médical ou d'une expertise est de plus liée à la condition que le médecin qui se prononce dispose de la formation spécialisée nécessaire et de compétences professionnelles dans le domaine d'investigation (arrêts du Tribunal fédéral 9C_555/2017 du 22 novembre 2017 consid. 3.1 et les références, 9C_745/2010 du 30 mars 2011 consid. 3.2 et 9C_59/2010 du 11 juin 2010 consid. 4.1 ; Michel Valterio, Commentaire, Loi fédérale sur l'assurance-invalidité [LAI], 2018, art. 57 LAI n° 33). Lorsqu'au stade de la procédure administrative, une expertise confiée à un médecin indépendant est établie par un-e spécialiste reconnu-e, sur la base d'observations approfondies et d'investigations complètes, de même qu'en pleine connaissance du dossier, et que l'expert-e aboutit à des résultats convaincants, il y a lieu de reconnaître pleine valeur probante à ces résultats, aussi longtemps qu'aucun indice concret ne permet de douter de leur bien-fondé (ATF 137 V 210

consid. 2.2.2, 135 V 465 consid. 4.4, 125 V 351 consid. 3b/bb).

E. 8.2

Si l'administration ou le juge, se fondant sur une appréciation consciencieuse des preuves, sont convaincus que certains faits présentent un degré de vraisemblance prépondérante et que d'autres mesures probatoires ne pourraient plus modifier cette appréciation, il est superflu d'administrer d'autres preuves (appréciation anticipée des preuves ; Ueli Kieser, ATSG-Kommentar, 4e éd. 2020, art. 42 LPGA n° 31 ; ATF 122 II 464 consid. 4a). Une telle manière de procéder ne viole pas le droit d'être entendu selon l'art. 29 al. 2 Cst. (Sozialversicherungsrecht [SVR] 2001 IV n° 10 p. 28).

E. 9

Dans le cadre de l'instruction de la demande, les documents médicaux suivants ont encore été versés au dossier : - différents rapports médicaux ou des rapports d'hospitalisation des hôpitaux du (...), de (...) ou de (...) (AI pce 9 p. 33 ss) ; - des rapports médicaux du Dr G._____, médecin généraliste et acupuncteur, des 6 mars, 28 juin et 20 novembre 2017, ainsi qu'un rapport non daté de ce même médecin, reçu le 15 novembre 2016, retenant un diagnostic d'AVC ischémique thalamique dans le territoire de l'artère cérébrale moyenne gauche, hémicorps droit et de foramen ovale perméable massif depuis le 13 août 2016. Ce médecin indique en substance, dans son premier rapport, que l'incapacité de travail est totale du 13 août au 31 décembre 2016, puis de 50 % à compter du 1er janvier 2017 (AI pes 9 p. 41 à 44). Dans ses rapports suivants, il relève au final une incapacité de travail totale du 13 août 2016 au 31 janvier 2018 (AI pces 19, 30, 33). En tant que limitations fonctionnelles, il prohibe les activités uniquement en position assise ou debout exercées principalement en marchant, ou encore des activités nécessitant de travailler avec les bras au-dessus de la tête, accroupi à genoux, avec rotation en position assise/debout, avec des ports de charge supérieurs à 10kg, nécessitant de monter sur une échelle ou un échafaudage ou encore requérant de la concentration (AI pce 33) ; - un rapport relatif à une IRM cérébrale du 28 avril 2018 du Dr U._____, radiologue, réalisée suite à des troubles de l'élocution et concluant à une lésion de type ischémique récente thalamique gauche au contact d'une lésion plus ancienne lacunaire aussi thalamique (AI pce 46) ; - un rapport de résultat d'examen du 11 juillet 2018 du Dr I._____, neurologue, signalant une instabilité au Romberg, une hémiparésie droite sensitivo-motrice à prédominance crurale, les réflexes ostéo-tendineux sont plus vifs à droite, une hypoesthésie dans le territoire du fémoro-cutané gauche, pas de syndrome cérébelleux ni vestibulaire et les nerfs du crâne sont indemnes. Les bruits du coeur sont réguliers et la tension artérielle à 140/80 mmHg (AI pce 55 p. 164) ; - un rapport du 7 août 2018 relatif à une angio-IRM de Willis, établi par le Dr V._____, neurologue, concluant à un polygone de Willis fonctionnel (AI pce 59) ; - un rapport d'expertise neurologique du 13 août 2018 du Dr D._____, (AI pce 55) ; - un certificat pour le patient du 14 novembre 2018 du Dr G._____, indiquant que devant les troubles du recourant, une prise en charge rééducative devra être intégrée à son activité professionnelle, un travail à temps partiel à 80 %, même sur un poste adapté et même avec une augmentation progressive du temps de travail, étant incompatible avec l'état de santé du recourant (AI pce 68) ; - un rapport médical intermédiaire non daté du Dr G._____, posant un diagnostic d'AVC dont le premier épisode a eu lieu en 2016, relevant que l'état de santé du recourant s'est aggravé à partir de 2018 et retenant une incapacité de travail totale du 14 mars 2016 au 31 janvier 2018 (AI pce 78) ; - un certificat du 7 mars 2019 de M. K._____, masseur kinésithérapeute conventionné, constatant que l'état physique du recourant s'est dégradé

avec une perte d'endurance, de coordination à la marche, ainsi qu'au au niveau du membre supérieur droit, de fortes tensions musculaires, la situation actuelle avec le stage ne permettant pas la continuation de la récupération de l'autonomie du patient (AI pce 89) ; - un certificat médical du 26 janvier 2019 du Dr H. _____, indiquant un champ visuel déficitaire à l'oeil gauche (AI pce 90) ; - des rapports de l'Orif de (...) des 18 février, 19 mars, 10 avril, 3 juin et 16 juillet 2019 (AI pces 85, 87, 94, 109 et 112) ; - un certificat pour le patient du 15 avril 2019 du Dr G. _____, faisant état d'un recourant présentant depuis son stage professionnel une nette altération de l'état général avec une baisse de son périmètre de marche, l'aggravation de trouble cognitif associée à une importante fatigabilité, les performances fonctionnelles étant altérées. Selon ce médecin, le maintien du stage, voire l'augmentation du temps de présence semble incompatibles avec l'état de santé du recourant (AI pce 99) ; - un rapport du 15 mai 2019 relatif à une IRM cérébrale du Dr W. _____, radiologue, concluant à l'absence d'AVC ischémique ou hémorragique récent constitué (AI pce 111 p. 274) ; - un résultat d'examen du 31 mai 2019 du Dr I. _____, faisant les mêmes constats que dans son précédent rapport. Le médecin relève que le recourant se trouve au stade de séquelles irréversibles des multiples AVC ischémiques, présentant des séquelles non seulement physiques mais également neuropsychologiques (AI pce 111 p. 279) ; - une attestation du 6 juin 2019 de M. K. _____, constatant que l'état physique du recourant s'est dégradé sous forme de perte d'endurance et de coordination à la marche et aussi au niveau du membre supérieur droit avec de fortes tensions musculaires. Le masseur-kinésithérapeute relève, en substance, que la rallonge du temps de travail dans le cadre du stage professionnel n'a fait qu'accélérer la dégradation, la condition physique et morale du patient lui faisant craindre une forte probabilité de rechute (AI pce 111 p. 277) ; - un certificat médical du 12 juin 2019 du Dr H. _____, signalant que le tonus oculaire est plus élevé depuis le contrôle du 21 janvier précédent (AI pce 111 p. 275) ; - un rapport médical intermédiaire du 18 juin 2019 du Dr G. _____, retenant un diagnostic avec effet sur la capacité de travail d'AVC à répétition. Le médecin constate que l'état de santé s'est aggravé depuis le 15 janvier précédent et que depuis le stage professionnel, le recourant présente une nette dégradation tant physique que cognitive. Il considère que celui-ci a une incapacité de travail de 35 % depuis le 15 janvier 2019 et fixe des limitations fonctionnelles (AI pce 111 p. 269 à 272) ; - deux certificats pour le patient du 18 juin 2019 du Dr G. _____, indiquant que le recourant présente des séquelles tant physiques que cognitives de ses AVC à répétition. Le médecin ajoute que depuis le stage professionnel, l'état tant physique que cognitif du patient a nécessité l'arrêt de la rééducation fonctionnelle, n'étant plus en capacité de faire les exercices. Il relève encore des troubles mnésiques et une importante fatigabilité qui augmente crescendo au fur et à mesure du stage (AI pce 111 p. 276), et que malgré l'arrêt dudit stage trois semaines auparavant, aucune amélioration de l'état général du patient n'est constatée (AI pce 123 p. 304) ; - un résultat d'examen du 1er juillet 2019 du Dr I. _____, rapportant un bilan ne mettant en évidence que quelques difficultés attentionnelles et un ralentissement idéomoteur plutôt en rapport avec le déficit sensitivomoteur séquellaire (AI pce 138 p. 335) ; - un rapport médical du 2 juillet 2019 du Dr I. _____, annonçant que son bilan neuropsychologique ne met en évidence que quelques difficultés attentionnelles et un ralentissement idéomoteur plutôt en rapport avec le déficit sensitivomoteur séquellaire (AI pce 136 p. 325 ; voir aussi résumé de la consultation du 1er juillet 2019 établi par le même médecin pce 136 p. 326 à 332) ; - deux certificats médicaux du 23 août 2019 du Dr G. _____, relevant en substance que le bilan neuropsychologique ne se rapporte qu'à la partie cognitive et non fonctionnelle, ne

concernant en particulier pas les séquelles physiques et l'importante fatigabilité consécutive aux AVC à répétition dont le recourant est la proie. Ce médecin affirme qu'il serait souhaitable qu'un bilan neurologique complet soit organisé auprès d'un organisme agréé par l'AI, afin d'évaluer l'ensemble des séquelles constatées (AI pce 136 p. 324) ; il signale que le recourant nécessite un arrêt de travail complet et définitif et que les conditions de la mesure de réinsertion ne sont plus compatibles avec son état physique et la fatigabilité consécutive à ses trois AVC, et ce à compter du 28 août 2019 (AI pce 137) ; - un rapport d'examen neuropsychologique du 4 mars 2020 de Mme J. _____ (AI pce 167) ; - un rapport d'expertise neurologique du 10 mars 2020 (AI pce 172) et un complément d'expertise du 23 avril suivant du Dr D. _____ (AI pce 180) ; - un rapport médical du 17 août 2020 du Dr G. _____, considérant notamment que l'expertise neurologique et neuropsychologique susmentionnée est contradictoire et relevant que le recourant présente toujours une importante asthénie, des troubles moteurs des membres droits, une difficulté à la marche avec une baisse de la force du membre inférieur droit et des troubles moteurs en particulier dans la motricité fine de la main droite (AI pce 199 p. 552 à 553) ; - un certificat du 26 août 2020 de M. K. _____, constatant que le recourant n'a pas récupéré une arche fluide, ainsi qu'un déficit musculaire du membre inférieur droit, une endurance lors de la réalisation d'exercices inférieure à celle d'avant le stage professionnel et des tensions musculaires et une rapide fatigabilité au niveau du membre supérieur droit ne permettant pas de réaliser les exercices demandés. Ce masseur-kinésithérapeute relève que le recourant met beaucoup plus de temps à récupérer son niveau physique qui était le sien et que la condition physique et morale à ce moment lui fait craindre une forte probabilité de rechute (AI pce 199 p. 554).

E. 10

Pour fonder les décisions litigieuses, l'autorité inférieure a suivi l'avis médical du 6 mai 2020 de son SMR exprimé par le biais du Dr F. _____ (AI pce 181), lequel avait repris les conclusions des rapports d'expertise neurologique du 10 mars 2020 du Dr D. _____ (AI pce 172), complétées le 23 avril 2020 (AI pce 180), et neuropsychologique du 4 mars 2020 de Mme J. _____ (AI pce 167).

E. 11

Il appartient au Tribunal d'examiner en particulier si les rapports d'expertise neurologique complété et neuropsychologique pouvaient en l'espèce se voir attribuer pleine valeur probante, comme le considèrent, du moins implicitement, l'autorité inférieure et son SMR.

E. 11.1

Il sied dans un premier temps de traiter la question de savoir si les exigences formelles posées par la jurisprudence sont remplies dans le cas de ces rapports. Force est de constater que les experts, le Dr D. _____ et Mme J. _____, en tant que spécialiste FMH en neurologie, respectivement psychologue spécialisée en neuropsychologie FSP, sont des spécialistes reconnus dans les domaines investigués et disposant des connaissances et de la spécialisation requises pour être en mesure de se prononcer valablement sur les pathologies du recourant, au demeurant prises en compte dans leur intégralité à l'exception, certes, des problèmes afférents à l'oeil gauche de l'assuré. Cela est toutefois sans pertinence en l'espèce, les certificats médicaux du Dr H. _____ des 26 janvier et 12 juin 2019 ne faisant pas état d'une incapacité de travail de ce fait (AI pces 90 et 111 p 275). Par ailleurs, les experts ont pris en considération les plaintes de l'assuré (pour l'expertise neurologique : AI pce 172 p. 446 à 448 ; pour l'expertise neuropsychologique : AI pce 167 p. 431 à 432), en ayant

pleinement connaissance de l'anamnèse (AI pce 167 p. 430 à 432 et AI pce 172 p. 444 à 449) et du dossier du recourant (AI pce 167 p. 431 et AI pce 172 p. 445). Les quelques documents suivants, non recensés par le Dr D._____, ne portent pas préjudice aux conclusions de ce médecin. En effet, les certificats du Dr H._____, au demeurant non neurologue, n'indiquent - on l'a vu - aucune répercussion sur la capacité de travail du recourant (AI pces 90 et 111 p. 275) ; quant à l'attestation du masseur-kinésithérapeute et physiothérapeute, M. K._____, du 6 juin 2019 (AI pce 111 p. 277), son contenu est similaire à celle qu'il a rédigé le 7 mars 2019 (AI pce 89). Il en est de même tant du certificat médical du 2 juillet 2019 du Dr I._____ (AI pce 136 p. 325), lui également non mentionné par l'expertise mais fort similaire à un certificat de ce même médecin du 1er juillet 2019 (AI pce 138 p. 335), que des deux certificats médicaux du 23 août 2019 du Dr G._____ (AI pce 137), ce médecin ayant souvent répété ses conclusions. Enfin, la description du contexte médical est claire (AI pce 167 p. 430 à 431 et AI pce 172 p. 444 à 446). En conséquence, les exigences formelles posées par la jurisprudence sont respectées par les deux rapports d'expertises.

