



---

Cour III  
C-6396/2019

## Arrêt du 8 avril 2024

---

Composition

Caroline Bissegger (présidente du collège),  
Beat Weber, Christoph Rohrer, juges,  
Müjde Atak, greffière.

---

Parties

**A.** \_\_\_\_\_, (France)  
recourant,

contre

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

---

Objet

Assurance-invalidité, droit à la rente  
(décision du 7 novembre 2019).

**Faits :****A.**

A.\_\_\_\_\_ (ci-après : l'assuré, l'intéressé ou le recourant), né le (...) 1979, de nationalité française et domicilié en France, est marié et père de trois enfants, nés en 2006, 2009 et 2012 (OAI-B.\_\_\_\_\_ pces 1 et 4). L'intéressé a travaillé en Suisse dès le mois de novembre 2007, en dernier lieu en qualité de responsable de reporting et construction, à plein temps, auprès de C.\_\_\_\_\_, à (...), dès le mois de juin 2008 (OAI-B.\_\_\_\_\_ pce 4). Ce faisant, il a notamment cotisé à l'assurance-invalidité suisse (ci-après : AI) pendant plus de huit ans (cf. extrait du compte individuel du 22 février 2017 [OAI-B.\_\_\_\_\_ pce 11]). Le 17 février 2016, l'assuré a été victime d'un accident sur la voie publique alors qu'il se rendait à son travail. En incapacité de travail depuis lors, son cas a été pris en charge par la Caisse nationale suisse d'assurance en cas d'accidents (ci-après : SUVA). Le contrat de travail de l'intéressé a été résilié par son employeur pour le 31 octobre 2016 (OAI-B.\_\_\_\_\_ pce 90 [p. 603/922]).

**B.**

**B.a** Par correspondance du 6 janvier 2017, l'assureur perte de gain de l'intéressé a notamment transmis à l'Office de l'assurance-invalidité du canton B.\_\_\_\_\_ (ci-après : OAI-B.\_\_\_\_\_) la demande de prestations AI, datée du 29 décembre 2016, de l'intéressé ainsi qu'une copie du dossier médical complet en possession de son médecin conseil (OAI-B.\_\_\_\_\_ pces 1-4 et 89). Il ressort en substance de cette demande, reçue à l'OAI-B.\_\_\_\_\_ le 9 janvier 2017, que l'assuré est en incapacité de travail totale depuis le 17 février 2016 et présente un état de stress post-traumatique sévère et une raideur cervicale avec syndrome cervico-céphalique (OAI-B.\_\_\_\_\_ pce 4).

Dans le cadre de l'instruction de cette demande, l'OAI-B.\_\_\_\_\_ a notamment recueilli le dossier de la SUVA et le dossier de l'assureur perte de gain, postérieur au 6 janvier 2017 (OAI-B.\_\_\_\_\_ pces 5, 8, 10, 90 et 91).

**B.b** Il ressort en particulier du dossier de la SUVA que le 17 février 2016, l'assuré a été victime d'un accident de la circulation sur une route verglacée. Selon la description de l'accident, l'intéressé a perdu la maîtrise de sa voiture, a heurté un autre véhicule immobilisé sur le bas-côté et est parti en tête-à-queue avec un deuxième choc avec un autre véhicule, heurtant l'appui-tête au moment des chocs, pour finir sa course en contrebas de la route (OAI-B.\_\_\_\_\_ pces 6 et 90 [pp. 844 et 864/922]).

L'intéressé a pu s'extraire seul de sa voiture et discuter avec les témoins, aucune intervention de la police et des urgences médicales n'ayant eu lieu. En outre, l'assuré a également déclaré avoir ressenti un sentiment de peur intense et des douleurs cervicales droites irradiant au niveau de l'épaule ainsi que l'apparition des céphalées et fourmillements des doigts de la main droite par la suite (OAI-B.\_\_\_\_\_ pce 90 [pp. 783-789 et 793/922]). Selon le compte-rendu de la radiographie du rachis cervical et de l'épaule droite du 27 février 2016, les aspects radiologiques sont normaux (OAI-B.\_\_\_\_\_ pce 90 [p. 767/922]). Il ressort du rapport médical du 29 février 2016, le Dr D.\_\_\_\_\_ (ci-après : Dr D.\_\_\_\_\_), médecin généraliste, constate un Whiplash syndrome probable (OAI-B.\_\_\_\_\_ pce 90 [p. 843/922]). Selon le rapport médical du 4 mars 2016 du Dr E.\_\_\_\_\_ ci-après : Dr E.\_\_\_\_\_) médecin généraliste, l'assuré est en incapacité de travail depuis son accident en raison des cervicalgies avec paresthésies du membre supérieur droit ainsi que des douleurs à l'épaule droite avec contracture (OAI-B.\_\_\_\_\_ pce 90 [p. 842/922]).

L'intéressé a séjourné à la Clinique F.\_\_\_\_\_ (ci-après : F.\_\_\_\_\_) à (...) du 21 au 23 mars 2016 (OAI-B.\_\_\_\_\_ pce 90 [p. 792-814/922]). Selon le rapport d'évaluation interdisciplinaire du 29 mars 2016, les diagnostics de traumatisme cervical indirect sur l'accident de la voie publique du 17 février 2016 (S13.4) et un état de stress post-traumatique (F43.1) sont retenus (OAI-B.\_\_\_\_\_ pce 90 [p. 792/922]). En ce qui concerne les antécédents médicaux, ce rapport de la Clinique F.\_\_\_\_\_ mentionne un traumatisme cervical indirect en 2015 à la suite d'un accident de la voie publique, sans suite notable. Par décision sur opposition du 17 novembre 2016, la SUVA a mis un terme au versement des prestations d'assurance au 10 juillet 2016 au motif que selon l'appréciation du médecin d'arrondissement, les troubles qui subsistent au-delà du 1<sup>er</sup> juillet 2016 ne sont plus dus à l'accident et que la causalité adéquate pour les troubles psychiques et les troubles qui ne peuvent pas s'expliquer d'un point de vue organique doit être niée (OAI-B.\_\_\_\_\_ pce 90 [pp. 628-638/922]). Par arrêt du 8 février 2018, le Tribunal cantonal du canton G.\_\_\_\_\_ a rejeté le recours déposé par l'assuré contre la décision sur opposition du 17 novembre 2016 de la SUVA (OAI-B.\_\_\_\_\_ pce 92).

**B.c** S'agissant du dossier de l'assureur perte de gain, celui-ci contient en particulier le rapport d'expertise psychiatrique du Dr H.\_\_\_\_\_ (ci-après : Dr H.\_\_\_\_\_), médecin spécialiste en neurologie FMH, médecin spécialiste en psychiatrie et en psychothérapie FMH, du 31 octobre 2016 (OAI-B.\_\_\_\_\_ pce 89 [pp. 523-536/922]). Le Dr H.\_\_\_\_\_ retient le diagnostic de syndrome de stress post-traumatique (F43.1) et exclut tout

trouble de la personnalité selon les critères de la CIM-10. Le psychiatre indique également que l'intéressé présente, à part sa souffrance subjective, une certaine tendance à la dramatisation, à l'exagération et à l'aggravation. En outre, le Dr H.\_\_\_\_\_ relève que les résultats du laboratoire indiquent une non-prise ou une prise irrégulière et une mauvaise compliance médicamenteuse concernant le traitement composé de Seroplex (Escitalopram). Enfin, le Dr H.\_\_\_\_\_ mentionne qu'une reprise de travail, dans l'activité habituelle, devrait être possible à partir du 1<sup>er</sup> février 2017 au plus tard, débutant à 50%, avec une augmentation par la suite pendant trois mois au maximum selon l'évaluation des médecins traitants.

L'assuré a produit une expertise privée, datée du 2 décembre 2016, établie par le Dr I.\_\_\_\_\_ (ci-après : Dr I.\_\_\_\_\_), médecin de spécialisation inconnue (OAI-B.\_\_\_\_\_ pce 91 [pp. 893-905/922]).

L'assureur perte de gain a mis fin aux indemnités journalières au 31 mars 2017 (OAI-B.\_\_\_\_\_ pce 24).

**B.d** Selon l'avis médical du 10 septembre 2018 des Drs J.\_\_\_\_\_ (ci-après : Dr J.\_\_\_\_\_ ) et K.\_\_\_\_\_ (ci-après : Dr K.\_\_\_\_\_ ) médecins de spécialisation inconnue et du SMR, une expertise pluridisciplinaire dans les domaines de la rhumatologie, de la neurologie et de la psychiatrie est recommandée afin de déterminer les limitations fonctionnelles et la capacité de travail de l'assuré dans le contexte de diagnostic rapporté de Whiplash syndrome, assimilé par la jurisprudence aux troubles somatoformes (OAI-B.\_\_\_\_\_ pce 42).

**B.e** L'expertise pluridisciplinaire a été effectuée par les Drs L.\_\_\_\_\_ (ci-après : Dr L.\_\_\_\_\_ ), spécialiste FMH en rhumatologie, M.\_\_\_\_\_ (ci-après : Dre M.\_\_\_\_\_ ), médecin praticien FMH en médecine générale et certifiée en appréciation de la capacité de travail SIM, N.\_\_\_\_\_ (ci-après : Dre N.\_\_\_\_\_ ), spécialiste FMH en psychiatrie et psychothérapie, O.\_\_\_\_\_ (ci-après : Dr O.\_\_\_\_\_ ), spécialiste FMH en neurologie et P.\_\_\_\_\_ (ci-après : psychologue P.\_\_\_\_\_ ), psychologue spécialiste en neuropsychologie FSP et experte neuropsychologue de la SIM, se déroulant les 25, 29 avril et 7 juin 2019 au centre d'expertise Q.\_\_\_\_\_. Le rapport d'expertise est daté du 6 septembre 2019 (OAI-B.\_\_\_\_\_ pce 66). Les experts ne retiennent pas de diagnostic ayant une incidence sur la capacité de travail. Les diagnostics sans incidence sur la capacité de travail retenus sont : la majoration des symptômes cognitifs non expliqués par des raisons organiques au stade actuel des connaissances (F68.0), les

troubles mixtes de la personnalité à traits immatures et dépendants (F61.0), la production intentionnelle ou simulation de symptômes (F68.1), céphalées tensionnelles (G44.2), les troubles de l'endormissement et de maintien du sommeil (G47.0), la contracture cervicale latéralisée à droite, le syndrome de déconditionnement musculaire lié à l'inactivité professionnelle, la tachycardie d'origine extracardiaque en 2016, la stase stercorale colique droite en 2017 et le surpoids avec déconditionnement physique (IMC à 27). Enfin, les experts ont conclu à l'absence de limitation fonctionnelle et à une capacité de travail de 100% dans l'activité habituelle et adaptée dès le 17 mai 2016 (OAI-B. \_\_\_\_\_ pce 66 [pp. 192-196/922]).

