Bundesverwaltungsgericht
Tribunal administratif fédéral
Tribunale amministrativo federale
Tribunal administrativ federal

Cour III
C-1506/2022

Arrêt du 20 septembre 2023

Composition

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

Parties

A._____, (France)
représenté par Benjamin Grumbach,
recourant,

contre

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

Objet

Assurance-invalidité, rente temporaire
(décision du 23 février 2022).

Faits :

A.

A._____ (ci-après : le recourant, l'assuré ou l'intéressé), né le (…) 1971, de nationalité française et domicilié en France, est marié et sans enfant (OAI-B._____ pces 10 et 11). Au bénéfice d'une formation d'aide-soignant, l'intéressé a travaillé pendant de nombreuses années en Suisse, cotisant ainsi à l'assurance-vieillesse, survivants et invalidité (AVS/AI) suisse pendant plus de quinze ans (cf. extraits du compte individuel du 12 mai 2020 [OAI-B._____ pce 17] et du 17 novembre 2021 [OAI-B._____ pce 66 p. 4-5]). En dernier lieu, il a travaillé, à raison de 75%, auprès de l'entreprise C._____ SA en tant qu'aide-soignant intérimaire (OAI-B._____ pces 18 et 19 p. 11). Le 7 novembre 2019, l'assuré est tombé de son scooter, alors qu'il attendait à un feu rouge, et s'est fracturé l'épaule droite (OAI-B._____ pce 16 pp. 101-103). 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). Son contrat de travail a été résilié avec effet au 29 novembre 2019 (OAI-B._____ pce 18).

B.

B.a Le 5 mai 2020, l'intéressé a déposé une demande de prestations de l'assurance-invalidité, datée du 27 avril 2020, auprès de l'Office de l'assurance-invalidité du canton B._____ (ci-après : OAI-B._____) et indiqué souffrir d'un syndrome douloureux régional complexe post fracture de l'humérus proximal (OAI-B._____ pce 11 p. 7).

B.b Dans le cadre de l'instruction de cette demande, l'OAI-B._____ a en substance récolté tant auprès de la SUVA que de l'intéressé les documents médicaux suivants :

- le rapport initial du Dr D._____(ci-après : Dr D._____), chirurgien en orthopédie et en traumatologie, du 8 novembre 2019, retenant une fracture déplacée de l'humérus de l'épaule droite (OAI-B._____ pce 16 p. 101),

- l'ordonnance médicale du 3 décembre 2019 du Dr E._____ (ci-après : Dr E._____), médecin généraliste, prescrivant de l'Acupan S 5Amp/2ml, de l'Antalnox 550 mg et de l'Omeprazole (OAI-B._____ pce 16 p. 68) ainsi que divers certificats médicaux de prolongation d'arrêt de travail dès janvier 2020 (cf. not. OAI-B._____ pce 16 pp. 72, 44, 34 et 7 ; pce 31 pp. 20, 26, 38 et 56 ; pce 39 p. 17 ; pce 42 pp. 17, 19 et 64 ; pce 45 p. 4, p. 16 et p. 18 ; pce 47 p. 4),

- l'ordonnance médicale du 13 janvier 2020 établi par l'Hôpital Privé F._____ prescrivant du Miorel 4 mg (OAI-B._____ pce 16 p. 64),

- le rapport de consultation du 12 février 2020 du Dr G._____ (ci-après : Dr G._____), chef adjoint du service de la chirurgie orthopédique et de la traumatologie de l'appareil moteur de l'Hôpital H._____ (ci-après : Hôpital H._____), indiquant que le diagnostic effectué à l'Hôpital F._____ en France voisine mettait en évidence une fracture de l'humérus proximal sous-capitale traitée par un enclouage centromédullaire et que selon l'examen clinique, il existait une asymétrie volumique au niveau de la main, avec une déformation en flexion des doigts, le coude étant raide, avec une sensibilité autour de l'humérus proximal préservé dans le territoire axillaire ainsi qu'une constructibilité des trois chefs deltoïdiens. Il est noté que l'intéressé se plaint d'importantes douleurs. En outre, il a indiqué que le bilan radiologique retrouve une ostéosynthèse en position anatomique et a retenu le diagnostic du *complexe regional pain syndrom*, sans relever de problème sur le plan de la technique chirurgicale. S'agissant du traitement médicamenteux antalgique, celui-ci était constitué du paracétamol associé à un dérivé de morphine (Izalgi), associé à du Lyrica et du Myorel. Enfin, il a proposé à l'intéressé une consultation auprès de ses collègues de la rééducation (OAI-B._____ pce 16 pp. 35-36),

- le rapport médical intermédiaire du 5 mars 2020 du Dr I._____ (ci-après : Dr I._____), médecin interne du service de la chirurgie orthopédique et de la traumatologie de l'appareil moteur de l'Hôpital H._____, retenant le diagnostic du *complexe regional pain syndrom* sur ECM (extracellular matrix [en français : matrice extracellulaire]) d'une sous-capitale de l'humérus proximal (OAI-B._____ pce 16 pp. 37-38),

- le compte rendu opératoire du 13 mai 2020, relatif à l'opération du 8 novembre 2019, du Dr D._____ ainsi que deux radiographies des 7 novembre et 9 décembre 2019 (OAI-B._____ pce 22 pp. 1, 6 et 7),

- les rapports médicaux des 3 mars et 9 juin 2020 du Dr J._____ (ci-après : Dr J._____), chef de clinique de l'unité de médecine physique et de réadaptation orthopédique de l'Hôpital H._____, indiquant que l'utilisation du membre supérieur droit semble difficile et retenant une incapacité de travail totale depuis le 7 novembre 2019. Il est également noté que l'intéressé décrit des douleurs constantes 10/10 dans tout le membre supérieur droit depuis l'accident, de type serrement et/ou décharge électrique, avec parfois des crises douloureuses engendrant des pleurs, et que le bras est totalement exclu. S'agissant du traitement médicamenteux, celui-ci est composé de Lyrica 75 mg, de Voltaren 50 mg et de Valium (OAI-B._____ pce 27 pp. 1-4 et 6),

- le rapport médical détaillé du Dr E._____ du 9 juillet 2020 indiquant en substance une impotence fonctionnelle et des douleurs permanentes liée à l'algoneurodystrophie et que l'intéressé ne peut plus rien faire et souffre d'une dépression

réactionnelle. En outre, le Dr E._____ retient une situation stationnaire et indique qu'aucune activité possible n'est envisagée (OAI-B._____ pce 34 ; cf. également le bref rapport médical du 6 novembre 2020 [OAI-B._____ pce 42 pp. 23-24]),

- le rapport médical du 22 juillet 2020 de la Clinique K._____ (ci-après : Clinique K._____) à (…), établi par le Dr L._____(ci-après : Dr L._____), spécialiste en chirurgie orthopédique et membre FMH, indiquant que l'intéressé ne mobilisait aucunement son membre supérieur droit, le maintenant, lors de l'anamnèse, collé à l'abdomen en fléchissant le coude et la main appuyée sur le tronc et que l'épaule étant sévèrement enraidie, son examen était impossible. L'intéressé se plaignait d'importantes douleurs à la moindre sollicitation de ce membre. S'agissant de l'imagerie médicale, il est noté que le scanner préopératoire mettait en évidence une fracture avec impaction de la tête humérale, avec une fracture semblant alignée, que sur les radiographies du 27 janvier 2020, status post-enclouage de l'humérus proximal avec une tête mouchetée, les axes sont tout à fait conservés et que sur les radiographies du 16 juillet 2020 (OAI-B._____ pce 31 p. 18), il est fait état d'un status post-enclouage de l'humérus proximal avec une fracture consolidée et d'un aspect moucheté sous-chondral. Le Dr L._____ a relevé qu'il y avait indiscutablement une part d'autolimitation et que dans ce contexte, un avis psychiatrique lui semblait prépondérant. En outre, il est mentionné que toutes les prises en charge effectuées à ce jour ne modifiaient pas l'attitude de l'intéressé, raison pour laquelle il était inutile de poursuivre une physiothérapie intensive. Enfin, le Dr L._____ a indiqué qu'il recommandait de la balnéothérapie à la sortie et qu'il était prématuré d'envisager une AMO (Ablation du Matériel d'Ostéosynthèse ; OAI-B._____ pce 31 pp. 5-6),

- le rapport d'ergothérapie du 5 août 2020 du service d'ergothérapie de la Clinique K._____, concluant qu'à l'issue du séjour, aucune amélioration n'est constatée et que les techniques avérées efficaces sont les bains de paraffine, de lentilles, le traitement de l'avant-bras avec la méthode Hentschel et les massages manuels pour la détente musculaire (OAI-B._____ pce 31 pp. 14-15),

