



Cour III
C-2391/2025

Arrêt du 16 avril 2026

Composition

Caroline Bissegger (présidente du collège),
Philipp Egli, Caroline Gehring, juges,
Müjde Atak, greffière.

Parties

A. _____, (Portugal),
recourant,

contre

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

Objet

Assurance-invalidité, refus de rente
(décision du 11 mars 2025).

Faits :**A.**

A.a A. _____ (ci-après : le recourant, l'assuré ou l'intéressé), de nationalité portugaise et domicilié au Portugal, est né le (...) 1973 et est au bénéfice d'un CFC de vendeur (OAIE pces 18 pp. 33-34, 67 et 68). Il a travaillé en Suisse entre 1991 et 2004 ainsi qu'entre 2012 et 2016, en dernier lieu, soit du 7 avril 2015 au 29 janvier 2016, en qualité de couvreur, à 100 %, auprès de l'entreprise B. _____ SA, à (...), et a cotisé aux assurances sociales suisses, en particulier à l'AVS/AI, durant ces périodes (annexes à TAF pce 6 ; OAIE pce 25 [questionnaire pour l'employeur du 1^{er} mars 2017]).

A.b Le 28 janvier 2016, lors de l'exercice de son activité professionnelle, l'intéressé, qui marchait sur un toit en portant des tuiles, est tombé en se réceptionnant sur les fesses, puis sur le côté droit et a glissé sur le côté gauche sur une distance de dix mètres (OAIE pce 42 p. 28). La Caisse nationale suisse d'assurance en cas d'accidents (ci-après : la SUVA) a pris en charge les suites de cet accident. En date du 5 octobre 2016, l'assuré a déposé une demande de prestations de l'assurance-invalidité auprès de l'Office de l'assurance-invalidité pour le canton C. _____ (ci-après : OAI-C. _____), en indiquant être en incapacité de travail depuis le 28 janvier 2016 en raison de douleurs à l'épaule gauche entraînant des limitations fonctionnelles (OAIE pce 5).

A.c Par décision du 5 décembre 2019, l'Office de l'assurance-invalidité pour les assurés résidant à l'étranger (ci-après : OAIE ou autorité inférieure), à qui le dossier avait été transmis en cours de procédure par l'OAI-C. _____ en raison du départ de l'intéressé pour le Portugal au plus tard le 3 juin 2019 (OAIE pces 65, 67 et 68), a rejeté la demande de prestations de l'assuré (OAIE pce 102). Par arrêt C-332/2020 du 7 novembre 2022, le Tribunal administratif fédéral (ci-après : Tribunal), auprès duquel l'intéressé a recouru, a admis le recours et annulé la décision du 5 décembre 2019 de l'OAIE. L'affaire a été renvoyée à l'autorité inférieure pour instruction complémentaire (ie mise en œuvre d'une expertise médicale pluridisciplinaire en Suisse dans les domaines de la médecine interne, de l'orthopédie, de la neurologie et de la psychiatrie) et nouvelle décision (ch. 1 du dispositif de l'arrêt).

B.

B.a Faisant suite à l'arrêt du Tribunal administratif fédéral C-332/2020 du 7 novembre 2022, l'OAIE s'est adressé à la SUVA et à l'assuré afin d'obtenir tous les documents médicaux relatifs aux luxations de l'épaule subies avant l'accident du 28 janvier 2016 (OAIE pces 117 et 118). En parallèle, l'OAIE a soumis le dossier médical de l'assuré au service médical régional (ci-après : SMR) afin de déterminer s'il y a lieu d'ajouter d'autres disciplines médicales à la future expertise et de poser des questions particulières (OAIE pce 119). Le SMR a confirmé l'expertise pluridisciplinaire dans les domaines de la médecine interne, de la neurologie, de la psychiatrie et de l'orthopédie et requis la mise à jour du dossier médical de l'intéressé (OAIE pce 120). En date du 13 février 2023 (OAIE pce 156), la SUVA a transmis à l'OAIE divers documents médicaux (OAIE pces 121 à 155). Par correspondance du 3 mars 2023 (OAIE pce 161), l'assuré a transmis à l'OAIE les documents médicaux en sa possession (OAIE pces 159 et 160).

B.b Par communication du 19 janvier 2024, l'OAIE a annoncé à l'intéressé la mise en place de l'expertise médicale pluridisciplinaire, le nom du centre mandaté et des experts, tout en l'invitant à formuler d'éventuels motifs de récusation (OAIE pce 176).