E. 11.2

S'agissant des griefs d'ordre médical (conclusions de l'experte neuropsychologique fausses, voire humiliantes et diffamatoires, conclusions contradictoires des experts, dossier devant être complété) ou afférents à une différence de perception de la capacité de travail soulevés par l'intéressé dans son recours, il convient de se prononcer de la façon suivante.

E. 11.2.1

Dans un premier moyen, le recourant reproche à l'OAIE d'avoir mal évalué son état de santé dans la décision attaquée et de n'avoir pas tenu compte de son âge avancé, requérant de ce fait l'octroi d'une rente entière d'invalidité. En ayant retenu une capacité de travail de 80 % avec diminution de rendement de 20 %, selon une expertise médicale et un avis médical de son SMR, l'autorité inférieure aurait, à ses dires, abouti à des résultats qui heurtent le dossier, et en particulier les constatations de l'Orif de (...). Il relève que les experts de l'Orif de (...), qui l'ont vu au travail durant plusieurs mois, ont estimé qu'il ne dispose d'aucune capacité de travail dans l'économie réelle et les mesures d'ordre professionnel n'ont pas été reconduites. Au niveau des expertises neurologique et neuropsychologique, le recourant soutient qu'elles renferment des conclusions contradictoires. Ainsi, l'expert neurologue, le Dr D._____, peinerait à expliquer l'échec des mesures de réadaptation, ainsi que les plaintes de l'expertisé et leurs répercussions objectives, ayant même dû corriger son premier rapport par courrier du 23 avril 2020. Cette confusion resterait d'après lui au dossier et affaiblirait grandement la valeur des examens médicaux. En ce qui concerne l'experte neuropsychologue, Mme J._____, celle-ci n'aurait, selon lui, pas tenu compte de l'hémisyndrome sensitivo-moteur et ataxique droit constaté sur le plan neurologique lorsqu'elle a fixé une capacité de travail dans une activité adaptée de 64 %. De plus, elle n'aurait relevé que deux AVC, alors qu'il en a connu trois, comme le relève le Dr D._____ dans son rapport d'expertise. Enfin, il conteste les constatations de Mme J._____ aux termes desquelles il présenterait une hygiène négligée avec odeur de cigarette et d'alcool (foetor alcoolique), alors qu'il fume rarement et seulement le soir à la maison, à raison d'une ou deux cigarettes, et qu'il boit très modérément un verre de vin, en mangeant. Cela lui fait penser que l'experte neuropsychologique se serait trompée de patient lors de la rédaction du rapport d'expertise neuropsychologique. De plus, elle serait la seule à avoir nié sa bonne volonté à répondre au mieux aux exigences des mesures d'ordre

professionnel. Au final, il soutient que le dossier doit être complété, la persistance des troubles neurologiques étant clairement susceptible d'influencer sa réintégration sur le marché du travail et les rapports d'expertises n'emportant pas valeur probante exigée pourtant par la jurisprudence, avec une capacité de travail résiduelle pas détaillée de façon suffisamment convaincante. Pour lui, la décision attaquée était prématurée, des doutes subsistant tout particulièrement sur l'impact exact que peuvent avoir les troubles neuropsychologiques et de la personnalité, résiduel à l'AVC, sur l'exercice d'une activité lucrative en général, et sur la capacité d'adaptation du recourant dans une nouvelle activité en particulier.

E. 11.2.2

L'OAIE, dans les décisions dont est recours, a estimé que sur la base de ses constatations, le recourant avait droit à une demi-rente d'invalidité au taux de 54 % dès le 13 août 2017, sous déduction des indemnités journalières versées du 14 janvier au 31 août 2019. En effet, son médecin-conseil du SMR avait jugé nécessaire de mettre en place une expertise médicale pour pouvoir se prononcer en toute connaissance et conclure, sur la base de dite expertise, que le recourant présentait une incapacité de travail de 60 % dans l'activité habituelle, mise à part les périodes du 13 août au 30 novembre 2016 et du 1er mars au 31 mars 2018 où il présentait une incapacité de travail totale. Dans une activité adaptée, il connaissait une capacité de travail de 80 % avec une diminution de rendement de 20 %. Le tout aboutissait à un taux d'invalidité de 54 %. Il a encore constaté que les expertises neurologique et neuropsychologique ont relevé que les séquelles tant neurologique que neuropsychologique sont peu sévères et l'échec des mesures de réadaptation, comme l'ampleur des plaintes et leur répercussion objectives ne peuvent pas être retenues. Dans sa réponse, l'autorité inférieure a encore considéré que les expertises neurologique et neuropsychologique remplissaient les réquisits jurisprudentiels en matière de preuve et devaient se voir accorder pleine valeur probante. Il avance en particulier que les limitations fonctionnelles avaient été correctement fixées dans une première expertise du Dr D._____, que les expertises ne souffrent pas de contradictions en cas de lecture attentive, que les appréciations de médecins l'emportent sur celles faites à l'occasion d'un stage d'observation professionnelle et qu'il n'existe pas, sur la base des documents au dossier, d'élément qui ferait supposer que l'experte neuropsychologue aurait mal apprécié la situation ou aurait rapporté de fausses informations.

E. 11.2.3

Il convient d'examiner si les rapports d'expertise neurologique et neuropsychologique répondent aux exigences jurisprudentielles de nature matérielle et s'ils peuvent se voir attribuer pleine valeur probante.

E. 11.2.3.1

L'expertise neurologique du Dr D._____ a consisté en un entretien ouvert, lequel a tenu compte notamment des indications fournies spontanément par l'assuré, et un entretien dirigé (AI pce 172 p. 446 à 448). Ensuite, les constatations objectives relatives au comportement et à l'apparence extérieure, à la compréhension linguistique et à l'examen sont rapportées. L'expert a encore analysé des pièces radiologiques d'une IRM cérébrale du 15 mai 2019 et signale que l'examen neuropsychologique fait l'objet d'un rapport annexé (AI pce 172 p. 449 à 451). Lors de son examen, le Dr D._____ a, au niveau du status neurologique (AI pce 172 p. 450 s.), observé notamment des réflexes tendineux un peu plus vifs à droite, les

cutanés plantaires répondant en flexion des deux côtés. Il a encore constaté une épreuve des bras tendus bien stabilisée en dehors de discrètes oscillations à droite, un discret abaissement du membre inférieur droit à l'épreuve des jambes fléchies, un non ralentissement des mouvements fins, et ceci ni aux membres supérieurs, ni inférieurs. Il a encore relevé que la diadococinésie est très discrètement ralentie à droite, qu'il existe une discrète ataxie cinétique avec dysmétrie tant aux membres supérieur et inférieur droits, que le recourant présente une petite boiterie d'épargne du membre inférieur droit en position debout et à la marche, une discrète ataxie statique avec danse des tendons à l'épreuve de Romberg et un sautellement en appui monopodal nettement diminué du côté droit. La sensibilité tactile et algique au membre supérieur droit, prédominant distalement dans la main est diminuée. L'expert retrouve de façon plus discrète une diminution de la sensibilité au membre inférieur droit et une pallesthésie malléolaire un peu diminuée à droite. Il en va de même de la stéréognosie, mais le recourant est dit capable de manipuler très bien la pièce de monnaie, sans la lâcher. Pour le rapport d'IRM cérébrale du 15 mai 2019, le Dr D._____ signale que cet examen met en évidence trois lésions ischémiques séquellaires thalamo-lenticulaires, dont deux à droite et une à gauche, anciennes, inchangées par rapport aux examens précédents. Le Tribunal remarque dès lors que les examens entrepris par l'expert neurologue sont complets et bien documentés. Celui-ci rapporte ses observations approfondies qu'il a fait à cette occasion tout en appréciant la situation médicale de façon claire. C'est ainsi qu'il pose ensuite des diagnostics d'hémisyndrome sensitivomoteur et ataxique à droite, avec objectivement un discret abaissement du membre inférieur droit à l'épreuve des jambes fléchies, une diadococinésie discrètement ralentie à droite, une discrète ataxie cinétique aux membres supérieur et inférieur droits, une petite boiterie d'épargne du membre inférieur droit à la marche, une discrète ataxie statique, avec altération de la sensibilité spinothalamique aux membres supérieur et inférieur droits, et une hypopallesthésie malléolaire droite. A cela s'ajoutent de discrets troubles cognitifs d'ordre attentionnel et exécutif. L'expert explique que ces diagnostics peuvent être mis sur le compte d'un status après trois infarctus thalamiques d'allure lacunaire, de localisation droite pour une lésion et de localisation gauche pour les deux autres, les AVC pouvant être estimés comme ayant eu lieu en 2011, 2016 et 2018 (AI pce 172 p. 451 à 452). Ces résultats sont convaincants au regard des observations que l'expert a faites et du dossier. En effet, il ressort de ce dernier que l'assuré est avant tout touché au niveau de l'hémicorps droit (voir notamment rapport médical du 6 mars 2017 [AI pce 19] et rapport médical intermédiaire reçu le 20 novembre 2017 du Dr G._____ [AI pce 33]). Pour l'hypoesthésie dans le territoire fémoro-cutané gauche relevée par le Dr I._____ (AI pce 55 p. 164), il faut rappeler que l'expert neurologue l'avait déjà objectivée lors de sa première expertise en 2018 (voir AI pce 55). Ensuite, l'expert neurologue rappelle notamment que le recourant est droitier et indique que ses plaintes n'ont guère évolué (AI pce 172 p. 452). Il fait part de son évaluation clinique, en vertu de laquelle le recourant a été objectivé comme étant plaintif par rapport aux troubles objectifs observés. Il mentionne les résultats de l'expertise neuropsychologique. Il conclut que le status neurologique ne s'est guère modifié depuis son examen précédente, retrouvant un hémisyndrome sensitivomoteur et ataxique droit, avec des signes cortico-spinaux essentiellement réflexes et à la marche, une ataxie cinétique et statique discrète, une altération de la sensibilité superficielle et profonde de l'hémicorps droit, qui peut être considérée comme mineure, sans nette répercussion ni sur la graphesthésie, ni sur la stéréognosie de manière significative (AI pce 172 p. 453). Lors de l'évaluation de la cohérence et de la plausibilité, l'expert neurologue insiste sur le fait que

sur la base des éléments objectifs, tant neurologiques que neuropsychologiques, il peine à expliquer l'échec des mesures de réadaptation, ainsi que l'ampleur des plaintes et leurs répercussions objectives, les séquelles tant neurologiques que neuropsychologiques étant peu sévères, compatibles avec une activité adaptée, et la fatigue post-AVC étant certes plausible, mais pas au point, et loin de là, d'expliquer une incapacité de travail entière (AI pce 172 p. 454). Il explique cette discordance en évoquant qu'elle « pourrait être liée à divers facteurs », savoir : un aspect psychique lorsque l'expertisé, qui a semblé euthymique, lui a dit avoir un moral qui n'est « pas au beau fixe » ; une négligence sur l'assuré lors de l'examen neuropsychologique ; une éventuelle majoration (« pourrait ») au vu des plaintes qui sont quelque peu teintées d'éléments non spécifiques. Il signale encore que la mobilisation des ressources s'est révélée fluctuante, avec à l'examen neuropsychologique des résultats manquant de cohérence (AI pce 172 p. 454). Force est de constater à l'aune des réquisits jurisprudentiels que cette motivation se révèle problématique à plusieurs égards. Tout d'abord, l'expert neurologue passe sous silence l'existence de points litigieux et d'opinions divergentes de médecins, certes traitants, mais également consultés, pas plus qu'il ne les explique. Or, ces avis ne sont pas négligeables. Par exemple, le Dr I. _____, également neurologue, s'il fait état d'atteintes à la santé du recourant en juillet 2018 (AI pce 55 p. 164), relève que les séquelles des AVC sont en mai 2019 irréversibles (AI pce 111 p. 279). Si les rapports de ce médecin spécialiste traitant sont certes brièvement motivés, il n'en demeure pas moins qu'ils sont susceptibles de faire naître un doute concret quant à l'appréciation donnée en l'état par l'expert neurologue. De plus, le Dr D. _____ ne motive pas dûment les divergences constatées, en se contentant de proposer des possibilités (avec l'emploi de la forme conditionnelle du verbe pouvoir), ne permettant pas au Tribunal de céans de se faire une image d'ensemble claire, même au degré de la vraisemblance prépondérante, de la situation médicale du recourant. Enfin, on relèvera que l'expert neurologue conclut, s'agissant de la capacité de travail du recourant, que celle-ci est toujours de 40 % dans l'activité habituelle (voir AI pce 180) ; dans une activité adaptée, elle est désormais de 64 % en raison d'une diminution nouvelle du rendement de 20 % (par rapport aux 80 % de capacité de travail retenus dans sa première expertise en 2018). Or, on comprend difficilement cette modification de la capacité de travail résiduelle, dans la mesure où l'expert lui-même assure qu'il n'y a pas de changement au niveau des limitations fonctionnelles. Par ailleurs, il affirme que la capacité de travail dans une activité adaptée doit de manière définitive être établie à partir du 13 août 2016 (AI pce 172 p. 454 et 455). Cependant, il sied de remarquer que cette conclusion est en contradiction avec celle que ce même expert retenait dans sa première expertise, à savoir une capacité de travail de 80 % dans une activité adaptée avec rendement normal jusqu'en 2018 (AI pce 55) : l'expert n'explique au demeurant en rien cette différence. Les conclusions de l'expert à ce sujet sont également mises à mal par les évaluations de l'Orif de (...) (AI pces 85, 87, 94, 109 et 112) et le rapport intermédiaire de l'OAI du 22 juillet 2019 (AI pce 113), lesquels, après plusieurs mois d'observation, font état d'un assuré présentant un rendement qui reste faible dans toutes les activités (AI pces 94 p. 239, 109 p. 266, 112 p. 283 et 113) avec un rythme également faible, et en fin de journée une mobilité générale en baisse et des signes de fatigue (AI pce 109 p. 266). Il ressort au surplus du rapport intermédiaire de l'OAI que l'assuré ne peut que travailler dans une activité occupationnelle, simple et non répétitive, sans notion de rendement (AI pce 113 p. 288). S'il est vrai, comme le relève l'OAI dans sa réponse, que les appréciations des médecins l'emportent sur les constatations qui peuvent être faites à l'occasion d'un stage d'observation professionnelle (arrêt du Tribunal fédéral