- le rapport médical du 12 août 2020 de la Clinique K._____ du service de réadaptation de l'appareil locomoteur, signé par les Drs M._____ (ci-après : Dr M._____), chef de clinique, spécialiste en médecine physique et réadaptation et en médecine du sport SSMS et membre FMH, et N._____(ci-après : Dr N._____), médecin-assistant aîné, spécialiste en médecine physique et réadaptation et membre FMH, indiquant que le diagnostic principal retenu est un traumatisme de l'épaule droite, en raison de l'accident du 7 novembre 2019, avec une fracture sous-capitale de l'humérus proximal et un syndrome épaule-main à droite (syndrome douloureux régional complexe de l'épaule, du coude et de la main du côté droit de type I). Sur le plan orthopédique, il ressort en substance de ce rapport que l'assuré a suivi pendant son séjour, soit du 14 juillet au 31 juillet 2020, à la Clinique K._____ un traitement de physiothérapie et d'ergothérapie comprenant de l'antalgie ainsi qu'un travail de mobilisation et d'intégration du membre supérieur droit et de la thérapie miroir. Les

Drs M._____ et N._____ relèvent que la mise en place des thérapies a été fortement limitée dès lors que l'intéressé était très algique et que les bains de paraffine en ergothérapie ont permis un bon relâchement et d'obtenir une mobilité complète de la main droite, l'assuré rapportant une diminution des douleurs au niveau du dos en fin de séjour sans progrès sur le plan fonctionnel. Il est également mentionné que les médecins de la Clinique K._____ ont renoncé à un traitement médicamenteux spécifique, soit un éventuel traitement de biphosphonates, pour le syndrome épaule-main dans la mesure où l'assuré a refusé une scintigraphie osseuse, car il ne voulait pas que des produits radioactifs lui soient injectés. De surcroît, il est noté que le traitement antalgique de l'intéressé n'a pas été modifié dès lors que celui-ci a refusé tout autre traitement que l'Izalgi 500/25 mg 4 fois par jour en déclarant ne pas supporter d'autre type d'antalgique. Les Drs M._____ et N._____ ont également indiqué que les plaintes et limitations fonctionnelles s'expliquent en partie par les lésions objectives constatées pendant le séjour et que des facteurs contextuels influencent négativement les aptitudes fonctionnelles rapportées par l'assuré, tels que la focalisation sur la douleur, la cotation élevée de la douleur, la kinésiophobie sévère, le catastrophisme élevé, la sous-estimation importante de ses capacités fonctionnelles. Les limitations fonctionnelles provisoires retenues sont l'exercice d'une activité légère à sédentaire, principalement en position assise. Le pronostic de réinsertion dans l'activité habituelle est défavorable en lien avec les facteurs médicaux retenus après l'accident et les facteurs non-médicaux. S'agissant du pronostic de réinsertion dans une activité adaptée respectant les limitations fonctionnelles retenues est théoriquement favorable mais les facteurs personnels et contextuels pourraient interférer avec le processus de réorientation. L'intéressé étant très focalisé sur ses douleurs avec d'importantes autolimitations, il n'est pas prêt à aborder la problématique professionnelle. Il est en outre mentionné que la situation n'est pas stabilisée du point de vue médical et des aptitudes fonctionnelles et la poursuite d'exercices autonomes et idéalement de physiothérapie en piscine pourraient permettre d'améliorer la mobilité et l'intégration du membre supérieur droit ainsi que les douleurs de l'épaule droite et les aptitudes fonctionnelles. Sur le plan psychiatrique, lors de son séjour à la Clinique K._____, l'intéressé a été évalué par un psychiatre de la Clinique K._____, à qui il aurait été impossible de faire une anamnèse ou simplement de comprendre les éventuelles plaintes de l'assuré. Il est indiqué que l'entretien avec le psychiatre a consisté en un monologue avec de nombreux propos tenant une tonalité délirante, délire avec des mécanismes intuitifs et interprétatifs à thématique mystique et de grandeur. Cette problématique semblant ancienne et ne pas faire trop souffrir l'intéressé, le psychiatre aurait proposé de ne pas y toucher et d'éviter les interventions qui pourraient l'accentuer, par exemple l'hypnose, mais de se focaliser sur les thérapies physiques du membre supérieur droit (OAI-B._____ pce 31 pp. 7-13),

– le rapport de physiothérapie du 14 août 2020 de O._____(ci-après : physiothérapeute O._____), physiothérapeute diplômé, mentionnant en substance que l'assuré a déclaré être très limité dans toutes les activités de la vie quotidienne et décrit une douleur diffuse au niveau de l'avant-bras droit et une douleur pointue au

niveau de la paume de la main droite ainsi que des douleurs musculaires au niveau du dos. En outre, le physiothérapeute O._____ a observé que l'état algique de l'intéressé rendait difficile la mise en place d'un programme de réhabilitation, la position du membre supérieur droit était toujours en « écharpe ». Enfin, il a remarqué une légère évolution dans les exercices d'auto-mobilisation (OAI-B._____ pce 31 pp. 16-17),

- le rapport d'examen du 6 janvier 2021, établi à la suite de l'examen médical du 30 décembre 2020, du Dr P._____(ci-après : Dr P._____), spécialiste en chirurgie orthopédique, membre FMH et médecin d'arrondissement de la SUVA, indiquant en substance que la physiothérapie n'a jamais vraiment pu être entreprise en raison des douleurs empêchant toute évolution et programme thérapeutique et que l'intéressé n'a pas repris la physiothérapie depuis son séjour à la Clinique K._____. Il relève que, sur le plan objectif, le déshabillage est relativement aisé, le membre supérieur droit est globalement raide avec, au niveau de l'épaule, une raideur très conséquente et qu'au niveau du coude, la flexion est complète mais il existe une limitation de l'extension à -60% et le poignet et la main sont également enraidis. Le Dr P._____ constate également une diminution de la force du membre supérieur droit globale, sans atrophie marquée, et relève une bonne vascularisation et l'absence de signe dermatologique, d'asymétrie de coloration cutanée et de gradient thermique. En outre, le Dr P._____ indique que c'est le moment opportun pour reprendre une physiothérapie intensive, de manière progressive et sur le mode ambulatoire, associant l'ergothérapie, la physiothérapie et éventuellement d'autres méthodes dès lors que la phase douloureuse chaude semble s'être atténuée. S'agissant du traitement médicamenteux, celui-ci comprenait Izalgi et Prégabaline 100 (OAI-B._____ pce 42 pp. 3-9),

- le rapport de consultation du 26 mars 2021 du Dr Q._____(ci-après : Dr Q._____), médecin adjoint du service de la chirurgie orthopédique et de la traumatologie de l'appareil moteur de l'Hôpital H._____, indiquant que selon les déclarations de l'intéressé, le membre supérieur droit est non fonctionnel et l'intéressé le porte régulièrement en écharpe afin de soutenir le poids. Toutefois, l'assuré a également déclaré qu'il utilisait sa main pour manger, voire manipuler son téléphone portable. En outre, l'intéressé a décrit des douleurs permanentes, exacerbées par la mobilisation active et passive située au niveau du moignon d'épaule, et irradiantes de manière non radiculaire vers le coude ainsi que vers la nuque. En ce qui concerne le traitement médicamenteux, celui-ci comprenait Izalgi et l'assuré ne bénéficiait d'aucune thérapie. En outre, l'intéressé ne participait quasiment pas aux tâches ménagères, déclarant l'habillage difficile et être limité pour des tâches bimanuelles. Le Dr Q._____ a également noté que l'assuré a fait part d'un certain scepticisme avec la médecine classique et qu'il était orienté vers la médecine alternative et une croyance plutôt bouddhiste. En outre, le Dr Q._____ a convenu plusieurs possibilités de rééducation, par exemple balnéothérapie, acuponcture à but antalgique et détente, bilan de dépistage d'imagerie motrice et un sevrage du Cymbalta. Enfin, l'intéressé ne souhaitant pas avoir de corps étrangers, une

discussion a eu lieu sur l'ablation du matériel présent dans l'épaule (OAI-B._____ pce 45 pp. 5-6),

- le rapport de consultation du 28 avril 2021 du Dr Q._____ et ses réponses aux questions de la SUVA le 14 juillet 2021, indiquant en substance que l'intéressé a débuté un traitement de fasciathérapie, que les radiographies prescrites le 28 avril 2021 de l'épaule droit n'avaient pas eu lieu, car l'intéressé ne voulait pas mais qu'ils aient eu lieu le 7 juillet 2021. En outre, le Dr Q._____ a déclaré que le pronostic était réservé au vu de la chronicité et du scepticisme de l'intéressé avec la médecine classique (OAI-B._____ pce 47 pp. 7-8),