B.c L'expertise a eu lieu les 23, 25 et 26 avril 2024 auprès du Centre D._____ (ci-après : D._____) à (...) et ses résultats ont été consignés dans un rapport du 11 juin 2024 des Drs E._____ (ci-après : Dre E._____), médecin interniste FMH, F._____ (ci-après : Dr F._____), spécialiste en chirurgie orthopédique, traumatologie et membre FMH, G._____ (ci-après : Dr G._____), spécialiste FMH en neurologie et H._____ (ci-après : Dre H._____), psychiatre-psychothérapeute FMH (OAIE pce 197). Les experts ont retenu les diagnostics suivants : omalgies persistantes à gauche (ME82), status après arthroscopie de l'épaule gauche en 2000, status après probable luxation gléno-humérale antérieure, lésion de Hill-Sachs, déchirure partielle du tendon du sus-épineux avec fissuration longitudinale (arthro-CT du 13 septembre 2017), status après stabilisation de l'épaule gauche selon Bankart avec Shift le 23 janvier 2018 ; cervicalgies chroniques (ME84.0), discopathie protrusive C5-C6 (CT-scanner du 28 janvier 2016) ; lombalgies chroniques (ME84.2), discopathies pluri-étagées, hernie discale paramédiane droite en L5-S1 (IRM du 10 janvier 2017) ; cal vicieux du radius distal droit, status après fracture de l'extrémité distale du radius, intra-articulaire, passée inaperçue en juillet 2023 ; épilepsie généralisée probablement à début partiel (3

crises ; G40.0) ; troubles mentaux et du comportement liés à la consommation d'alcool (ci-après : OH), syndrome de dépendance (F10.2) ; accentuation de certains traits de la personnalité (Z73.1 ; OAIE pce 197 pp. 4-5). A l'évaluation consensuelle, les experts ont retenu que la capacité de travail de l'assuré est estimée nulle, de manière définitive, dans son activité de couvreur depuis le mois de septembre 2016. Les experts ont indiqué qu'il existait une baisse de rendement de 20% en raison de l'asthénie et que l'intéressé a retrouvé une capacité de travail de 80% dans une activité adaptée en janvier 2017 dans le respect des limitations fonctionnelles suivantes : pas d'activités qui impliquent de travailler penché en avant ou en porte-à-faux, de porter ou soulever des charges de plus de 5 kg ; des mouvements répétés de l'épaule gauche, surtout au-delà de l'horizontal, et du poignet droit ; pas d'activité dangereuse, pas de conduite professionnelle, pas de travail de nuit ou d'horaires irréguliers (OAIE pce 197 pp. 6-7).

B.d L'appréciation médico-juridique du 11 septembre 2024, signée par les Drs I._____ (ci-après : Dre I._____), spécialiste FMH en médecine générale, médecine physique et de réhabilitation, experte médicale certifiée SIM, médecin SMR et médecin-cheffe, J._____ (ci-après : Dr J._____), psychiatre et psychothérapeute, médecin SMR et expert médical certifié SIM, et K._____, juriste, a confirmé les conclusions de l'expertise du centre D._____ (OAIE pce 201).

B.e Par préavis du 2 décembre 2024, l'OAIE a informé l'assuré de son refus de lui allouer une rente d'invalidité en indiquant en substance qu'il existe une atteinte à la santé causant une incapacité de travail, dans toute activité lucrative, de 100%, dès le 28 janvier 2016 et qu'à partir du 1^{er} janvier 2017, il existe une capacité de travail de 80% dans une activité adaptée aux limitations fonctionnelles (pas d'activité qui implique de marcher penché en avant ou en porte-à-faux, de porter ou soulever des charges de plus de 5 kilos, des mouvements répétés de l'épaule gauche, surtout au-delà de l'horizontal, et du poignet droit, pas de travail sur les toits, pas de conduite d'un véhicule sur le plan professionnel, pas de travail de nuit, pas d'horaires irréguliers et pas d'activité demandant de l'endurance ou de la rapidité d'exécution). Quant à la perte de gain, l'OAIE indique que celle-ci s'élève à 100% dès le 28 janvier 2016 et à 27.73% à partir du 1^{er} janvier 2017 et qu'en raison de la modification de déductions forfaitaires dans le calcul du taux d'invalidité, valable à partir du 1^{er} janvier 2024, il existe, dès cette date, un degré d'invalidité de 33.63%, ces taux étant insuffisants pour ouvrir le droit à une rente (OAIE pce 205).

B.f Par correspondance du 13 décembre 2024, l'assuré a informé l'OAIE qu'il n'était pas d'accord avec le préavis du 2 décembre 2024 et requis une copie du rapport d'expertise (OAIE pces 206 et 207). Par correspondance du 8 janvier 2025, l'OAIE a transmis à l'intéressé une copie du rapport d'expertise du 11 juin 2024 (OAIE pce 208).

