



Cour III
C-1136/2022

Arrêt du 17 décembre 2024

Composition

Madeleine Hirsig-Vouilloz (présidente du collège),
David Weiss, Selin Elmiger-Necipoglu, juges,
Julien Borlat, greffier.

Parties

A. _____, (France)
représenté par Maître Adriano D. Gianinazzi,
recourant,

contre

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

Objet

Assurance-invalidité, droit à la rente et à des mesures
d'ordre professionnel (décision du 8 février 2022).

Faits :**A.**

A._____ est un ressortissant italien, né le (...) 1991, domicilié en France, célibataire et père d'un fils né en 2020. Après avoir travaillé de nombreuses années en Italie, ainsi que sporadiquement en France et en Angleterre (AI pce 15 p. 149 ss), il a exercé plusieurs activités professionnelles en Suisse à partir de 2017, la dernière à temps plein comme serveur pour le compte de B._____ à (...) dès le 1^{er} février 2019, cotisant à l'assurance-vieillesse, survivants et invalidité (AVS/AI) suisse. Il est retourné vivre en Italie dès le mois de novembre 2019, puis en France dès octobre 2020 (AI pces 1, 2, 7, 9, 16 p. 154 s., 156, 169, 170 et 172, 32, 42, 44 p. 340 et 459, 48 p. 613, 55 p. 657, 57 p. 681, 68 p. 1158, et 77).

B.

B.a Le 18 février 2019, le prénommé a été victime d'un accident de la circulation, au cours duquel il a chuté de scooter et subi des fractures à la jambe droite et au bras gauche. Il a été en incapacité de travail à compter du 19 février 2019. Son dernier employeur en Suisse a mis fin au contrat de travail le 24 septembre 2019, avec effet au 31 octobre suivant (AI pces 1 p. 4, 10 p. 56, 62, 83 et 106, 16 p. 156, 42, et 55 p. 657).

B.b Le 30 août 2019, l'intéressé a déposé une demande de prestations de l'assurance-invalidité (AI) auprès de l'Office de l'assurance-invalidité du canton C._____ (ci-après : l'OAI), qui l'a reçue le 3 septembre 2019. Il a indiqué avoir été victime d'un accident (AI pces 1 et 6).

B.c Entreprenant l'instruction de la demande, l'OAI a recueilli les renseignements utiles, en faisant notamment appel au dossier constitué par D._____, l'assureur-accidents de l'intéressé (AI pce 10). Il s'agit notamment des documents médicaux suivants :

- un compte-rendu opératoire du 18 février 2019 du Dr E._____, chirurgien orthopédiste et en traumatologie, signalant une intervention en raison d'une fracture extra et intra-articulaire du radius distal gauche (AI pce 10 p. 55 ; cf. également compte-rendu d'hospitalisation du 18 au 19 février 2019, établi le jour suivant la sortie [AI pce 10 p. 68]) ;
- un compte-rendu opératoire du 19 février 2019 relatif à une ostéosynthèse par plaque visse verrouillée du radius distal gauche à foyer ouvert sous contrôle scopique, établi par les Drs E._____ et F._____, chirurgien orthopédiste et en traumatologie, se référant à l'opération de

la veille, précisant les implants susmentionnés et ne formulant pas de consignes de sortie (AI pce 10 p. 56 et 57) ;

- un compte-rendu de consultation du 19 février 2019 du Dr F._____, évoquant outre la fracture du poignet précitée, une fracture d'arrachement de l'épine tibiale et donc un traitement fonctionnel par attelle postérieure, sans appui (AI pce 10 p. 58) ;
- un compte-rendu de consultation du 5 mars 2019 du Dr F._____, indiquant que la radiographie montre un déplacement marginal dorsal avec ascension du carpe nécessitant une reprise chirurgicale qui sera réalisée le lendemain ; au niveau du genou, il n'est pas relevé de déplacement du massif des épines (AI pce 10 p. 64) ; des radiographies sont annexées (AI pce 10 p. 81 s.) ;
- des comptes-rendus d'hospitalisation et opératoire du 6 mars 2019 du Dr F._____ en lien avec une intervention pour réajustement de l'ostéosynthèse de l'extrémité inférieure du radius gauche suite à un déplacement secondaire d'un fragment épiphysaire (AI pce 10 p. 66 et 67 ; cf. également AI pce 10 p. 88) ;
- un compte-rendu de consultation du 21 mars 2019 du Dr F._____, attestant qu'aucun déplacement secondaire n'est montré par la radiographie et que l'appui sur le membre inférieur droit sera repris de façon progressive à hauteur de 20% pendant une semaine, 50% pendant la même durée, puis 100% (AI pce 10 p. 69) ; ce médecin a encore établi le même jour une ordonnance de kinésithérapie pour des séances de rééducation à domicile au niveau des membres inférieur droit et supérieur gauche selon la progression précitée à partir du 25 mars 2019 (AI pce 10 p. 70) ;
- un rapport médical initial du 21 mars 2019 d'un service de chirurgie orthopédique et traumatologique, constatant une fracture du plateau tibial et après tibial du genou droit, une fracture de l'extrémité inférieure du radius gauche et ostéosynthèse par plaque (AI pce 10 p. 85) ;
- un compte-rendu de consultation du 11 avril 2019 du Dr F._____, signalant notamment que la radiographie montre une consolidation en bonne voie de l'extrémité inférieure du radius. Ce médecin ajoute que la fracture du massif des épines est visible et qu'il n'y a pas d'enfoncement secondaire du plateau tibial interne, que le patient manifeste des douleurs modérées du genou à la marche longue et que la flexion est

à 120°, l'extension à 0°, une amyotrophie du quadriceps existe, mais pas de dérochement, le poignet reste raide (AI pce 10 p. 71) ;

- un compte-rendu de consultation du 25 juin 2019 du Dr F._____, relevant que l'assuré souffre encore de la radiocubitale inférieure, mais est en train de bien récupérer ses amplitudes articulaires. Selon ce médecin, la radiographie du poignet montre un index radio-cubital correct, mais un fragment de styloïde cubitale est susceptible de gêner le jeu des tendons cubitiaux antérieur au postérieur. Il est signalé que la fracture a très bien consolidé et que les vis n'ont pas migré. S'agissant du genou, le médecin relate que le trait de séparation tubérositaire médial est encore visible et qu'une scintigraphie avec couples scanner au genou droit sera réalisée pour rechercher un retard de consolidation et une algodystrophie. Il constate une flexion du genou autour de 110°, freinée par l'appréhension du patient. Globalement, une impression de genou souple est décrite. Il est souligné que l'ensemble des traumatismes a une répercussion psychologique d'autant que l'intéressé a présenté une plaie de l'avant-bras gauche en passant la main à travers une vitre (AI pce 10 p. 73 ; cf. également AI pce 10 p. 90) ; des ordonnances de kinésithérapie et de scintigraphie osseuse ont été émises le même jour par ce médecin (AI pce 10 p. 74 et 75) ;
- un rapport médical intermédiaire d'un service de chirurgie orthopédique et traumatologique d'un centre hospitalier, reçu le 10 octobre 2019, relevant une évolution se caractérisant par une algodystrophie et prolongeant l'arrêt de travail jusqu'au 31 octobre 2019 (AI pce 10 p. 53-54).