- le rapport de l'appréciation médicale finale du 22 octobre 2021 du Dr P._____ indiquant en substance que sur la base du dossier médical à disposition, l'état de santé de l'intéressé peut être considéré comme étant stabilisé avec un membre supérieur déclaré comme non fonctionnel, mais avec la présence d'une part d'autolimitations observées à plusieurs reprises et d'utilisation de sa main dans des gestes de la vie courante et devant l'absence d'évolution après la mise en place d'une rééducation fonctionnelle, pour des raisons qui ne sont pas seulement d'ordre médical, mais également philosophiques. Les limitations fonctionnelles sont l'absence d'activité avec le membre supérieur droit au-delà du corps, en raison d'une périarthrite scapulo-humérale grave résiduelle et pas de port de charges supérieures à 10 kg et aucun port de charge avec le membre supérieur droit éloigné du corps. Le Dr P._____ a relevé qu'une activité adaptée aux limitations fonctionnelles décrites était exigible à plein temps et sans baisse de rendement. Enfin, le Dr P._____ a déclaré que l'activité habituelle n'était plus exigible du fait de l'activité du membre supérieur droit au-dessus de l'horizon dans certaines occasions et activité lourde au cours d'une journée professionnelle normale (OAI-B._____ pce 54 pp.17-21).

B.c Invité par l'OAI-B._____ à se prononcer sur le dossier médical, dans un rapport du 10 novembre 2021, le Dr R._____ (ci-après : Dr R._____), médecin de spécialisation inconnue et du service médical régional (ci-après : SMR), a proposé de suivre les incapacités de travail répertoriées par la SUVA, en retenant une capacité de travail de 100% dans une activité adaptée dès le 22 octobre 2021 (OAI-B._____ pce 58).

B.d Par projet de décision du 11 novembre 2021, l'OAI-B._____ a annoncé à l'assuré qu'il entendait lui octroyer une rente entière d'invalidité limitée dans le temps, du 1er novembre 2020 au 31 janvier 2022 (OAI-B._____ pce 60).

B.e Par correspondance du 14 janvier 2022 (timbre postal), l'intéressé a formé opposition par l'entremise de son conseil en indiquant en substance qu'il souffrait toujours de vives douleurs et d'un profond mal-être, que le traitement médicamenteux dont il bénéficiait avait de nombreux effets

secondaires, tels que de l'insomnie, de la somnolence, des étourdissements, de l'anxiété, de la nervosité et des troubles gastriques, et qu'il ne pourrait pas exercer son métier d'aide-soignant en raison de son état de santé (OAI-B._____ pce 75). A l'appui de son opposition, l'assuré a produit un certificat médical du 21 décembre 2021 du Dr E._____, lequel a constaté qu'à la suite de l'accident du 7 novembre 2019, l'intéressé a souffert d'une fracture sous-capitale de l'humérus droit traitée chirurgicalement par enclouage puis compliquée d'une algodystrophie et qu'il présentait une inaptitude totale au travail (OAI-B._____ pce 75 p. 5).

B.f Par décision du 23 février 2022, 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 11 novembre 2021 et octroyé à l'assuré d'une rente entière d'invalidité du 1er novembre 2020 au 31 janvier 2022 (OAI-B._____ pce 83).

C.

C.a Par acte du 31 mars 2022 (timbre postal), l'assuré a interjeté, par l'entremise de son conseil, recours contre la décision de l'OAIE du 23 février 2022 par-devant le Tribunal administratif fédéral (ci-après : le Tribunal), en indiquant en substance éprouver des douleurs permanentes et insupportables allant de l'épaule droite jusqu'à la main droite depuis l'accident du 7 novembre 2019, celles-ci ayant un impact sur son moral, rappelant que les effets secondaires de son traitement médicamenteux, composé du Lyrica 100 mg, de l'Izalgi 500 mg et du Cymbalta 60 mg, l'empêchent d'exercer une quelconque activité économique et que l'intéressé a fait tout ce qu'il pouvait afin de reprendre une activité lucrative, par exemple en faisant de la rééducation alors qu'il éprouvait de vives douleurs. A l'appui de son recours, l'assuré a produit de nouveaux rapports médicaux. Selon le rapport médical du 23 février 2022 du Dr S._____(ci-après : Dr S._____), médecin généraliste, l'état de santé de l'intéressé nécessite un arrêt de travail de vingt jours à compter de la date dudit rapport. Il ressort des rapports médicaux du Dr E._____ des 11 et 29 mars 2022 que le recourant souffre d'une fracture sous-capitale de l'humérus droit, traitée chirurgicalement par enclouage puis compliquée d'une algodystrophie, et qu'il présente depuis son accident des douleurs vives et permanentes de l'épaule droite irradiantes jusqu'à la main avec une exacerbation nocturne. Le Dr E._____ déconseille à l'intéressé de conduire un véhicule en raison de l'effet sédatif important et d'autres effets secondaires relatifs à son traitement médicamenteux composé d'antalgiques et d'antidépresseurs (Izalgi, Lyrica et Cymbalta) et retient

une inaptitude totale au travail. Selon le rapport médical, du 23 mars 2022, du Dr T._____ (ci-après : Dr T._____), chirurgien de l'épaule et du membre supérieur, la radiographie de contrôle montre une réduction parfaite et un clou parfaitement en place. Le Dr T._____ indique également que l'intéressé, ayant développé dans les suites de l'opération chirurgicale par enclouage des douleurs très intenses dans tout le bras et une impotence fonctionnelle progressive, présente, deux ans après l'accident, une impotence fonctionnelle quasiment totale de l'épaule et du coude. Le Dr T._____ relève que les doigts sont souples avec un petit déficit de flexion complète, que le coude est fléchi à 90° avec très peu de possibilités de flexion-extension, l'épaule étant intestable et très douloureuse à la moindre mobilisation, et que la seule explication possible à cet état est une algodystrophie globale du membre supérieur dans les suites de l'intervention. En outre, le Dr T._____ relève qu'il n'y a pas de trouble neurologique objectif et conseille à l'intéressé de continuer à faire de la rééducation et à prendre des antalgiques, estimant qu'il n'y a pas de chirurgie susceptible d'améliorer de façon efficace l'atteinte à l'épaule droite, qu'il restera des séquelles à terme et qu'il faut sans doute commencer à envisager un statut d'invalidité. En outre, l'intéressé a également produit les notices d'informations destinées aux patients de ses trois médicaments ainsi que le guide d'information relative à l'algodystrophie de la SUVA. Enfin, le recourant a conclu à l'annulation de la décision de l'OAIE du 23 février 2022 et à la reconnaissance d'une incapacité de travail totale illimitée dans le temps (TAF pce 1).

C.b Par décision incidente du 13 avril 2022, 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 4).

C.c Par réponse du 14 juin 2022, l'OAIE a transmis au Tribunal la prise de position du 1er juin 2022 de l'OAI-B._____ et l'avis médical du SMR du 24 mai 2022 et a conclu au rejet du recours et à la confirmation de la décision attaquée (TAF pce 7). Le dossier complet de la cause a été transmis au Tribunal le 1er juin 2022 (TAF pce 6).

C.d Par réplique du 16 août 2022 (timbre postal), le recourant a intégralement persisté dans les conclusions prises dans son recours du 31 mars 2022 (TAF pce 9).

C.e Constatant l'absence de détermination complémentaire de l'autorité inférieure dans le délai imparti, le Tribunal a signalé aux parties la clôture de l'échange d'écritures, sous réserve d'autres mesures d'instruction, par ordonnance du 25 octobre 2022 (TAF pce 12).

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]). 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 [RS 830.01] 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.

1.2 La procédure devant le Tribunal administratif fédéral est en principe régie par la PA (art. 37 LTAF), sous réserve des dispositions particulières de la LPGA (art. 3 let. d^{bis} PA). Selon les principes généraux du droit intertemporel, les règles de procédure précitées s'appliquent dans leur version en vigueur ce jour (ATF 130 V 1 consid. 3.2).

1.3 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 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.