**B.f** Invité à se prononcer sur le rapport d'expertise du 6 septembre 2019, le Dr J. \_\_\_\_\_ ne retient pas d'atteinte à la santé à effet incapacitant durable au sens de l'AI (cf. rapport médical du 10 septembre 2019 [OAI-B. \_\_\_\_\_ 67]).

**B.g** Par projet de décision du 13 septembre 2019, l'OAI-B. \_\_\_\_\_ a informé l'intéressé qu'il entendait rejeter sa demande de prestations AI (OAI-B. \_\_\_\_\_ pce 68).

**B.h** Le 7 octobre 2019, l'intéressé a contesté le projet de décision susmentionné et a produit divers documents médicaux (OAI-B. \_\_\_\_\_ pce 71).

**B.i** Par décision du 7 novembre 2019, l'Office de l'assurance-invalidité pour les assurés résidant à l'étranger (ci-après : OAIE ou autorité inférieure) a confirmé le projet de décision du 13 septembre 2019 (OAI-B. \_\_\_\_\_ pce 76).

## **C.**

**C.a** Par acte du 2 décembre 2019 (timbre postal), l'assurée a interjeté recours contre la décision de l'OAIE du 7 novembre 2019 par-devant le Tribunal administratif fédéral (ci-après : Tribunal) en indiquant en substance être en incapacité de travail et contestant la valeur probante du rapport d'expertise du 6 septembre 2019 (TAF pce 1). A l'appui de son recours, l'intéressé a produit divers documents (annexe à TAF pce 1).

**C.b** Par décision incidente du 10 décembre 2019, le Tribunal a invité le recourant à verser une avance sur les frais de procédure présumés de 800 francs dans les 30 jours dès réception de ladite décision incidente, sous

peine d'irrecevabilité du recours (TAF pce 2). Le montant a été versé dans le délai imparti (TAF pce 3).

**C.c** Par correspondance spontanée du 20 janvier 2020 (timbre postal), l'assuré a transmis au Tribunal une copie du rapport médical du 17 janvier 2020 du Dr E. \_\_\_\_\_ ainsi que la liste des critères diagnostiques selon le Manuel diagnostique et statistique des troubles mentaux IV (ci-après : DSM-IV) relatifs à un état de stress post-traumatique chronique sévère, à des troubles dépressifs et anxieux importants liés au PTSD (*post-traumatic stress disorder* ou trouble de stress post-traumatique), à des troubles cliniques liés au PTSD. Selon le rapport médical du Dr E. \_\_\_\_\_, l'intéressé est en arrêt de travail depuis son accident du 17 février 2016, se plaignant de cervicalgies avec paresthésies du membre supérieur droit et douleur à l'épaule droite, et est suivi pour un état de stress post-traumatique sévère avec plaintes d'impossibilités à la conduite de véhicule (TAF pce 5).

**C.d** Par réponse du 2 mars 2020, l'autorité inférieure a conclu au rejet du recours et à la confirmation de la décision attaquée (TAF pce 7).

**C.e** Par ordonnance du 12 mars 2020, le Tribunal a signalé aux parties la clôture de l'échange d'écritures, sous réserve d'autres mesures d'instruction (TAF pce 8).

**C.f** Par courrier spontané du 23 juillet 2020 (timbre postal), l'intéressé a produit un document de la commission médicale de la sécurité sociale française du 17 juillet 2020 (TAF pce 9).

**C.g** Par ordonnance du 30 juillet 2020, le Tribunal a transmis à l'autorité inférieure la correspondance spontanée du 23 juillet 2020 du recourant et a rappelé aux parties que l'échange d'écritures est en principe clos, d'autres mesures d'instruction demeurant toutefois réservées (TAF pce 10).

#### **D.**

Les autres faits et arguments pertinents de la cause sont retranscrits et examinés, en tant que de besoin, dans les considérants qui suivent.

**Droit :****1.**

**1.1** 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 LAI [RS 831.20] ; art. 5 PA).

**1.2** Le Tribunal examine d'office les conditions formelles de validité et de régularité de la procédure devant l'autorité inférieure, soit notamment le point de savoir si l'autorité qui a rendu la décision litigieuse était compétente (ATF 142 V 67 consid. 2.1 ; 140 V 22 consid. 4). A ce sujet, il y a lieu de remarquer qu'aux termes de l'art. 40 du règlement du 17 janvier 1961 sur l'assurance-invalidité (RAI, RS 831.201), l'office AI du secteur d'activité dans lequel le frontalier exerce une activité lucrative est compétent pour enregistrer et examiner les demandes présentées par les frontaliers, tandis que l'office AI pour les assurés résidant à l'étranger notifie les décisions (al. 2). Etant donné que le recourant est domicilié en France voisine et que l'atteinte à la santé remonte à l'époque de son activité en tant que frontalier, c'est à juste titre que l'Office AI du canton B. \_\_\_\_\_ a enregistré et instruit la demande, et que l'OAIE a notifié la décision entreprise.

**1.3** Selon l'art. 37 LTAF, la procédure devant le Tribunal administratif fédéral est régie par la PA pour autant que la LTAF n'en dispose pas autrement. En vertu de l'art. 3 let. d<sup>bis</sup> PA, la procédure en matière d'assurances sociales n'est pas régie par la PA dans la mesure où la LPGA (RS 830.01) est applicable. Selon l'art. 2 LPGA, les dispositions de ladite loi sont applicables aux assurances sociales régies par la législation fédérale, si et dans la mesure où les lois spéciales sur les assurances sociales le prévoient. Selon l'art. 1 al. 1 LAI, les dispositions de la LPGA s'appliquent à l'assurance-invalidité (art. 1a à 26<sup>bis</sup> et 28 à 70), à moins que la LAI ne déroge à la LPGA.

**1.4** 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), le recours est recevable.

**2.**

En l'espèce, l'objet du litige est le bien-fondé de la décision du 7 novembre 2019 de l'autorité inférieure.

**3.**

**3.1** La procédure dans le domaine des assurances sociales fait prévaloir la maxime inquisitoire (art. 43 LPGA ; ATF 138 V 218 consid. 6). Ainsi, le Tribunal administratif fédéral définit les faits et apprécie les preuves d'office et librement (art. 12 PA ; PIERRE MOOR/ETIENNE POLTIER, Droit administratif, vol. II, 3<sup>e</sup> éd. 2011, ch. 2.2.6.3). Ce faisant, il ne tient pour existants que les faits qui sont prouvés, cas échéant au degré de la vraisemblance prépondérante (ATF 139 V 176 consid. 5.2 ; ATF 138 V 218 consid. 6). Par ailleurs, il applique le droit d'office, sans être lié par les motifs invoqués par les parties (art. 62 al. 4 PA ; ATAF 2013/46 consid. 3.2), ni par l'argumentation juridique développée dans la décision entreprise (PIERRE MOOR/ETIENNE POLTIER, op. cit., ch. 2.2.6.5 ; BENOÎT BOVAY, Procédure administrative, 2<sup>e</sup> éd. 2015, p. 243). L'autorité saisie se limite en principe aux griefs soulevés et n'examine les questions de droit non invoquées que dans la mesure où les arguments des parties ou le dossier l'y incitent (ATF 122 V 157 consid. 1a ; ATF 121 V 204 consid. 6c ; ANDRÉ MOSER et al., Prozessieren vor dem Bundesverwaltungsgericht, 3<sup>e</sup> éd. 2022, n° 1.55). Les parties ont le devoir de collaborer à l'instruction (art. 13 PA et 43 al. 3 LPGA ; arrêt du TAF C-6134/2017 du 3 avril 2018 consid. 5.4) et de motiver leur recours (art. 52 PA).

**3.2** Compte tenu des éléments d'extranéité ressortant du dossier, est applicable 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 n° 883/2004, RS 0.831.109.268.1, et n° 987/2009, RS 0.831.109.268.11). Néanmoins, 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, en relation avec l'annexe VII dudit règlement : ATF 130 V 253 consid. 2.4 ; arrêt du TF 9C\_465/2022 du 1<sup>er</sup> mars 2023 consid. 5.5).

**3.3** En outre, il y a lieu en principe d'appliquer les règles de droit matériel en vigueur lors de la réalisation de l'état de fait qui doit être apprécié juridiquement ou qui a des conséquences juridiques, sous réserve des dispositions particulières du droit transitoire (ATF 143 V 446 consid. 3.3 ; 136 V 24 consid. 4.3 ; 132 V 215 consid. 3.1.1). Le juge des assurances sociales apprécie en outre la légalité des décisions d'après les faits existant

au moment où la décision litigieuse a été rendue (ATF 121 V 362 consid. 1b ; 99 V 98 consid. 4 ; arrêts du TF 9C\_25/2012 du 25 avril 2012 consid. 2.1 ; 9C\_931/2008 du 8 mai 2009 consid. 4.3). Dans le cas d'espèce, la décision litigieuse ayant été rendue le 7 novembre 2019, il y a lieu de s'en tenir aux faits survenus jusqu'à cette date et d'appliquer le droit en vigueur jusqu'à ce moment-là. Dès lors, la modification de la LAI du 19 juin 2020 (RO 2121 705 ; FF 2017 2559), dans la mesure où elle est entrée en vigueur au 1<sup>er</sup> janvier 2022, ne trouve pas application dans le cas d'espèce.