B.d Le 13 novembre 2019, Maître Adriano D. Gianinazzi a informé l'OAI être consulté par l'intéressé concernant sa demande de prestations (AI pce 20) et produit deux devis de physiothérapie en Italie non datés (AI pce 33).

B.e Par communication du 31 janvier 2020, l'OAI a constaté que des mesures d'intervention précoce ainsi que d'éventuelles mesures de réadaptation professionnelle n'étaient alors pas indiquées et que le droit à une rente allait être examiné (AI pce 37).

B.f Ont par la suite été versés au dossier notamment les documents suivants :

- un certificat du 30 décembre 2019 du Dr G._____, chirurgien orthopédique et traumatologique, attestant que l'assuré souffre d'un résultat

d'une fracture de l'épine tibiale du genou droit et d'une fracture de l'extrémité distale du radius gauche (AI pce 40 p. 238) ;

- un rapport du 31 janvier 2020 du Dr G._____, posant un diagnostic de résultat de fracture de l'épine tibiale du genou droit et de fracture de l'extrémité distale du radius gauche. Ce médecin décrit encore son examen objectif pour le poignet gauche, lequel connaît une réduction d'un tiers au niveau des mouvements de flexion-extension et pronosupination active ainsi qu'une paresthésie le long de la région de l'intervention du nerf médian droit, et le genou droit, ce dernier présentant une flexion-extension possible entre 0° d'extension et 120° de flexion avec un déficit de raccourcissement à droite (AI pce 40 p. 239) ;

B.g Par courrier du 19 février 2020, l'assuré a notamment informé l'OAI d'un état de santé ne semblant pas s'améliorer, avec des douleurs constantes au poignet gauche et au genou droit (AI pce 42).

B.h Faisant appel au dossier constitué par l'assureur-accidents de l'intéressé, l'OAI a encore versé les documents suivants au dossier :

- un compte-rendu opératoire du 7 juin 2019 du Dr H._____, chirurgien orthopédique et traumatologique du membre supérieur gauche, faisant état d'une opération le 11 mars 2019, retenant un diagnostic de plaie par verre sur la face postérieure de l'avant-bras droit, en préopératoire, et absence de trouble vasculo-nerveux, indiquant en outre une exploration chirurgicale au bloc opératoire (AI pce 44 p. 273) ;
- un rapport relatif à une scintigraphie osseuse du corps entier du 29 août 2019 du Dr I._____, médecin en médecine nucléaire, concluant à un foyer de fracture de la tubérosité médiale des épines tibiales droites en cours de consolidation et à un œdème osseux du plateau tibial médial droit, associé à une participation algodystrophique modérée, à une fracture métaphysaire du radius gauche en cours de consolidation du radius associé à un œdème osseux de la partie proximale scaphoïde, et à une pseudarthrose d'une fracture ancienne de la malléole droite (AI pce 44 p. 274 à 291) ;
- un compte-rendu de consultation du 3 septembre 2019 du Dr F._____, rapportant une scintigraphie qui met en évidence un retard de consolidation de l'extrémité inférieure du radius gauche et de l'épine tibiale droite avec une composante algodystrophique, une extension du genou droit déficitaire de 3 à 5°, une flexion à 130, une

palpation de l'ensemble du genou globalement douloureuse, un poignet plus raide et douloureux, ainsi que des douleurs insomniantes (AI pce 44 p. 296) ;

- un rapport du 30 octobre 2019 afférent à un scanner du poignet gauche et du genou droit de la Dresse J._____, radiologue, remarquant pour le genou droit, une absence de solution de continuité et vésicale avec un cal osseux hypertrophique à hauteur du massif des épines tibiales, la persistance d'un petit enfoncement avec une déhiscence du plateau tibial médial et proche du massif des épines tibiales, ainsi qu'une minime calcification sur l'enthèse distale de la bandelette ilio-tibiale. Sont relevés pour le poignet gauche des stigmates d'ostéosynthèse avec vis / plaque de l'extrémité distale du radius, et une absence de solution de continuité résiduelle avec des enfoncements séquellaires sur la berge articulaire de l'extrémité distale du radius (AI pce 44 p. 294 s.) ;
- un compte-rendu de consultation du 31 octobre 2019 du Dr K._____, chirurgien orthopédiste et traumatologue, relevant notamment que le scanner réalisé retrouve des consolidations complètes de la fracture du poignet et du massif des épines du genou droit. Concernant ce dernier, il est encore relevé qu'il s'agit d'un syndrome douloureux rotulien fonctionnel sur une sidération complète du quadriceps (AI pce 44 p. 292) ;
- un rapport médical intermédiaire non daté d'un service de chirurgie orthopédique et traumatologique d'un centre hospitalier, reçu le 13 mai 2020, mentionnant notamment une évolution de l'état de santé vers une algodystrophie (AI pce 44 p. 271 s.) ;
- un compte-rendu de consultation du 27 février 2020 du Dr K._____, relatant une consultation pour des douleurs au niveau du poignet gauche suite à l'ostéosynthèse et pour discuter de l'ablation de la plaque, alors que des douleurs avec des paresthésies dans le médian sont constatées. Selon ce médecin, il ressort des radiographies que la consolidation est acquise (AI pce 44 p. 322) ;
- un rapport médical « Réadaptation professionnelle / Rente » du 27 février 2020 du Dr L._____, chirurgien orthopédiste et traumatologue, retenant une incapacité de travail de 100%, des douleurs au poignet gauche et au genou droit, une amyotrophie du quadriceps droit et une fracture au poignet gauche, envisageant une ablation de la plaque du poignet gauche, et émettant un bon pronostic, les douleurs de

l'intéressé pouvant toutefois faire obstacle à une réadaptation (AI pce 44 p. 493 à 498) ;