2.
L'objet du litige porte sur la question de savoir si la décision querellée du 23 février 2022 se révèle bien fondée.

3.
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 ; MOOR/POLTIER, Droit administratif, vol. II, 3e éd. 2011, ch. 2.2.6.3). Ce faisant, il ne tient pour existants que les faits qui sont prouvés, cas échéant au degré de la vraisemblance prépondérante (ATF 139 V 176 consid. 5.2 ; 138 V 218 consid. 6). Par ailleurs, il applique le droit d'office, sans être lié par les motifs invoqués par les parties (art. 62 al. 4 PA ; ATAF 2013/46 consid. 3.2), ni par l'argumentation juridique développée dans la décision entreprise (MOOR/POLTIER, op. cit., ch. 2.2.6.5 ; BENOÎT BOVAY, Procédure administrative, 2e 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 ; MOSER/BEUSCH/KNEUBÜHLER/KAYSER, Prozessieren vor dem Bundesverwaltungsgericht, 3e 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 Tribunal administratif fédéral C−6134/2017 du 3 avril 2018 consid. 5.4) et de motiver leur recours (art. 52 PA).

4.

4.1 S'agissant du droit matériel applicable, la cause présente un aspect transfrontalier, dans la mesure où le recourant, de nationalité française, ayant travaillé en Suisse et étant domicilié en France, conteste l'octroi temporaire d'une rente entière d'invalidité suisse. Est dès lors applicable à la présente cause, l'accord du 21 juin 1999 sur la libre circulation des personnes (ALCP, RS 0.142.112.681), dont l'annexe II règle la coordination des systèmes de sécurité sociale (art. 8 ALCP). Dans ce contexte, l'ALCP fait référence depuis le 1er avril 2012 au règlement (CE) n° 883/2004 du Parlement européen et du Conseil du 29 avril 2004 portant sur la coordination des systèmes de sécurité sociale (RS 0.831.109.268.1), ainsi qu'au règlement (CE) n° 987/2009 du Parlement européen et du Conseil du 16 septembre 2009 fixant les modalités d'application du règlement (CE) n° 883/2004 (RS 0.831.109.268.11 ; art. 1 al. 1 de l'annexe II en relation avec la section A de l'annexe II). A compter du 1er janvier 2015, sont également applicables dans les relations entre la Suisse et les Etats

membres de l'Union européenne (UE) les modifications apportées notamment au règlement n° 883/2004 par les règlements (UE) n° 1244/2010 (RO 2015 343), n° 465/2012 (RO 2015 345) et n° 1224/2012 (RO 2015 353). Toutefois, même après l'entrée en vigueur de l'ALCP et des règlements de coordination, le droit à une rente d'invalidité suisse se détermine exclusivement d'après le droit suisse (art. 46 al. 3 du règlement n° 883/2004, en relation avec l'annexe VII dudit règlement ; ATF 130 V 253 consid. 2.4 ; arrêt du TF 9C_573/2012 du 16 janvier 2013 consid. 4).

4.2

4.2.1 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 144 V 210 consid. 4.3.1 ; ATF 143 V 446 consid. 3.3 ; 136 V 24 consid. 4.3 ; 132 V 215 consid. 3.1.1). En l'occurrence, le droit à la rente ayant pris naissance le 1er novembre 2020 et le taux d'invalidité ayant été de 100% à ce moment-là, le droit en vigueur en 2020 s'applique à la rente d'invalidité entière octroyée au recourant dès le 1er novembre 2020 (pour le moment du calcul du taux d'invalidité voir ATF 128 V 174 et 129 V 222), étant précisé qu'aucune disposition de droit transitoire en lien avec les modifications de la LAI et de la LPGA adoptée le 19 juin 2020 (RO 2021 705 ; FF 2017 2363) ainsi que celles du 3 novembre 2021 apportées au règlement du 17 janvier 1961 sur l'assurance-invalidité (RAI, RS 831.201 ; RO 2021 706) – entrées en vigueur le 1er janvier 2022 et modifiant notamment le système de quotité de la rente d'invalidité fixé en pourcentage d'une rente entière qui se nomme depuis cette date « système de rentes linéaires » – ne prévoit un autre régime pour le présent cas de figure.

4.2.2 Pour le surplus, le Tribunal relève que la révision législative précitée spécifie qu'un éventuel passage au nouveau système de rentes linéaires s'effectue, selon l'âge du bénéficiaire de rente, conformément aux let. b et c des dispositions transitoires de la LAI relatives à la modification du 19 juin 2020. Ainsi pour la tranche d'âge du recourant (50 ans à l'entrée en vigueur de la révision légale précitée), soit entre 30 et 54 ans à l'entrée en vigueur de la modification en question, la let. b al. 1 de ces dispositions transitoires prévoit que la quotité de la rente ne change pas tant que le taux d'invalidité ne subit pas de modification au sens de l'art. 17 al. 1 LPGA. En cela, le droit transitoire ne fait que confirmer que les règles de droit intertemporelles générales s'appliquent à cette tranche d'âge.

4.2.3 Le juge des assurances sociales apprécie en outre la légalité des décisions généralement 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).

4.2.4 Dans le cas d'espèce, la décision litigieuse ayant été rendue le 23 février 2022, 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.

5.
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 ordinaire d'invalidité (al. 1). Les cotisations versées à une assurance sociale assimilée d'un Etat membre de l'Union européenne (UE) ou de l'Association européenne de libre-échange (AELE) peuvent également être prises en considération, à condition qu'une année au moins de cotisations puisse être comptabilisée en Suisse (FF 2005 p. 4065 ; art. 6 et 45 du règlement n° 883/2004). En l'occurrence, le recourant a versé des cotisations à l'AVS/AI suisse pendant plus de trois ans (cf. supra consid. A ; OAI-B._____ pces 17 et 66 p. 4-5). Il remplit donc la condition de durée minimale de cotisations. Il reste à examiner si l'assuré est invalide au sens de la loi.

6.

6.1 L'invalidité au sens de la LPGA et de la LAI est l'incapacité de gain totale ou partielle qui est présumée permanente ou de longue durée (art. 8 al. 1 LPGA). Elle peut résulter d'une infirmité congénitale, d'une maladie ou d'un accident (art. 4 al. 1 LAI) et est réputée survenue dès qu'elle est, par sa nature et sa gravité, propre à ouvrir droit aux prestations entrant en considération (art. 4 al. 2 LAI). Selon l'art. 7 al. 1 LPGA, est réputée incapacité de gain toute diminution de l'ensemble ou d'une partie des possibilités de gain de l'assuré sur un marché du travail équilibré dans son domaine d'activité, si cette diminution résulte d'une atteinte à sa santé physique, mentale ou psychique et qu'elle persiste après les traitements et les mesures de réadaptation exigibles. Par incapacité de travail, on entend toute perte, totale ou partielle, résultant d'une atteinte à la santé physique, mentale ou psychique, de l'aptitude de l'assuré à accomplir dans sa profession ou son domaine d'activité le travail qui peut raisonnablement être exigé de lui (art. 6 première phrase LPGA). L'assurance-invalidité suisse couvre ainsi seulement les pertes économiques liées à une atteinte à la santé physique ou psychique, et non la maladie en tant que telle (ATF

116 V 246 consid. 1b). En d'autres termes, l'objet assuré n'est pas l'atteinte à la santé, mais l'incapacité de gain probablement permanente ou de longue durée qui en résulte et qui n'est pas objectivement surmontable (art. 7 al. 2 LPGA). En cas d'incapacité de travail de longue durée, l'activité qui peut être exigée de l'assuré peut aussi relever d'une autre profession ou d'un autre domaine d'activité (art. 6 deuxième 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 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 Le taux d'invalidité d'une personne exerçant une activité lucrative est fixé d'après la comparaison des revenus prévue par l'art. 16 LPGA auquel renvoie l'art. 28*a* al. 2 LAI, c'est-à-dire essentiellement selon des considérations économiques. Ainsi le revenu hypothétique que l'assuré aurait pu obtenir s'il n'était pas invalide est comparé avec celui hypothétique qu'il pourrait obtenir en exerçant l'activité qui peut raisonnablement être exigé de lui après les traitements et les mesures de réadaptation, sur un marché du travail équilibré.

6.4 L'art. 28*a* al. 3 LAI décrit la méthode mixte d'évaluation de l'invalidité qui s'applique notamment lorsque la personne assurée exerce à la fois une activité lucrative à temps partiel et accomplit des travaux habituels. Le taux d'invalidité est calculé dans les deux domaines d'activité selon les art. 16 LPGA et 28*a* al. 2 LAI et l'invalidité globale est déterminée selon les parts respectives de l'activité lucrative et de l'accomplissement des travaux habituels, pondérée en fonction du temps alors attribué à chacune des activités précitées (méthode mixte d'évaluation de l'invalidité ; ATF 137 V 334 ; 141 V 15 consid. 3.2).