#### **4.**

Selon l'art. 36 LAI, l'assuré qui compte trois années au moins de cotisations lors de la survenance de l'invalidité a droit à une rente d'invalidité ordinaire (al. 1). En l'occurrence, le recourant a versé des cotisations à l'AI suisse pendant plus de huit ans (cf. consid. A supra ; OAI-B. \_\_\_\_\_ pce 11 [extrait du compte individuel du 22 février 2017]). Il remplit donc la condition de durée minimale de cotisations. Il reste à examiner si l'assuré est invalide au sens de la loi.

#### **5.**

**5.1** Conformément à l'art. 28 al. 1 LAI, l'assuré a droit à une rente si sa capacité de gain ou sa capacité d'accomplir ses travaux habituels ne peut 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 LPGGA) d'au moins 40% en moyenne durant une année sans interruption notable (let. b) ; et si, au terme de cette année, il est invalide (art. 8 LPGGA) à 40% au moins (let. c).

**5.2** Un assuré a droit à un quart de rente s'il est invalide à 40% au moins, à une demi-rente s'il est invalide à 50% au moins, à trois quarts de rente s'il est invalide à 60% au moins et à une rente entière s'il est invalide à 70% au moins (art. 28 al. 2 LAI). Les rentes correspondant à un taux d'invalidité inférieur à 50% sont versées aux ressortissants suisses et aux ressortissants d'un Etat membre de l'Union européenne s'ils ont leur domicile et leur résidence habituelle sur le sol de l'un d'eux (art. 29 al. 4 LAI ; art. 4 et 7 du règlement n° 883/2004).

**5.3** Aux termes de l'art. 8 al. 1 LPGGA, est réputée invalidité l'incapacité de gain totale ou partielle qui est présumée permanente ou de longue durée. L'art. 4 al. 1 LAI précise que l'invalidité peut résulter d'une infirmité congénitale, d'une maladie ou d'un accident. L'al. 2 de cette disposition mentionne que l'invalidité est réputée survenue dès qu'elle est, par sa

nature et sa gravité, propre à ouvrir droit aux prestations entrant en considération. 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 LPGA).

**5.4** La notion d'invalidité, dont il est question à l'art. 8 LPGA et à l'art. 4 LAI, est de nature juridique/économique et non pas médicale (ATF 116 V 246 consid. 1b). En d'autres termes, l'assurance-invalidité suisse couvre seulement les pertes économiques liées à une atteinte à la santé physique, mentale ou psychique, qui peut résulter d'une infirmité congénitale, d'une maladie ou d'un accident, et non la maladie en tant que telle. Selon la jurisprudence constante, bien que l'invalidité soit une notion juridique et économique, les données fournies par les médecins constituent néanmoins un élément utile pour apprécier les conséquences de l'atteinte à la santé et pour déterminer quels travaux peuvent être encore raisonnablement exigés (ATF 115 V 133 consid. 2 ; 114 V 310 consid. 3c).

**5.5** L'invalidité d'une personne assurée exerçant une activité lucrative est en principe évaluée selon la méthode générale de comparaison des revenus (art. 28a al. 1 LAI en corrélation avec l'art. 16 LPGA) ; celle d'une personne assurée qui n'exerce pas d'activité lucrative est déterminée selon la méthode spécifique, en effectuant une comparaison des activités et en cherchant à établir dans quelle mesure la personne est empêchée d'accomplir ses travaux habituels (art. 28a al. 2 LAI en corrélation avec les art. 8 al. 3 LPGA et 27 RAI) ; quant à l'invalidité de la personne assurée qui exerce une activité à temps partiel, elle est en règle générale évaluée sur la base de la méthode mixte (art. 28a al. 3 LAI et art. 27<sup>bis</sup> RAI en corrélation avec art. 28a al. 1 et 2 LAI, art. 16 LPGA et 27 RAI).

**5.6** Le droit à la rente prend naissance au plus tôt à l'échéance d'une période de six mois à compter de la date à laquelle l'assuré a fait valoir son droit aux prestations conformément à l'art. 29 al. 1 LPGA, mais pas avant le mois qui suit le 18<sup>e</sup> anniversaire de l'assuré (art. 29 al. 1 LAI) et sous réserve d'un délai d'attente d'une année à compter du début de l'atteinte à la santé (art. 28 al. 1 let. b LAI).

## 6.

**6.1** S'agissant des troubles psychiques, tels les symptomatologies douloureuses sans substrat organique objectivable, autrement appelées « troubles somatoformes douloureux », les autres affections psychosomatiques assimilées (ATF 140 V 8 consid. 2.2.1.3), ou encore les troubles dépressifs légers à moyens, la capacité de travail réellement exigible de la personne souffrant de ces troubles doit être évaluée sur la base d'une vision d'ensemble, à la lumière des circonstances du cas particulier et sans résultat prédéfini, dans le cadre d'une procédure d'établissement des faits structurée et normative, permettant, d'une part, de mettre en lumière des facteurs d'incapacités et, d'autre part, les ressources de la personne concernée (ATF 141 V 281 consid. 2, 3.4 à 3.6, 4.1 ; 143 V 418 consid. 6 ss). La reconnaissance de l'existence d'une atteinte à la santé psychique suppose la présence d'un diagnostic émanant d'un expert (psychiatre) et s'appuyant selon les règles de l'art sur les critères d'un système de classification reconnu, tel la CIM ou le DSM-IV (ATF 143 V 409 consid. 4.5.2 ; 141 V 281 consid. 2.2 et 3.2 ; 130 V 396 consid. 5.3 et 6 ; arrêts du TF 8C\_841/2016 du 30 novembre 2017 consid. 4.5.2 et 9C\_815/2012 du 12 décembre 2012 consid. 3). A l'inverse, si l'expert psychiatre identifie un phénomène d'exagération des symptômes ou une constellation similaire chez l'intéressé, aucune atteinte psychique ouvrant le droit aux prestations d'assurance ne peut être reconnue (motifs d'exclusion ; ATF 141 V 281 consid. 2.2). Afin d'évaluer la capacité de travail et le caractère invalidant des affections susmentionnées, le Tribunal fédéral a ainsi conçu un catalogue d'indicateurs, classés en deux catégories (ATF 141 V 281 consid. 4.1.3). La première catégorie "degré de gravité fonctionnel" comprend les complexes « atteinte à la santé » (soit l'expression des éléments pertinents pour le diagnostic, le succès du traitement ou la résistance à cet égard, le succès de la réadaptation ou la résistance à cet égard ainsi que les comorbidités ; consid. 4.3.1 de l'ATF 141 V 281), « personnalité » (structure et développement de la personnalité, ressources personnelles ; consid. 4.3.2 de l'arrêt cité) et « contexte social » (consid. 4.3.3) alors que la seconde catégorie "cohérence (point de vue du comportement)" considère la limitation uniforme du niveau des activités dans tous les domaines comparables de la vie (consid. 4.4.1) et le poids des souffrances révélées par l'anamnèse établie en vue du traitement et de la réadaptation (consid. 4.4.2).

**6.2** En outre, le Tribunal fédéral a remarqué que le suivi (et l'évolution) d'une thérapie adéquate de psychothérapie constitue un indicateur de la gravité de l'affection et est exigible compte tenu de l'obligation de réduire

le dommage de la personne assurée (ATF 143 V 409 consid 4.4 et 4.5.2). Il a également souligné que le catalogue d'indicateurs n'est pas immuable, devant au contraire évoluer avec les connaissances scientifiques médicales et juridiques, et qu'il sied de toujours tenir compte des circonstances du cas concret, le catalogue n'ayant pas la fonction d'une simple check-list (ATF 141 V 281 consid. 4.1.1).

La Haute Cour a encore précisé que pour des raisons de proportionnalité, il n'est pas nécessaire de procéder à un examen normatif selon l'ATF 141 V 281 lorsque des médecins spécialisés nient, d'une manière fondée et avec motivation, la présence d'une incapacité de travail, que leurs rapports médicaux répondent aux exigences jurisprudentielles et que des éventuels avis contradictoires n'ont pas de force probante notamment parce qu'ils proviennent de médecins qui ne sont pas spécialisés ou pour d'autres raisons (ATF 143 V 418 consid. 7.1 ; 143 V 409 consid. 4.5). A titre d'exemple, il n'y a en principe pas besoin de réaliser un examen de preuve structurée dans les cas où il est établi à la vraisemblance prépondérante que la personne assurée ne souffre que d'un trouble dépressif léger qui n'est pas encore chronique et que, de plus, elle ne présente pas de comorbidités (ATF 143 V 409 consid. 4.5.3 ; arrêt du TF 9C\_580/2017 du 16 janvier 2018 consid. 3.1). Il ne faut pas non plus procéder à un examen normatif structuré lorsque l'assuré présente notamment une dysthymie ainsi qu'un trouble dépressif en rémission (arrêt du TF 8C\_341/2018 du 13 août 2018).

## 7.

**7.1** Selon l'art. 69 al. 2 RAI, l'office de l'assurance-invalidité compétent réunit les pièces nécessaires, en particulier sur l'état de santé du requérant, son activité, sa capacité de travail et son aptitude à être réadapté, ainsi que sur l'indication de mesures déterminées de réadaptation. A cet effet peuvent être exigés ou effectués des rapports ou des renseignements, des expertises ou des enquêtes sur place ; il peut être fait appel aux spécialistes de l'aide publique ou privée aux invalides.

**7.2** Ainsi, le point de départ de l'examen du droit aux prestations est l'ensemble des éléments et constatations médicales. L'élément déterminant pour reconnaître pleine valeur probante à un rapport médical n'est ni son origine, ni sa désignation, mais son contenu (ATF 125 V 351 consid. 3a ; 135 V 465 consid. 4.4). A cet égard, il importe que les points litigieux importants aient fait l'objet d'une étude fouillée, que le rapport se fonde sur des examens complets, qu'il prenne également en considération les

plaintes exprimées, qu'il ait été établi en pleine connaissance du dossier, que la description des conséquences médicales soit claire et, enfin, que les conclusions du spécialiste soient bien motivées (ATF 134 V 231 consid. 5.1 ; 130 V 396).