8C_760/2014 du 15 octobre 2015 consid. 4.3 et les références), il n'en demeure pas moins qu'il ne peut être dénié à une évaluation professionnelle concrètement orientée vers la performance toute valeur indicative pour l'évaluation de la capacité de travail résiduelle (arrêts du Tribunal fédéral 8C_266/2022 du 8 mars 2023 consid. 2.3, 8C_48/2018 du 27 juin 2018 consid. 4.3.1 et les références, 9C_737/2011 du 16 octobre 2012 consid. 3.3). Au surplus, le médecin traitant du recourant, certes non spécialiste, le Dr G._____, rapporte dès 2019 une incapacité dorénavant totale, et ce de façon définitive (AI pce 78 ; voir aussi AI pce 199). Nonobstant le fait que ces rapports doivent, en tant qu'émanant d'un médecin traitant, être considérés avec une certaine retenue, il s'avère que l'évaluation médicale opérée par l'expert neurologue est en porte-à-faux avec l'ensemble des médecins consultés et contredite par les conclusions de l'Orif. Dans ces circonstances, compte tenu de tout ce qui précède, il existe un doute concret sur le bien-fondé du rapport d'expertise neurologique. Dès lors, celui-ci ne peut se voir reconnaître pleine valeur probante. En ce qui concerne l'expertise neuropsychologique, l'examen a pris la forme d'un entretien (AI pce 167 p. 431 à 432) et de différentes épreuves cliniques (AI pce 167 p. 432 à 434). L'appréciation médicale est clairement exposée. En revanche, certaines observations cliniques ne sont, au degré de la vraisemblance prépondérante, pas satisfaisantes. Mme J._____ fait état d'un recourant se présentant à l'expertise avec une hygiène négligée, dégageant une odeur mêlant des restes de cigarette et une hygiène diminuée, et il n'est pas possible d'exclure un léger foetor éthylique à son arrivée, se dissipant ensuite, l'odeur ayant également été remarquée par les collègues de cabinet à son départ (AI pce 167 p. 432). Si cela ne veut pas encore dire que l'experte neuropsychologue « se soit trompée de patient », il faut remarquer que cela se met en total porte-à-faux avec le dossier et même avec les observations faites par l'expert neurologue seulement 20 jours plus tôt. Ce dernier signale, pour sa part, un expertisé faisant preuve d'une bonne hygiène (AI pce 172 p. 449) et le qualifie d'ancien tabagique au chapitre des diagnostics (AI pce 172 p. 451). Il avait même observé dans le cadre de sa première expertise de 2018 que le recourant avait suspendu son tabagisme en août 2016 (AI pce 55 p. 154). Sur le plan de la cohérence et de la validité des symptômes, l'experte neuropsychologue fait part de l'existence de légères incohérences. Elle a constaté à deux reprises un profil qualitatif où le ralentissement est plus sévère lors de tâches cognitivement simples. Elle explique ce constat par un caractère évocateur d'une mobilisation insuffisante des ressources et pouvant évoquer une majoration des symptômes (AI pce 167 p. 434). Elle conclut que ses observations ne permettent pas de retenir un manque de collaboration ou une majoration claire des troubles, mais relève néanmoins que le recourant n'a pas fourni un effort constant, devant parfois lui rappeler le cadre de l'examen et le confronter lors de résultats peu crédibles (AI pce 167 p. 434). Comme pour l'expertise neurologique, une telle motivation avec de simples hypothèses (« peut évoquer une majoration des symptômes » ; « ne permettent pas de retenir [...] une majoration claire des troubles ») ne saurait satisfaire aux exigences posées par la jurisprudence en matière de valeur probante des rapports médicaux. Il en va de même des conclusions de l'experte qui relève notamment une absence de signes nets de majoration de symptômes (AI pce 167 p. 435 ; voir aussi p. 436). Elle retient par ailleurs un travail dans une activité adaptée de 64 %, consensuellement avec l'expert neurologue, le Dr D._____. En conséquence, le rapport d'expertise neuropsychologique ne peut pas non plus se voir attribuer pleine valeur probante au regard des réquisits jurisprudentiels en la matière et ne pouvait servir de base aux décisions prises par l'autorité inférieure. Au vu de ce qui précède, il n'y a pas lieu d'examiner plus avant le grief du recourant en lien avec son âge avancé, les décisions attaquées devant être annulées

et la cause renvoyée à l'autorité inférieure pour complément d'instruction.

E. 11.2.4

Il n'est pas non plus nécessaire d'examiner à ce stade le deuxième moyen du recourant, par lequel il conteste également le calcul de la perte de gain, un tel calcul ne pouvant être effectué qu'une fois les nouvelles investigations médicales réalisées.

E. 11.2.5

Enfin, toutes considérations émises tant par le recourant que par l'autorité inférieure sur le sort à réserver au 4ème AVC du 10 février 2022 dans la présente procédure ne sont d'aucun intérêt, en l'espèce, au vu de l'annulation des décisions du 11 novembre 2020 (voir supra consid. 11.2.3 in fine). Cet élément médical sera pris en compte lors du prononcé de la nouvelle décision (voir infra consid. 13).

E. 12.1

Cela étant, et en l'état du dossier, le Tribunal n'est pas en mesure d'examiner, au degré de la vraisemblance prépondérante, si le recourant présente une incapacité de travail, le cas échéant pour quelle période et sur la base de quel constat objectivable. L'évaluation de l'état de santé lors des expertises neurologique et neuropsychologique est lacunaire et ne peut se voir reconnaître une quelconque valeur probante.

E. 12.2

Selon l'art. 61 al. 1 PA, l'autorité de recours statue elle-même sur l'affaire ou, exceptionnellement, la renvoie avec des instructions impératives à l'autorité inférieure. Le renvoi est indiqué en l'espèce bien qu'il doive rester exceptionnel compte tenu de l'exigence de célérité de la procédure (art. 29 Cst. ; arrêt du Tribunal fédéral 8C_633/2014 du 11 décembre 2014 consid. 2.2). Le Tribunal fédéral a précisé que le renvoi est notamment justifié lorsqu'il s'agit d'enquêter sur une situation médicale qui n'a pas encore fait l'objet d'un examen, respectivement lorsque l'autorité inférieure n'a nullement instruit une question déterminante pour l'examen du droit aux prestations ou lorsqu'un éclaircissement, une précision ou un complément d'expertise s'avèrent nécessaires (cf. ATF 137 V 210 consid. 4.4.1.4 ; arrêt du Tribunal fédéral 8C_633/2014 du 11 décembre 2014 consid. 3.2 et 3.3 ; arrêt du Tribunal administratif fédéral C-3038/2016 consid. 12 et les références). En l'espèce, il ressort donc du dossier que l'évaluation médicale des atteintes à la santé du recourant et de leurs éventuels effets sur sa capacité de travail n'ont pas suffisamment été instruits et méritent des éclaircissements.

E. 12.3

Par ailleurs, selon la jurisprudence, un renvoi à l'administration, lorsqu'il a pour but d'établir l'état de fait, ne viole ni le principe de la simplicité de la procédure et de diligence, ni le principe inquisitoire. Il en va cependant autrement quand un renvoi constitue en soi un déni de justice (par exemple, lorsque, en raison des circonstances, seule une expertise judiciaire ou une autre mesure probatoire serait propre à établir l'état de fait), ou si un renvoi apparaît disproportionné dans le cas particulier. A l'inverse, le renvoi à l'administration apparaît en général justifié si celle-ci a constaté les faits de façon sommaire, dans l'idée que le tribunal les éclaircirait comme il convient en cas de recours (ATF 137 V 210 consid. 4.4.1.4). Tel est le cas en l'espèce.

E. 12.4

En l'occurrence, les décisions querellées se basent sur des expertises neurologique et neuropsychologique qui ne satisfont pas aux exigences jurisprudentielles en la matière.

E. 13

En conséquence, le recours est admis et les décisions entreprises annulées. Il est au demeurant précisé que le recourant a eu l'occasion de retirer son recours ou de se prononcer sur le risque de reformatio in pejus, conformément à la jurisprudence du Tribunal fédéral (ATF 137 V 314 consid. 3.2.4 ; voir supra let. C.n). La cause est renvoyée à l'autorité inférieure pour complément d'instruction et nouvelle décision. Une clarification des atteintes à la santé du recourant et de leurs effets sur sa capacité de travail apparaît en effet nécessaire. En particulier, l'autorité inférieure veillera à requérir des rapports récents des médecins traitants du recourant et ordonnera une expertise bidisciplinaire comportant un volet neurologique et neuropsychologique. L'autorité prendra également en compte dans sa nouvelle décision les rapports médicaux produits par le recourant pendant la procédure de recours, soit après que les décisions litigieuses aient été rendues, et faisant état notamment d'un 4ème AVC en 2022, ainsi que toutes autres atteintes survenant avant la prise de la nouvelle décision. A cet égard, il appartiendra à l'OAIE d'ajouter au besoin toute autre discipline médicale qu'il jugera nécessaire au regard des pathologies dont est atteint le recourant (cf. art. 44 al. 5 en relation avec al. 1 let. b LPGA du nouveau droit). L'expertise sera pratiquée en Suisse, l'organisme d'évaluation mandaté devant maîtriser les principes d'évaluation prévalant dans la médecine d'assurance suisse (arrêt du Tribunal fédéral 9C_235/2013 du 10 septembre 2013 consid. 3.2). Le recourant étant domicilié en France, l'on ne voit de surcroît pas de motifs pour lesquels l'exécution en Suisse de cette expertise pourrait se révéler une mesure disproportionnée. Au surplus, les expert-e-s - le Dr D._____ et Mme J._____ étant exclus in casu - devront être désignés dans le respect des droits de participation de l'assuré (cf. ATF 137 V 210 consid. 3.4.2.9) et en application de la plateforme d'attribution aléatoire SuisseMED@P (cf. art. 72bis al. 2 RAI ; ATF 139 V 349 consid. 5.2.1). Les expert-e-s devront notamment, dans le cadre d'une évaluation consensuelle, examiner l'ensemble de l'état de santé du recourant au jour de l'expertise, déterminer les atteintes à la santé de celui-ci, ce en décrivant l'évolution des constats médicaux objectivables dans la durée depuis la date de la demande de prestations de l'AI, et, dans la même mesure, leurs effets sur la capacité de travail, ainsi que les limitations fonctionnelles. L'ensemble du dossier devra ensuite être soumis au SMR pour nouvel examen. Enfin, une nouvelle décision devra être prise.

E. 14

août 2016 [recte : 13 août 2016] (AI pces 1, 7 et 9). Il a été mis au bénéfice d'indemnités journalières perte de gain selon la LCA auprès de la SWICA à partir de cette même date (AI pce 9). B.b L'OAI a procédé à l'instruction de la demande en recueillant les documents médicaux et économiques usuels (AI pces 9 ss). B.c Cet office a invité son service médical régional (ci-après : SMR) à se déterminer sur le dossier. Celui-ci a, dans un avis médical du 17 mai 2018 du Dr C._____, médecin interniste généraliste et en gériatrie, recommandé la mise en place d'une expertise neurologique auprès du Dr D._____, en priant ce dernier d'évaluer si un examen neuropsychologique complémentaire était nécessaire (AI pce 43). B.d Par communication du 24 mai 2018, l'OAI a annoncé à l'assuré la nécessité d'une évaluation médicale par l'expert susmentionné et l'a invité à transmettre des questions complémentaires à poser dans les 10 jours dès réception (AI pce 44). B.e Le 29 mai 2018, l'intéressé a informé l'OAI qu'il avait fait un nouvel AVC (AI pce 46 ; voir également AI

pce 47). B.f L'expertise a eu lieu le 9 août 2018 et les résultats ont été consignés dans un rapport d'expertise neurologique du 13 août 2018 (AI pce 55). L'expert, le Dr D._____, spécialiste FMH en neurologie, a relevé un diagnostic de status après 3 AVC, thalamiques des deux côtés, soit dans le

C-6286/2020 Page 3 territoire de l'artère sylvienne profonde, dont la taille évoque des infarctus lacunaires, soit plutôt liés à une microangiopathie (G45.1). Il a précisé qu'anamnestiquement, le premier épisode était vraisemblablement survenu en 2011, mais sans avoir été diagnostiqué (AI pce 55 p. 158). Il a en outre relevé des troubles sensitifs localisés sur la face antérieure de la cuisse gauche, nouveaux, non liés à un problème vasculaire, mais compatibles avec une meralgie paresthésique (G57.8 ; AI pce 55 p. 159). Il a conclu à des limitations fonctionnelles sous forme d'une atteinte motrice et sensitive de l'hémicorps droit, l'assuré n'étant plus en mesure d'effectuer des tâches fines et rapides avec la main droite, la position debout prolongée étant également peu indiquée et l'activité de cuisinier n'étant plus adaptée auxdites limitations fonctionnelles (AI pce 55 p. 161). Selon l'expert, la capacité de travail dans l'activité habituelle est de 40 %, de façon définitive, l'incapacité de travail étant par ailleurs entière du 13 août au 30 novembre 2016, et pendant le mois de mars 2018. Dans une activité adaptée sans travaux manuels fins et rapides, permettant d'alterner les positions, la capacité de travail est de 80 % avec un rendement normal, ceci également de façon définitive (AI pce 55 p. 162). B.g Consulté par l'OAI, le SMR, dans un rapport du 3 septembre 2018 du Dr C._____, a retenu à titre d'atteinte principale, un status après 3 accidents vasculaires cérébraux thalamiques (G45.8). Comme facteur/diagnostic associé non du ressort de l'AI, il a relevé une meralgie paresthésique de la cuisse gauche. Selon lui, l'incapacité de travail est de 100 % du 13 août 2016 au 30 novembre 2018 [recte : 2016], de 40 % du 1er décembre 2016 au 28 février 2018 et de 100 % du 1er au 30 mars 2018 et de 40 % dès le 1er avril 2018. Il a estimé que la capacité de travail exigible est de 40 % dans l'activité habituelle et de 80 % dans celle adaptée (AI pce 56 p. 165). Les limitations fonctionnelles suivantes ont été retenues : pas de station debout prolongée, pas de tâches fines et précises avec la main droite, fatigabilité. Ce médecin a encore spécifié que l'expertise du Dr D._____ était complète et convaincante, mais qu'il pensait néanmoins que l'expert avait sous-estimé la fatigabilité de l'assuré, symptôme bien connu après un accident vasculaire et pouvant engendrer une possible perte de rendement lors de la réadaptation, tout en proposant que lors des mesures professionnelles, la reprise soit progressive à partir de 50 % dès le début de la réadaptation pour atteindre 80 % après 3 mois (AI pce 56 p. 167). B.h Dans un rapport du 22 octobre 2018 sur les mesures d'ordre professionnel, l'OAI a abouti à une perte de gain de 42,61 %, ouvrant le droit pour l'assuré à un reclassement professionnel (AI pce 63).