6.5 Lorsqu'une décision accorde avec effet rétroactif une rente d'invalidité échelonnée ou limitée, les dispositions sur la révision d'une rente d'invalidité sont applicables par analogie (art. 17 LPGA et art. 88*a* RAI ; ATF 133 V 263 consid. 6.1 ; arrêt du TF 8C_71/2017 du 20 avril 2017 consid. 3 ; 9C_226/2011 du 15 juillet 2011 consid. 4.3.1 non publié dans l'ATF 137 V 369 ; MARGIT MOSER-SZELESS, Loi sur la partie générale des assurances sociales, Commentaire romand, 2018, art. 17 n°9 p. 249 s.). Elle doit donc se fonder sur une modification notable du taux d'invalidité.

La date de la modification du droit doit être fixée conformément à l'art. 88*a* RAI (par analogie : ATF 125 V 413 consid. 2d ; arrêt du TF I 21/05 du 12 octobre 2005 consid. 3.3 ; voir aussi MICHEL VALTERIO, Commentaire, Loi fédérale sur l'assurance-invalidité [LAI], 2018, art. 31 n°32) dont l'al. 1 prévoit que s'il y a amélioration de la capacité de gain ou de la capacité d'accomplir les travaux habituels, ce changement n'est déterminant pour la suppression de tout ou partie du droit aux prestations qu'à partir du moment où on peut s'attendre à ce que l'amélioration constatée se maintienne durant une assez longue période. Il en va de même lorsqu'un tel changement déterminant a duré trois mois déjà, sans interruption notable et sans qu'une complication prochaine soit à craindre.

6.6

6.6.1 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 Classification internationale des maladies (ci-après : la CIM) ou le Manuel diagnostique et statistique des troubles mentaux (ci-après ; 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 Tribunal fédéral 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).

6.6.2 Le 30 novembre 2017, dans deux arrêts de principe, le Tribunal fédéral a estimé qu'en règle générale, toutes les affections psychiques (ATF 143 V 418 consid. 7.1 ss) – aussi les troubles dépressifs de degré léger ou moyen (ATF 143 V 409 consid. 4.5.1 ss) – doivent faire l'objet d'une procédure probatoire structurée au sens de l'ATF 141 V 281 (arrêt du Tribunal fédéral 8C_841/2016 du 30 novembre 2017) afin de pouvoir évaluer le droit à une rente d'invalidité de la personne concernée, soit sa capacité résiduelle de travail. Cette procédure tient compte des facteurs d'incapacité d'une part et des ressources de la personne assurée d'autre part et les limitations constatées doivent être examinées à l'aune des indicateurs se rapportant à la cohérence (ATF 141 V 281 consid. 4.1.3).

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).

Le Tribunal fédéral 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 Tribunal fédéral 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 Tribunal fédéral 8C_341/2018 du 13 août 2018).

6.7

6.7.1 Pour pouvoir déterminer la capacité de travail médico-théorique et évaluer l'invalidité de la personne concernée, l'administration, ou le tribunal en cas de recours, a besoin de documents que le médecin ou éventuellement d'autres spécialistes doivent lui fournir (ATF 117 V 282 consid. 4a) et sur lesquels elle s'appuiera, sous peine de violer le principe inquisitoire (arrêt du TF 8C_623/2012 du 6 décembre 2012 consid. 1). Précisément, la tâche des médecins consiste à porter un jugement sur l'état de santé et à indiquer dans quelle mesure et pour quelles activités la personne concernée est incapable de travailler, compte tenu de ses limitations (ATF 143 V 418 consid. 6; 132 V 93 consid. 4 ; 125 V 256 consid. 4 ; 115 V 133 consid. 2 ; 114 V 310 consid. 3c ; 105 V 156 consid. 1 ; voir également ATF 140 V 193 consid. 3.2 et les réf. cit.).

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

6.7.3 Ainsi, avant de conférer pleine valeur probante à un rapport médical, il convient de s'assurer que les points litigieux importants ont fait l'objet d'une étude circonstanciée, que le rapport se fonde sur des examens complets, qu'il prend également en considération les plaintes exprimées par la personne examinée, qu'il a été établi en pleine connaissance de l'anamnèse, que la description du contexte médical et l'appréciation de la situation médicale sont claires et enfin que les conclusions du médecin sont dûment motivées (ATF 134 V 231 consid. 5.1 ; 125 V 351 consid. 3a). La valeur probante d'un rapport médical ou d'une expertise est de plus liée à la condition que le médecin qui se prononce dispose de la formation spécialisée nécessaire et de compétences professionnelles dans le domaine d'investigation (arrêts du TF 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, op. cit., art. 57 n° 33).

6.7.4 S'agissant des documents produits par le service médical d'un assureur étant partie au procès (art. 59 al. 2bis LAI), le Tribunal fédéral n'exclut pas que l'assureur ou le juge des assurances sociales statuent en grande partie, voire exclusivement sur la base de ceux-ci. Dans de telles constellations, il convient toutefois de poser des exigences sévères à l'appréciation des preuves. Une instruction complémentaire sera ainsi requise, s'il subsiste des doutes, même minimes, quant au bien-fondé des rapports et expertises médicaux versés au dossier par l'assureur (ATF 139 V 225 consid. 5.2 ; 135 V 465 consid. 4.6 ; 122 V 157 consid. 1d ; 123 V 175 consid. 3d ; 125 V 351 consid. 3b/ee ; arrêt du TF 9C_10/2017 du 27 mars 2017 consid. 5.1). Le simple fait qu'un avis médical divergeant – même émanant d'un spécialiste – ait été produit ne suffit toutefois pas à lui seul à remettre en cause la valeur probante d'un rapport établi par le service médical de l'assureur (arrêt du TF U 365/06 du 26 janvier 2007 consid. 4.1). Par ailleurs, 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 leur appréciation ; le Tribunal fédéral n'y voit pas de motif de partialité ou de subjectivité (ATF 135 V 465 consid. 4.4).

Les rapports des SMR selon les art. 59 al. 2bis 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. 2bis 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).

6.7.5 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, op. cit., 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).

6.7.6 Dans le domaine des assurances sociales, la décision doit se fonder sur les faits qui, faute d'être établis de manière irréfutable, apparaissent comme les plus vraisemblables, c'est-à-dire qui présentent un degré de vraisemblance prépondérante. Il ne suffit donc pas qu'un fait puisse être considéré seulement comme une hypothèse possible ; la vraisemblance prépondérante suppose que, d'un point de vue objectif, des motifs importants plaident pour l'exactitude d'une allégation, sans que d'autres possibilités ne revêtent une importance significative ou n'entrent raisonnablement en considération (ATF 139 V 176 consid. 5.3).

7.

7.1 En l'espèce, la décision litigieuse se fonde sur l'avis SMR du Dr R._____ du 10 novembre 2021, lequel s'aligne sur l'appréciation médicale finale du 22 octobre 2021 du Dr P._____ ainsi que sur le dossier médical mis à sa disposition (OAI-B._____ pce 54 pp. 17-21 et pce 58).

En premier lieu, il sied de relever que selon le dossier de la SUVA, un examen médical final était prévu le 13 octobre 2021 auprès du Dr P._____, lequel n'a pas eu lieu, car l'intéressé voulait que son épouse assiste à l'examen, mais cette requête a été refusée par le Dr P._____. Il ressort du rapport du 13 octobre 2021 du Dr P._____ que celui-ci a proposé d'organiser un nouvel examen avec une première partie somatique et une seconde partie psychiatrique, dès lors que l'intéressé a déclaré avoir été choqué par les propos du psychiatre de la Clinique K._____, mais cet examen a été catégoriquement refusé par l'intéressé (OAI-B._____ pce 54 p. 25). Il ressort en substance du courrier électronique, du 15 octobre 2021, de l'assuré adressé au gestionnaire de son dossier auprès de la SUVA que l'examen médical du 13 octobre 2021 n'avait pas eu lieu, l'expert ayant refusé de l'examiner lorsqu'il avait exigé d'être accompagné par son épouse pendant l'examen (OAI-B._____ pce 54 p. 22). A la suite de cet événement, la SUVA semble ne pas avoir organisé un nouvel examen médical dès lors que le Dr P._____ a statué sur la base du dossier médical mis à sa disposition afin de rendre le rapport de l'appréciation médicale finale du 22 octobre 2021 (OAI-B._____ pce 54 pp. 17-21). Ainsi, le Tribunal constate que l'amélioration de l'état de santé retenue par le Dr P._____ ne repose pas sur un examen clinique sur la personne du recourant dans la mesure où cet examen n'a pas eu lieu.