**7.3** Lorsqu'au stade de la procédure administrative, une expertise confiée à un médecin indépendant est établie par un spécialiste reconnu, sur la base d'observations approfondies et d'investigations complètes, de même qu'en pleine connaissance du dossier, et que l'expert aboutit à des résultats convaincants, il y a lieu de reconnaître pleine valeur probante à ces résultats, aussi longtemps qu'aucun indice concret, tel que des contradictions manifestes ou des éléments essentiels ignorés, ne permet de douter de leur bien-fondé et fiabilité (ATF 137 V 210 consid. 2.2.2 ; 135 V 465 consid. 4.4 ; 125 V 351 consid. 3b/bb).

**7.4** Selon la formule consacrée par la jurisprudence, l'expert médical a pour tâches d'informer le juge ou l'administration sur des règles d'expérience ou sur des notions relevant de son domaine d'expertise, d'élucider pour le tribunal ou les organes administratifs des questions de fait dont la vérification et l'appréciation exigent des connaissances spéciales – scientifiques, techniques ou professionnelles – ou de tirer, sur la base de ses connaissances, des conclusions sur des faits existants. L'expert répond exclusivement aux questions de fait qui relèvent de son domaine de compétences ; la résolution des questions juridiques incombe en revanche au juge ou à l'administration. En outre, l'expert doit éviter tout fait ou comportement pouvant susciter un doute quant à son impartialité, laquelle requiert l'indépendance, l'objectivité et la neutralité (arrêts du TF 8C\_448/2015 du 17 décembre 2015 consid. 4.2 ; I 195/05 du 20 décembre 2006 consid. 4.4 ; JACQUES OLIVIER PIGUET, Loi sur la partie générale des assurances sociales, Commentaire romand, 2018, art. 44 n° 10 pp. 551-553).

**7.5** Les rapports des SMR selon les art. 59 al. 2<sup>bis</sup> LAI et 49 al. 1 et 3 RAI ont une autre fonction que les examens sur la personne de l'assuré au sens de l'art. 49 al. 2 RAI effectués par les SMR et de l'art. 44 LPGA effectués par un expert indépendant. Les rapports au sens des art. 59 al. 2<sup>bis</sup> LAI et 49 al. 1 et 3 RAI ne se fondent pas sur des examens médicaux effectués sur la personne mais contiennent les résultats de l'examen des conditions médicales du droit aux prestations et une recommandation, sous l'angle médical, concernant la suite à donner à la demande de prestations. Ils ne posent pas de nouvelles conclusions médicales mais portent une

appréciation sur celles déjà existantes (arrêts du TF 9C\_581/2007 du 14 juillet 2008 consid. 3.2 et 9C\_341/2007 du 16 novembre 2007 consid. 4.1).

**7.6** Quant aux rapports établis par les médecins traitants, le juge peut et doit tenir compte du fait que selon l'expérience, le médecin traitant est généralement enclin, en cas de doute, à prendre parti pour son patient en raison de la relation de confiance issue du mandat thérapeutique qui l'unit à ce dernier (ATF 135 V 465 consid. 4.5 ; 125 V 351 consid. 3a/cc). Cette constatation s'applique de même aux médecins non traitant ou spécialistes (expertises privées) consultés par un patient en vue d'obtenir un moyen de preuve à l'appui de sa requête (arrêt du TF I 321/03 du 29 octobre 2003 consid. 3.1 ; MICHEL VALTERIO, Commentaire, Loi fédérale sur l'assurance-invalidité [LAI], 2018, art. 57 n° 48). Toutefois le simple fait qu'un certificat médical ou une expertise privée soit établi à la demande d'une partie et soit produit pendant la procédure ne justifie pas en soi des doutes quant à sa valeur probante. Ainsi, on en retiendra des éléments, notamment si ceux-ci, objectivement vérifiables, ont été ignorés dans le cadre d'une expertise indépendante et s'avèrent suffisamment pertinents pour remettre en cause les conclusions de l'expert (ATF 125 V 351 consid. 3b/dd et les références citées ; arrêts du TF 9C\_338/2016 du 21 février 2017 consid. 5.5 ; 9C\_876/2009 du 6 juillet 2010 consid. 2.2 ; 9C\_24/2008 du 27 mai 2008 consid. 2.3.2 ; 9C\_201/2007 du 29 janvier 2008 consid. 3.2).

## **8.**

**8.1** En l'espèce, par la décision du 7 novembre 2019, l'autorité inférieure a rejeté la demande de prestations AI du recourant au motif que l'intéressé ne souffrait d'aucune atteinte invalidante au sens de la LAI. Pour rejeter le droit du recourant à des prestations AI, l'OAI-B.\_\_\_\_\_ s'est avant tout fondé sur le rapport d'expertise pluridisciplinaire du 6 septembre 2019 (OAI-B.\_\_\_\_\_ pce 66) et sur l'appréciation médicale dudit rapport par son SMR le 10 septembre 2019 ainsi que sur son complément du 11 octobre 2019 (OAI-B.\_\_\_\_\_ pces 67 et 72).

**8.2** Il sied donc d'analyser si le rapport d'expertise pluridisciplinaire du 6 septembre 2019 peut se voir reconnaître pleine valeur probante à la lumière des exigences jurisprudentielles exposées ci-dessus.

**8.2.1** L'expertise pluridisciplinaire a été réalisée par les Drs M.\_\_\_\_\_, médecin généraliste, N.\_\_\_\_\_, psychiatre, O.\_\_\_\_\_, neurologue et L.\_\_\_\_\_, rhumatologue ainsi que par la psychologue P.\_\_\_\_\_, spécialiste en neuropsychologie (OAI-B.\_\_\_\_\_ pce 66 [pp. 187-

188/922). Au niveau de la connaissance du dossier médical, le rapport d'expertise liste et résume les pièces médicales pertinentes, portant sur la période du 17 février 2016 au 28 février 2019, sur lesquelles les experts ont fondé leur expertise, dans l'Annexe n°1 jointe au rapport d'expertise (OAI-B.\_\_\_\_\_ pce 66 [pp. 267-275/922]). Les experts avaient donc pleine connaissance des diagnostics et des limitations fonctionnelles du recourant et disposent de la formation et de toutes les connaissances nécessaires pour juger valablement de l'état de santé, de la capacité de travail dans l'activité habituelle et dans une activité adaptée, ainsi que des limitations fonctionnelles du recourant dans leur discipline médicale respective.

**8.2.2** L'expertise du 6 septembre 2019 contient une anamnèse complète, prenant en compte les plaintes du recourant qui y sont compilées, et qui a été établie sur la base d'examens approfondies et d'investigations complètes, par exemple le complément en neuropsychologie requis par le neurologue à l'issue de son examen (OAI-B.\_\_\_\_\_ pce 66). Concrètement, dans chacune des disciplines de l'expertise, le rapport y relatif fait état d'examens poussés sur la personne, ceux-ci donnant ensuite lieu à des constatations objectives et à des diagnostics. Les experts développent une discussion sur la situation médicale et les points litigieux sur la base d'une évaluation consensuelle (OAI-B.\_\_\_\_\_ pce 66 [p. 188 ss/922]). Spécifiquement, ils expliquent les différences objectives qu'ils ont constatés par rapport à certaines plaintes subjectives du recourant. En somme, le contexte médical du recourant y est décrit de façon claire et compréhensible.

**8.2.3** Sur le plan de la médecine interne, la Dre M.\_\_\_\_\_ retient les diagnostics de tachycardie d'origine extracardiaque en 2016, de stase stercorale colique droite en 2017 et de surpoids avec déconditionnement physique, IMC à 27, ces diagnostics n'ont pas d'incidence sur la capacité de travail. La Dre M.\_\_\_\_\_ mentionne notamment que l'intéressé se plaint des troubles cognitifs, digestifs, de la vue, de l'audition et des vertiges. A cet égard, l'experte en médecine générale rapporte que durant l'entretien, il n'a pas été noté de défaillance des fonctions cognitives, ni d'atteinte de raisonnement et que le recourant a su correctement relater les circonstances de l'accident, bien qu'il soit constaté des oublis de dates dans la chronologie des événements en lien avec l'accident. En ce qui concerne les troubles digestifs, la Dre M.\_\_\_\_\_ indique que l'échographie de l'abdomen, réalisée en 2017, ne mettait pas en évidence de problème organique, en dehors d'une stase stercorale pancolique prédominant au niveau du côlon droit. L'experte relève également que

l'examen ORL n'a pas retrouvé de substrat organique aux vertiges et que les troubles de la vue et de l'audition mentionnés dans le dossier médical n'ont pas été retrouvés ce jour à l'examen. La prise de poids de l'assuré serait le résultat d'un déconditionnement physique. En outre, la Dre M.\_\_\_\_\_ déclare que la tachycardie mentionnée et retrouvée ce jour à l'examen est très probablement en rapport avec le déconditionnement physique et la prise de poids, l'examen cardio-pulmonaire étant normal. L'experte en médecine interne se prononce aussi sur les rapports médicaux figurant au dossier médical de l'intéressé, en particulier elle relève que le rapport d'évaluation de la Clinique F.\_\_\_\_\_ du 29 mars 2016 mentionne des plaintes subjectives de l'assuré sans que des substrats organiques aient pu être retrouvés à l'examen clinique. S'agissant des options thérapeutiques, la Dre M.\_\_\_\_\_ conseille une perte de poids et un reconditionnement physique. Quant à la capacité de travail de l'assuré dans l'activité habituelle, la Dre M.\_\_\_\_\_ indique qu'elle a toujours été de 100% et qu'aucune limitation fonctionnelle n'est à prendre en compte (OAI-B.\_\_\_\_\_ pce 66 [pp. 199-212/922]).

**8.2.4** Sur le plan neurologique, le Dr O.\_\_\_\_\_ ne retient pas de diagnostic ayant une incidence sur la capacité de travail mais il retient les diagnostics sans incidence sur la capacité de travail de production intentionnelle ou simulation de symptômes (F68.1), de céphalées tensionnelles (G44.2) et de troubles de l'endormissement et de maintien du sommeil (G47.0).