C-6286/2020 Page 4 B.i Invité à se déterminer par l'OAI sur les mesures d'ordre professionnel envisagées et les difficultés rencontrées par l'intéressé, le SMR a, dans un avis médical du 3 décembre 2018 de la Dresse E._____, dont la spécialisation n'est pas indiquée, proposé que compte tenu de la longue interruption de travail et du déconditionnement, les mesures professionnelles envisagées soient débutées à un taux inférieur au 50 % initialement prévu, mais en exigeant par la suite de l'assuré qu'il se plie à une augmentation régulière du taux d'activité en visant une présence horaire de 80 % environ, soit deux fois 3 heures par jour entrecoupées d'une pause. Cette présence devrait être atteinte après 3 mois. Selon les tâches envisagées, notamment impliquant des mouvements répétitifs de la main droite, une diminution de rendement est jugée possible

(AI pce 72). B.j Par communications des 22 janvier et 23 avril 2019, l'OAI a annoncé à l'assuré qu'il prenait en charge les coûts d'une mesure de réinsertion prenant la forme d'un entraînement à l'endurance du centre Orif (Organisation romande pour l'intégration et la formation professionnelle) à (...) (AI pces 84, 87, 92 et 96). L'Office de l'assurance-invalidité pour les assurés résidant à l'étranger (OAIE) a rendu des décisions d'indemnité journalière les 21 février et 7 mai 2019 pour les périodes allant du 14 janvier au 14 avril 2019 et du 15 avril au 31 août 2019 (AI pces 86 et 106). B.k Par écrit du 26 avril 2019, Maître Christophe Schaffter a fait savoir à l'OAI que l'assuré l'avait mandaté pour défendre ses intérêts, que celui-ci allait répondre au mieux aux exigences de la mesure de réinsertion, mais qu'il ressentait une forte fatigue et allait demander conseil à son médecin traitant de l'opportunité d'un nouvel examen neurologique complet, ayant le sentiment que les conclusions retenues à ce jour ne correspondaient pas à la réalité. Il a produit un certificat médical du 15 avril précédent (AI pce 100). B.l Consulté par l'OAI, le SMR, dans des avis médicaux des 25 juillet et

E. 14.1

Vu l'issue du litige, le recourant ne doit pas participer aux frais de procédure (cf. art. 63 al. 1 PA). En effet, selon la jurisprudence fédérale, une partie est considérée comme ayant obtenu gain de cause lorsque l'affaire est renvoyée – comme en l'espèce – à l'autorité inférieure pour des instructions complémentaires et nouvelle décision (ATF 132 V 215 consid. 6). Par conséquent, l'avance de frais de Fr. 800.– versée (voir TAF pce 5) sera restituée au recourant une fois le présent arrêt entré en force. Aucun frais de procédure n'est mis à la charge de l'autorité inférieure (art. 63 al. 1 et 2 PA).

E. 14.2

L'art. 64 al. 1 PA et l'art. 7 du règlement du 21 février 2008 concernant les frais, dépens et indemnités fixés par le Tribunal administratif fédéral (FITAF, RS 173.320.2) permettent au Tribunal d'allouer à la partie ayant entièrement ou partiellement obtenu gain de cause une indemnité pour les frais indispensables et relativement élevés qui lui ont été occasionnés. A défaut de dépôt d'une note de frais, les honoraires du représentant sont fixés sur la base du dossier, soit, selon l'appréciation de l'autorité, en raison de l'importance et de la difficulté du litige, ainsi que d'après le travail et le temps que le représentant a dû y consacrer (art. 10 et 14 FITAF). En l'espèce, le recourant a agi par l'intermédiaire d'un représentant invoquant dans sa réplique des dépens, débours et frais compris, s'élevant à Fr. 4'200.–, sans toutefois produire de note d'honoraires. Au vu de l'issue de la procédure et du travail de ce dernier consistant à la rédaction d'un mémoire de recours de 11 pages, d'une réplique de 5 pages, de trois lettres de transmission standard de pièces médicales et des observations d'une page, le Tribunal lui alloue à charge de l'autorité inférieure, et sans supplément TVA (art. 9 al. 1 let. c FITAF en relation avec les art. 1 al. 2 et 8 LTVA [RS 641.20]), une indemnité de dépens qu'il est équitable de fixer à Fr. 2'800.–, ce qui correspond à la pratique du TAF dans ce domaine pour des cas tels que celui d'espèce.

Le dispositif se trouve à la page suivante.

C-6286/2020 Page 31

E. 17

septembre 2019 du Dr F. _____, médecin interniste généraliste et en médecine intensive, a estimé, sur la base des éléments figurant au dossier, que la poursuite de la réadaptation

n'était plus possible. Il a en effet relevé que le Dr G. _____ avait fait état d'importants troubles fonctionnels, qu'étaient portés au dossier des comptes-rendus d'ophtalmologie du Dr H. _____, médecin ophtalmologue, mentionnant un champ visuel déficitaire de l'œil gauche, qu'un rapport de kinésithérapie faisait état d'une dégradation de la condition physique de l'assuré avec nette perte d'endurance et de coordination à la marche. Il a ajouté que cet état était certifié les 30 avril, 18 juin et 25 juin 2019 par le Dr G. _____ et une IRM de

C-6286/2020 Page 5 contrôle du 15 février 2019. Enfin, le Dr I. _____, neurologue, faisait état de séquelles irréversibles des multiples AVC. Le SMR a précisé qu'il était fait état d'une altération de l'état général avec baisse du périmètre de marche, d'une aggravation de troubles cognitifs et d'une importante fatigabilité. L'IRM n'avait pas montré de nouvelles lésions. Il a conclu qu'il convenait de confirmer une évaluation neuropsychologique et d'obtenir le rapport y afférent (AI pces 114 et 128). B.m Par avis médical du 29 octobre 2019, le SMR a, sous la plume du Dr F. _____, recommandé de mettre en place une nouvelle expertise neurologique et neuropsychologique auprès du Dr D. _____, en demandant à ce dernier si l'évaluation initiale avait été surévaluée, en termes neurologique et neuropsychologique ou de fatigue (AI pce 140). B.n Par communication du 30 octobre 2019, l'OAI a fait part à l'intéressé de l'organisation de l'expertise en question (AI pce 142). Celle-ci a été complétée d'un volet neuropsychologique et les résultats consignés dans un rapport d'expertise neurologique du 10 mars 2020 du Dr D. _____ (AI pce 172) et dans un rapport d'examen neuropsychologique du 4 mars 2020 de Mme J. _____, psychologue spécialisée en neuropsychologie FSP (AI pce 167). S'agissant de l'expertise neurologique, le Dr D. _____ relève au niveau des diagnostics que l'assuré présente un hémisyndrome sensitivomoteur et ataxique à droite, avec objectivement un discret abaissement du membre inférieur droit à l'épreuve des jambes fléchies, une diadococinésie discrètement ralentie à droite, une discrète ataxie cinétique au membre supérieur droit et au membre inférieur droit, une petite boiterie d'épargne du membre inférieur droit à la marche, une discrète ataxie statique, avec altération de la sensibilité spinothalamique au membre supérieur et au membre inférieur droits, et hypopallesthésie malléolaire droite. A cela s'ajoutent de discrets troubles cognitifs d'ordre attentionnel et exécutif, ce tableau pouvant être mis sur le compte d'un status après trois infarctus thalamiques d'allure lacunaire en 2011, 2016 et 2018, de localisation droite pour une lésion et de localisation gauche pour les deux autres (AI pce 172 p. 451 et 452). L'expert signale que le status neurologique ne s'est guère modifié par rapport à sa précédente expertise (AI pce 172 p. 453) et qu'il a de la peine à expliquer l'échec des mesures de réadaptation, ainsi que l'ampleur de plaintes et leurs répercussions objectives. Il relève encore que les séquelles tant neurologiques que neuropsychologiques sont peu sévères, compatibles avec une activité adaptée, et la fatigue post-AVC est certes plausible, mais pas au point d'expliquer une incapacité de travail entière. Il

C-6286/2020 Page 6 ajoute que cette discordance pourrait être liée à divers facteurs externes et qu'il pourrait y avoir une majoration (AI pce 172 p. 454). Il conclut à une capacité de travail dans une activité adaptée de 80 %, avec une légère perte de rendement (20 % en raison du léger fléchissement attentionnel et exécutif), donnant lieu au total à une capacité de travail résiduelle de 64 % dans une activité adaptée, à compter du 13 août 2016, et de manière définitive (AI pce 172 p. 455). Pour ce qui est de l'examen neuropsychologique, effectué par Mme J. _____, il est observé notamment de légères

incohérences (ralentissement plus sévère lors des tâches cognitivement simples que pendant des plus complexes) et un effort fluctuant (AI pce 167 p. 434). Mme J. _____ conclut à des troubles neuropsychologiques minimes à légers selon les critères de l'Association suisse de neuropsychologie (ASNP) et à une fatigue accrue anamnesticquement relevée, celle-ci étant une séquelle fréquente post-AVC (AI pce 167 p. 435). Après discussion consensuelle avec l'expert, elle conclut à des troubles affectant la capacité de travail dans toute activité, aussi adaptée, de la façon suivante : en raison de la fatigue, le temps de travail ne doit pas dépasser 80 % ; à cela s'ajoute une légère perte de rendement (20 %) due à un léger fléchissement attentionnel et exécutif, ce qui donne lieu au total à une capacité de travail résiduelle de 64 % (AI pce 167 p. 435). B.o Le 8 avril 2020, sur conseil du SMR (avis médical du 1er avril 2020 du Dr F. _____ [AI pce 177]), l'OAI a posé des questions de compréhension à l'expert (AI pce 176). Celui-ci y a répondu dans un complément d'expertise du 23 avril 2020, dont il ressort notamment que la capacité de travail doit toujours être considérée de 40 % dans l'activité habituelle, la capacité de travail dans une activité adaptée étant de 64 % (AI pce 180). B.p Invité par l'OAI à prendre position sur ces nouveaux documents médicaux, le SMR a, dans un avis médical du 6 mai 2020 du Dr F. _____, conclu à une incapacité de travail de 100 % du 13 août au 30 novembre 2016, de 40 % du 1er décembre 2016 au 28 février 2018, de 100 % du 1er au 31 mars 2018, de 40 % dès le 1er avril 2018, la capacité de travail restant de 40 % dans l'activité habituelle depuis le 1er avril 2018. Dans une activité adaptée, il a fixé la capacité de travail à 80 %, avec une perte de rendement de 20 %, soit au final un taux d'invalidité de 64 %. Ce médecin note que les limitations fonctionnelles sont toujours les mêmes (AI pce 181).

C-6286/2020 Page 7 B.q Par projet de décision du 3 juillet 2020, l'OAI a fait part à l'intéressé de son intention de lui octroyer une demi-rente d'invalidité en raison d'un taux d'invalidité de 54 % dès le 13 août 2017, sous déduction des indemnités journalières versées du 14 janvier au 31 août 2019 (AI pce 189). B.r Par opposition du 31 août 2020, l'assuré a contesté les conclusions du projet de décision notamment à la lumière des rapports de l'Orif de (...), s'interrogeant si l'experte neuropsychologue se serait trompé de patient au vu de son constat « humiliant et diffamatoire » et demandé un réexamen du dossier (AI pce 198). Il a produit de nouvelles pièces médicales du Dr G. _____ et de M. K. _____, masseur-kinésithérapeute, physiothérapeute (AI pce 199). Par courrier spontané du 28 octobre 2020, il a encore versé en cause un rapport de laboratoire du 7 octobre 2020 et une attestation du Dr G. _____ datée du 30 septembre 2020 (AI pces 204 et 205). B.s Par décisions du 11 novembre 2020, l'OAIE, reprenant la motivation du projet de décision de l'OAI complétée suite à l'audition, a alloué à l'intéressé une demi-rente ordinaire d'invalidité du 1er août 2017 au 30 avril 2019 pour un montant mensuel de Fr. 531.- et dès le 1er septembre 2019 pour un montant mensuel de Fr. 535.-, au motif d'un taux d'invalidité de 54 %, sous déduction des indemnités journalières versées du 14 janvier au 31 août 2019 (AI pces 210, 211 et 212). C. C.a Par acte du 11 décembre 2020, l'assuré a interjeté recours contre ces décisions devant le Tribunal administratif fédéral (ci-après : TAF ou le Tribunal). Il conclut à l'admission du recours et à l'annulation des décisions attaquées, principalement au renvoi du dossier à l'OAIE pour instruction complémentaire dans le sens des considérants et nouvelle décision. Subsidièrement, il demande la reconnaissance d'un droit à une rente d'invalidité pleine et entière. Il conclut à l'allocation d'une indemnité de dépens équitable, sous suite de frais. Il se plaint d'une mauvaise évaluation de son état de santé par l'autorité inférieure et invoque son âge avancé. Il fait valoir en outre que l'expertise médicale a obtenu des résultats qui vont à l'encontre du

contenu du dossier, en particulier les constatations de l'Orif (...), et qui sont contradictoires. De plus, il se demande si l'experte neuropsychologue ne s'est pas trompée de patient et soutient que les conclusions de celle-ci sont non seulement fausses, mais aussi humiliantes et diffamatoires. Il ajoute que cette experte a été la seule à considérer qu'il ne faisait pas preuve de bonne volonté. Il avance que la cause a été insuffisamment