B.g Par décision du 11 mars 2025, l'OAIE a rejeté la demande de rente de l'intéressé en se fondant sur ses constatations et conclusions figurant au préavis du 2 décembre 2024 (OAIE pce 209).

C.

C.a Par acte du 2 avril 2025 (timbre postal), l'assuré a interjeté recours à l'encontre de la décision du 11 mars 2025 de l'autorité inférieure au motif qu'il ne pouvait plus travailler depuis son accident de travail (TAF pce 1).

C.b Par décision incidente du 22 avril 2025, 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 15 juillet 2025, l'autorité inférieure a conclu au rejet du recours et à la confirmation de la décision attaquée. Dans sa réponse, l'OAIE a relevé en particulier que dans le cadre de la procédure de recours, l'assuré n'a apporté aucun élément nouveau susceptible de mettre en cause son appréciation du dossier (TAF pce 6). En outre, l'autorité inférieure a produit une copie de l'extrait du compte individuel du 25 juin 2025 de l'intéressé.

C.d Constatant l'absence de réaction du recourant pour répliquer, le Tribunal a signalé aux parties la clôture de l'échange d'écriture, sous réserve d'autres mesures d'instruction (TAF pce 10).

C.e Par correspondance du 5 novembre 2025 (timbre postal), l'assuré s'est adressé au Tribunal et a en substance sollicité des explications quant à la procédure (TAF pce 11). Le Tribunal lui a répondu par courrier du 21 novembre 2025 (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.**

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 sur la partie générale du droit des assurances du 6 octobre 2020 [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 pce 4), le recours est recevable.

2.

L'objet du présent litige porte sur la question de savoir si le recourant a droit à une rente d'invalidité suisse, respectivement si la décision querellée du 11 mars 2025 se révèle bien fondée. En particulier, ce litige s'insère dans le cadre d'une procédure ayant déjà fait l'objet d'un arrêt de renvoi du Tribunal administratif fédéral le 7 novembre 2022 (C-332/2020), ce qui implique d'examiner si l'autorité inférieure a complété l'instruction et s'est déterminée de façon conforme à l'arrêt.

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, 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 ; 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, 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 ; ANDRÉ MOSER et al., Prozessieren vor dem

Bundesverwaltungsgericht, 3^e éd. 2022, p. 29 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 L'affaire présente un élément d'extranéité, dans la mesure où le recourant est un ressortissant portugais, domicilié au Portugal, ayant travaillé en Suisse et demandant l'octroi d'une rente AI suisse. Sont dès lors applicable à la présente cause l'accord du 21 juin 1999 sur la libre circulation des personnes (ALCP, RS 0.142.112.681) ainsi que ses annexes et règlements (en particulier : règlement n° 883/2004, RS 0.831.109.268.1, et n° 987/2009, RS 0.831.109.268.11). Néanmoins, l'invalidité ouvrant droit à des prestations de l'assurance-invalidité suisse se détermine exclusivement d'après le droit suisse (art. 46 al. 3 et annexe VII du règlement n° 883/2004, en relation avec l'annexe VII dudit règlement : ATF 130 V 253 consid. 2.4 ; arrêt du TF 9C_465/2022 du 1^{er} mars 2023 consid. 5.5).

4.2 Selon les principes généraux du droit intertemporel, le droit matériel applicable est en principe celui en vigueur lors de la réalisation de l'état de fait qui doit être apprécié juridiquement ou qui a des conséquences juridiques, sous réserve de dispositions particulières du droit transitoire (ATF 146 V 364 consid. 7.1 ; 144 V 210 consid. 4.3.1 ; 136 V 24 consid. 4.3). Le 1^{er} janvier 2022 sont entrées en vigueur, dans le cadre du « Développement continu de l'AI », la modification de la LAI et de la LPGA adoptée le 19 juin 2020 (RO 2021 705 ; FF 2017 2363), ainsi que celle du 3 novembre 2021 apportée au règlement du 17 janvier 1961 sur l'assurance-invalidité (RAI, RS 831.201 ; RO 2021 706). Ces nouvelles dispositions s'appliquent à toutes les rentes qui prennent naissance à partir du 1^{er} janvier 2022, même si la survenance de l'invalidité a été fixée à une date antérieure au 31 décembre 2021 (Circulaire sur l'invalidité et les rentes dans l'assurance-invalidité [CIRAI], valable dès le 1^{er} janvier 2022, état au 1^{er} juillet 2023, ch. 9100 ; Circulaire relative aux dispositions transitoires concernant le système de rentes linéaires [Circ. DT DC AI], valable dès le 1^{er} janvier 2022, état le 1^{er} janvier 2022, ch. 1007 à 1010).