**8.2.4.1** Le Dr O.\_\_\_\_\_ rapporte que la description anamnestique des céphalées permet de retenir le diagnostic de céphalées de type tensionnel avec douleurs musculaires hémi-cervicale et scapulaire droites et que dans la description de ces céphalées, aucun élément ne permet de retenir une origine lésionnelle vertébrale comme une sensibilité spécifique à la mise en tension ou pression d'une articulation ou de ligament, aucun argument non plus pour une lésion neurologique ou une céphalée du groupe dit des céphalées vasculaires. L'expert en neurologie décrit que durant la longue anamnèse, l'assuré est comme effondré sur sa droite, la tête appuyée à droite contre la main ou le mur et que dans cette position impliquant une flexion latérale de la colonne cervicale, celui-ci ne démontre ni limitation des mouvements de la nuque ni douleurs malgré l'inconfort manifeste de cette position (OAI-B.\_\_\_\_\_ pce 66 [p. 239/922]).

**8.2.4.2** S'agissant des troubles sensitifs du membre supérieur et de l'hémithorax droits, en particulier de la sensibilité thermique, dont se plaint le recourant, le Dr O.\_\_\_\_\_ explique que chaque sensibilité (épicrotique,

douloureuse, thermique, pallesthésique et arthrocinétique) suit un parcours particulier depuis les récepteurs périphériques, le type de fibre nerveuse et ses caractéristiques de transmission, le parcours dans la moelle puis au niveau cérébral et, finalement, leurs aires d'activation corticale. La cause la plus fréquente de l'atteinte dissociée des sensibilités épicritiques et thermo-algiques sur une zone isolée (dans le cadre des plaintes de l'assuré le membre supérieur et l'hémithorax droits) est une lésion centrale de la moelle (syringomyélie : apparition d'une syrinx, soit une accumulation de LCR [liquide céphalo-rachidien] dans le canal épendymaire normalement virtuel), car les voies thermo-algiques croisent au niveau médullaire central contrairement aux autres voies sensibles et sont coupées par la syrinx. Le Dr O. \_\_\_\_\_ relève que les IRM cervicales ne montrent aucun signe d'une telle lésion et qu'il n'y a pas de lésion cutanée pouvant évoquer soit une brûlure grave soit une blessure qui sont fréquentes dans les syringomyélias. L'expert ajoute que lors de syringomyélie, il y a une abolition des réflexes, lesquels sont présents chez l'intéressé, et des troubles neurovégétatifs qui sont absents, et considère en conséquence que ces plaintes n'ont pas de fondement objectif (OAI-B. \_\_\_\_\_ pce 66 [p. 239/922]).

**8.2.4.3** En ce qui concerne les symptômes vertigineux décrits par l'intéressé, associés à des acouphènes transitoires sans perte d'audition, le Dr O. \_\_\_\_\_ déclare qu'ils restent également d'origine indéterminée dans le sens où il n'y a pas de signe objectif durant la période vertigineuse (nystagmus ou troubles neurovégétatifs aigus) ni signe d'une atteinte vestibulaire ou de lésion explicative lors d'une IRM cérébrale récente. En outre, les crises vertigineuses signalées durant l'examen neurologique ne correspondent à aucun syndrome d'atteinte vestibulaire (OAI-B. \_\_\_\_\_ pce 66 [p. 239/922]).

**8.2.4.4** Le Dr O. \_\_\_\_\_ relève que les plaintes concernant les troubles fonctionnels évoquant une atteinte neuropsychologique ne sont pas corrélées à une symptomatologie très évocatrice mais que l'IRM cérébrale récente démontre une atrophie de la convexité frontale symétrique, sans lésion, et sans que cela puisse permettre de poser un diagnostic précis. Le Dr O. \_\_\_\_\_ évoque que dans une étude comparant la progression de l'atrophie frontale à l'IRM en fonction de l'âge et de la consommation d'alcool, il est démontré qu'à 40 ans (âge du recourant), 10% de la population non alcooliques présente une atrophie frontale indiquant que cette découverte n'est pas rare et peut être sans corrélation pathologique.

Afin d'évaluer si l'atrophie est corrélée à des anomalies neuropsychologiques, expliquant les plaintes formulées par l'assuré, le Dr O.\_\_\_\_\_ a estimé nécessaire la réalisation d'un examen neuropsychologique, effectué le 7 juin 2019 par la psychologue P.\_\_\_\_\_ (cf. Annexe n°0 du rapport d'expertise OAI-B.\_\_\_\_\_ pce 66 [pp. 263-266/922]). La psychologue P.\_\_\_\_\_ a effectué une série de tests comprenant les fonctions cognitives et exécutives ainsi qu'une comparaison au bilan de mars 2016. La psychologue P.\_\_\_\_\_ constate une attitude quelque peu démonstrative et modérément plaintive et rapporte que les résultats déficitaires à très déficitaires de manière massive à de nombreux tests, souvent indépendamment de leur difficulté, ne sont pas typiques d'une pathologie neurologique connue, la même observation étant valable pour les connaissances actuelles sur le syndrome de stress post-traumatique qui aurait un profil mnésique et exécutif spécifique et pas aussi massif que dans le profil présenté par l'intéressé. En somme, la psychologue P.\_\_\_\_\_ indique que l'ensemble de ces incohérences invalide les résultats de l'atteinte cognitive observée ce jour et de ce fait, elle ne peut pas se prononcer sur la sévérité du trouble neuropsychologique selon les critères de la table 1 ASNP 2015, ni sur l'impact potentiel sur le fonctionnement habituel et la capacité de travail. Enfin, elle retient une majoration des symptômes cognitifs non expliqués par des raisons organiques au stade actuel des connaissances (F68).

Le Dr O.\_\_\_\_\_ se prononce sur l'examen neuropsychologique de la psychologue P.\_\_\_\_\_. A cet égard, l'expert relève que lors de cet examen, il est constaté des incohérences comme des résultats meilleurs dans des tests demandant des capacités mnésiques élevées, par exemple le test de la figure complexe, alors qu'un test moins contraignant, interrogeant aussi la mémoire visuelle, donne des résultats moins bons. En comparaison au bilan de 2016 de la Clinique F.\_\_\_\_\_ (faisant référence au rapport d'évaluation du 29 mars 2016 de la Clinique F.\_\_\_\_\_), le Dr O.\_\_\_\_\_ relève une stabilité des aspects exécutifs, une légère amélioration du langage et une aggravation de la mémoire épisodique antérograde, ainsi que de la vitesse du traitement de l'information et indique que les résultats révèlent toutefois des incohérences sur le plan clinique, à savoir une attitude et auto-questionnaires témoignant d'une souffrance et d'une fatigue très élevées du début à la fin de l'entretien sans altération d'une excellente compréhension des consignes et sans ralentissement aux tâches. Le Dr O.\_\_\_\_\_ rapporte que l'échec d'épreuves en mémoire verbale et non verbale considérées comme réussies par des cérébrolésés ne peut être interprété que comme volontaire et que ces performances ne sont pas compatibles avec une

pathologie neurologique connue. L'expert en neurologie retient que ces incohérences invalident les résultats et font retenir le diagnostic de majoration des symptômes. Le Dr O. \_\_\_\_\_ retient que l'examen neuropsychologique ne permet pas de démontrer une atteinte neuropsychologique cohérente, pouvant être mise en rapport avec l'atrophie frontale constatée à l'IRM, ni avec d'éventuelles lésions consécutives à un traumatisme cérébral (OAI-B. \_\_\_\_\_ pce 66 [pp. 238/922]). Sur la base des résultats de l'examen neuropsychologique, le Dr O. \_\_\_\_\_ déclare qu'il faut retenir qu'il y a de la part de l'intéressé une production volontaire de symptômes factices. L'expert relève en outre que sur le plan clinique, l'absence de gêne dans une position de la colonne cervicale en flexion latérale sur une longue période met en doute des conséquences algiques de l'accident (OAI-B. \_\_\_\_\_ pce 66 [pp. 239-240/922]).

**8.2.4.5** S'agissant des plaintes du recourant relatives aux troubles de sommeil, le Dr O. \_\_\_\_\_ rapporte que celui-ci se plaint d'une dégradation du sommeil causée par des cauchemars au cours desquels il revit son accident de façon vivide et interrompant le premier cycle de sommeil (soit moins de 90 minutes après l'endormissement), entraînant un éveil avec les symptômes neurovégétatifs des troubles anxieux. L'expert explique qu'au vu de ce court délai de survenue et au vu de l'organisation normale du sommeil, il doit s'agir de rêves survenant durant des phases de sommeil léger, les rêves les plus habituels surviennent au cours des phases de sommeil paradoxal soit au plus tôt 90 minutes après l'endormissement, mais le plus souvent au cours de deuxième ou troisième cycle, soit trois heures après l'endormissement. Leur caractère très vivide et surtout répétitif sont communs en cas de stress post-traumatique. Le Dr O. \_\_\_\_\_ retient que les troubles du sommeil allégués par l'assuré sont donc crédibles et s'inscrivent dans un pattern connu (OAI-B. \_\_\_\_\_ pce 66 [p. 240/922]).

**8.2.4.6** En outre, le Dr O. \_\_\_\_\_ ne retient pas le syndrome de Whiplash, diagnostic posé en 2016 et maintenu en 2017 par le Dr D. \_\_\_\_\_, en raison de l'attitude de l'intéressé, lequel a laissé sa tête en extension et flexion postérieure en appui contre le mur, ceci démontrant qu'il n'y pas de limitation de la position de la nuque (OAI-B. \_\_\_\_\_ pce 66 [pp. 240 et 244/922]). L'expert écarte également le syndrome cervico-céphalique retenu par le Dr I. \_\_\_\_\_ dans la mesure où le recourant a adopté une position de tête démontrant clairement qu'il n'y a pas de raideur cervicale, cette position étant incompatible avec des douleurs cervicales (OAI-B. \_\_\_\_\_ pce 66 [p. 242/922]).

S'agissant de la capacité de travail de l'intéressé, le Dr O. \_\_\_\_\_ retient qu'il n'y a pas eu de limitation de la capacité de travail sur le plan neurologique dès le lendemain de l'accident du 17 février 2016 et qu'il n'y a pas non plus de limitation fonctionnelle relative à son domaine de compétence (OAI-B. \_\_\_\_\_ pce 66 [pp. 242-243/922]).