- des rapports des 18 mai et 17 juin 2020 du Dr M._____, chirurgien et spécialiste en médecine générale, relevant un résultat de fracture des épines tibiales du genou droit et de fracture de l'extrémité distale du radius gauche. Ce médecin souligne que malgré le temps écoulé depuis l'apparition des lésions et les mesures thérapeutiques, l'assuré se plaint de douleurs persistantes à la jambe et au genou droits avec des difficultés et une instabilité de la déambulation modérée, présence d'œdème, en amélioration lors du deuxième contrôle, hypotrophie du quadriceps fémoral, déficit de l'extension, possible entre 0 et 130°, douleur évoquée à la digitopression des points méniscaux du genou droit. Ce médecin relève à l'examen objectif un poignet gauche présentant une douleur à la palpation, augmentée au périmètre inter-apophysaire comparative de plus 1 cm, évidence de présence de crépitements fonctionnel qui augmente sous stress de l'articulation. Le mouvement normal est décrit avec une flexion d'environ 80°, réduction du mouvement d'extension à environ 50°, normaux à la déviation radiale, diminué à la déviation ulnaire à environ 30°, déficit de préhension de la main droite avec paresthésie, dans le territoire du nerf médian, paresthésie en diminution par intensité et fréquence lors du deuxième contrôle. Le médecin conclut que les conditions cliniques sont en lien avec le traumatisme survenu suite à l'accident de la voie publique le 18 février 2019, alors que l'intéressé se rendait au travail (AI pce 47 p. 555 et 556) ;
- une prescription du 17 juillet 2020 du Dr T._____, spécialiste en orthopédie et traumatologie, indiquant notamment un résultat de fracture du poignet droit traité avec plaque et vis (AI pce 47 p. 543) ;
- un rapport afférent à une tomographie du poignet droit du 21 juillet 2020 du Dr N._____, radiologue, signalant un résultat de fracture épiphysaire radiale traitée avec plaque palmaire et vis de stabilisation, une solidarisation excellente et une consolidation des fragments osseux avec fin résidu microscalinité le long de l'arrête dorsale de la partie intermédiaire de l'articulation radiale limitante. Il est aussi indiqué un résultat de fracture-avulsion à charge de l'apex de la styloïde ulnaire (AI pce 47 p. 540) ;
- un rapport d'examen du 27 juillet 2020 du Dr U._____ et de la Dresse V._____, médecins en neuro-physiopathologie, concluant pour le nerf médian, à une compression au niveau du tunnel carpien de

grade moyen bilatéralement, et pour le nerf ulnaire gauche, à une compression au niveau du canal de Guyon de grade moyen, les valeurs étant dans la norme à droite le long de tout le décours (AI pce 47 p. 535 à 537 ; cf. également le reçu et la fiche du 21 juillet 2020 du Dr W._____, radiologue [AI pce 47 p. 538 s.]) ;

- un certificat médical du 15 août 2020 du Dr X._____, médecin spécialiste en orthopédie et en traumatologie, indiquant notamment une fracture du poignet et du genou (AI pce 47 p. 519) ;
- des certificats médicaux et une lettre de sortie du 13 septembre 2020 du Dr X._____, faisant état de séquelles d'une intervention d'ablation du dispositif de fixation interne effectuée la veille, préconisant un cycle de 10 séances de laser-thérapie et de kinésithérapie active et passive du poignet, ainsi que posant un diagnostic principal à la sortie de traitement pour ablation du dispositif de fixation interne (CIM-10 : V5401) et expliquant l'évaluation effectuée (AI pce 48 p. 620, 621, 622 et 623) ;
- un rapport du 25 septembre 2020 du Dr M._____, informant notamment qu'il a effectué le retrait du bandage post chirurgie pour l'intervention de l'ablation du dispositif de fixation interne du poignet gauche et prescrivant pour ce poignet, une kinésithérapie pour réhabilitation et une laser-thérapie (AI pce 48 p. 619) ;
- un rapport du 13 octobre 2020 du Dr M._____, signalant, outre les informations contenues dans ses deux premiers rapports, à l'examen objectif, pour le poignet gauche, après l'ablation chirurgicale du 12 septembre 2020 du dispositif de fixation interne dudit poignet, que l'assuré présente des douleurs à la palpation, un œdème diffus le long de toute la plaie chirurgicale d'environ 10 cm sur la partie inférieure de l'avant-bras gauche, des douleurs et une limitation des mouvements du poignet gauche, un déficit à la main gauche. Ce médecin rappelle que la condition clinique est en lien avec le traumatisme survenu suite à l'accident du 18 février 2019 (AI pce 48 p. 618) ;
- un certificat médical du 13 octobre 2020 du Dr M._____, relevant des résultats de fractures de l'extrémité distal du radius gauche, qui justifient une physio-kinésithérapie et une mobilisation active et passive du poignet gauche (AI pce 57 p. 695) ;
- un rapport du 12 novembre 2020 du Dr M._____, relatant que malgré le temps écoulé depuis l'apparition des lésions et des mesures

thérapeutiques, l'intéressé se plaint de douleurs épisodiques à la jambe et au genou gauches, d'une hypotrophie modérée du quadriceps fémoral, d'un déficit de l'extension de degré extrême, de douleurs à la digitopression des points méniscaux du genou droit. Ce médecin relève qu'à l'examen objectif, le poignet gauche présente une augmentation du périmètre interapophysaire comparatif de plus de 0,8 cm, une présence évidente de crépitement fonctionnel qui augmente sous stress de l'articulation, un déficit de l'articulation du poignet de degré extrême, un déficit de la main gauche avec paresthésie dans le territoire d'intervention du nerf médian. Il rappelle que la condition clinique est en lien avec le traumatisme survenu suite à l'accident du 18 février 2019 (AI pce 57 p. 686) ;

- un rapport d'IRM poignet/main gauches du 13 novembre 2020 du Dr N._____, constatant des résultats de fracture dia-épiphysaire radiale distale traitée avec des vis de stabilisation, une solidarisation régulière et une consolidation des fragments osseux avec un fin résidu microscalinité le long de l'arrête dorsale de la partie intermédiaire de l'articulation radiale limitante, et des résultats de fracture-avulsion à charge de l'apex de la styloïde ulnaire. Ce médecin observe aussi une discrète réactivité du rétinaculum des fléchisseurs, avec des signes de ténosynovite au muscle fléchisseur commun superficiel et de ténosynovite profonde au muscle fléchisseur des 2^e, 3^e et 4^e doigts ; une partie fluide intracapsulaire radio/ulno/carpienne avec des signes de synovite et des phénomènes réactifs congestifs aux tissus mous péri-capsulaires, des phénomènes fibrocicatriciels évidents sur le versant palmaire superficiel, projectivement au siège carpien (AI pce 57 p. 685) ;
- un rapport du 24 novembre 2020 du Dr O._____, chirurgien, spécialiste en orthopédie et traumatologie, ainsi qu'en chirurgie d'urgence, évoquant un résultat de fracture de l'épiphyse distale du radius gauche, traitée chirurgicalement, et des épines tibiales du genou droit. Ce médecin rapporte au contrôle clinique, que l'assuré se plaint de douleurs à la mobilisation du poignet gauche et à la digitopression de la cicatrice chirurgicale. Il constate des limitations au niveau des mouvements de flexion-extension et de déviation radiale et ulnaire du poignet gauche, relatives à des paresthésies diffuses à la main gauche pour coincement du nerf médian au carpe. Il relève un déficit de flexion des doigts et de la force préhensible de la main gauche, avec incapacité de fermer le poing de ce côté, par des phénomènes de ténosynovite des muscles fléchisseurs des doigts, de synovite et des phénomènes réactifs congestifs des tissus mous péri-scapulaires et fibrocicatriciels de la face