C-6286/2020 Page 8 instruite et conteste également la comparaison des revenus, en particulier s'agissant du montant avec atteinte à la santé. Il produit des pièces figurant déjà au dossier (TAF pce 1). C.b Par réponse du 8 avril 2021, l'OAIE a renvoyé à la prise de position du 30 mars 2021 de l'OAI et conclu au rejet du recours et à la confirmation de la décision attaquée. Dans sa prise de position, l'OAI affirme que les expertises neurologique et neuropsychologique ont pleine valeur probante selon les exigences jurisprudentielles en la matière. Il soutient que la jurisprudence considère que les appréciations des médecins l'emportent sur les constatations qui peuvent être faites à l'occasion d'un stage d'observation professionnelle et qui sont susceptibles d'être influencées par des éléments subjectifs liés au comportement de l'assuré pendant le stage, les observations du cas d'espèce ne permettant pas de conclure à l'impossibilité d'utiliser la capacité de travail exigible reconnue par les experts sur le marché de l'emploi. Il avance que la comparaison des revenus est correcte pour les montants des revenus avec et sans invalidité (TAF pce 10). C.c Par réplique du 25 mai 2021, le recourant a persisté dans ses conclusions, répétant notamment qu'il peut être considéré comme ayant un âge avancé au sens de la jurisprudence et qu'il faut apprécier la situation dans son ensemble, à savoir un cuisinier de formation dans une période de crise du COVID, ayant vécu un double AVC, avec des limitations fonctionnelles importantes et ne travaillant plus depuis plusieurs années. Il soutient qu'il semble irréaliste d'affirmer qu'il présente la capacité d'adaptation nécessaire à sa réinsertion sur le marché du travail dans un nouvel emploi, sa capacité de travail résiduelle sur le plan économique ne peut plus être exploitée, de sorte qu'il en résulte une invalidité totale. Il conclut à la transmission du dossier à l'autorité inférieure compétente afin qu'elle détermine le montant de la rente d'invalidité et qu'elle rende une décision à cet égard, en tenant compte des intérêts moratoires, et requérant également la restitution de l'avance de frais ainsi qu'une indemnité de dépens équitable de Fr. 4'200.-, débours et frais compris. Il joint un rapport médical détaillé du 27 avril 2021 de son médecin traitant (TAF pce 12). C.d Par duplique du 30 juin 2021, l'OAIE a renvoyé à la prise de position du 24 juin précédent de l'OAI et maintenu ses conclusions. Dans sa prise de position, l'OAI affirme que le recourant n'est pas en situation de se voir reconnaître un âge avancé à la lumière de la jurisprudence et qu'il possède une capacité résiduelle de travail élevée, les séquelles tant neurologiques que neuropsychologiques étant peu sévères et compatibles avec une activité adaptée (TAF pce 14).

C-6286/2020 Page 9 C.e Par ordonnance du 8 juillet 2021, le Tribunal a porté ces écritures à la connaissance du recourant (TAF pce 15). C.f Par courrier du 7 décembre 2021, l'OAIE a transmis au Tribunal un rapport médical détaillé E 213 du 12 mars 2021 de la Dresse L._____, médecin conseil (TAF pce 16). C.g Par ordonnance du 21 décembre 2021, le Tribunal a porté ces actes à la connaissance des parties (TAF pce 17). C.h Par courrier du 21 février 2022, le recourant a informé le Tribunal d'une hospitalisation pour un 4ème AVC le 11 février 2022 et fourni un rapport médical correspondant du 16 février 2022 du Dr M._____, neurologue (TAF pce 18). Par courrier du 4 avril 2022, il a encore versé en cause un certificat d'hospitalisation du 21 mars 2022 du Dr N._____, praticien

hospitalier, et des lettres de liaison des 3 et 23 mars 2022 des Drs O._____, médecin interne, et P._____, praticien hospitalier, respectivement Q._____, médecin interne, N._____ et R._____, chef de service (TAF pce 20). C.i Par observations du 23 mai 2022, l'OAIE a renvoyé à la prise de position de l'OAI datée du 25 mai 2022 (sic !) et confirmé ses conclusions. Dans sa prise de position, l'OAI soutient que les documents médicaux nouvellement versés au dossier sont des éléments nouveaux ne devant pas être pris en considération, car il s'agit d'une aggravation de l'état de santé survenue postérieurement à la décision entreprise (TAF pce 24). C.j Par observations du 30 juin 2022, le recourant maintient ses conclusions et fait valoir que le nouvel AVC du 10 février 2022 s'inscrit dans son atteinte à la santé connue depuis 2016, date du premier AVC, les constatations médicales à l'origine de la demande de prestations AI étant pertinentes et confirmées par les derniers événements (TAF pce 26). C.k Par courrier du 19 octobre 2022, le recourant a fait parvenir au Tribunal un compte-rendu d'évaluation neuropsychologique du 28 juillet 2022 de Mme S._____, neuropsychologue, et un rapport d'IRM cérébrale du 8 août 2022 de la Dresse T._____, radiologue (TAF pce 28). C.l Par observations du 25 novembre 2022, l'OAIE a renvoyé à la prise de position de l'OAI du 17 novembre précédent et persisté dans ses conclusions. Dans sa prise de position, l'OAI rétorque que les documents versés en cause (voir supra let. C.k) n'ont aucune valeur probante, le premier C-6286/2020 Page 10 n'étant qu'un rapport sur le suivi de rééducation des séquelles neurologiques de l'AVC du 10 février 2022, lequel est postérieur à la décision litigieuse, et le second posant un diagnostic d'une nouvelle lésion d'allure ischémique pré-centrale gauche, également postérieur à dite décision (TAF pce 30). C.m Par courrier du 23 août 2023, le recourant s'est enquis de l'état de la procédure (TAF pce 32), et le Tribunal lui a répondu le 25 août 2023 (TAF pce 33). C.n Par ordonnance du 27 septembre 2023, le Tribunal, pouvant envisager d'admettre partiellement le recours, d'annuler les décisions entreprises et de renvoyer la cause à l'OAIE pour complément d'instruction et nouvelle décision, a invité le recourant à prendre position, jusqu'au 16 octobre 2023, sur le risque de reformatio in pejus, et à communiquer, le cas échéant, son retrait du recours (TAF pce 34). Par courrier du 29 septembre 2023, le recourant a déclaré maintenir son recours (TAF pce 35). C.o Les autres faits et arguments pertinents de la cause seront exposés et discutés, en tant que de besoin, dans les considérants en droit ci-après. Droit : 1. 1.1 La procédure devant le Tribunal administratif fédéral est en principe régie par la loi fédérale du 20 décembre 1968 sur la procédure administrative (PA, RS 172.021 ; art. 37 de la loi du 17 juin 2005 sur le Tribunal administratif fédéral [LTAF, RS 173.32]), sous réserve des dispositions particulières de la loi fédérale du 6 octobre 2000 sur la partie générale du droit des assurances sociales (LPGA, RS 830.1 ; art. 3 let. dbis PA). Selon les principes généraux du droit intertemporel, les règles de procédure s'appliquent dans leur version en vigueur ce jour (ATF 130 V 1 consid. 3.2). 1.2 Le Tribunal administratif fédéral est compétent pour connaître du présent recours (art. 31, 32 et 33 let. d LTAF ; art. 69 al. 1 let. b de la loi fédérale du 19 juin 1959 sur l'assurance-invalidité [LAI, RS 831.20]). Dans la mesure où le recourant est directement touché par la décision attaquée et a un intérêt digne d'être protégé à ce qu'elle soit annulée ou modifiée, il a qualité pour recourir (art. 59 LPGA et 48 al. 1 PA). Déposé en temps utile et dans les formes requises par la loi (art. 60 LPGA et 50 al. 1 PA ; art. 52 al. 1 PA), et l'avance sur les frais de procédure ayant été dûment acquittée (art. 63 al. 4 PA ; TAF pces 3 et 5), le recours est recevable.

C-6286/2020 Page 11 1.3 Domicilié en France voisine, le recourant doit être qualifié de frontalier, si bien que la procédure d'instruction de la demande de prestations a à bon droit été menée par l'OAI du canton B._____ et la décision litigieuse notifiée par l'OAIE (cf. art. 40 al. 2 du règlement du 17 janvier 1961 sur l'assurance-invalidité [RAI, RS 831.201]).

2. 2.1 Le Tribunal administratif fédéral applique le droit d'office, sans être lié par les motifs invoqués par les parties (art. 62 al. 4 PA ; ATAF 2013/46 consid. 3.2), ni par l'argumentation juridique développée dans la décision entreprise (PIERRE MOOR/ETIENNE POLTIER, Droit administratif, vol. II, 3e éd. 2011, ch. 2.2.6.5 ; BENOÎT BOVAY, Procédure administrative, 2e éd. 2015, p. 243). Il se limite en principe aux griefs soulevés et n'examine les questions de droit non invoquées que dans la mesure où les arguments des parties ou le dossier l'y incitent (ATF 122 V 157 consid. 1a, 121 V 204 consid. 6c).

2.2 Sous réserve de dispositions particulières du droit transitoire, le droit matériel applicable est en principe celui en vigueur lors de la réalisation de l'état de fait qui doit être apprécié juridiquement ou qui a des conséquences juridiques (ATF 143 V 446 consid. 3.3, 136 V 24 consid. 4.3, 132 V 215 consid. 3.1.1). Le juge des assurances sociales apprécie par ailleurs la légalité des décisions attaquées d'après l'état de fait existant au moment où la décision litigieuse a été rendue (en l'espèce, le 11 novembre 2020). 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).

3. 3.1 Au plan formel, le recourant fait valoir que le droit d'être entendu de la partie exige que l'autorité doive indiquer en quoi les conclusions d'un rapport ou d'un expert ne sauraient être suivies. Ce faisant, il se plaint en réalité d'un défaut de motivation des décisions du 11 novembre 2020, par lesquelles l'OAIE a suivi les conclusions des rapports d'expertise neurologique et neuropsychologique, conformément à l'avis du SMR. Or, ce grief doit être rejeté pour les raisons qui vont suivre.

C-6286/2020 Page 12 3.2 Garanti par l'art. 29 al. 2 de la Constitution fédérale de la Confédération suisse du 18 avril 1999 (Cst., RS 101), le devoir de motivation exige en effet de l'autorité qu'elle mentionne au moins brièvement les circonstances pertinentes qui l'ont guidée et sur lesquelles elle a fondé sa décision ; elle n'a toutefois pas l'obligation d'exposer et de discuter tous les arguments invoqués par les parties (ATF 129 I 232 consid. 3.2, 126 I 97 consid. 2b).

3.3 En l'espèce, l'OAIE a, dans les décisions entreprises, expliqué, quoi qu'en dise le recourant, les raisons qui l'ont amené à suivre les conclusions des expertises neurologique du Dr D._____ et neuropsychologique de Mme J._____. En effet, cet office a exposé que les expertises, jugées nécessaires pour pouvoir se prononcer en toute connaissance de cause, avaient été reconnues probantes par le SMR en tant qu'elles avaient relevé que les séquelles tant neurologiques que neuropsychologiques étaient peu sévères et que l'échec des mesures de réadaptation comme l'ampleur des plaintes et leurs répercussions objectives ne pouvaient être retenues (cf. AI pce 210). Cependant, et contrairement à ce que prétend le recourant, l'OAIE n'avait pas à exposer et discuter davantage le fait qu'il n'ait pas suivi les conclusions des médecins traitants du recourant, dans la mesure où cela ressort implicitement du fait d'avoir reconnu pleine valeur probante aux expertises et que cela ressort clairement du dossier. Il en va de même pour les documents médicaux versés en cause par le recourant au stade de l'opposition (cf. AI pces 199, 204 et 205) qui, soit ont répété leurs conclusions antérieures (cf. notamment

AI pces 137 et 111 p. 277) et affirmé que les conclusions des expertises étaient contradictoires, soit se sont uniquement déterminés sur la constatation faite par la neuropsychologie que le recourant aurait consommé de l'alcool avant de se rendre à l'expertise neuropsychologique. Aussi les décisions querellées ne sont-elles pas sujettes à critique sous l'angle de l'obligation de motiver. 4. Défini par les conclusions du recourant, le litige porte en l'espèce sur le bien-fondé du droit à une rente entière de l'AI. 5. 5.1 S'agissant du droit applicable, l'affaire présente un aspect transfrontalier, dans la mesure où le recourant est un ressortissant français, domicilié en France, 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) ainsi que ses annexes et règlements (en particulier : règlement (CE) n° 883/2004 du Parlement européen et du Conseil

C-6286/2020 Page 13 du 29 avril 2004 portant sur la coordination des systèmes de sécurité sociale [RS 0.831.109.268.1] et 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]). Toutefois, l'invalidité ouvrant droit à des prestations de l'assurance-invalidité suisse se détermine exclusivement d'après le droit suisse (art. 46 al. 3 et annexe VII du règlement n° 883/2004 ; ATF 130 V 253 consid. 2.4 ; arrêt du Tribunal fédéral 9C_573/2012 du 16 janvier 2013 consid. 4). 5.2 S'agissant du droit interne, la présente cause doit être examinée à l'aune des dispositions de la LAI et de son règlement d'exécution telles que modifiées par la 6e révision de l'AI (premier volet), entrées en vigueur le 1er janvier 2012 (RO 2011 5659, FF 2010 1647). Les modifications de la LAI du 19 juin 2020 (Développement continu de l'AI, RO 2021 705 ; FF 2017 2363), en vigueur depuis le 1er janvier 2022, ne s'appliquent par contre pas au cas d'espèce. 6. En l'espèce, le recourant a versé des cotisations à l'AVS/AI pendant plus de 3 ans (voir supra let. A) et remplit donc la condition de la durée minimale de cotisations eu égard au moment de l'ouverture éventuelle du droit à la rente (art. 36 al. 1 LAI). Il reste à examiner s'il est invalide au sens de la LAI. 7. 7.1 L'invalidité est l'incapacité de gain totale ou partielle qui est présumée permanente ou de longue durée (art. 8 al. 1 LPGA). Elle peut résulter d'une infirmité congénitale, d'une maladie ou d'un accident (art. 4 al. 1 LAI) et est réputée survenue dès qu'elle est, par sa nature et sa gravité, propre à ouvrir droit aux prestations entrant en considération (art. 4 al. 2 LAI). Selon l'art. 7 al. 1 LPGA, est réputée incapacité de gain toute diminution de l'ensemble ou d'une partie des possibilités de gain de l'assuré sur un marché du travail équilibré dans son domaine d'activité, si cette diminution résulte d'une atteinte à sa santé physique, mentale ou psychique et qu'elle persiste après les traitements et les mesures de réadaptation exigibles. De plus, il n'y a incapacité de gain que si celle-ci n'est pas objectivement surmontable (art. 7 al. 2 LPGA). En cas d'incapacité de travail de longue durée, l'activité qui peut être exigée de l'assuré peut aussi relever d'une autre profession ou d'un autre domaine d'activité (art. 6, 2e phrase LPGA).