**8.2.5** Sur le plan rhumatologique, le Dr L. \_\_\_\_\_ retient seulement les diagnostics, sans incidence sur la capacité de travail, de contracture cervicale latéralisée à droite et de syndrome de déconditionnement musculaire lié à l'inactivité professionnelle. Le Dr L. \_\_\_\_\_ observe une contracture cervicale à droite, probablement entretenue par une attitude forcée et des contractures régulières, et rapporte qu'il n'y a pas de signe déficitaire en faveur d'une névralgie cervico-brachiale ou d'une lombocruralgie ou lombo-sciatique. L'expert en rhumatologie indique que des points douloureux selon les critères habituels en faveur d'une fibromyalgie ne sont pas retrouvés à leur recherche. En outre, le Dr L. \_\_\_\_\_ note que l'examen rhumatologique du jour ne retrouve que des cervicalgies de type mécanique, avec essentiellement un syndrome cellulo-téno-myalgique, sans qu'il soit possible de parler d'une radiculalgie ou autre, et que l'ensemble de l'examen est strictement normal tant sur le plan clinique que radiologique (OAI-B. \_\_\_\_\_ pce 66 [pp. 253-256/922]). Le Dr L. \_\_\_\_\_ retient que l'assuré était tout à fait capable de reprendre son activité habituelle à partir du 17 mai 2016, soit trois mois après l'accident du 17 février 2016 et ne retient pas de limitation fonctionnelle (OAI-B. \_\_\_\_\_ pce 66 [pp. 257-259/922]).

**8.2.6** Sur le plan psychiatrique, la Dre N. \_\_\_\_\_ retient uniquement les diagnostics, sans incidence sur la capacité de travail, de majoration des symptômes cognitifs non expliqués par des raisons organiques au stade actuel des connaissances (F68.0 ; diagnostic retenu en raison des conclusions de l'examen neuropsychologique) et de troubles mixtes de la personnalité à traits immatures et dépendants (F61.0). L'experte retient que le trouble de la personnalité de l'intéressé le rend plus vulnérable à des comportements régressifs et à une majoration des symptômes cognitifs.

**8.2.6.1** Au status psychiatrique, l'experte rapporte que l'intéressé est orienté aux trois modes et présente un discours cohérent et informatif. L'assuré cherche à s'isoler (s'efforçant sans arrêt de se couper de son entourage psychiquement et de rétablir son calme intérieur) autant que possible mais, d'autre part, il est devenu complètement dépendant de sa femme et de sa mère. La Dre N. \_\_\_\_\_ ne retrouve pas d'anesthésie

psychique, d'émoussement émotionnel ou d'insensibilité à l'environnement, et n'observe pas d'hypervigilance à l'examen, l'intéressé paraissant plutôt par moment peu vigilant. L'experte rapporte que la mémoire et la concentration sont conservées contrairement à ce qui est affirmé dans l'anamnèse et qu'elle ne constate pas de réelle fatigabilité au cours de l'examen. L'experte note que cliniquement, l'intelligence est intacte (OAI-B.\_\_\_\_\_ pce 66 [p. 219/922]).

**8.2.6.2** La Dre N.\_\_\_\_\_ explique que l'intéressé déclare présenter tous les symptômes positifs d'un état de stress post-traumatiques (reviviscences ; cauchemars ; troubles du sommeil, de la mémoire et digestifs ; conduites d'évitement) sans qu'elle puisse mettre en évidence de symptôme négatif de cette condition (anesthésie psychique ; émoussement émotionnel ; détachement par rapport aux autres ; insensibilité à l'environnement) au cours de l'examen. L'experte déclare qu'à la suite de l'accident de la circulation, l'intéressé commence à développer une dépendance croissante à son environnement familial, surtout avec sa mère et son épouse, et ne fait plus rien sans elles, développant par là un état régressif massif qui semble être encouragé par un dysfonctionnement familial où ces personnes semblent se soumettre à toutes les exigences de l'assuré *qui tyrannise sa famille comme s'il avait conclu après son accident qu'il ne serait plus puni de rien et que c'était l'angoisse d'être puni qui était pour lui l'organisateur principal dans sa vie avant l'accident (peur du gendarme)*. L'experte note également que l'assuré ne parle pas aux experts du fait qu'il a eu peur de mourir, mais plutôt du fait qu'il a eu la preuve que Dieu ne voulait pas qu'il meure. L'intéressé n'a plus de contact avec ses frères et sœur, lesquels semblent être fâchés avec lui en raison de sa façon d'« accaparer » leur mère. La Dre N.\_\_\_\_\_ expose qu'après avoir confronté l'assuré à son comportement durant l'expertise, celui-ci sort de sa « torpeur » et de son attitude dolente et commence à se demander ce qui se passe dans ses relations proches et pourquoi il adopte à leurs égards une attitude infantile. L'experte relève que l'attitude infantile n'a pas de rapport nosologique avec un état de stress post-traumatique (OAI-B.\_\_\_\_\_ pce 66 [pp. 217, 220-221/922]).

**8.2.6.3** La Dre N.\_\_\_\_\_ apprécie également le rapport d'évaluation du 29 mars 2016 de la Clinique F.\_\_\_\_\_ et le rapport d'expertise du Dr H.\_\_\_\_\_ du 31 octobre 2016, desquels il ressort que l'assuré présente un état de stress post-traumatique (F43.1). A cet égard, la Dre N.\_\_\_\_\_ déclare qu'actuellement, l'évolution est trop longue pour retenir un tel diagnostic qui évolue en général sur six mois et qu'il faudrait alors parler

d'un traumatisme entraînant une modification durable de la personnalité, ce qui se trouve dans des situations traumatiques objectivement beaucoup plus graves et plus longues telles qu'une prise d'otage, etc. L'experte relève que dans un contexte de syndrome de stress post-traumatique, il manque les symptômes « négatifs » d'émoussement et d'indifférence émotionnelle et que la présentation extrêmement régressée de l'assuré et ses conduites dépendantes sont symptomatiquement étrangères au tableau clinique de l'état de stress post-traumatique (OAI-B. \_\_\_\_\_ pce 66 [p. 221/922]). Pour ces raisons, la Dre N. \_\_\_\_\_ déclare ne pas suivre le Dr H. \_\_\_\_\_ dans son diagnostic d'état de stress post-traumatique. En outre, l'experte partage l'appréciation du Dr H. \_\_\_\_\_ relative aux traits pathologiques de la personnalité de l'intéressé, soulignant que le Dr H. \_\_\_\_\_ estime lui-même qu'il s'agit de traits et non d'un trouble de la personnalité. Enfin, la Dre N. \_\_\_\_\_ constate que les symptômes ne sont pas fixés et que l'assuré peut encore sortir de son état régressif, comme il l'a fait durant l'expertise, raison pour laquelle l'intéressé doit reprendre au plus vite une vie avec des exigences professionnelles normales (OAI-B. \_\_\_\_\_ pce 66 [p. 223/922]).

**8.2.6.4** En outre, l'experte rapporte que les troubles de l'intéressé sont moyens et ont un retentissement sur sa famille, reflétant une désorganisation du système familial. L'experte retient que l'assuré peut toutefois sortir de sa position régressée lorsqu'on lui parle de manière qualifiante, ce qui montre que son état n'est pas encore fixé et chronique et qu'il existe une nette surcharge symptomatique (OAI-B. \_\_\_\_\_ pce 66 [p. 221/922]).

S'agissant de la personnalité et des ressources personnelles, la Dre N. \_\_\_\_\_ déclare que l'intéressé est doué d'une bonne intelligence, ayant un excellent bagage intellectuel et pouvant s'appuyer sur son interlocuteur si ce dernier ne se montre pas permissif et la confronte, comme l'experte l'a fait durant l'entretien. A ce moment-là, l'assuré se réorganise, retrouve son sens des réalités et son comportement devient à nouveau adéquat ; s'interrogeant, avec l'experte, sur ce qui lui arrive et sur son état réel ainsi que sur les mesures à prendre pour sortir de la situation : renoncer à ses comportements de dépendance et ne pas se remettre totalement entre les mains de ses soignants qui devraient le « guérir » alors qu'il subirait passivement les soins en attendant une amélioration qui viendrait de l'extérieur (OAI-B. \_\_\_\_\_ pce 66 [p. 222/922]).

Par ailleurs, la Dre N. \_\_\_\_\_ rapporte que l'assuré adhère passivement aux traitements thérapeutiques, attendant qu'une solution plus ou moins

magique venant des soignants aplanisse ses difficultés et qu'à l'heure actuelle, les thérapies suivies par l'intéressé le soutiennent plutôt dans sa conviction d'être malade et, de ce fait, sont contre-indiquées (OAI-B.\_\_\_\_\_ pce 66 [p. 222/922]).

**8.2.6.5** S'agissant de la capacité de travail et des limitations fonctionnelles du recourant, la Dre N.\_\_\_\_\_ retient que la capacité de travail a toujours été entière et qu'il n'existe pas de limitation fonctionnelle.

**8.2.7** En ce qui concerne le déroulement détaillé et représentatif d'une journée type ainsi que les hobbies, le Tribunal constate que les experts ont chacun interpellé le recourant à ce sujet. En résumé, les experts relèvent que l'intéressé se réveille entre 6h30 et 7h00, prépare le petit-déjeuner avec son épouse. Le couple prépare les enfants et les accompagne à l'école. Ensuite, l'épouse de l'intéressé le laisse au parc pendant une heure et revient le chercher. Lorsque l'intéressé a des rendez-vous médicaux, il se rend au parc après ceux-ci. Le couple va récupérer les enfants à l'école et la famille dîne ensemble. Après le repas de midi, l'intéressé fait une sieste. Dans l'après-midi, l'épouse le raccompagne à nouveau au parc et aux alentours de 16h00, ils vont chercher leurs enfants à la sortie de l'école. Le recourant tente d'aider ses enfants dans leurs devoirs. Après le repas du soir, le couple regarde un film et se couche vers 22h00 (OAI-B.\_\_\_\_\_ pce 66 [pp. 203, 217-218, 235, 252/922]). Les experts constatent que les réponses de l'assuré divergent un peu par moment, en particulier concernant le nombre de pièces et l'aide de l'intéressé pour les tâches ménagères, tantôt celui-ci a déclaré que son épouse assume la totalité des tâches ménagères tantôt il indique l'aider dans la mesure de ses possibilités (OAI-B.\_\_\_\_\_ pce 66 (pp.193-194/922)). S'agissant des hobbies et des activités, les experts indiquent que l'intéressé n'a pas de hobby particulier, ne fait plus les activités sportives qu'il faisait avant son accident et déclare ne plus avoir de vie sociale active, s'étant coupée de ses amis et de ses frères et sœur. Il est rapporté que l'assuré fait de la méditation, pratique la marche dans le parc, se rend à la mosquée lorsqu'il y a peu de monde, déclarant que sa foi est beaucoup plus vive depuis l'accident (OAI-B.\_\_\_\_\_ pce 66 [pp. 201, 218, 235 et 252/922]).