palmaire (le 13 novembre 2020). Le médecin relève que le genou droit apparaît douloureux à la mobilisation avec des limitations fonctionnelles de la flexion articulaire, possible jusqu'à 100° et à la digitopression des articulations, surtout celles médiales, et des tendons rotuliens, et une hypotonie du quadriceps fémoral avec difficulté à l'accroupissement à droite (AI pce 57 p. 683 s.) ;

- un rapport d'expertise médicale orthopédique du 9 février 2021, qui a été mis en œuvre par l'assureur-accidents de l'assuré, établi par le Dr P._____, chirurgien orthopédiste FMH, retenant des diagnostics avec incidence sur la capacité de travail de status après fracture du radius distal gauche et arthrose radio-carpienne gauche post-traumatique, ainsi que de status après fracture du massif des épines tibiales du genou droit et gonarthrose fémoro-tibiale interne droite post-traumatique. L'expert ne fixe en revanche aucun diagnostic sans incidence sur la capacité de travail. Il retient des limitations fonctionnelles pour le genou droit, à savoir pas de marche en terrains irréguliers, de marche prolongée, de montée ou de descente répétée d'escaliers, d'échelles et d'escabeaux, de travaux accroupis ou à genoux. S'agissant de l'arthrose radio-carpienne gauche post-traumatique, il fixe les limitations fonctionnelles suivantes : pas de travaux requérant une importante force de préhension avec le membre supérieur gauche, pas de port de charges excédant 5 kg, pas de mouvements répétitifs du poignet et de la main gauches. Il conclut que son activité habituelle de chef de rang n'est définitivement plus exigible en raison des limitations fonctionnelles. Une activité adaptée est, selon cet expert, exigible dès le jour de l'expertise moyennant le respect des limitations fonctionnelles (l'activité ne peut être exercée essentiellement debout, mais peut l'être en étant assis ou en alternant les positions ; AI pce 55 p. 654 ss).

B.i Par courriel du 26 mars 2021, l'intéressé a contesté les conclusions du rapport d'expertise du Dr P._____ et un projet de décision de l'assureur-accidents, et fait parvenir à ce dernier un rapport d'expertise médicale privée du 11 mars 2021 du Dr Q._____, chirurgien, spécialiste en médecine du travail. Dans ce rapport, l'expert a retenu des diagnostics traumatologique et fonctionnel de résultats de fracture juxta- et intra-articulaire du radius gauche et de la styloïde ulnaire gauche, traité chirurgicalement avec deux interventions d'ostéosynthèse, avec minimum de reprise fonctionnelle et état algique chronique, avec déficit de flexion des doigts et de la force préhensible de la main gauche, pour phénomènes de ténosynovite des muscles fléchisseurs des doigts, de synovite et phénomènes réactifs congestifs des tissus mous péri-capsulaires et fibrocatriciels de la face

palmaire, à laquelle s'associe une hypotonie des muscles de l'éminence thénar et des muscles de l'avant-bras, avec présence d'une cicatrice nette, hyper-pigmentée, de 65 mm, sur la superficie palmaire de nature iatrogène. L'expert a diagnostiqué aussi des résultats de fracture des épines tibiales du membre inférieur droit avec intérêt du plateau tibial, traité conservativement, avec reprise fonctionnelle modérée au niveau articulaire et de la déambulation, pour arthrose fémoro-tibiale. Il a encore relevé un diagnostic de trouble de stress post-traumatique. Il a évalué, selon les tabelles de la SUVA, un dommage biologique total de 50% (25% dû à la grave arthrose du poignet, 15% dû à l'arthrose fémoro-tibiale modérée et 10% dû au trouble de stress post-traumatique). Il ne partage ainsi aucunement les conclusions du Dr P._____. L'expert a expliqué que les lésions revêtaient un caractère permanent et qu'il y avait une incapacité de travail totale et partielle temporaire depuis l'événement du 18 février 2019. Il a conclu à une incapacité de travail totale dans l'activité habituelle et de 40% dans une activité adaptée (AI pce 60 p. 942 ss et p. 960 ss ; cf. également correctif du 22 avril 2021 [AI pce 61 p. 1099]).

B.j L'assureur-accidents a rendu une décision le 25 juin 2021, mettant fin au droit au traitement médical le 4 février 2021, ainsi qu'aux indemnités journalières le 30 novembre 2020, et octroyant une indemnité pour atteinte à l'intégrité corporelle de Fr. 29'640.– (taux de 20% ; AI pce 61 p. 1057 à 1063).

B.k L'OAI a alors consulté son service médical régional (ci-après : SMR), qui, dans un rapport du 26 novembre 2021 de la Dresse R._____, médecin interniste généraliste (selon MedReg), a conclu comme atteinte incapacitante principale à une arthrose radio-carpienne gauche post-traumatique séquellaire à une fracture du radius distal gauche, syndrome du tunnel carpien gauche, et comme autre atteinte incapacitante à une gonarthrose fémoro-tibiale interne droite post-traumatique séquellaire à une fracture du massif des épines tibiales du genou droit, à une capacité de travail nulle dès le 18 février 2019 dans l'activité habituelle de serveur et entière dès le 30 octobre 2019 dans une activité adaptée. Cette médecin fixe les limitations fonctionnelles suivantes : pas de marche en terrains irréguliers, de marche prolongée, de montée ou descente répétée d'escaliers, d'échelles et d'escabeaux, pas de travaux accroupis, à genoux ou requérant une importante force de préhension avec le membre supérieur gauche, pas de port de charges excédent 5 kg et pas de mouvements répétitifs du poignet et de la main gauches (AI pce 68).

B.i Par projet de décision du 2 décembre 2021, l'OAI a fait part à l'intéressé de son intention de lui refuser une rente d'invalidité et des mesures d'ordre professionnel, compte tenu d'un taux d'invalidité de 0% (AI pce 76).