C-6286/2020 Page 14 7.2 Conformément à l'art. 28 al. 1 LAI, l'assuré a droit à une rente si sa capacité de gain ou sa capacité d'accomplir ses travaux habituels ne peut pas être rétablie, maintenue ou améliorée par des mesures de réadaptation raisonnablement exigibles (let. a) ; s'il a présenté une incapacité de travail (art. 6 LPGA) d'au moins 40 % en moyenne durant une année sans interruption notable (let. b) ; et si, au terme de cette année, il est invalide (art. 8 LPGA) à 40 % au moins (let. c). La rente est échelonnée comme suit selon le taux d'invalidité : un taux d'invalidité de 40% au moins donne droit à un quart de rente ; lorsque l'invalidité atteint 50% au moins, l'assuré-e a droit à une demi-rente ; lorsqu'elle

atteint 60% au moins, l'assuré-e a droit à trois quarts de rente et lorsque le taux d'invalidité est de 70% au moins, l'assuré-e a droit à une rente entière (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 lorsqu'une personne assurée est une ressortissante suisse ou de l'UE et réside dans l'un des Etats membres de l'UE (ATF 130 V 253 consid. 2.3 et 3.1 ; art. 4 et 7 du règlement n° 883/2004). 7.3 Le droit à la rente prend naissance au plus tôt à l'échéance d'une période de six mois à compter de la date à laquelle l'assuré a fait valoir son droit aux prestations conformément à l'art. 29 al. 1 LPGa, mais pas avant le mois qui suit le 18e anniversaire de l'assuré (art. 29 al. 1 LAI). 8. 8.1 Pour pouvoir déterminer la capacité de travail médico-théorique d'une personne assurée et évaluer son invalidité, l'administration, ou le juge en cas de recours, a besoin de documents que le médecin ou éventuellement d'autres spécialistes doivent lui fournir (ATF 117 V 282 consid. 4a). La tâche des médecins consiste à porter un jugement sur l'état de santé et à indiquer dans quelle mesure et pour quelles activités la personne assurée est incapable de travailler, compte tenu de ses limitations (ATF 143 V 418 consid. 6, 132 V 93 consid. 4, 125 V 256 consid. 4 et les références). 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).

C-6286/2020 Page 15 Ainsi, avant de conférer pleine valeur probante à un rapport médical, il convient de s'assurer que les points litigieux importants ont fait l'objet d'une étude circonstanciée, que le rapport se fonde sur des examens complets, qu'il prend également en considération les plaintes exprimées, qu'il a été établi en pleine connaissance de l'anamnèse, que la description du contexte médical et l'appréciation de la situation médicale sont claires et enfin que les conclusions du médecin sont dûment motivées (ATF 134 V 231 consid. 5.1). La valeur probante d'un rapport médical ou d'une expertise est de plus liée à la condition que le médecin qui se prononce dispose de la formation spécialisée nécessaire et de compétences professionnelles dans le domaine d'investigation (arrêts du Tribunal fédéral 9C_555/2017 du 22 novembre 2017 consid. 3.1 et les références, 9C_745/2010 du 30 mars 2011 consid. 3.2 et 9C_59/2010 du 11 juin 2010 consid. 4.1 ; MICHEL VALTERIO, Commentaire, Loi fédérale sur l'assurance-invalidité [LAI], 2018, art. 57 LAI n° 33). Lorsqu'au stade de la procédure administrative, une expertise confiée à un médecin indépendant est établie par un-e spécialiste reconnu-e, sur la base d'observations approfondies et d'investigations complètes, de même qu'en pleine connaissance du dossier, et que l'expert-e aboutit à des résultats convaincants, il y a lieu de reconnaître pleine valeur probante à ces résultats, aussi longtemps qu'aucun indice concret ne permet de douter de leur bien-fondé (ATF 137 V 210 consid. 2.2.2, 135 V 465 consid. 4.4, 125 V 351 consid. 3b/bb). 8.2 Si l'administration ou le juge, se fondant sur une appréciation consciencieuse des preuves, sont convaincus que certains faits présentent un degré de vraisemblance prépondérante et que d'autres mesures probatoires ne pourraient plus modifier cette appréciation, il est superflu d'administrer d'autres preuves (appréciation anticipée des preuves ; UELI KIESER, ATSG-Kommentar, 4e éd. 2020, art. 42 LPGa n° 31 ; ATF 122 II 464 consid. 4a). Une telle manière de procéder ne viole pas le droit d'être entendu selon l'art. 29 al. 2 Cst. (Sozialversicherungsrecht [SVR] 2001 IV n° 10 p. 28). 9.

Dans le cadre de l'instruction de la demande, les documents médicaux suivants ont encore été versés au dossier : - différents rapports médicaux ou des rapports d'hospitalisation des hôpitaux du (...), de (...) ou de (...) (AI pce 9 p. 33 ss) ;

C-6286/2020 Page 16 - des rapports médicaux du Dr G. _____, médecin généraliste et acupuncteur, des 6 mars, 28 juin et 20 novembre 2017, ainsi qu'un rapport non daté de ce même médecin, reçu le 15 novembre 2016, retenant un diagnostic d'AVC ischémique thalamique dans le territoire de l'artère cérébrale moyenne gauche, hémicorps droit et de foramen ovale perméable massif depuis le 13 août 2016. Ce médecin indique en substance, dans son premier rapport, que l'incapacité de travail est totale du 13 août au 31 décembre 2016, puis de 50 % à compter du 1er janvier 2017 (AI pes 9 p. 41 à 44). Dans ses rapports suivants, il relève au final une incapacité de travail totale du 13 août 2016 au 31 janvier 2018 (AI pces 19, 30, 33). En tant que limitations fonctionnelles, il prohibe les activités uniquement en position assise ou debout exercées principalement en marchant, ou encore des activités nécessitant de travailler avec les bras au-dessus de la tête, accroupi à genoux, avec rotation en position assise/debout, avec des ports de charge supérieurs à 10kg, nécessitant de monter sur une échelle ou un échafaudage ou encore requérant de la concentration (AI pce 33) ; - un rapport relatif à une IRM cérébrale du 28 avril 2018 du Dr U. _____, radiologue, réalisée suite à des troubles de l'élocution et concluant à une lésion de type ischémique récente thalamique gauche au contact d'une lésion plus ancienne lacunaire aussi thalamique (AI pce 46) ; - un rapport de résultat d'examen du 11 juillet 2018 du Dr I. _____, neurologue, signalant une instabilité au Romberg, une hémiparésie droite sensitivo-motrice à prédominance crurale, les réflexes ostéotendineux sont plus vifs à droite, une hypoesthésie dans le territoire du fémoro-cutané gauche, pas de syndrome cérébelleux ni vestibulaire et les nerfs du crâne sont indemnes. Les bruits du cœur sont réguliers et la tension artérielle à 140/80 mmHg (AI pce 55 p. 164) ; - un rapport du 7 août 2018 relatif à une angio-IRM de Willis, établi par le Dr V. _____, neurologue, concluant à un polygone de Willis fonctionnel (AI pce 59) ; - un rapport d'expertise neurologique du 13 août 2018 du Dr D. _____ (AI pce 55) ; - un certificat pour le patient du 14 novembre 2018 du Dr G. _____, indiquant que devant les troubles du recourant, une prise en charge rééducative devra être intégrée à son activité professionnelle, un travail à

C-6286/2020 Page 17 temps partiel à 80 %, même sur un poste adapté et même avec une augmentation progressive du temps de travail, étant incompatible avec l'état de santé du recourant (AI pce 68) ; - un rapport médical intermédiaire non daté du Dr G. _____, posant un diagnostic d'AVC dont le premier épisode a eu lieu en 2016, relevant que l'état de santé du recourant s'est aggravé à partir de 2018 et retenant une incapacité de travail totale du 14 mars 2016 au 31 janvier 2018 (AI pce 78) ; - un certificat du 7 mars 2019 de M. K. _____, masseur kinésithérapeute conventionné, constatant que l'état physique du recourant s'est dégradé avec une perte d'endurance, de coordination à la marche, ainsi qu'au niveau du membre supérieur droit, de fortes tensions musculaires, la situation actuelle avec le stage ne permettant pas la continuation de la récupération de l'autonomie du patient (AI pce 89) ; - un certificat médical du 26 janvier 2019 du Dr H. _____, indiquant un champ visuel déficitaire à l'œil gauche (AI pce 90) ; - des rapports de l'Orif de (...) des 18 février, 19 mars, 10 avril, 3 juin et 16 juillet 2019 (AI pces 85, 87, 94, 109 et 112) ; - un certificat pour le patient du 15 avril 2019 du Dr G. _____, faisant état d'un recourant présentant depuis son stage professionnel une nette altération de l'état général avec une baisse de son périmètre de marche, l'aggravation de trouble cognitif associée à une

importante fatigabilité, les performances fonctionnelles étant altérées. Selon ce médecin, le maintien du stage, voire l'augmentation du temps de présence semble incompatibles avec l'état de santé du recourant (AI pce 99) ; - un rapport du 15 mai 2019 relatif à une IRM cérébrale du Dr W. _____, radiologue, concluant à l'absence d'AVC ischémique ou hémorragique récent constitué (AI pce 111 p. 274) ; - un résultat d'examen du 31 mai 2019 du Dr I. _____, faisant les mêmes constats que dans son précédent rapport. Le médecin relève que le recourant se trouve au stade de séquelles irréversibles des multiples AVC ischémiques, présentant des séquelles non seulement physiques mais également neuropsychologiques (AI pce 111 p. 279) ; - une attestation du 6 juin 2019 de M. K. _____, constatant que l'état physique du recourant s'est dégradé sous forme de perte d'endurance

C-6286/2020 Page 18 et de coordination à la marche et aussi au niveau du membre supérieur droit avec de fortes tensions musculaires. Le masseur-kinésithérapeute relève, en substance, que la rallonge du temps de travail dans le cadre du stage professionnel n'a fait qu'accélérer la dégradation, la condition physique et morale du patient lui faisant craindre une forte probabilité de rechute (AI pce 111 p. 277) ; - un certificat médical du 12 juin 2019 du Dr H. _____, signalant que le tonus oculaire est plus élevé depuis le contrôle du 21 janvier précédent (AI pce 111 p. 275) ; - un rapport médical intermédiaire du 18 juin 2019 du Dr G. _____, retenant un diagnostic avec effet sur la capacité de travail d'AVC à répétition. Le médecin constate que l'état de santé s'est aggravé depuis le 15 janvier précédent et que depuis le stage professionnel, le recourant présente une nette dégradation tant physique que cognitive. Il considère que celui-ci a une incapacité de travail de 35 % depuis le 15 janvier 2019 et fixe des limitations fonctionnelles (AI pce 111 p. 269 à 272) ; - deux certificats pour le patient du 18 juin 2019 du Dr G. _____, indiquant que le recourant présente des séquelles tant physiques que cognitives de ses AVC à répétition. Le médecin ajoute que depuis le stage professionnel, l'état tant physique que cognitif du patient a nécessité l'arrêt de la rééducation fonctionnelle, n'étant plus en capacité de faire les exercices. Il relève encore des troubles mnésiques et une importante fatigabilité qui augmente crescendo au fur et à mesure du stage (AI pce 111 p. 276), et que malgré l'arrêt dudit stage trois semaines auparavant, aucune amélioration de l'état général du patient n'est constatée (AI pce 123 p. 304) ; - un résultat d'examen du 1er juillet 2019 du Dr I. _____, rapportant un bilan ne mettant en évidence que quelques difficultés attentionnelles et un ralentissement idéomoteur plutôt en rapport avec le déficit sensitivomoteur séquellaire (AI pce 138 p. 335) ; - un rapport médical du 2 juillet 2019 du Dr I. _____, annonçant que son bilan neuropsychologique ne met en évidence que quelques difficultés attentionnelles et un ralentissement idéomoteur plutôt en rapport avec le déficit sensitivomoteur séquellaire (AI pce 136 p. 325 ; voir aussi résumé de la consultation du 1er juillet 2019 établi par le même médecin pce 136 p. 326 à 332) ;

C-6286/2020 Page 19 - deux certificats médicaux du 23 août 2019 du Dr G. _____, relevant en substance que le bilan neuropsychologique ne se rapporte qu'à la partie cognitive et non fonctionnelle, ne concernant en particulier pas les séquelles physiques et l'importante fatigabilité consécutive aux AVC à répétition dont le recourant est la proie. Ce médecin affirme qu'il serait souhaitable qu'un bilan neurologique complet soit organisé auprès d'un organisme agréé par l'AI, afin d'évaluer l'ensemble des séquelles constatées (AI pce 136 p. 324) ; il signale que le recourant nécessite un arrêt de travail complet et définitif et que les conditions de la mesure de réinsertion ne sont plus compatibles avec son

état physique et la fatigabilité consécutive à ses trois AVC, et ce à compter du 28 août 2019 (AI pce 137) ; - un rapport d'examen neuropsychologique du 4 mars 2020 de Mme J. _____ (AI pce 167) ; - un rapport d'expertise neurologique du 10 mars 2020 (AI pce 172) et un complément d'expertise du 23 avril suivant du Dr D. _____ (AI pce 180) ; - un rapport médical du 17 août 2020 du Dr G. _____, considérant notamment que l'expertise neurologique et neuropsychologique susmentionnée est contradictoire et relevant que le recourant présente toujours une importante asthénie, des troubles moteurs des membres droits, une difficulté à la marche avec une baisse de la force du membre inférieur droit et des troubles moteurs en particulier dans la motricité fine de la main droite (AI pce 199 p. 552 à 553) ; - un certificat du 26 août 2020 de M. K. _____, constatant que le recourant n'a pas récupéré une arche fluide, ainsi qu'un déficit musculaire du membre inférieur droit, une endurance lors de la réalisation d'exercices inférieure à celle d'avant le stage professionnel et des tensions musculaires et une rapide fatigabilité au niveau du membre supérieur droit ne permettant pas de réaliser les exercices demandés. Ce masseur-kinésithérapeute relève que le recourant met beaucoup plus de temps à récupérer son niveau physique qui était le sien et que la condition physique et morale à ce moment lui fait craindre une forte probabilité de rechute (AI pce 199 p. 554). 10. Pour fonder les décisions litigieuses, l'autorité inférieure a suivi l'avis médical du 6 mai 2020 de son SMR exprimé par le biais du Dr F. _____