**8.2.8** Après évaluation pluridisciplinaire (OAI-B.\_\_\_\_\_ pce 66 [pp. 188-192/922]), les experts concluent à l'absence de diagnostics ayant une incidence sur la capacité de travail et de limitations fonctionnelles. Les diagnostics sans incidence sur la capacité de travail retenus sont : la majoration des symptômes cognitifs non expliqués par des raisons organiques au stade actuel des connaissances (F68.0), les troubles mixtes

de la personnalité à traits immatures et dépendants (F61.0), la production intentionnelle ou simulation de symptômes (F68.1), céphalées tensionnelles (G44.2), les troubles de l'endormissement et de maintien du sommeil (G47.0), la contracture cervicale latéralisée à droite, le syndrome de déconditionnement musculaire lié à l'inactivité professionnelle, la tachycardie d'origine extracardiaque en 2016, la stase stercorale colique droite en 2017 et le surpoids avec déconditionnement physique (IMC à 27).

Ensuite, les experts procèdent notamment à une évaluation des aspects liés à la personnalité pouvant avoir une incidence sur les capacités fonctionnelles, à une évaluation des ressources et des facteurs de surcharge, au pronostic des limitations fonctionnelles ainsi qu'au contrôle de cohérence (OAI-B. \_\_\_\_\_ pce 66 [pp.191-192/922]).

L'experte psychiatrique relève qu'il n'y a pas d'élément d'exagération ou de simulation et que l'autolimitation est inconsciente ainsi que l'est la recherche des bénéfices secondaires, soit l'attention des proches. L'expert rhumatologue ne constate aucun élément d'autolimitation, d'exagération ou de simulation. L'experte en médecine interne note une autolimitation en rapport avec le déconditionnement physique. Le neurologue déclare que le comportement de l'assuré lors de l'examen neuropsychologique doit être interprété comme une tentative volontaire de démontrer la réalité de plaintes qui n'ont pas de fondement objectif et que les crises vertigineuses sans aucune corrélation clinique au cours de l'examen clinique sont faites volontairement (OAI-B. \_\_\_\_\_ pce 66 [p. 194/922]).

En ce qui concerne la capacité de travail dans l'activité habituelle, les experts retiennent sur les plans de la psychiatrie, de la neurologie et de la médecine interne que la capacité de travail a toujours été de 100% et que sur le plan rhumatologique, celle-ci était de 100% dès le 17 mai 2016, soit trois mois après l'accident du 17 février 2016. Ces constatations sont également valables pour une activité adaptée (OAI-B. \_\_\_\_\_ pce 66 [pp.194-195/922]).

S'agissant du diagnostic de Whiplash syndrome, les experts déclarent qu'aucune limitation fonctionnelle objective n'est à relever à cet égard et que la capacité de travail est entière dans l'activité habituelle. En outre, le Dr O. \_\_\_\_\_ précise que ce diagnostic n'est pas retenu devant le comportement de l'intéressé démontrant l'absence de limitation de la position de la nuque (OAI-B. \_\_\_\_\_ pce 66 [p. 196/922]).

**8.2.9** Compte tenu de ce qui précède, le Tribunal constate que les experts se prononcent sur l'ensemble des atteintes alléguées par le recourant, expliquant de manière motivées et circonstanciées leurs observations médicales ainsi que les motivations des diagnostics actuels. En outre, les experts tiennent compte dans leur appréciation des rapports médicaux pertinents figurant au dossier et démontrent de manière claire et fondée lorsqu'ils écartent les diagnostics retenus dans ces rapports médicaux. Partant, le Tribunal constate que l'expertise pluridisciplinaire du 6 septembre 2019 a pleine valeur probante, les conclusions des experts devant être considérées comme dûment motivées et leurs appréciations ne contiennent pas de contradictions.

**8.3** Les conclusions du rapport d'expertise pluridisciplinaire du 6 septembre 2019 sont confirmées par le médecin du SMR de l'OAI-B. \_\_\_\_\_ dans ses rapports SMR des 10 septembre et 11 octobre 2019 (OAI-B. \_\_\_\_\_ pces 67 et 72).

#### **8.4**

**8.4.1** Dans le cadre de la présente procédure, le recourant conteste la valeur probante du rapport d'expertise du 6 septembre 2019, reproche à l'OAI-B. \_\_\_\_\_ de ne pas avoir effectué une enquête ménagère et conclut à une incapacité de travail totale (TAF pces 1, 5 et 9). A l'appui de son recours, le recourant a produit divers documents. S'agissant des rapports médicaux, l'intéressé a transmis une copie de l'expertise privée du Dr I. \_\_\_\_\_ du 2 décembre 2016, plusieurs rapports médicaux établis par le Dr E. \_\_\_\_\_ (ordonnances médicales prescrivant le traitement médicamenteux et les séances de massage de rééducation du rachis cervical et de l'épaule droite du 31 octobre 2019 ; arrêt de travail du 31 octobre 2019 ; attestation du 10 mai 2019, selon laquelle l'état de santé de l'intéressé ne lui permet pas de conduire et un rapport médical du 11 septembre 2017), une attestation du 20 mars 2017 établie par R. \_\_\_\_\_ (ci-après : praticienne R. \_\_\_\_\_), analyste transactionnelle et praticienne EMDR, une attestation du 4 septembre 2017 de S. \_\_\_\_\_ (ci-après : kinésithérapeute S. \_\_\_\_\_), masseur-kinésithérapeute, le rapport médical du 10 mars 2016 du Dr T. \_\_\_\_\_ (ci-après : Dr T. \_\_\_\_\_), rhumatologue, un rapport médical du 9 mai 2016 du Dr U. \_\_\_\_\_ (ci-après : Dr U. \_\_\_\_\_), rhumatologue, et les rapports médicaux du Dr D. \_\_\_\_\_ du 29 février 2016 et du 8 septembre 2017 (annexes à TAF pce 1). L'intéressé a produit deux décisions de la Commission des droits et de l'autonomie des personnes handicapées (ci-après : CDAPH) française du 12 juillet 2019 ainsi que divers documents relatifs au rôle de cette institution

et une lettre de son épouse listant les problèmes de santé de l'assuré (annexes à TAF pce 1). Enfin, le recourant a transmis au Tribunal une décision du 17 juillet 2020 de l'assurance-maladie française (TAF pce 9).

**8.4.1.1** Singulièrement, le recourant reproche aux experts un manque d'impartialité et d'objectivité pour s'être radicalement écartés des conclusions de ses différents médecins traitants. Il allègue que l'examen rhumatologique a duré 30 minutes et que l'évaluation psychiatrique a seulement duré 20 minutes alors que la durée prévue pour chacun de ces examens était de 2h00, (ceci correspond à la durée estimée figurant à la convocation à l'expertise, cf. OAI-B.\_\_\_\_\_ pce 50), et qu'ainsi, il déclare que les rapports de ces experts sont entachés d'un défaut de motivation. Le recourant reproche à l'experte psychiatrique de pas avoir effectué de tests en matière de stress post-traumatique, lesquels sont utiles, selon ses dires, dans ce domaine. En outre, l'intéressé allègue également que le rapport d'expertise est lacunaire et insuffisamment motivé, les experts n'ayant examiné que très superficiellement les critères jurisprudentiels relatifs au caractère invalidant de ses troubles somatoformes douloureux et ne s'étant pas prononcés sur l'ensemble de ses atteintes à la santé (à savoir la perte de mémoire, les acouphènes, perte de sensibilité au niveau des membres droits, de ses cauchemars récurrents, de sa tendance à l'isolement et des autres modifications de sa personnalité), et ne satisfait pas aux réquisits jurisprudentiels. Le recourant allègue également que les experts *lui ont tous confirmé oralement lors de l'expertise la gravité de son état et l'impossibilité factuelle d'une activité professionnelle totale*, que l'expert en neurologie l'a convoqué pour une série de tests neuropsychologique de 4h00 en raison de son état de santé inquiétant et que l'experte en médecine interne lui a indiqué à la fin de son examen « *allez-vous reposer en salle d'attente, vous n'allez vraiment pas bien* ». Selon ses déclarations, l'OIA-B.\_\_\_\_\_ a validé son état, soit impossibilité de conduire un véhicule, par la confirmation de la prise en charge des frais de transport de son accompagnant à l'expertise. De plus, l'assuré soutient que si l'OAI-B.\_\_\_\_\_ a mis en place l'expertise pluridisciplinaire c'est qu'il *a admis comme plausible l'aggravation de son état de santé*.