En l'espèce, s'il était accordé, le droit à la rente prendrait naissance au plus tôt le 1^{er} avril 2017 (soit six mois après le dépôt de la demande de prestations AI du 5 octobre 2016 [cf. art. 29 al. 1 LAI]). Dès lors ce sont les

dispositions dans leur version valable jusqu'au 31 décembre 2021 qui s'appliquent à la présente cause.

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 11 mars 2025). 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 TF 9C_34/2017 du 20 avril 2017 consid. 5.2 et les références).

5.

Tout requérant, pour avoir droit à une rente de l'AI suisse, doit compter, lors de la survenance de l'invalidité, trois années de cotisations au moins (art. 36 al. 1 LAI). En l'espèce, le recourant a cotisé plus de trois ans en Suisse (cf. extrait du compte individuel du 25 juin 2025 [annexe à TAF pce 6]), 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 Aux termes de l'art. 8 al. 1 LPGA, est réputée invalidité l'incapacité de gain totale ou partielle qui est présumée permanente ou de longue durée. L'art. 4 al. 1 LAI précise que l'invalidité peut résulter d'une infirmité congénitale, d'une maladie ou d'un accident. L'al. 2 de cette disposition mentionne que l'invalidité est réputée survenue dès qu'elle est, par sa nature et sa gravité, propre à ouvrir droit aux prestations entrant en considération. Selon l'art. 7 al. 1 LPGA, est réputée incapacité de gain toute diminution de l'ensemble ou d'une partie des possibilités de gain de l'assuré sur un marché du travail équilibré dans son domaine d'activité, si cette diminution résulte d'une atteinte à sa santé physique, mentale ou psychique et qu'elle persiste après les traitements et les mesures de réadaptation exigibles. De plus, il n'y a incapacité de gain que si celle-ci n'est pas objectivement surmontable (art. 7 al. 2 LPGA). En cas d'incapacité de travail de longue durée, l'activité qui peut être exigée de l'assuré peut aussi relever d'une autre profession ou d'un autre domaine d'activité (art. 6 LPGA).

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 LPGGA) d'au moins 40% en moyenne durant une année sans interruption notable (let. b) ; et si, au terme de cette année, il est invalide (art. 8 LPGGA) à 40% au moins (let. c).

6.3 Le droit à la rente prend naissance au plus tôt à l'échéance d'une période de six mois à compter de la date à laquelle l'assuré a fait valoir son droit aux prestations conformément à l'art. 29 al. 1 LPGGA, 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 TF 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).

7.2 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).

L'élément déterminant pour reconnaître pleine valeur probante à un rapport médical n'est ni son origine, ni sa désignation, mais son contenu. 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 réf. cit. ; 9C_745/2010 du 30 mars 2011 consid. 3.2 ; 9C_59/2010 du 11 juin 2010 consid. 4.1 ; MICHEL VALTERIO, Commentaire, Loi fédérale sur l'assurance-invalidité [LAI], 2018, art. 57 n° 33).

7.3 Lorsqu'au stade de la procédure administrative, une expertise confiée à un médecin indépendant est établie par un spécialiste reconnu, sur la base d'observations approfondies et d'investigations complètes, de même qu'en pleine connaissance du dossier, et que l'expert aboutit à des résultats convaincants, il y a lieu de reconnaître pleine valeur probante à ces résultats, aussi longtemps qu'aucun indice concret 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).

7.4 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 TF I 655/05 du 20 mars 2006 consid. 5.4 ; ATF 125 V 351 consid. 3b/cc et les références). 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 TF 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).

7.5 Concernant 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 plaçant contre leur fiabilité (ATF 135 V 465 consid. 4.4 ; 125 V 351 consid. 3b/ee).

7.6 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 ; PHILIPP GEERTSEN, in : Kieser/Kradolfer/Lendfers (éd.), ATSG-Kommentar, 5^e éd. 2024, 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.

8.1 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 TF 8C_841/2016 du 30 novembre 2017 ; cf. affections psychosomatiques : ATF 141 V 281 ; toutes les affections psychiques : ATF 143 V 409, aussi les troubles dépressifs de degré moyen ou léger : ATF 143 V 409 ; les syndromes de dépendance : ATF 145 V 215) afin de pouvoir évaluer le droit à une rente d'invalidité de la personne concernée, soit sa capacité résiduelle de travail. Le Tribunal fédéral a ainsi conçu un catalogue d'indicateurs, classés en deux catégories (ATF 141 V 281 consid. 4.1.3). La première catégorie "degré de gravité fonctionnel" comprend les complexes « atteinte à la santé » (soit l'expression des éléments pertinents pour le diagnostic, le succès du traitement ou la résistance à cet égard, le succès de la réadaptation ou la résistance à cet égard ainsi que les comorbidités ; consid. 4.3.1 de l'ATF 141 V 281), « personnalité » (structure et développement de la personnalité, ressources personnelles ; consid. 4.3.2 de l'arrêt cité) et « contexte social » (consid. 4.3.3) alors que la seconde catégorie "cohérence (point de vue du comportement)" considère la limitation uniforme du niveau des activités dans tous les domaines comparables de la vie (consid. 4.4.1) et le poids des souffrances révélées par l'anamnèse établie en vue du traitement et de la réadaptation (consid. 4.4.2).