B.m Le 20 décembre 2021, l'assuré s'est opposé au projet de décision, concluant, sous suite de frais et dépens, à titre principal à l'octroi d'un quart de rente d'invalidité, et subsidiairement à ce que soit ordonnée une expertise médicale pour établir son droit à des mesures de réadaptation ou à une rente. Il a invoqué une appréciation très différente et irréconciliable entre les experts consultés, le Dr Q. _____ et le Dr P. _____. Selon lui, l'appréciation du Dr P. _____ est trop sommaire et insuffisante en comparaison à celle du Dr Q. _____. De plus, des conclusions du Dr P. _____ sont jugées en partie erronées par le Dr Q. _____. Or, selon l'assuré, cet expert a effectué une discussion en détail et sur cette base, est arrivé à une perte de gain de 40% dans toute activité adaptée justifiant un droit à un quart de rente. L'intéressé soutient ainsi que les différences d'appréciation des deux médecins susmentionnés sont trop importantes pour écarter purement et simplement l'argumentation et les constatations du Dr Q. _____ (AI pce 79).

Outre des pièces figurant déjà au dossier, l'assuré a encore produit un rapport du 17 mars 2021 de la Dresse S. _____, chirurgienne, médecin en pharmacologie et toxicologie, psychiatre, faisant état d'un trouble de stress post-traumatique lié à l'accident du 18 février 2019, d'un haut niveau d'acuité, d'une humeur dépressive et d'une répétition continue de l'accident y compris dans des cauchemars, précisant encore que l'assuré ne s'était pas remis de son incapacité à poursuivre l'exercice de son activité habituelle (AI pce 79 p. 1317).

B.n Par décision du 8 février 2022, l'Office de l'assurance-invalidité pour les assurés résidant à l'étranger (OAIE) a confirmé le projet de décision de l'OAI et rejeté la demande de prestations de l'AI de l'intéressé. Pour ce faire, il a complété la motivation suite à l'audition. Ainsi, il a spécifié avoir tenu compte de l'ensemble des atteintes à la santé et pris position sur le rapport de contre-expertise. Selon lui, aucun élément médical objectif nouveau susceptible de modifier son appréciation des faits n'a été apporté. Des mesures d'instruction complémentaire ne se justifient donc pas (AI pce 82).

B.o D. _____ a, pour sa part, rendu une décision le 21 février 2022, rejetant tout droit à une rente d'invalidité au sens de la législation sur l'assurance-accidents (AI pce 86).

C.

C.a Par acte du 10 mars 2022 (timbre postal), l'intéressé a recouru contre la décision de l'OAIE devant le Tribunal administratif fédéral (ci-après : TAF ou le Tribunal), concluant à la forme, à la recevabilité du recours. Sur le fond de l'affaire, il conclut à titre préalable, à l'annulation de la décision attaquée et à titre principal, à l'allocation d'un quart de rente d'invalidité, sous suite de frais et dépens. A titre subsidiaire, il requiert la mise en œuvre d'une expertise médicale afin d'établir son droit à des mesures de réadaptation et à une rente, sous suite de frais et dépens. Il fait valoir en substance diverses erreurs dans l'appréciation de l'atteinte à sa santé et demande l'octroi de mesures de réadaptation ou d'une rente d'invalidité en raison notamment des conclusions fort différentes et irréconciliables des deux experts consultés. A titre de moyens de preuve, il a annexé diverses pièces figurant déjà au dossier (TAF pce 1).

C.b Par réponse du 8 juin 2022, l'OAIE a, en se fondant sur la prise de position du 7 juin 2022 de l'OAI, conclu au rejet du recours et à la confirmation de la décision attaquée. Dans sa prise de position, l'OAI a rappelé que seule était contestée la capacité de travail résiduelle dans une activité adaptée et rétorqué que la décision litigieuse était basée sur l'avis du SMR du 26 novembre 2021, des éléments médicaux objectivement vérifiables permettant de remettre en cause les conclusions du Dr P. _____ n'ayant pas été apportés (TAF pce 6).

C.c Le recourant n'a pas donné suite à l'ordonnance du 21 juin 2022 du TAF l'invitant à répliquer (TAF pces 7 et 8).

C.d Les autres faits et arguments pertinents de la cause seront présentés et discutés, en tant que de besoin, dans les considérants en droit ci-après.

Droit :**1.**

Le Tribunal administratif fédéral est compétent pour connaître du présent recours (art. 31, 32 et 33 let. d de la loi du 17 juin 2005 sur le Tribunal administratif fédéral [LTAF, RS 173.32] ; 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 de la loi fédérale du 6 octobre 2000 sur la partie générale du droit des assurances sociales [LPGA, RS 830.1] et 48 al. 1 de la loi fédérale du 20 décembre 1968 sur la procédure administrative [PA, RS 172.021]). 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 2 et 4), le recours est recevable.

2.

En l'occurrence, l'objet du litige porte sur le point de savoir si c'est à juste titre que l'OAIE a refusé le droit à des mesures d'ordre professionnel et à une rente d'invalidité au recourant.

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^e 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^e 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, 121 V 204 consid. 6c).

3.2 Le recourant étant domicilié en France voisine et l'atteinte à la santé remontant à l'époque de son activité en tant que frontalier, c'est à raison que l'OAI du canton C. _____ a enregistré et instruit la demande, et que l'OAIE a notifié la décision attaquée (art. 40 al. 2 du règlement du 17 janvier 1961 sur l'assurance-invalidité [RAI, RS 831.201]).

4.

4.1 L'affaire présente un aspect transnational, dans la mesure où le recourant est un ressortissant italien, domicilié en France, ayant travaillé en

Suisse. Sont dès lors applicables à la présente cause, l'accord du 21 juin 1999 sur la libre circulation des personnes (ALCP, RS 0.142.112.681), ses annexes et ses 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 du règlement n° 883/2004, en relation avec son annexe VII ; ATF 130 V 253 consid. 2.4 ; arrêt du Tribunal fédéral 9C_573/2012 du 16 janvier 2013 consid. 4).

4.2 Dans le cadre du « développement continu de l'AI », la LAI, le RAI et la LPGA, notamment, ont été modifiés avec effet au 1^{er} janvier 2022 (RO 2021 705, FF 2017 2363). Compte tenu cependant du principe de droit intertemporel prescrivant l'application des dispositions légales qui étaient en vigueur lorsque les faits juridiquement déterminants se sont produits (ATF 148 V 174 consid. 4.1, 144 V 210 consid. 4.3.1), le droit matériel applicable reste, en l'occurrence, celui qui était en vigueur jusqu'au 31 décembre 2021, dès lors que le droit à la rente a pris naissance avant cette date (arrêt du Tribunal fédéral 8C_152/2023 du 14 novembre 2023 consid. 3.1 ; voir *supra* let. B.a et *infra* consid. 6.4 concernant la naissance du droit à la rente).