S'agissant du rapport médical du 22 octobre 2021, le Dr P._____ a confirmé les diagnostics de fracture sous-capitale de l'humérus proximal droit, à la suite de l'accident du 7 novembre 2019, traitée par enclouage centromédullaire le 8 novembre 2019, et de syndrome épaule-main droite (syndrome douloureux régional complexe de l'épaule et de la main droite de type 1 [diagnostiqué en janvier 2020]). Sur la base du dossier médical à disposition, le Dr P._____ a retenu que l'état de santé pouvait être considéré comme stabilisé et que depuis le dernier examen du 30 décembre 2020, aucune évolution n'est relevée dans les rapports médicaux qui ont suivi. Ainsi, le Dr P._____ a considéré que l'état de santé était stabilisé avec un membre supérieur droit déclaré comme non

fonctionnel, avec la présence d'une part d'autolimitations observées à plusieurs reprises et d'utilisation de sa main dans les gestes de la vie courante. Il a également relevé que l'absence de l'évolution après la mise en place d'une rééducation fonctionnelle n'est pas seulement d'ordre médical mais cela est également lié au fait que l'intéressé présente un certain scepticisme avec la médecine classique et est orienté vers une médecine alternative avec une croyance plutôt bouddhiste, ceci rendant les soins classiques moins performants (OAI-B._____ pce 54 p. 20). Au titre de limitations fonctionnelles, le Dr P._____ a retenu l'absence d'activité avec le membre supérieur droit au-delà du corps, en raison d'une périarthrite scapulo-humérale grave résiduelle, l'exigibilité des activités coude au corps avec manutention et le membre supérieur droit coude au corps ainsi qu'une activité légère à sédentaire, principalement en position assise. Les charges légères à moyennes de l'ordre de 10 kg peuvent être mobilisées le coude en appui et l'activité manuelle est également réalisable de manière fine et régulière. Le Dr P._____ a relevé qu'une activité adaptée aux limitations fonctionnelles retenues peut être réalisée à temps plein sans limitation temporelle ni de rendement. S'agissant de l'activité habituelle de l'intéressé en tant qu'aide-soignant, le Dr P._____ a indiqué que cette activité n'était plus exigible (OAI-B._____ pce 54 pp. 20-21).

Quant à l'avis médical du SMR du 10 novembre 2021, le Dr R._____ explique brièvement la situation médicale de l'intéressé, en se référant en substance aux rapports médicaux du Dr P._____ (ceux des 6 janvier et 22 octobre 2021), de la Clinique K._____ (juillet 2020), de l'Hôpital H._____ (rapport de consultation du 26 mars 2021) et du Dr Q._____ (rapports médicaux des 26 mars et 14 juillet 2021), et relève que le Dr P._____ estime que l'assuré a une capacité de travail entière dans une activité adaptée, tenant compte des limitations fonctionnelles d'épargne du membre supérieur droit, soit de ne pas solliciter ce membre au-dessus de l'horizontal, de ne pas porter de charges de plus de 10 kg ainsi que d'éviter le port de charges avec le membre supérieur droit éloigné du corps. Il propose de suivre les incapacités de travail répertoriées par la SUVA avec une capacité de travail de 100% dans une activité adaptée dès le 22 octobre 2021 (OAI-B._____ pce 58).

Compte tenu de ce qui précède, l'autorité inférieure a octroyé à l'assuré une rente entière limitée dans le temps, soit du 1er novembre 2020 au 31 janvier 2022 en retenant une amélioration de son état de santé et une capacité de travail entière dans une activité adaptée dès le 22 octobre 2021.

7.2 Dans son mémoire de recours (TAF pce 1) et sa réplique (TAF pce 9), le recourant conteste l'amélioration de l'état de santé retenue par l'OAIE et allègue être en incapacité de travail totale dans toute activité confondue en raison des douleurs vives ressenties dans le membre supérieur droit et des effets secondaires, tels que l'insomnie, l'anxiété, la nervosité et la dépression, de son traitement médicamenteux composé d'antalgiques et d'antidépresseurs. A l'appui de son recours, l'intéressé a en substance produit divers documents médicaux établis par ses médecins traitants (cf. consid. C.a). En outre, il précise que ses médecins sont tous d'accord sur un diagnostic d'algodystrophie, trouble provoquant des douleurs très intenses autant le jour que la nuit alors même que le membre est au repos. Par ailleurs, l'intéressé reproche également à l'autorité inférieure de ne pas avoir effectué une enquête ménagère.

S'agissant des rapports médicaux de ses médecins généralistes, en particulier du Dr E._____, il sied de constater que ce médecin généraliste retient les mêmes diagnostics relatifs au membre supérieur droit et indique que l'intéressé est inapte à travailler. Toutefois, le Dr E._____ ne motive pas ses conclusions ni ne se prononce quant aux limitations fonctionnelles de l'intéressé. En raison de l'effet sédatif important du traitement médicamenteux, le Dr E._____ déconseille à l'intéressé de conduire un véhicule (annexes à TAF pce 1). Quant au rapport médical du 23 mars 2022 du Dr T._____, ce dernier constate, radiographie de contrôle à l'appui, une réduction parfaite et un clou parfaitement en place, des doigts souples, avec un petit déficit de flexion complète, le coude étant fléchi à 90° avec très peu de possibilités de flexion-extension et ne constate pas de trouble neurologique objectif. En raison des douleurs à la mobilisation, le Dr T._____ n'a pas examiné l'épaule de l'intéressé et estime que cet état douloureux est dû à une algodystrophie globale du membre supérieur dans les suites de l'accident. Enfin, le Dr T._____ retient qu'à son sens, il restera des séquelles à terme et qu'il faut sans doute commencer à envisager un statut d'invalidité (annexes à TAF pce 1). Toutefois, on constate que le Dr T._____ ne se prononce pas sur la capacité de travail de l'intéressé ni sur les limitations fonctionnelles. Aussi, il relève les mêmes diagnostics connus et n'amène en substance aucune appréciation médicale motivée et différente. Il sied en outre de constater que les médecins traitants du recourant ne se prononcent pas sur les conclusions médicales retenues par les médecins de la SUVA et du SMR.

7.3 Dans sa réponse du 14 juin 2022 (TAF pce 7), l'autorité inférieure a produit un préavis de l'OAI-B._____ du 1er juin 2022 et un avis médical

du SMR du 24 mai 2022, établi par la Dre U._____ (ci-après : Dre U._____), médecin de spécialisation inconnue. La Dre U._____ retient que les rapports médicaux produits lors du recours n'apportent aucun élément médical objectif dans la mesure où les diagnostics retenus par les médecins traitants de l'intéressé sont connus et ont déjà été retenus. S'agissant des effets secondaires des médicaments Izalgi, Cymbalta et Lyrica, la Dre U._____ indique que ces traitements sont habituels pour la situation médicale de l'assuré et qu'il n'y a pas de baisse de rendement à retenir dans une activité adaptée simple et sans utilisation de machines à moteur. Quant au médicament Lyrica, la Dre U._____ relève également que ce traitement est utilisé fréquemment pour les douleurs et n'empêche pas une activité professionnelle. Quant à l'aptitude de l'intéressé à conduire un véhicule, la Dre U._____ indique ne pas se prononcer à ce sujet. Enfin, la Dre U._____ relève que les rapports médicaux produits par le recourant n'amènent pas de nouveau éléments objectifs permettant de remettre en question la dernière appréciation du cas faite par le SMR. Dans sa prise de position, l'OAI-B._____ relève en substance que l'instruction du dossier permet de statuer en pleine connaissance de cause sur l'état de santé et la capacité de travail du recourant, de sorte que la mise en œuvre de mesures d'investigation complémentaires s'avère inutile et qu'il a considéré sur la base des éléments au dossier et compte tenu d'une exigibilité de 100% dans une activité adaptée que la mise en œuvre d'une enquête ménagère n'était pas indiquée.