8.2 En outre, le Tribunal fédéral a souligné 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).

9.

9.1 Dans son arrêt de renvoi du 7 novembre 2022, le Tribunal de céans avait ordonné à l'autorité inférieure de mettre en place une expertise médicale pluridisciplinaire en Suisse dans les domaines de la médecine interne, de l'orthopédie, de la neurologie et la psychiatrie, « après avoir versé au dossier les pièces médicales manquantes » (cf. arrêt du TAF C-332/2020 du 7 novembre 2022 consid. 9.3). Le dispositif de cet arrêt procédait à l'annulation de la décision du 5 décembre 2019 et renvoyait le dossier à l'autorité inférieure pour compléments d'instruction et nouvelle décision selon les considérants.

9.2 L'autorité à laquelle l'affaire est renvoyée est liée par les instructions de la décision de renvoi de l'autorité de recours, ces dernières étant impératives au sens de l'art. 61 al. 1 PA. Le renvoi avec des instructions impératives a notamment lieu lorsque des faits doivent être complétés et qu'une importante procédure probatoire complémentaire doit être menée. Sont contraignants tant le dispositif de la décision que les motifs sur lesquels celui-ci s'appuie. Ces instructions doivent être incluses dans le dispositif, directement ou avec renvoi aux considérants (« dans le sens des considérants »), pour disposer d'un caractère impératif. Elles doivent être suffisamment précises et concrètes pour permettre à l'instance précédente de connaître les moyens de preuve qu'elle doit administrer ou les faits qui doivent être complétés. De simples instructions générales ne suffisent pas (HIRSIG-VOUILLOZ in : Commentaire romand, Loi fédérale sur la procédure administrative, 2024, art. 61 PA n° 25 et 26).

9.3 Dans son arrêt de renvoi, le Tribunal a exposé au considérant 8 que la documentation médicale était incomplète et que l'appréciation du médecin-conseil de l'autorité inférieure était lacunaire (cf. en particulier consid. 8.2 à 8.5).

9.3.1 A cet égard, le Tribunal a en particulier relevé que l'appréciation médicale du SMR – qui semblait fonder ses conclusions sur les constatations du médecin d'arrondissement de la SUVA, lequel avait exclu tout lien de causalité naturelle entre, d'une part, l'accident du 28 janvier 2016 et, d'autre part, la hernie discale, la coxarthrose bilatérale, l'épilepsie, le status après probable AVC ainsi que l'OH chronique – était lacunaire dès lors que le médecin du SMR se fondait sur une appréciation médicale ne tenant pas compte de l'ensemble des pathologies affectant le recourant dans une approche médicale globale (cf. consid. 8.2 de l'arrêt de renvoi).

9.3.2 Concernant l'épilepsie, le Dr L. _____ faisait état d'une première crise d'épilepsie le 8 mai 1998 sur fatigue et abus de bière et de cocaïne (OAIE pce 42 p. 7). Une nouvelle crise d'épilepsie a eu lieu le 14 septembre 2016 lors du séjour à la Clinique N. _____ (OAIE pce 42 p. 7). Selon la note téléphonique du 16 novembre 2018, l'assuré a informé la SUVA qu'il avait été hélicoptéré à l'hôpital en raison d'une crise d'épilepsie, deuxième crise en un mois (OAIE pce 50 p. 15). Dans son rapport médical du 6 juin 2019, le Dr O. _____ mentionnait que l'intéressé *végète actuellement et fait des crises d'épilepsie très souvent ce qui l'empêche de se concentrer* (OAIE pce 69). A cet égard, le Tribunal avait constaté que le dossier était également lacunaire et que l'on ignorait tant les fréquences que l'origine des crises d'épilepsie (cf. consid. 8.3 et 8.4.2 de l'arrêt de renvoi).

9.3.3 Le Tribunal avait en outre relevé que le dossier était lacunaire concernant les luxations de l'épaule gauche subies avant l'accident du 28 janvier 2016 et que les pièces médicales y relatives devaient être versées au dossier (notamment auprès du recourant, de la SUVA et du corps médical ; cf. consid. 8.4.1 de l'arrêt de renvoi).