C-6286/2020 Page 20 (AI pce 181), lequel avait repris les conclusions des rapports d'expertise neurologique du 10 mars 2020 du Dr D. _____ (AI pce 172), complétées le 23 avril 2020 (AI pce 180), et neuropsychologique du 4 mars 2020 de Mme J. _____ (AI pce 167). 11. Il appartient au Tribunal d'examiner en particulier si les rapports d'expertise neurologique complété et neuropsychologique pouvaient en l'espèce se voir attribuer pleine valeur probante, comme le considèrent, du moins implicitement, l'autorité inférieure et son SMR. 11.1 Il sied dans un premier temps de traiter la question de savoir si les exigences formelles posées par la jurisprudence sont remplies dans le cas de ces rapports. Force est de constater que les experts, le Dr D. _____ et Mme J. _____, en tant que spécialiste FMH en neurologie, respectivement psychologue spécialisée en neuropsychologie FSP, sont des spécialistes reconnus dans les domaines investigués et disposant des connaissances et de la spécialisation requises pour être en mesure de se prononcer valablement sur les pathologies du recourant, au demeurant prises en compte dans leur intégralité à l'exception, certes, des problèmes afférents à l'œil gauche de l'assuré. Cela est toutefois sans pertinence en l'espèce, les certificats médicaux du Dr H. _____ des 26 janvier et 12 juin 2019 ne faisant pas état d'une incapacité de travail de ce fait (AI pces 90 et 111 p 275). Par ailleurs, les experts ont pris en considération les plaintes de l'assuré (pour l'expertise neurologique : AI pce 172 p. 446 à 448 ; pour l'expertise neuropsychologique : AI pce 167 p. 431 à 432), en ayant pleinement connaissance de l'anamnèse (AI pce 167 p. 430 à 432 et AI pce 172 p. 444 à 449) et du dossier du recourant (AI pce 167 p. 431 et AI pce 172 p. 445). Les quelques documents suivants, non recensés par le Dr D. _____, ne portent pas préjudice aux conclusions de ce médecin. En effet, les certificats du Dr H. _____, au demeurant non neurologue, n'indiquent – on l'a vu – aucune répercussion sur la capacité de travail du recourant (AI pces 90 et 111 p. 275) ; quant à l'attestation du masseur-kinésithérapeute et physiothérapeute, M. K. _____, du 6 juin 2019 (AI pce 111 p. 277), son contenu est similaire à celle qu'il a rédigé le 7 mars 2019 (AI pce 89). Il en est de même tant du certificat médical du 2 juillet 2019 du Dr I. _____ (AI pce 136 p. 325), lui également non mentionné par l'expertise mais fort similaire à un certificat de ce même médecin du 1er

juillet 2019 (AI pce 138 p. 335), que des deux certificats médicaux du 23 août 2019 du Dr G. _____ (AI pce 137), ce médecin ayant souvent répété ses conclusions. Enfin, la description du contexte médical est claire (AI pce 167 p. 430 à 431 et AI pce 172 p. 444 à 446).

C-6286/2020 Page 21 En conséquence, les exigences formelles posées par la jurisprudence sont respectées par les deux rapports d'expertises. 11.2 S'agissant des griefs d'ordre médical (conclusions de l'experte neuropsychologique fausses, voire humiliantes et diffamatoires, conclusions contradictoires des experts, dossier devant être complété) ou afférents à une différence de perception de la capacité de travail soulevés par l'intéressé dans son recours, il convient de se prononcer de la façon suivante. 11.2.1 Dans un premier moyen, le recourant reproche à l'OAIE d'avoir mal évalué son état de santé dans la décision attaquée et de n'avoir pas tenu compte de son âge avancé, requérant de ce fait l'octroi d'une rente entière d'invalidité. En ayant retenu une capacité de travail de 80 % avec diminution de rendement de 20 %, selon une expertise médicale et un avis médical de son SMR, l'autorité inférieure aurait, à ses dires, abouti à des résultats qui heurtent le dossier, et en particulier les constatations de l'Orif de (...). Il relève que les experts de l'Orif de (...), qui l'ont vu au travail durant plusieurs mois, ont estimé qu'il ne dispose d'aucune capacité de travail dans l'économie réelle et les mesures d'ordre professionnel n'ont pas été reconduites. Au niveau des expertises neurologique et neuropsychologique, le recourant soutient qu'elles renferment des conclusions contradictoires. Ainsi, l'expert neurologue, le Dr D. _____, peinerait à expliquer l'échec des mesures de réadaptation, ainsi que les plaintes de l'expertisé et leurs répercussions objectives, ayant même dû corriger son premier rapport par courrier du 23 avril 2020. Cette confusion resterait d'après lui au dossier et affaiblirait grandement la valeur des examens médicaux. En ce qui concerne l'experte neuropsychologue, Mme J. _____, celle-ci n'aurait, selon lui, pas tenu compte de l'hémisynndrome sensitivo-moteur et ataxique droit constaté sur le plan neurologique lorsqu'elle a fixé une capacité de travail dans une activité adaptée de 64 %. De plus, elle n'aurait relevé que deux AVC, alors qu'il en a connu trois, comme le relève le Dr D. _____ dans son rapport d'expertise. Enfin, il conteste les constatations de Mme J. _____ aux termes desquelles il présenterait une hygiène négligée avec odeur de cigarette et d'alcool (foetor alcoolique), alors qu'il fume rarement et seulement le soir à la maison, à raison d'une ou deux cigarettes, et qu'il boit très modérément un verre de vin, en mangeant. Cela lui fait penser que l'experte neuropsychologique se serait trompée de patient lors de la rédaction du rapport d'expertise neuropsychologique. De plus, elle serait la seule à avoir nié sa bonne volonté à répondre au mieux aux exigences des mesures d'ordre professionnel.

C-6286/2020 Page 22 Au final, il soutient que le dossier doit être complété, la persistance des troubles neurologiques étant clairement susceptible d'influencer sa réintégration sur le marché du travail et les rapports d'expertises n'emportant pas valeur probante exigée pourtant par la jurisprudence, avec une capacité de travail résiduelle pas détaillée de façon suffisamment convaincante. Pour lui, la décision attaquée était prématurée, des doutes subsistant tout particulièrement sur l'impact exact que peuvent avoir les troubles neuropsychologiques et de la personnalité, résiduel à l'AVC, sur l'exercice d'une activité lucrative en général, et sur la capacité d'adaptation du recourant dans une nouvelle activité en particulier. 11.2.2 L'OAIE, dans les décisions dont est recours, a estimé que sur la base de ses constatations, le recourant avait droit à une demi-rente d'invalidité au taux de 54 % dès

le 13 août 2017, sous déduction des indemnités journalières versées du 14 janvier au 31 août 2019. En effet, son médecin-conseil du SMR avait jugé nécessaire de mettre en place une expertise médicale pour pouvoir se prononcer en toute connaissance et conclu, sur la base de dite expertise, que le recourant présentait une incapacité de travail de 60 % dans l'activité habituelle, mise à part les périodes du 13 août au 30 novembre 2016 et du 1er mars au 31 mars 2018 où il présentait une incapacité de travail totale. Dans une activité adaptée, il connaissait une capacité de travail de 80 % avec une diminution de rendement de 20 %. Le tout aboutissait à un taux d'invalidité de 54 %. Il a encore constaté que les expertises neurologique et neuropsychologique ont relevé que les séquelles tant neurologique que neuropsychologique sont peu sévères et l'échec des mesures de réadaptation, comme l'ampleur des plaintes et leur répercussion objectives ne peuvent pas être retenues. Dans sa réponse, l'autorité inférieure a encore considéré que les expertises neurologique et neuropsychologique remplissaient les requis juridiques en matière de preuve et devaient se voir accorder pleine valeur probante. Il avance en particulier que les limitations fonctionnelles avaient été correctement fixées dans une première expertise du Dr D._____, que les expertises ne souffrent pas de contradictions en cas de lecture attentive, que les appréciations de médecins l'emportent sur celles faites à l'occasion d'un stage d'observation professionnelle et qu'il n'existe pas, sur la base des documents au dossier, d'élément qui ferait supposer que l'expert neuropsychologue aurait mal apprécié la situation ou aurait rapporté de fausses informations.

C-6286/2020 Page 23 11.2.3 Il convient d'examiner si les rapports d'expertise neurologique et neuropsychologique répondent aux exigences jurisprudentielles de nature matérielle et s'ils peuvent se voir attribuer pleine valeur probante. 11.2.3.1 L'expertise neurologique du Dr D._____ a consisté en un entretien ouvert, lequel a tenu compte notamment des indications fournies spontanément par l'assuré, et un entretien dirigé (AI pce 172 p. 446 à 448). Ensuite, les constatations objectives relatives au comportement et à l'apparence extérieure, à la compréhension linguistique et à l'examen sont rapportées. L'expert a encore analysé des pièces radiologiques d'une IRM cérébrale du 15 mai 2019 et signale que l'examen neuropsychologique fait l'objet d'un rapport annexé (AI pce 172 p. 449 à 451). Lors de son examen, le Dr D._____ a, au niveau du status neurologique (AI pce 172 p. 450 s.), observé notamment des réflexes tendineux un peu plus vifs à droite, les cutanés plantaires répondant en flexion des deux côtés. Il a encore constaté une épreuve des bras tendus bien stabilisée en dehors de discrètes oscillations à droite, un discret abaissement du membre inférieur droit à l'épreuve des jambes fléchies, un non ralentissement des mouvements fins, et ceci ni aux membres supérieurs, ni inférieurs. Il a encore relevé que la diadococinésie est très discrètement ralentie à droite, qu'il existe une discrète ataxie cinétique avec dysmétrie tant aux membres supérieur et inférieur droits, que le recourant présente une petite boiterie d'épargne du membre inférieur droit en position debout et à la marche, une discrète ataxie statique avec danse des tendons à l'épreuve de Romberg et un sautellement en appui monopodal nettement diminué du côté droit. La sensibilité tactile et algique au membre supérieur droit, prédominant distalement dans la main est diminuée. L'expert retrouve de façon plus discrète une diminution de la sensibilité au membre inférieur droit et une pallesthésie malléolaire un peu diminuée à droite. Il en va de même de la stéréognosie, mais le recourant est dit capable de manipuler très bien la pièce de monnaie, sans la lâcher. Pour le rapport d'IRM cérébrale du 15 mai 2019, le Dr D._____ signale que cet examen met en évidence trois lésions ischémiques séquellaires thalamo-lenticulaires, dont deux à droite et une à gauche, anciennes, inchangées par rapport

aux examens précédents. Le Tribunal remarque dès lors que les examens entrepris par l'expert neurologue sont complets et bien documentés. Celui-ci rapporte ses observations approfondies qu'il a fait à cette occasion tout en appréciant la situation médicale de façon claire. C'est ainsi qu'il pose ensuite des diagnostics d'hémisyndrome sensitivomoteur et ataxique à droite, avec objectivement un discret abaissement du membre inférieur droit à l'épreuve des jambes fléchies, une diadococinésie discrètement ralentie à droite, une discrète ataxie cinétique aux membres supérieur et inférieur droits, une petite

C-6286/2020 Page 24 boiterie d'épargne du membre inférieur droit à la marche, une discrète ataxie statique, avec altération de la sensibilité spinothalamique aux membres supérieur et inférieur droits, et une hypopallesthésie malléolaire droite. A cela s'ajoutent de discrets troubles cognitifs d'ordre attentionnel et exécutif. L'expert explique que ces diagnostics peuvent être mis sur le compte d'un status après trois infarctus thalamiques d'allure lacunaire, de localisation droite pour une lésion et de localisation gauche pour les deux autres, les AVC pouvant être estimés comme ayant eu lieu en 2011, 2016 et 2018 (AI pce 172 p. 451 à 452). Ces résultats sont convaincants au regard des observations que l'expert a faites et du dossier. En effet, il ressort de ce dernier que l'assuré est avant tout touché au niveau de l'hémicorps droit (voir notamment rapport médical du 6 mars 2017 [AI pce 19] et rapport médical intermédiaire reçu le 20 novembre 2017 du Dr G. _____ [AI pce 33]). Pour l'hypoesthésie dans le territoire fémoro-cutané gauche relevée par le Dr I. _____ (AI pce 55 p. 164), il faut rappeler que l'expert neurologue l'avait déjà objectivée lors de sa première expertise en 2018 (voir AI pce 55). Ensuite, l'expert neurologue rappelle notamment que le recourant est droitier et indique que ses plaintes n'ont guère évolué (AI pce 172 p. 452). Il fait part de son évaluation clinique, en vertu de laquelle le recourant a été objectivé comme étant plaintif par rapport aux troubles objectifs observés. Il mentionne les résultats de l'expertise neuropsychologique. Il conclut que le status neurologique ne s'est guère modifié depuis son examen précédente, retrouvant un hémisyndrome sensitivomoteur et ataxique droit, avec des signes cortico-spinaux essentiellement réflexes et à la marche, une ataxie cinétique et statique discrète, une altération de la sensibilité superficielle et profonde de l'hémicorps droit, qui peut être considérée comme mineure, sans nette répercussion ni sur la graphesthésie, ni sur la stéréognosie de manière significative (AI pce 172 p. 453). Lors de l'évaluation de la cohérence et de la plausibilité, l'expert neurologue insiste sur le fait que sur la base des éléments objectifs, tant neurologiques que neuropsychologiques, il peine à expliquer l'échec des mesures de réadaptation, ainsi que l'ampleur des plaintes et leurs répercussions objectives, les séquelles tant neurologiques que neuropsychologiques étant peu sévères, compatibles avec une activité adaptée, et la fatigue post-AVC étant certes plausible, mais pas au point, et loin de là, d'expliquer une incapacité de travail entière (AI pce 172 p. 454). Il explique cette discordance en évoquant qu'elle « pourrait être liée à divers facteurs », savoir : un aspect psychique lorsque l'expertisé, qui a semblé euthymique, lui a dit avoir un moral qui n'est « pas au beau fixe » ; une