4.3 Le juge des assurances sociales apprécie la légalité des décisions attaquées, en règle générale, d'après l'état de fait existant jusqu'au moment où la décision litigieuse a été rendue (en l'espèce, le 8 février 2022). 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).

5.

5.1 Selon l'art. 36 LAI, l'assuré qui compte trois années au moins de cotisations à l'assurance-vieillesse et survivants lors de la survenance de l'invalidité, a droit à une rente ordinaire (al. 1). Les cotisations versées à

une assurance assimilée d'un Etat membre de l'Union européenne (UE) ou de l'Association européenne de libre-échange (AELE) peuvent également être prises en considération, à condition qu'une année au moins de cotisations puisse être comptabilisée en Suisse (FF 2005 4065 ; art. 6 et 45 du règlement n° 883/2004).

5.2 En l'espèce, le recourant a cotisé plus de trois ans, tant en Suisse qu'à l'étranger (voir *supra* let. A), de sorte qu'il remplit la condition de la durée minimale de cotisations. Reste à examiner s'il est invalide au sens de la LAI.

6.

6.1 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, 2^e phrase LPGA).

6.2 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).

6.3 Aux termes de l'art. 28 al. 2 LAI, l'assuré a droit à un quart de rente s'il ou elle est invalide à 40% au moins, à une demi-rente s'il ou elle est invalide à 50% au moins, à trois quarts de rente s'il ou elle est invalide à 60% au moins et à une rente entière s'il ou elle est invalide à 70% au moins.

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 1^{er} 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).

6.4 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^e anniversaire de l'assuré (art. 29 al. 1 LAI).

7.

7.1 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) et sur lesquels elle s'appuiera, sous peine de violer le principe inquisitoire (arrêt du Tribunal fédéral 8C_623/2012 du 6 décembre 2012 consid. 1). Le Tribunal fédéral a jugé que les données fournies par les médecins constituent un élément utile pour apprécier les conséquences fonctionnelles de l'atteinte à la santé, quand bien même la notion d'invalidité est de nature économique/juridique et non médicale. 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).

7.1.1 Le principe de la libre appréciation des preuves s'applique de manière générale à toute procédure de nature administrative, que ce soit devant l'administration ou le juge. La jurisprudence a toutefois posé des lignes directrices en matière d'appréciation des rapports médicaux et d'expertise (ATF 125 V 351 consid. 3b).

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 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 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).

S'agissant des rapports établis par les médecins traitants, il convient de les apprécier avec une certaine réserve, en raison de la relation de confiance, issue du mandat thérapeutique confié au médecin traitant, qu'il ou elle soit médecin de famille généraliste ou spécialiste, qui unit celui-ci ou celle-ci à son patient (arrêt du Tribunal fédéral I 655/05 du 20 mars 2006 consid. 5.4 ; ATF 125 V 351 consid. 3b/cc et les références). Cette réserve s'applique également aux rapports médicaux que l'intéressé-e sollicite de médecins non traitants spécialement mandatés pour étayer un dossier médical (cf. dans ce sens relativement aux expertises de parties : arrêt du Tribunal fédéral 8C_558/2008 du 17 mars 2009 consid. 2.4.2). Toutefois, le simple fait qu'un rapport médical soit établi à la demande d'une partie et soit produit pendant la procédure ne justifie pas en soi des doutes quant à sa valeur probante ; 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 ; arrêts du Tribunal fédéral 9C_876/2009 du 6 juillet 2010 consid. 2.2, 9C_24/2008 du 27 mai 2008 consid. 2.3.2 et 9C_201/2007 du 29 janvier 2008 consid. 3.2).

Concernant enfin les rapports et expertises des médecins rattachés à un assureur, il sied de relever que le fait précisément que ces médecins soient liés à l'assureur, d'un point de vue institutionnel ou par un rapport de travail,

ne permet pas, pour ce seul motif, de douter de l'objectivité de leurs appréciations. La valeur probante de tels rapports dépend bien plutôt de leur contenu : ainsi doivent-ils être jugés pertinents, compréhensibles et cohérents pour avoir valeur de preuve ; en outre, il ne doit pas exister d'indice suffisant plaquant contre leur fiabilité (ATF 135 V 465 consid. 4.4, 125 V 351 consid. 3b/ee).

7.1.2 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, 4^e 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 de la Constitution fédérale de la Confédération suisse du 18 avril 1999 (Cst., RS 101 ; Sozialversicherungsrecht [SVR] 2001 IV n° 10 p. 28).

8.

Pour fonder la décision dont est recours, l'OAIE a suivi l'avis émis par le SMR dans son rapport du 26 novembre 2021 établi par sa Dresse R._____ (Al pce 68). Celle-ci a proposé de reprendre l'intégralité des conclusions du rapport d'expertise du 9 février 2021 du Dr P._____ (Al pce 55 p. 654 ss), à l'exception du moment de l'exigibilité dans une activité adaptée, qu'il a fixé au 30 octobre 2019 (moment où les fractures étaient considérées comme consolidées) ; plutôt que la date du 4 février 2021 (date de l'expertise), retenue par le Dr P._____.

9.

9.1 Le recourant conteste les résultats de l'expertise du Dr P._____, en contradiction selon lui avec celles du Dr Q._____, expert qu'il a lui-même mandaté. Au surplus, il fait valoir que les « séquelles d'une fracture pluri-fragmentaire du radius gauche et de la styloïde ulnaire gauche avec dégénérescence arthrosique sévère du poignet », les « séquelles de la fracture des épines tibiales du membre inférieur droit avec atteinte du plateau tibial [...] [et] arthrose fémoro-tibiale modérée [...] en cours de développement » et les « légères séquelles psychiques du trouble de stress post-traumatique » constatées par ce dernier, entraînent une incapacité de travail de de 40% dans une activité adaptée.

9.2 Le Tribunal constate que l'autorité de première instance ne s'est fondée que sur les aspects somatiques des atteintes à la santé, reprenant ainsi les conclusions du Dr P._____, alors que des troubles d'ordre psychique ont été mis en exergue par différents médecins (compte-rendu de consultation du 25 juin 2019 du Dr F._____, [AI pce 10 p. 73], rapport du 17 mars 2021 de la Dresse S._____, [AI pce 79 p. 1317] et rapport d'expertise du 11 mars 2021 du Dr Q._____, [AI pce 60 p. 1007]). Cela étant, le Tribunal examinera dans un premier temps si c'est à juste titre que dans le rapport du 9 février 2021 le Dr P._____ n'a pas retenu les atteintes psychiques dont le recourant pourrait être sujet.

9.3 En l'occurrence, après donc un examen attentif des pièces du dossier, le Tribunal ne peut confirmer la valeur probante du rapport du SMR du 26 novembre 2021 et du rapport d'expertise du 9 février 2021 du Dr P._____, lesquels se fondent sur un état de fait lacunaire sur le plan médical, omettant plusieurs aspects importants du dossier du point de vue psychique.