9.3.4 En outre, le Tribunal avait constaté que les pièces au dossier ne permettaient pas de discerner l'ampleur du status après probable AVC ischémique cortical frontal haut à gauche non daté et d'origine indéterminée ni de son éventuel impact sur la capacité de travail du recourant et en a conclu que le dossier était lacunaire sur cet aspect aussi (consid. 8.4.3 de l'arrêt de renvoi).

9.3.5 Le Tribunal avait aussi relevé que les syndromes de dépendance – en l'espèce, l'abus d'alcool – doivent en principe faire l'objet d'une procédure structurée au sens de l'ATF 141 V 281 et qu'un tel examen n'ayant pas eu lieu, l'instruction devait être complétée sur ce point également (consid. 8.4.4).

9.4 Concernant l'instruction pour compléter le dossier médical, il convient de relever que l'autorité inférieure a invité le recourant et la SUVA à produire tous les documents médicaux relatifs aux luxations subies avant l'accident de janvier 2016 (OAIE pces 117 et 118). A cet égard, la SUVA a transmis de nombreux rapports médicaux à l'OAIE (OAIE pces 121 à 155), tandis que l'assuré a produit deux rapports médicaux (OAIE pces 159 et 160). A la lecture attentive de ces pièces médicales, le Tribunal constate qu'elles figuraient déjà au dossier OAIE : le rapport médical du 28 janvier 2016 du Dr M._____ (ci-après : Dr M._____), médecin assistant en chirurgie (OAIE pce 121 ; cf. ég. OAIE pce 42 p. 28-29) ; le compte-rendu de la radiologie de l'épaule gauche du 28 janvier 2016 (OAIE pce 122 ; cf. ég. OAIE pce 42 p. 32) ainsi que celui du CT-scan cérébral et de la colonne cervico-dorsale du 28 janvier 2016 (OAIE pce 123 ; cf. ég. OAIE pce 42 p. 31) ; le rapport médical initial LAA du 9 mars 2016 du Dr M._____ (OAIE pce 124 ; cf. ég. OAIE pce 18 p. 120) ; le rapport médical intermédiaire du 29 mars 2016 du Dr L._____ (ci-après : Dr L._____), médecin généraliste FMH (OAIE pce 125 ; cf. ég. OAIE pce 18 p. 115-116) ; IRM de l'épaule gauche du 30 mars 2016 (OAIE pce 126 ; cf. ég. OAIE pce 42 p. 30) ; le rapport médical intermédiaire du 11 août 2016 (OAIE pce 127 ; cf. ég. OAIE pce 18 pp. 80-81) ; le rapport médical « avis de sortie » de la Clinique N._____ (ci-après : N._____) du 18 octobre 2016 (OAIE pce 128 ; cf. ég. OAIE pce 18 pp. 18-20) ; le rapport médical de la Clinique N._____ du 22 novembre 2016 (OAIE pce 129 ; cf. ég. OAIE pce 42 p. 7 ss) ; IRM lombaire du 10 janvier 2017 et le rapport médical intermédiaire du 19 janvier 2017 du Dr O._____ (ci-après : Dr O._____), FMH spécialiste en chirurgie orthopédique (OAIE pce 131 ; cf. ég. OAIE pce 34 pp. 31-37) ; le rapport médical intermédiaire du 11 janvier 2017 du Dr O._____ (OAIE pce 132 ; cf. ég. OAIE pce 34 pp. 44-48) ; le rapport médical du 18 janvier 2017 du Dr O._____ (OAIE pce 133 ; cf. ég. OAIE pce 34 pp. 38-40) ; le rapport médical de la Clinique N._____ des 10 et 14 juillet 2017 (OAIE pces 134 et 135 ; cf. ég. OAIE pce 36 pp. 5-28 et 31-32) ; l'arthro-CT de l'épaule gauche du 13 septembre 2017 (OAIE pce 136 ; cf. ég. OAIE pce 40 pp. 11-12) ; les rapports médicaux du 17 octobre 2017 du Dr L._____ (OAIE pces 138 et 139 ; cf. ég. OAIE pce 46 pp.18-29) ; le rapport médical du 19 janvier 2018 du Dr O._____ (OAIE pce 140) ; le protocole opératoire du 23 janvier 2018 relative à l'intervention