7.4 Sur le plan somatique, le Tribunal constate que les rapports médicaux produits (par exemple ceux des Drs E._____, T._____, Q._____, J._____, I._____, G._____, P._____, R._____ ou de la Clinique K._____ [cf. consid. B.b et C.a]) indiquent tous en substance le même tableau clinique : une fracture sous-capitale de l'humérus proximal droit, traitée par enclouage centromédullaire de l'humérus droit, et un syndrome douloureux régional complexe de l'épaule et de la main droite de type 1 ; l'assuré se plaint de douleurs vives dans le membre supérieur droit lors de la mobilisation, raison pour laquelle aucun des médecins consultés n'a vraiment examiné l'épaule droite de l'intéressé. Il ressort en outre de ces rapports médicaux que les plaintes et les limitations fonctionnelles s'expliquent en partie par les lésions objectives mais qu'il existe une part d'autolimitation et des facteurs contextuels influençant négativement les aptitudes fonctionnelles de l'intéressé, par exemple une focalisation sur la douleur, la cotation élevée de la douleur, la kinésiophobie sévère, le refus de changer et suivre certains traitements proposés, par exemple le traitement de biphosphonates pour le syndrome épaule-main

et certaines thérapies (OAI-B._____ pce 31 pp. 5-17 ; pce 47 pp. 7-8). Selon le Dr L._____, un avis psychiatrique est prépondérant en raison de la part d'autolimitation du recourant (OAI-B._____ pce 31 pp. 5-6). En outre, selon son dernier rapport médical, le Dr Q._____ avait également relevé que le pronostic était réservé au vu de la chronicité et du scepticisme de l'intéressé avec la médecine classique, étant orienté vers la médecine alternative et une croyance plutôt bouddhiste (OAI-B._____ pce 45 pp. 5-6). Enfin, l'intéressé a commencé à faire de la rééducation, de la physiothérapie détente et de la fasciathérapie pendant l'année 2021 (OAI-B._____ pce 47 pp. 7-8).

7.5 Compte tenu de ce qui précède, le Tribunal retient au degré de la vraisemblance prépondérante – en raison de la cohérence du dossier médical – que l'intéressé, droitier, a été en incapacité de travail totale, tant sur le plan professionnel que sur le plan ménager, depuis son accident de la circulation du 7 novembre 2019 et qu'il a présenté un état non stabilisé et douloureux à la suite de l'opération de son épaule droite jusqu'au mois d'octobre 2021 (cf. not. OAI-B._____ pce 16 pp. 35-38 ; pce 31 pp. 5-17 ; pce 42 pp. 3-9 ; pce 45 pp. 5-6 ; pce 47 pp. 7-8 ; pce 54 pp. 17-21). Il sied aussi de constater que pendant cette période, soit de novembre 2019 à octobre 2021, aucun examen médical de l'épaule droite n'a été effectué de manière circonstanciée et qu'aucune pièce du dossier médical n'a valeur probante. Cependant, une expertise effectuée aujourd'hui et portant sur l'état de santé du recourant entre 2019 et 2021 n'est à l'évidence qu'en mesure de confirmer celui-ci au vu des lacunes au dossier médical qu'il n'est pas possible de combler dès lors qu'il n'y a notamment pas eu d'examen médical sur la personne du recourant. Ainsi, une instruction complémentaire impliquant notamment la période antérieure à octobre 2021 – par appréciation anticipée des preuves – n'apporterait clairement rien de nouveau par rapport aux conclusions des divers médecins spécialistes intervenus qui par ailleurs sont cohérentes (sur l'appréciation anticipée des preuves : ATF 131 I 153 consid. 3 ; 130 II 425 consid. 2, précisant que l'autorité peut mettre un terme à l'instruction lorsque les preuves administrées lui ont permis de former sa conviction et que, procédant d'une manière non arbitraire à une appréciation anticipée des preuves qui lui sont encore proposées, elle a la certitude que ces dernières ne pourraient l'amener à modifier son opinion). Enfin, le Tribunal relève également que cette période n'est pas contestée par les parties.

7.6 Ainsi, il sied de déterminer si la capacité de gain ou celle d'accomplir les travaux habituels de l'intéressé s'est améliorée comme le retient l'autorité inférieure. Devant le tableau clinique décrit ci-dessus, le

Dr R._____ n'explique pas en quoi l'état de santé de l'assuré s'est amélioré et se limite à suivre l'avis médical du Dr P._____ sans autre explication. Selon le rapport de l'appréciation médicale finale du 22 octobre 2021 du Dr P._____, celui-ci retient que depuis son dernier examen du 30 décembre 2020 et après la mise en place d'une rééducation fonctionnelle, l'état de santé de l'intéressé n'a pas évolué, pour des raisons qui ne sont pas seulement d'ordre médical mais également d'ordre philosophique, et que, de ce fait, il retient que l'état de santé de l'assuré *peut être considéré comme stabilisé* (OAI-B._____ pce 54 p. 20). Toutefois, il sied de constater que le recourant n'a pas vraiment bénéficié de la rééducation durant l'année 2020 (cf. par exemple les rapports médicaux de la Clinique K._____ [OAI-B._____ pce 31 p. 5 ss], le rapport d'examen du 6 janvier 2021 du Dr P._____ [OAI-B._____ pce 42 p. 5], le rapport médical du 26 mars 2021 du Dr Q._____ [OAI-B._____ pce 45 p. 5]) et que la rééducation et la fasciathérapie ont été mises en place en mars et en juillet 2021 (OAI-B._____ pce 45 p. 6 et 47 p. 7-8). En effet, selon le rapport médical du 28 avril 2021 du Dr Q._____, l'intéressé était à sa deuxième séance de rééducation, n'avait pas voulu faire de l'acuponcture, ni de l'imagerie motrice, allait faire de la fasciathérapie en juin (commencée le 7 juillet 2021 [OAI-B._____ pce 47 p. 7]), dès lors qu'il partait en vacances pendant le mois de mai au Tibet, et que la balnéothérapie n'était toujours pas possible en raison de la pandémie. En outre, le Dr Q._____ avait prescrit à l'intéressé, à sa demande, de la physiothérapie détente (OAI-B._____ pce 47 p. 8). Le dossier ne contient pas d'autres rapports médicaux faisant état de l'état de santé de l'intéressé à la suite de la mise en place de ces thérapies, après le mois de juillet 2021. Par conséquent, l'affirmation du Dr P._____ selon laquelle il n'y a pas d'évolution de l'état de santé après la mise en place d'une rééducation fonctionnelle ne concorde pas avec le dossier médical de la cause. En effet, le dossier ne contient pas de rapport médical établi après la mise en place effective des thérapies. En outre, le Dr P._____ ne se prononce pas sur la capacité du recourant à effectuer les tâches bimanuelles alors qu'il a déclaré le membre supérieur droit non fonctionnel, étant précisé que l'assuré est droitier. Ainsi, il existe des doutes quant à l'évolution de l'état de santé de l'assuré.

7.7 Compte tenu de ce qui précède, il sied de constater que l'amélioration de l'état de santé retenue par l'autorité inférieure ne repose sur aucune explication médicale motivée. Aucune comparaison de l'état de santé n'est effectuée par le SMR de l'OAI-B._____. Ainsi, on ne comprend pas sur la base de quels éléments médicaux l'OAIE retient une amélioration notable de l'état de santé du recourant à partir du 22 octobre 2021. Partant,

en présence de doutes (même faibles ; cf. arrêt du TF 9C_404/2018 du 22 août 2018 consid. 3.2.1 in fine) quant au bien-fondé du rapport médical du SMR, une instruction complémentaire doit être mise en place.

7.8 Sur le plan psychiatrique, l'intéressé allègue souffrir de dépression et d'anxiété en raison de son traitement médicamenteux et des douleurs relatives à son épaule droite. Selon les rapports médicaux du Dr E._____ des 9 juillet et 6 novembre 2020, l'intéressé souffrait d'un syndrome anxiodépressif réactionnel (OAI-B._____ pce 34 p. 9 et pce 42 p. 24). Depuis une date inconnue, probablement depuis la fin de l'année 2020 ou le début de l'année 2021, l'intéressé prend un traitement d'antidépresseurs, soit Cymbalta utilisé dans des états dépressif et anxieux, dont le Dr Q._____ conseillait un sevrage en mars 2021 (OAI-B._____ pce 45 p. 6). Cependant, le dossier médical de la cause ne contient aucun rapport médical émanant d'un psychiatre ayant posé un diagnostic psychiatrique et aucun élément au dossier ne laisse supposer que l'intéressé est suivi sur le plan psychiatrique.

Lors de son séjour à la Clinique K._____, l'intéressé a été évalué par un psychiatre. Le rapport médical du 12 août 2020 de la Clinique K._____ contient des informations quant à cet entretien, étant précisé qu'aucun rapport médical établi par un psychiatre ne figure parmi les rapports médicaux de la Clinique K._____ (OAI-B._____ pce 31 p. 11). Il est rapporté que le psychiatre n'a pas été en mesure de faire une anamnèse ou simplement de comprendre les éventuelles plaintes de l'intéressé dès lors que l'entretien a consisté en un monologue avec de nombreux propos tenant une tonalité délirante, délire avec des mécanismes intuitifs et interprétatifs à thématique mystique et de grandeur. En outre, le psychiatre, considérant cette problématique ancienne et ne faisant pas souffrir l'intéressé, a proposé de ne pas y toucher, d'éviter les interventions qui pourraient l'accentuer, exemple l'hypnose, et de se focaliser sur les thérapies physiques du membre supérieur droit. Enfin, selon toute vraisemblance, l'intéressé a débuté le traitement composé de Cymbalta postérieurement à cet entretien psychiatrique.