9.4 Ainsi, le Tribunal constate que, dans son rapport SMR du 26 novembre 2021, la Dresse R._____ résume le contenu du rapport de contre-expertise du Dr Q._____. La médecin du SMR mentionne notamment que cet expert a relevé un syndrome de stress post-traumatique. Elle écarte toutefois ce diagnostic, arguant que le Dr Q._____ n'est pas psychiatre, que l'assuré n'a jamais eu de suivi sur ce plan et que ce diagnostic n'a jamais été évoqué auparavant. Elle relève au surplus que le Dr P._____ ne mentionnait, dans son rapport d'expertise, qu'un assuré euthymique.

Or, la présence d'une problématique psychique ressort, outre de l'expertise du Dr Q._____, de plusieurs rapports médicaux au dossier. Ainsi, dans son compte-rendu de consultation du 25 juin 2019 (AI pce 10 p. 73), le Dr F._____ mentionne une répercussion psychologique à l'ensemble des traumatismes et de la plaie de l'avant-bras en passant la main à travers une vitre. Quant à la Dresse S._____, elle fait état dans son rapport du 17 mars 2021 d'un trouble de stress post-traumatique (AI pce 79 p. 1317), diagnostic déjà relevé par le Dr Q._____. Au demeurant, la Dresse S._____ assure un suivi psychiatrique du recourant, lequel se soumet à un traitement médicamenteux.

Dans ces conditions, la médecin du SMR, la Dresse R._____, ne pouvait ignorer purement et simplement la problématique de répercussion psychologique évoquée par le Dr F._____. En outre, son argumentation

visant à rejeter le diagnostic de syndrome de stress post-traumatique ne convainc pas et ne correspond pas à la réalité du dossier. En effet, contrairement à ce qu'affirme la médecin du SMR, le Dr Q. _____ n'est pas le seul médecin consulté à avoir évoqué ce diagnostic de trouble de stress post-traumatique, puisque la Dresse S. _____ l'a également posé dans son rapport du 17 mars 2021 (AI pce 79 p. 1317). Cette médecin (contrairement au Dr Q. _____) est non seulement spécialisée en chirurgie, mais également en pharmacologie, en toxicologie et en psychiatrie. Elle disposait ainsi de la formation spécialisée et des connaissances nécessaires pour fonder un tel diagnostic. Ensuite, son rapport démontre que l'assuré est suivi sur le plan psychique, un traitement médicamenteux avec du Zoloft étant même prescrit. Or, le Tribunal fédéral a remarqué que le suivi d'une thérapie adéquate de psychothérapie constitue un indicateur pour la gravité de l'affection dont souffre l'intéressé (ATF 143 V 409 consid. 4.4 et 4.5.2), ce qui est un élément supplémentaire plaidant dans la présente affaire pour la prise en compte et l'évaluation de dite affection dans la cadre d'une expertise.

Enfin, la Dresse R. _____ relève à juste titre que le Dr P. _____ a indiqué que l'assuré était euthymique (« thymie [...] globalement conservée » [AI pce 55 p. 659]). Cependant, elle perd de vue que cet expert n'est pas psychiatre et qu'il ne dispose pas de la formation requise pour faire des constats de cette nature. Qui plus est, la médecin SMR a éludé le fait que le Dr P. _____ n'ait pas même mentionné le constat fait par le Dr F. _____ d'une répercussion psychologique provenant de l'ensemble des traumatismes et d'une plaie de l'avant-bras gauche en passant la main à travers une vitre (compte-rendu de consultation du 25 juin 2019 [AI pce 10 p. 73]). Partant, une difficulté psychique pouvait être présente déjà depuis 2019. Le rapport d'expertise du Dr P. _____ et le rapport SMR ne remplissent dès lors pas les réquisits jurisprudentiels en la matière, ne pouvant se voir attribuer pleine valeur probante.

Cela étant, le Tribunal constate ainsi qu'il existait des points litigieux importants sur le plan psychiatrique entre les médecins consultés, et ce même si leurs rapports étaient succincts. Lesdits rapports apparaissent suffisamment pertinents pour faire naître de sérieux doutes sur les conclusions du Dr P. _____ et l'appréciation médicale de la Dresse R. _____.

En outre, les rapports du SMR et du Dr P. _____ se sont abstenus d'examiner le caractère potentiellement invalidant des atteintes psychiatriques susmentionnées à l'aune des indicateurs développés par la jurisprudence du Tribunal fédéral (ATF 141 V 281 consid. 2.1, 2.1.1, 4.1.1 et 4.4,

applicable à toutes les affections psychiques conformément aux ATF 143 V 409 consid. 4.5 et 143 V 418 consid. 6 et 7). Le Tribunal fédéral exige en substance, après avoir posé un diagnostic dans les règles de l'art, d'examiner les ressources de la personne expertisée et la cohérence des limitations présentées. L'omission du SMR et du Dr P. _____ est d'autant plus problématique que le Tribunal de céans remarque qu'il n'existe en l'espèce pas de motif permettant de renoncer à un tel examen (cf. notamment arrêt du Tribunal fédéral 8C_53/2022 du 5 juillet 2022 consid. 4.2 et les références). L'instruction médicale se révèle dès lors lacunaire. Pour cette raison également, il convient de nier toute valeur probante au rapport du SMR du 26 novembre 2021 et au rapport d'expertise du 9 février 2021 du Dr P. _____.

10.

En résumé, le rapport d'expertise du 9 février 2021 du Dr P. _____ et le rapport SMR du 26 novembre 2021 susmentionnés ne satisfont pas aux lignes directrices posées à l'égard de chacun d'eux par la jurisprudence du Tribunal fédéral (voir *supra* consid. 7.1.1). Ils ont en effet été établis par des médecins – un chirurgien orthopédique FMH, respectivement un médecin interniste généraliste – ne disposant pas de la formation spécialisée et des compétences nécessaires à se prononcer valablement sur les éventuelles atteintes psychiatriques du recourant, alors que plusieurs médecins traitants, dont en particulier un médecin psychiatre en en avaient fait état. De plus, le Dr P. _____ et la médecin du SMR n'ont pas dûment discuté les points litigieux importants, ni mené des examens complets. Leurs rapports sont ainsi lacunaires. Partant, ceux-ci ne sauraient, contrairement à ce qu'a fait l'autorité inférieure, se voir reconnaître une pleine valeur probante. En d'autres termes, l'OAIE n'était pas en droit de se baser sur ces rapports médicaux pour refuser une rente d'invalidité et des mesures d'ordre professionnel au recourant. En l'état, l'instruction médicale menée par l'OAIE se révèle incomplète. Par ailleurs, les pièces au dossier ne permettent pas de trancher les questions contestées dans le présent litige.