chirurgicale de stabilisation de l'épaule gauche selon Bankart avec Shift du Dr O. _____ (OAIE pce 141 ; cf. ég. OAIE pce 79) ainsi que son rapport médical de contrôle postopératoire du 9 mars 2018 (OAIE pce 143 ; cf. ég. OAIE pce 46 pp. 7-9) ; les rapports médicaux intermédiaires du Dr O. _____ du 18 avril 2018 (OAIE pce 144 ; cf. ég. OAIE pce 48 pp. 9-14), du 19 juin 2018 (OAIE pce 145 ; cf. ég. OAIE pce 50 pp. 65-69), du 11 septembre 2018 (OAIE pce 146 ; cf. ég. OAIE pce 50 pp. 46-50), du 6 novembre 2018 (OAIE pce 147 ; cf. ég. OAIE pce 50 pp. 18-22) ; l'arthro-IRM de l'épaule gauche du 15 novembre 2018 (OAIE pce 148 ; cf. ég. OAIE pce 50 pp. 16-17) ; le rapport médical du 28 novembre 2018 du Dr O. _____ (OAIE pce 150 ; cf. ég. OAIE pce 50 p. 10) ; le rapport médical du 18 janvier 2018 du Dr P. _____ (ci-après : Dr P. _____), FMH chirurgie orthopédique et traumatologie (OAIE pce 152 ; cf. ég. OAIE pce 51 pp. 25-26) ; le rapport médical du 31 janvier 2019 du Dr O. _____ (OAIE pce 153 ; cf. ég. OAIE pce 51 pp.21-24). Quant au recourant, il a produit une copie de l'IRM de l'épaule gauche du 27 février 2002 ainsi que le rapport médical partiel de la Clinique N. _____ du 7 juillet 2017 relatif à la consultation orthopédique (OAIE pces 159 et 160 ; cf. ég. OAIE pces 71 et 77). Ainsi, le Tribunal constate que l'autorité inférieure s'est limitée à recueillir les mêmes pièces médicales que celles figurant déjà au dossier sans autres compléments. Or, après l'obtention de ces pièces médicales, l'autorité inférieure aurait dû réaliser qu'elle n'avait obtenu aucune pièce supplémentaire auprès de la SUVA et de l'assuré concernant les antécédents de l'épaule gauche antérieurs à l'accident de 2016. Par conséquent, l'autorité inférieure aurait dû s'adresser au Dr Q. _____ (ci-après : Dr Q. _____), à (...), à qui le rapport de l'IRM de l'épaule gauche du 27 février 2002 était adressé, afin de compléter le dossier. Par ailleurs, selon le Dr L. _____, l'intéressé aurait été opéré en 2001 au Centre hospitalier R. _____ (ci-après : R. _____) par arthroscopie (OAIE pce 18 p. 115). Ainsi, l'autorité inférieure avait également le devoir de s'adresser au Centre hospitalier R. _____ afin d'obtenir des informations nécessaires concernant les luxations de l'épaule gauche subies avant l'accident de janvier 2016. En outre, il ne ressort pas du dossier, pas plus que l'autorité inférieure ne soutient qu'elle aurait réclamé à plusieurs reprises, en vain, la documentation manquante ni que celle-ci n'existerait pas. Par conséquent, il convient de constater que l'autorité inférieure n'a pas fait preuve de diligence afin de verser au dossier les pièces médicales concernant les luxations de l'épaule gauche subies avant l'accident du 28 janvier 2016.

9.5 Pour le surplus, l'autorité inférieure n'a requis aucune instruction supplémentaire pour compléter le dossier médical avant la mise en place

de la future expertise. Concernant en particulier l'épilepsie, le Tribunal a constaté d'une part que les pièces médicales au dossier ne contenaient pas suffisamment d'informations pertinentes et souligné d'autre part qu'un examen spécialisé était nécessaire pour connaître l'impact des crises d'épilepsie sur la capacité de travail du recourant (cf. consid. 8.3 et 8.4.2 de l'arrêt de renvoi). En particulier, il convient de relever que le dossier médical ne contenait – et ne contient – aucune information concernant les crises d'épilepsie que l'assuré a annoncées à la SUVA en novembre 2018 (cf. entretien téléphonique du 16 novembre 2018 [OAIE pce 50 p. 15]). En outre, il convient de rappeler que dans son rapport médical du 6 juin 2019, le Dr O._____ mentionnait notamment que l'intéressé ne pouvait ni se concentrer ni conduire en raison des crises d'épilepsie fréquentes et qu'il végétait (OAIE pce 69). Ainsi, l'autorité inférieure aurait dû s'enquérir auprès du Dr O._____ par exemple afin d'obtenir de plus amples informations quant à l'épilepsie dès lors que ces informations sont nécessaires pour une évaluation de la capacité de travail de l'assuré à l'aune de l'ensemble des atteintes qu'il présente.