7.9 Compte tenu de ce qui précède, il sied de constater que l'état psychiatrique du recourant n'a pas fait l'objet d'une appréciation médicale circonstanciée par un spécialiste en psychiatrie alors que ce dernier suit un traitement médicamenteux composé d'antidépresseurs depuis la fin de l'année 2020 probablement et que l'entretien psychiatrique réalisé à la Clinique K._____ fait état d'une tonalité délirante (OAI-B._____ pce 31 p. 11). Ainsi, il y a lieu de retenir, sous l'angle de l'appréciation de

l'ensemble de l'état de santé, que l'autorité inférieure a violé son devoir d'instruire entièrement le dossier (cf. art. 43 LPGA) avant de rendre la décision du 23 février 2022 puisque le recourant prenait un traitement antidépresseur et que le doute subsiste que des complications médicales liées à l'atteinte à l'épaule droite de l'intéressé aient pu avoir des répercussions sur sa santé psychique et par la force des choses sur sa capacité de travail, voire qu'il existe une maladie psychique indépendante. Il se justifie en conséquence d'annuler la décision attaquée dans la mesure où elle met un terme à l'octroi de la rente au 31 janvier 2022 et de renvoyer l'affaire à l'autorité inférieure pour un complément d'instruction d'ordre psychiatrique en particulier.

8.

Il ressort des pièces au dossier que l'intéressé a subi une atteinte à la santé déterminante pour l'assurance-invalidité le 7 novembre 2019 et a déposé une demande de prestations AI le 5 mai 2020, datée du 27 avril 2020 (OAI-B._____ pce 11), de sorte qu'un droit théorique à une rente s'est ouvert le 1er novembre 2020 (art. 28 al. 1 let. b et 29 al. 1 et 3 LAI).

Pour la période du 1er novembre 2020 au 31 janvier 2022, vu l'incapacité de travail de 100% dans toute activité retenue jusqu'au 22 octobre 2021 et l'art. 88*a* al. 1 RAI (délai de trois mois applicable en cas de modification de la capacité de gain), indépendamment de l'existence ou non d'atteintes d'ordre psychiatrique jusqu'à cette date, le recourant a droit à une rente entière d'invalidité. Un calcul de l'invalidité n'a pas lieu d'être, le degré d'invalidité étant nécessairement de 100% (soit 100% de 75% pour l'activité professionnelle et 100% de 25% pour les tâches ménagères). Pour la période subséquente, le Tribunal de céans relève que l'on ne peut pas apprécier au vu de la documentation médicale au dossier une évolution claire de l'incidence des douleurs au niveau du membre supérieur droit sur la capacité de travail de l'intéressé à compter du 23 octobre 2021 sans un rapport d'expertise émanant d'un chirurgien orthopédique et d'un psychiatre. A compter du 1er février 2022, un droit à une rente entière ou partielle, voire pas de rente du tout, devra nouvellement être établi à la suite d'un complément d'investigations sur les plans somatique et psychiatrique à compter du 23 octobre 2021 suivi d'un nouveau calcul de l'invalidité compte tenu de la capacité de travail résiduelle retenue à compter de cette dernière date. Enfin, dans la mesure où l'intéressé a un statut mixte, soit 75% active et 25% ménagère, l'autorité inférieure mettra en place, si nécessaire, une enquête ménagère, et dans le cas où elle estimera qu'une telle enquête n'est pas nécessaire, elle motivera sa position de manière convaincante.

9.

9.1 Compte tenu de ce qui précède, le recours est admis dans le sens de la confirmation de la rente allouée par l'autorité inférieure et du renvoi du dossier à cette autorité pour qu'elle examine à nouveau sur les plans médical et économique le droit à la rente du recourant au-delà du 31 janvier 2022 (soit 3 mois après le mois d'octobre 2021 compte tenu du fait que l'incapacité de gain est prouvée pour la période allant de novembre 2019 à octobre 2021 ; cf. supra consid. 8, 2ème paragraphe). Le dossier est ainsi renvoyé à l'autorité inférieure pour complément d'instruction afin que soient clarifiés l'état de santé de l'intéressé, sa capacité de travail ainsi que son taux d'invalidité à partir du 23 octobre 2021.

9.2 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 TF 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 TF 8C_633/2014 du 11 décembre 2014 consid. 3.2 et 3.3 ; arrêt du Tribunal administratif fédéral C-3038/2016 du 2 avril 2019 consid. 12 et les références). En l'espèce, il ressort du dossier que l'appréciation médicale de l'ensemble des atteintes à la santé du recourant n'a pas été instruite comme il se doit et mérite des éclaircissements. Partant, il se justifie, en application de l'art. 61 al. 1 PA, de renvoyer la cause à l'autorité inférieure afin qu'elle procède aux mesures d'instruction nécessaires, puis rende une nouvelle décision.

9.3 L'instruction à venir ne se résumera pas à une simple interpellation des médecins traitants quant aux atteintes du recourant, mais concernera l'état de santé de l'intéressé dans son ensemble sur le plan somatique et psychiatrique. L'autorité inférieure requerra le dossier médical complet de l'assuré auprès de ses médecins traitants, de la SUVA et de l'Hôpital H._____, et, ensuite, mettra en œuvre une expertise médicale en Suisse, en particulier dans les domaines de la chirurgie orthopédique, de la psychiatrie et de médecine interne, ainsi que dans toute autre discipline jugée nécessaire par les experts (art. 44 LPGA ; ATF 139 V 349 consid.

3.3). La question de savoir comment les différentes incapacités de travail (activité habituelle, activité adaptée, tâches ménagères) et comment les différentes limitations fonctionnelles s'articulent fera l'objet d'une discussion consensuelle entre les experts (ATF 143 V 124 consid. 2.2.4 ; arrêt du TF 8C_483/2020 du 26 octobre 2020 consid. 4.1).

10.

10.1 Vu l'issue du litige, le recourant ne doit pas participer aux frais de procédure (cf. art. 63 al. 1 PA). En effet, selon la jurisprudence fédérale, une partie est considérée comme ayant obtenu gain de cause lorsque l'affaire est renvoyée, comme en l'espèce, à l'autorité inférieure pour instructions complémentaires et nouvelle décision (ATF 132 V 215 consid. 6). Par conséquent, l'avance sur les frais de procédure présumés de 800 francs versée par l'assuré en date du 22 avril 2022 (TAF pce 4) lui sera remboursée dès l'entrée en force du présent arrêt, sur le compte qu'il aura désigné au Tribunal administratif fédéral. Aucun frais de procédure n'est mis à la charge des autorités inférieures, ni des autorités fédérales recourantes et déboutées (art. 63 al. 2 première phrase PA).

10.2 Conformément aux art. 64 al. 1 PA et 7 al. 1 du règlement du 21 février 2008 concernant les frais, dépens et indemnités fixés par le Tribunal administratif fédéral (FITAF, RS 173.320.2), le Tribunal peut allouer à la partie ayant obtenu gain de cause une indemnité pour les frais indispensables et relativement élevés qui lui ont été occasionnés (cf. art. 64 al. 1 et 2 PA, en relation avec l'art. 7 al. 1 et al. 4 FITAF). 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, le Tribunal lui alloue à charge de l'autorité inférieure, une indemnité de dépens qu'il est équitable de fixer à 2'800 francs.

Par ces motifs, le Tribunal administratif fédéral prononce :

1.
Le recours est admis.

2.
La décision attaquée du 23 février 2022 est confirmée dans la mesure où elle reconnaît au recourant le droit à une rente entière d'invalidité du 1er novembre 2020 au 31 janvier 2022.

3.
La cause est renvoyée à l'autorité inférieure pour complément d'instruction au sens des considérants et nouvelle décision concernant le droit à la rente au-delà du 31 janvier 2022.

4.
Il n'est pas perçu de frais de procédure. L'avance sur les frais de procédure de 800 francs sera remboursée au recourant avec l'entrée en force du présent arrêt.

5.
Il est alloué au recourant une indemnité de dépens de 2'800 francs à charge de l'autorité inférieure.

6.
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 :

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 :