Par ailleurs, le recourant allègue que la CDAPH a reconnu sa qualité de travailleur handicapé avec un taux d'incapacité de 79% et que les conclusions de l'expertise privée du I.\_\_\_\_\_ du 2 décembre 2016 et celle de la CDAPH sont en contradiction totale avec celles du rapport d'expertise du 6 septembre 2019. L'intéressé déclare que sur la base des décisions de la CDAPH et de l'expertise privée du 2 décembre 2016, il présente notamment les atteintes suivantes : *un état de stress post-traumatique*

*chronique avec trouble dépressif grave et troubles de comportement, une comorbidité psychiatrique et un syndrome de stress post-traumatique avec modifications durables de la personnalité ainsi qu'un épisode dépressif avec syndrome somatique et que d'autres critères sont également apparus suite à l'accident, dont le cumul permet d'apprécier le caractère invalidant de la fibromyalgie.*

En l'occurrence, les allégations susmentionnées du recourant ne reposent sur aucun élément objectivement vérifiable ignoré, celui-ci n'invoquant pas d'élément concret à l'appui de ses allégations et se limitant à déclarer que les experts manquent d'impartialité et d'objectivité, que le rapport d'expertise est lacunaire et insuffisamment motivé et contient des contradictions, que les experts n'ont pas tenu compte de l'ensemble de ses atteintes, par exemple de ses cauchemars récurrents. Sur le plan matériel, il sied de rappeler que le rapport d'expertise a pleine valeur probante et que les experts se sont prononcés sur l'ensemble de la documentation médicale pertinente ainsi que sur les atteintes alléguées par le recourant (cf. supra consid. 8.2). Sur le plan formel, l'intéressé conteste la durée des examens en rhumatologie et en psychiatrie. A cet égard, le rapport d'expertise indique que l'examen rhumatologique a duré 1h15 et que l'évaluation psychiatrique a duré 50 minutes (OAI-B.\_\_\_\_\_ pce 66 [p. 187/922]). En outre, le Tribunal ne constate aucune incohérence relative à la durée indiquée dans le rapport d'expertise pour chaque examen médical réalisé. Il sied également de relever que la durée estimée des examens médicaux figurant à la convocation à l'expertise n'est pas un motif pertinent démontrant que les examens réalisés sont succincts et sont entachés d'un défaut de motivation (cf. par exemple arrêts du TF 9C\_49/2023 du 20 mars 2023 consid. 6.3.1 ; 8C\_130/2023 du 8 août 2023 consid. 4.4.4). De surcroît, l'intéressé n'apporte aucun élément objectivement vérifiable qui aurait été ignoré par les experts. Partant, les allégations du recourant relatives aux plans matériel et formel de l'expertise du 6 septembre 2019 sont infondées.

**8.4.1.2** En outre, contrairement aux affirmations de l'intéressé, le rapport d'expertise privée du 2 décembre 2016 est uniquement signé par le Dr I.\_\_\_\_\_, lequel déclare reproduire les conclusions d'un « examen sapiteur » du Dr V.\_\_\_\_\_ (ci-après : Dr V.\_\_\_\_\_) psychiatre, du 10 octobre 2016. Le Tribunal constate que les Drs M.\_\_\_\_\_, O.\_\_\_\_\_ et L.\_\_\_\_\_ ont tenu compte dans leur appréciation du rapport d'expertise privée du 2 décembre 2016 du Dr I.\_\_\_\_\_ et que, seule, la Dre N.\_\_\_\_\_ ne s'est pas prononcée sur ce rapport d'expertise privée, laquelle a surtout apprécié le rapport d'expertise du Dr H.\_\_\_\_\_.

A titre superfétatoire, le Tribunal de céans constate que la spécialisation médicale du Dr I. \_\_\_\_\_ n'est pas connue, que les diagnostics retenus dans ce rapport d'expertise reposent essentiellement sur les plaintes et déclarations subjectives de l'intéressé, la motivation médicale faisant défaut et que le Dr I. \_\_\_\_\_ et/ou le Dr V. \_\_\_\_\_, ne font pas de référence aux critères de la CIM-10 ou DSM-IV. En outre, ce rapport d'expertise contient des contradictions. En effet, le Dr V. \_\_\_\_\_ déclare que huit mois après l'accident du 17 février 2016, le recourant présente un tableau majeur, qu'il ne qualifierait plus d'état de stress post-traumatique mais de « névrose traumatique » mais un peu plus loin, le Dr V. \_\_\_\_\_ note que selon les recommandations du Barème indicatif d'évaluation des taux d'incapacité en droit commun du concours médical, l'appréciation d'une « névrose traumatique » ne peut être envisagée qu'après environ deux ans d'évolution. A la fin du rapport d'expertise privée, il est retenu un syndrome cervico-céphalique, avec raideur cervicale et un syndrome de stress post-traumatique sévère. Partant, aucune valeur probante ne saurait être accordée à ce rapport d'expertise privée du 2 décembre 2016.

**8.4.1.3** Par ailleurs le Tribunal rappelle que l'octroi d'une rente d'invalidité étrangère ne préjuge pas la détermination de l'invalidité selon le droit suisse (cf. arrêt du TF I 435/02 du 4 février 2003 consi. 2 ; arrêts du TAF C-2552/2011 du 18 janvier 2012 consid. 10.1, C-7665/2016 du 12 novembre 2019 consid. 2.1 et C-2/2020 du 9 février 2021 consid. 4.3 ; cf. également supra consid. 3.2). Dès lors, le recourant ne saurait tirer aucun bénéfice de la qualité de travailleur handicapé qui lui a été reconnue en France pour la période du 12 juillet 2019 au 31 mai 2024 (cf. la décision du 12 juillet 2019 de la Maison départementale des personnes handicapées, département (...) [annexes à TAF pce 1]), les prestations d'invalidité n'étant pas octroyées sur les mêmes critères en Suisse et en France. A titre superfétatoire, le Tribunal relève que contrairement aux allégations de l'intéressé, selon lesquelles la CDAPH aurait retenu les diagnostics de trouble dépressif récurrent et d'un état de stress post-traumatique chronicisé, la décision française ne contient aucune information relative à l'état de santé du recourant.

**8.4.1.4** En outre, le recourant reproche à l'autorité inférieure de ne pas avoir effectué d'enquête ménagère. A cet égard, il sied de constater que le recourant travaillait à temps plein avant son accident du 17 février 2016. Par conséquent, la méthode générale de comparaison des revenus est applicable à la situation de l'intéressé (cf. supra consid. 5.5). En présence de cette méthode, aucune enquête ménagère n'est requise. Partant, ce grief est également rejeté.

**8.4.1.5** Il sied également de relever que les allégations de l'assuré relatives aux soi-disant déclarations des experts ne sont pas prouvées. En outre, les mesures d'instruction entreprises par les offices AI, telles que les expertises médicales réalisées, ne peuvent en aucun cas être interprétées comme une quelconque reconnaissance de la gravité des atteintes de ceux-ci. En effet, il incombe aux offices AI de recueillir toutes les informations médicales nécessaires afin d'établir la capacité de travail et les limitations fonctionnelles des assurés. Par conséquent, le recourant ne peut tirer aucun avantage de ses allégations.

**8.4.1.6** S'agissant des rapports médicaux produits (cf. TAF pces 1 et 5) devant le Tribunal, il convient de relever que ces pièces figurent au dossier, hormis les attestations médicales du Dr E.\_\_\_\_\_, établies après l'expertise. Les experts se sont prononcés sur ces pièces médicales et ont expliqué de manière motivée les raisons pour lesquelles ils ne retenaient pas les diagnostics y figurant. En outre, les attestations du Dr E.\_\_\_\_\_ établies postérieurement à l'expertise ne sont pas susceptibles de remettre en cause les conclusions du rapport d'expertise du 6 septembre 2019. En effet, le Dr E.\_\_\_\_\_ ne motive pas ses constats médicaux et mentionne les mêmes atteintes, figurant dans ses précédents rapports médicaux, sans autre explication médicale pertinente. En ce qui concerne la lettre de l'épouse de l'intéressé listant les « symptômes » de celui-ci (annexes à TAF pce 1) ainsi que le document, non-signé, annexé à la correspondance spontanée du recourant du 20 janvier 2020 (TAF pce 5), il sied de relever que ces documents, contenant les plaintes subjectives de l'intéressé, ne sont pas établis par un médecin et ne sont donc pas pertinents, ni probants.

**8.4.1.7** Enfin, le Tribunal rappelle que lorsqu'une appréciation médicale repose sur une évaluation médicale complète, telle qu'en l'espèce, il appartient à la partie recourante, si elle entend remettre en cause l'évaluation de l'expert, de faire état d'éléments objectivement vérifiables ignorés dans le cadre de l'expertise et suffisamment pertinents pour remettre en cause les conclusions ou en établir le caractère objectivement incomplet (arrêt du TF 9C\_809/2014 du 7 juillet 2015 consid. 4.1). En l'occurrence, le Tribunal relève qu'aucun des rapports médicaux produits par le recourant dans le cadre de la présente procédure ne sont susceptibles de porter un quelconque doute sur les conclusions du rapport d'expertise du 6 septembre 2019.

**8.4.2** Par conséquent, le Tribunal constate que le rapport d'expertise du 6 septembre 2019 est conforme aux réquisits jurisprudentiels et doit, partant, se voir attribuer pleine valeur probante. Il n'existe aucun motif permettant

de douter du bien-fondé et de s'écarter des motivations et conclusions retenus dans ledit rapport d'expertise. Il s'ensuit que le recourant présente une capacité de travail entière dans son activité habituelle depuis le 17 mai 2016, cette capacité de travail est également entière dans une activité adaptée aux compétences professionnelles de l'intéressé.

**9.**

En conséquence, le recours doit être rejeté et la décision du 7 novembre 2019 de l'OAIE confirmée.

**10.**

Le recourant, qui succombe, doit s'acquitter des frais de justice fixés, compte tenu de la charge liée à la procédure, à 800 francs (art. 63 al. 1 PA ; voir également art. 69 al. 1 bis et 2 LAI). Ils sont compensés par l'avance de frais du même montant dont il s'est acquitté le 8 janvier 2020 (TAF pce 3) dans le cadre de la présente procédure.

Il n'est alloué de dépens ni au recourant vu l'issue de la procédure, ni à l'autorité inférieure (art. 64 al. 1 *a contrario* PA et art. 7 al. 1 *a contrario* et al. 3 du règlement du 21 février 2008 concernant les frais, dépens et indemnités fixés par le Tribunal administratif fédéral [FITAF, RS 173.320.2]).

(le dispositif se trouve sur la page suivante)

**Par ces motifs, le Tribunal administratif fédéral prononce :**

**1.**

Le recours est rejeté.

**2.**

Les frais de procédure de 800 francs sont mis à la charge du recourant. Ce montant est compensé par l'avance de frais déjà versée au cours de l'instruction.

**3.**

Il n'est pas alloué de dépens.

**4.**

Le présent arrêt est adressé au recourant, à l'autorité inférieure et à l'Office fédéral des assurances sociales.

L'indication des voies de droit se trouve à la page suivante.

La présidente du collège :

La greffière :

Caroline Bissegger

Müjde Atak

**Indication des voies de droit :**

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

Expédition :