Conformément à la jurisprudence du Tribunal fédéral, il y a lieu, dans de telles circonstances, de procéder à une instruction complémentaire afin d'établir les faits pertinents (arrêt du Tribunal fédéral 9C_165/2015 du 12 novembre 2015 consid. 4.3). Pour cette raison déjà, la décision attaquée doit être annulée et la cause renvoyée à l'autorité inférieure pour nouvelle décision.

Au vu de ce qui précède, le grief du recourant en lien avec la symptomatologie anxieuse (recours p. 8, 12, 14, 21, 24 et 25 [TAF pce 1]) est fondé. Il

en va de même de sa critique selon laquelle il n'était pas possible à l'OAIE de retenir uniquement les conclusions du Dr P. _____ et d'écarter purement et simplement celles du Dr Q. _____, lequel possède, comme le relève le recourant, les mêmes compétences que le Dr P. _____. Enfin, le reproche du recourant d'absence de prise en compte de l'atteinte qu'il a réellement subie doit être admis. Tous ces aspects n'ont pas été suffisamment clarifiés par l'autorité inférieure.

11.

Dans la mesure où, compte tenu des lacunes sur le plan psychique tant de l'expertise du Dr P. _____ que du rapport SMR de la Dresse R. _____ qui s'y réfère, il n'est pas nécessaire à ce stade, pour le Tribunal, d'examiner la question des répercussions des atteintes somatiques sur la capacité de travail, pas plus que les autres griefs invoqués. Au demeurant, le Tribunal relève encore que les avis du Dr P. _____ et du Dr Q. _____ divergent s'agissant de la capacité de travail dans une activité adaptée, qui est totale selon le Dr P. _____ et de 60% selon le Dr Q. _____. Enfin, le Tribunal remarque qu'une algodystrophie est relevée dans plusieurs documents médicaux versés au dossier (AI pces 10 p. 53 s., 44 p. 274-291, 44 p. 296 et 44 p. 271 s.), de sorte qu'une telle pathologie pourrait être présente chez l'intéressé et devra encore être investiguée.

12.

Le recourant soutient encore que le Dr P. _____ aurait motivé son appréciation quant à l'atteinte à l'intégrité physique de façon trop sommaire et insuffisante, en comparaison à l'évaluation du Dr Q. _____. Il s'agit d'une question qui s'inscrit dans le cadre de la législation sur l'assurance-accidents et outrepassé donc l'objet du présent litige. Le grief du recourant doit, partant, être déclaré irrecevable.

13.

13.1 Compte tenu de ce qui précède, le Tribunal n'est, en l'état, pas en mesure d'examiner le degré d'invalidité du recourant. Les éventuelles atteintes à la santé d'ordre psychiatrique de celui-ci et, le cas échéant, leurs conséquences notamment sur le taux d'invalidité n'ont pas été investiguées comme il se doit par l'autorité inférieure. Au surplus, les pièces au dossier ne permettent pas de se convaincre, au degré de la vraisemblance prépondérante, de leur importance et de leurs effets sur la capacité de travail du recourant.

13.2 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, comme on l'a vu (cf. en particulier les consid. 9.4 et 10), du dossier que la question des éventuelles atteintes à la santé d'ordre psychiatrique dont serait victime le recourant et, le cas échéant, leurs répercussions sur la capacité de travail n'a pas été instruite à satisfaction de droit et mérite un éclaircissement.

13.3 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.

14.

Il s'ensuit que la décision attaquée est annulée, le recours étant, dans la mesure de sa recevabilité, admis en ce sens que la cause est renvoyée à l'autorité inférieure pour complément d'instruction et nouvelle décision. Une clarification des atteintes à la santé du recourant, particulièrement de nature psychiatrique, et de leurs éventuels effets sur sa capacité de travail s'avère en effet nécessaire.

En particulier, l'OAIE veillera à requérir des rapports récents des médecins traitants du recourant et ordonnera une expertise pluridisciplinaire dans les disciplines de l'orthopédie, de la psychiatrie – celle-ci devant mettre en

œuvre l'évaluation normative et structurée de l'ATF 141 V 281 – et de la neurologie compte tenu de l'éventuelle algodystrophie relevée dans certains documents médicaux versés au dossier (voir *supra* consid. 11). A cet égard, il appartiendra au centre d'expertises d'ajouter d'autres disciplines médicales qu'il jugerait nécessaires au regard des affections dont souffre le recourant (cf. art. 44 al. 5 en relation avec al. 1 let. c LPGA). 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, le centre d'expertise – le Dr P. _____ étant cependant exclu in casu – devra être désigné 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. 72^{bis} al. 2 RAI ; ATF 139 V 349 consid. 5.2.1). Les médecins devront notamment déterminer les atteintes à la santé du recourant et leurs éventuels effets sur la capacité de travail ainsi que les limitations fonctionnelles. L'ensemble du dossier devra ensuite être soumis au service médical de l'autorité inférieure pour nouvel examen. Enfin, une nouvelle décision devra être prise.

15.

La cause étant renvoyée à l'autorité inférieure pour complément d'instruction, il n'est pas nécessaire d'examiner les autres griefs du recourant relatifs à la reconnaissance d'un droit à un quart de rente d'invalidité.

16.

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 pour des instructions complémentaires et nouvelle décision (ATF 132 V 215 consid. 6). En conséquence, l'avance de frais de Fr. 800.– versée sera restituée au recourant une fois le présent arrêt entré en force.

16.1 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 d'autres indications, 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 n'ayant pas produit de note d'honoraires. Au vu de l'issue de la procédure et du travail de ce dernier, soit un recours de 27 pages, 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.–.

Le dispositif se trouve à la page suivante.

Par ces motifs, le Tribunal administratif fédéral prononce :

1.

Dans la mesure où il est recevable, le recours est admis en ce sens que la décision attaquée est annulée et la cause renvoyée à l'autorité inférieure pour instruction complémentaire dans le sens des considérants et nouvelle décision.

2.

Il n'est pas perçu de frais de procédure. L'avance de frais de Fr. 800.– déjà versée par le recourant lui sera restituée dès l'entrée en force du présent arrêt.

3.

Il est alloué une indemnité de dépens au recourant d'un montant de Fr. 2'800.– à charge de l'autorité inférieure.

4.

Le présent arrêt est adressé au recourant, à l'autorité inférieure et à l'OFAS.

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

La présidente du collège :

Le greffier :

Madeleine Hirsig-Vouilloz

Julien Borlat

Indication des voies de droit :

Pour autant que les conditions au sens des art. 82 ss, 90 ss et 100 ss LTF soient remplies, 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. 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 :