C-6286/2020 Page 25 négligence sur l'assuré lors de l'examen neuropsychologique ; une éventuelle majoration (« pourrait ») au vu des plaintes qui sont quelque peu teintées d'éléments non spécifiques. Il signale encore que la mobilisation des ressources s'est révélée fluctuante, avec à l'examen neuropsychologique des résultats manquant de cohérence (AI pce 172 p. 454). Force est de constater à l'aune des réquisits jurisprudentiels que cette motivation se révèle problématique à plusieurs égards. Tout d'abord, l'expert

neurologue passe sous silence l'existence de points litigieux et d'opinions divergentes de médecins, certes traitants, mais également consultés, pas plus qu'il ne les explique. Or, ces avis ne sont pas négligeables. Par exemple, le Dr I. _____, également neurologue, s'il fait état d'atteintes à la santé du recourant en juillet 2018 (AI pce 55 p. 164), relève que les séquelles des AVC sont en mai 2019 irréversibles (AI pce 111 p. 279). Si les rapports de ce médecin spécialiste traitant sont certes brièvement motivés, il n'en demeure pas moins qu'ils sont susceptibles de faire naître un doute concret quant à l'appréciation donnée en l'état par l'expert neurologue. De plus, le Dr D. _____ ne motive pas dûment les divergences constatées, en se contentant de proposer des possibilités (avec l'emploi de la forme conditionnelle du verbe pouvoir), ne permettant pas au Tribunal de céans de se faire une image d'ensemble claire, même au degré de la vraisemblance prépondérante, de la situation médicale du recourant. Enfin, on relèvera que l'expert neurologue conclut, s'agissant de la capacité de travail du recourant, que celle-ci est toujours de 40 % dans l'activité habituelle (voir AI pce 180) ; dans une activité adaptée, elle est désormais de 64 % en raison d'une diminution nouvelle du rendement de 20 % (par rapport aux 80 % de capacité de travail retenus dans sa première expertise en 2018). Or, on comprend difficilement cette modification de la capacité de travail résiduelle, dans la mesure où l'expert lui-même assure qu'il n'y a pas de changement au niveau des limitations fonctionnelles. Par ailleurs, il affirme que la capacité de travail dans une activité adaptée doit de manière définitive être établie à partir du 13 août 2016 (AI pce 172 p. 454 et 455). Cependant, il sied de remarquer que cette conclusion est en contradiction avec celle que ce même expert retenait dans sa première expertise, à savoir une capacité de travail de 80 % dans une activité adaptée avec rendement normal jusqu'en 2018 (AI pce 55) : l'expert n'explique au demeurant en rien cette différence. Les conclusions de l'expert à ce sujet sont également mises à mal par les évaluations de l'Orif de (...) (AI pces 85, 87, 94, 109 et 112) et le rapport intermédiaire de l'OAI du 22 juillet 2019 (AI pce 113), lesquels, après plusieurs mois d'observation, font état d'un assuré présentant un rendement qui reste faible dans toutes les activités (AI pces 94 p. 239, 109 p. 266, 112 p. 283 et 113) avec un rythme C-6286/2020 Page 26 également faible, et en fin de journée une mobilité générale en baisse et des signes de fatigue (AI pce 109 p. 266). Il ressort au surplus du rapport intermédiaire de l'OAI que l'assuré ne peut que travailler dans une activité occupationnelle, simple et non répétitive, sans notion de rendement (AI pce 113 p. 288). S'il est vrai, comme le relève l'OAIE dans sa réponse, que les appréciations des médecins l'emportent sur les constatations qui peuvent être faites à l'occasion d'un stage d'observation professionnelle (arrêt du Tribunal fédéral 8C_760/2014 du 15 octobre 2015 consid. 4.3 et les références), il n'en demeure pas moins qu'il ne peut être dénié à une évaluation professionnelle concrètement orientée vers la performance toute valeur indicative pour l'évaluation de la capacité de travail résiduelle (arrêts du Tribunal fédéral 8C_266/2022 du 8 mars 2023 consid. 2.3, 8C_48/2018 du 27 juin 2018 consid. 4.3.1 et les références, 9C_737/2011 du 16 octobre 2012 consid. 3.3). Au surplus, le médecin traitant du recourant, certes non spécialiste, le Dr G. _____, rapporte dès 2019 une incapacité dorénavant totale, et ce de façon définitive (AI pce 78 ; voir aussi AI pce 199). Nonobstant le fait que ces rapports doivent, en tant qu'émanant d'un médecin traitant, être considérés avec une certaine retenue, il s'avère que l'évaluation médicale opérée par l'expert neurologue est en porte-à-faux avec l'ensemble des médecins consultés et contredite par les conclusions de l'Orif. Dans ces circonstances, compte tenu de tout ce qui précède, il existe un doute concret sur le bien-fondé du rapport d'expertise neurologique. Dès lors, celui-ci ne peut se

voir reconnaître pleine valeur probante. En ce qui concerne l'expertise neuropsychologique, l'examen a pris la forme d'un entretien (AI pce 167 p. 431 à 432) et de différentes épreuves cliniques (AI pce 167 p. 432 à 434). L'appréciation médicale est clairement exposée. En revanche, certaines observations cliniques ne sont, au degré de la vraisemblance prépondérante, pas satisfaisantes. Mme J. _____ fait état d'un recourant se présentant à l'expertise avec une hygiène négligée, dégageant une odeur mêlant des restes de cigarette et une hygiène diminuée, et il n'est pas possible d'exclure un léger foetor éthylique à son arrivée, se dissipant ensuite, l'odeur ayant également été remarquée par les collègues de cabinet à son départ (AI pce 167 p. 432). Si cela ne veut pas encore dire que l'experte neuropsychologue « se soit trompée de patient », il faut remarquer que cela se met en total porte-à-faux avec le dossier et même avec les observations faites par l'expert neurologue seulement 20 jours plus tôt. Ce dernier signale, pour sa part, un expertisé faisant preuve d'une bonne hygiène (AI pce 172 p. 449) et le qualifie d'ancien tabagique au chapitre des diagnostics (AI pce 172 p. 451). Il avait même observé dans le cadre de sa première expertise de 2018 que le recourant

C-6286/2020 Page 27 avait suspendu son tabagisme en août 2016 (AI pce 55 p. 154). Sur le plan de la cohérence et de la validité des symptômes, l'experte neuropsychologue fait part de l'existence de légères incohérences. Elle a constaté à deux reprises un profil qualitatif où le ralentissement est plus sévère lors de tâches cognitivement simples. Elle explique ce constat par un caractère évocateur d'une mobilisation insuffisante des ressources et pouvant évoquer une majoration des symptômes (AI pce 167 p. 434). Elle conclut que ses observations ne permettent pas de retenir un manque de collaboration ou une majoration claire des troubles, mais relève néanmoins que le recourant n'a pas fourni un effort constant, devant parfois lui rappeler le cadre de l'examen et le confronter lors de résultats peu crédibles (AI pce 167 p. 434). Comme pour l'expertise neurologique, une telle motivation avec de simples hypothèses (« peut évoquer une majoration des symptômes » ; « ne permettent pas de retenir [...] une majoration claire des troubles ») ne saurait satisfaire aux exigences posées par la jurisprudence en matière de valeur probante des rapports médicaux. Il en va de même des conclusions de l'experte qui relève notamment une absence de signes nets de majoration de symptômes (AI pce 167 p. 435 ; voir aussi p. 436). Elle retient par ailleurs un travail dans une activité adaptée de 64 %, consensuellement avec l'expert neurologue, le Dr D. _____. En conséquence, le rapport d'expertise neuropsychologique ne peut pas non plus se voir attribuer pleine valeur probante au regard des réquisits jurisprudentiels en la matière et ne pouvait servir de base aux décisions prises par l'autorité inférieure. Au vu de ce qui précède, il n'y a pas lieu d'examiner plus avant le grief du recourant en lien avec son âge avancé, les décisions attaquées devant être annulées et la cause renvoyée à l'autorité inférieure pour complément d'instruction. 11.2.4 Il n'est pas non plus nécessaire d'examiner à ce stade le deuxième moyen du recourant, par lequel il conteste également le calcul de la perte de gain, un tel calcul ne pouvant être effectué qu'une fois les nouvelles investigations médicales réalisées. 11.2.5 Enfin, toutes considérations émises tant par le recourant que par l'autorité inférieure sur le sort à réserver au 4ème AVC du 10 février 2022 dans la présente procédure ne sont d'aucun intérêt, en l'espèce, au vu de l'annulation des décisions du 11 novembre 2020 (voir supra consid. 11.2.3 in fine). Cet élément médical sera pris en compte lors du prononcé de la nouvelle décision (voir infra consid. 13).

C-6286/2020 Page 28 12. 12.1 Cela étant, et en l'état du dossier, le Tribunal n'est pas en mesure d'examiner, au degré de la vraisemblance prépondérante, si le recourant présente une incapacité de travail, le cas échéant pour quelle période et sur la base de quel constat objectivable. L'évaluation de l'état de santé lors des expertises neurologique et neuropsychologique est lacunaire et ne peut se voir reconnaître une quelconque valeur probante. 12.2 Selon l'art. 61 al. 1 PA, l'autorité de recours statue elle-même sur l'affaire ou, exceptionnellement, la renvoie avec des instructions impératives à l'autorité inférieure. Le renvoi est indiqué en l'espèce bien qu'il doive rester exceptionnel compte tenu de l'exigence de célérité de la procédure (art. 29 Cst. ; arrêt du Tribunal fédéral 8C_633/2014 du 11 décembre 2014 consid. 2.2). Le Tribunal fédéral a précisé que le renvoi est notamment justifié lorsqu'il s'agit d'enquêter sur une situation médicale qui n'a pas encore fait l'objet d'un examen, respectivement lorsque l'autorité inférieure n'a nullement instruit une question déterminante pour l'examen du droit aux prestations ou lorsqu'un éclaircissement, une précision ou un complément d'expertise s'avèrent nécessaires (cf. ATF 137 V 210 consid. 4.4.1.4 ; arrêt du Tribunal fédéral 8C_633/2014 du 11 décembre 2014 consid. 3.2 et 3.3 ; arrêt du Tribunal administratif fédéral C-3038/2016 consid. 12 et les références). En l'espèce, il ressort donc du dossier que l'évaluation médicale des atteintes à la santé du recourant et de leurs éventuels effets sur sa capacité de travail n'ont pas suffisamment été instruits et méritent des éclaircissements. 12.3 Par ailleurs, selon la jurisprudence, un renvoi à l'administration, lorsqu'il a pour but d'établir l'état de fait, ne viole ni le principe de la simplicité de la procédure et de diligence, ni le principe inquisitoire. Il en va cependant autrement quand un renvoi constitue en soi un déni de justice (par exemple, lorsque, en raison des circonstances, seule une expertise judiciaire ou une autre mesure probatoire serait propre à établir l'état de fait), ou si un renvoi apparaît disproportionné dans le cas particulier. A l'inverse, le renvoi à l'administration apparaît en général justifié si celle-ci a constaté les faits de façon sommaire, dans l'idée que le tribunal les éclaircirait comme il convient en cas de recours (ATF 137 V 210 consid. 4.4.1.4). Tel est le cas en l'espèce. 12.4 En l'occurrence, les décisions querellées se basent sur des expertises neurologique et neuropsychologique qui ne satisfont pas aux exigences jurisprudentielles en la matière.

C-6286/2020 Page 29 13. En conséquence, le recours est admis et les décisions entreprises annulées. Il est au demeurant précisé que le recourant a eu l'occasion de retirer son recours ou de se prononcer sur le risque de reformatio in pejus, conformément à la jurisprudence du Tribunal fédéral (ATF 137 V 314 consid. 3.2.4 ; voir supra let. C.n). La cause est renvoyée à l'autorité inférieure pour complément d'instruction et nouvelle décision. Une clarification des atteintes à la santé du recourant et de leurs effets sur sa capacité de travail apparaît en effet nécessaire. En particulier, l'autorité inférieure veillera à requérir des rapports récents des médecins traitants du recourant et ordonnera une expertise bidisciplinaire comportant un volet neurologique et neuropsychologique. L'autorité prendra également en compte dans sa nouvelle décision les rapports médicaux produits par le recourant pendant la procédure de recours, soit après que les décisions litigieuses aient été rendues, et faisant état notamment d'un 4ème AVC en 2022, ainsi que toutes autres atteintes survenant avant la prise de la nouvelle décision. A cet égard, il appartiendra à l'OAIE d'ajouter au besoin toute autre discipline médicale qu'il jugera nécessaire au regard des pathologies dont est atteint le recourant (cf. art. 44 al. 5 en relation avec al. 1 let. b LPGA du nouveau droit). L'expertise sera pratiquée en Suisse, l'organisme d'évaluation mandaté devant maîtriser les principes d'évaluation prévalant dans la médecine d'assurance

suisse (arrêt du Tribunal fédéral 9C_235/2013 du 10 septembre 2013 consid. 3.2). Le recourant étant domicilié en France, l'on ne voit de surcroît pas de motifs pour lesquels l'exécution en Suisse de cette expertise pourrait se révéler une mesure disproportionnée. Au sur- plus, les expert-e-s – le Dr D. _____ et Mme J. _____ étant exclus in casu – devront être désignés dans le respect des droits de participation de l'assuré (cf. ATF 137 V 210 consid. 3.4.2.9) et en application de la plate- forme d'attribution aléatoire SuisseMED@P (cf. art. 72bis al. 2 RAI ; ATF 139 V 349 consid. 5.2.1). Les expert-e-s devront notamment, dans le cadre d'une évaluation consensuelle, examiner l'ensemble de l'état de santé du recourant au jour de l'expertise, déterminer les atteintes à la santé de celui-ci, ce en décrivant l'évolution des constats médicaux objectivables dans la durée depuis la date de la demande de prestations de l'AI, et, dans la même mesure, leurs effets sur la capacité de travail, ainsi que les limita- tions fonctionnelles. L'ensemble du dossier devra ensuite être soumis au SMR pour nouvel examen. Enfin, une nouvelle décision devra être prise.

C-6286/2020 Page 30 14.

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