9.6 Compte tenu de ce qui précède, il convient de constater que les instructions dans l'arrêt de renvoi du 7 novembre 2022 n'ont pas été suivies par l'autorité inférieure, ce qui constitue une violation des directives impératives figurant dans un arrêt de renvoi. En effet, l'autorité inférieure s'est limitée à porter au dossier les pièces médicales figurant déjà au dossier. Par conséquent, l'autorité inférieure a mis en place une expertise pluridisciplinaire sur la base d'une documentation médicale incomplète.

9.7 En outre, il convient également de relever que le SMR a invité l'autorité inférieure à mettre à jour le dossier médical de l'assuré. Or, aucune instruction dans ce sens-là n'a été mise en place.

9.8 Au vu de ce qui précède, le Tribunal constate que les experts du Centre D._____ ne disposaient pas d'un dossier médical complet afin de se prononcer sur l'état de santé du recourant ainsi que de sa capacité de travail et ses limitations fonctionnelles. Dans ces circonstances, il sied de constater que le rapport d'expertise du Centre D._____ du 11 juin 2024 a donc été établi sur la base d'une documentation médicale incomplète, ce qui ne permettra pas d'établir au degré de la vraisemblance prépondérante la capacité de travail du recourant depuis l'accident du 28 janvier 2016. Partant, il n'y a pas lieu d'examiner plus en avant les conclusions médicales des experts afin de déterminer si le rapport d'expertise peut se voir accorder une valeur probante.

9.9 Au vu de ce qui précède, le Tribunal constate que l'autorité inférieure n'a pas recueilli la documentation médicale manquante en violation des directives impératives du Tribunal dans son arrêt de renvoi du 7 novembre 2022 et a donc soumis une documentation médicale incomplète aux experts du Centre D._____. Partant, l'instruction de l'autorité inférieure se révèle lacunaire et insuffisante.

10.

Il résulte de ce qui précède que le recours doit être admis et la décision du 11 mars 2025 annulée. La cause est renvoyée à l'autorité inférieure pour instruction complémentaire dans le sens des considérants et nouvelle décision.

11.

11.1 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 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 malgré les directives impératives de l'arrêt de renvoi, l'autorité inférieure n'a pas instruit le dossier médical qui est resté lacunaire sur les points soulevés déjà par arrêt de renvoi, de sorte 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.

11.2 L'instruction à venir concernera l'état de santé du recourant dans son ensemble. L'autorité inférieure veillera à verser au dossier les pièces médicales manquantes conformément à l'arrêt de renvoi du 7 novembre 2022 et requerra également des rapports médicaux récents des médecins traitants du recourant. Après avoir recueilli la documentation médicale manquante, l'autorité inférieure soumettra le dossier à son service médical qui se prononcera sur la question de savoir s'il y a lieu d'effectuer une

expertise complémentaire auprès des experts du Centre D. _____ ou de mettre en place une nouvelle expertise.

Si le SMR estime qu'une nouvelle expertise est nécessaire, l'autorité inférieure devra alors ordonner une expertise pluridisciplinaire dans les disciplines de la médecine interne, de l'orthopédie, la neurologie et la psychiatrie – celle-ci devant répondre aux exigences de la jurisprudence du Tribunal fédéral en matière de maladies psychiatriques (ATF 141 V 281 ; 143 V 409 ; 143 V 418 ; 145 V 215). 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 (art. 44 al. 5 en relation avec l'al. 1 let. c LPGa). L'expertise sera pratiquée en Suisse sous réserve de l'art. 43 al. 2 LPGa, l'organisme d'évaluation mandaté devant maîtriser les principes d'évaluation prévalant dans la médecine d'assurance suisse (arrêt du TF 9C_235/2013 du 10 septembre 2013 consid. 3.2). Au surplus, le centre d'expertise 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.

12.

12.1 Vu l'issue du litige, le recourant ne doit pas participer aux frais de procédure (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 de frais de 800 francs versée sera restituée au recourant une fois le présent arrêt entré en force. Aucun frais de procédure n'est mis à la charge de l'autorité inférieure (art. 63 al. 1 et 2 PA).

12.2 En outre, le recourant ayant agi sans avoir eu recours à un représentant et n'ayant pas démontré avoir eu à supporter des frais indispensables et relativement élevés, il ne lui est pas alloué d'indemnités à titre de dépens (art. 64 al. 1 PA et 7 ss du règlement du 21 février 2008 concernant les frais, dépens et indemnités fixés par le Tribunal administratif

fédéral [FITAF, RS 173.320.2]). Enfin, l'autorité inférieure n'a pas droit aux dépens (art. 7 al. 3 FITAF).

Par ces motifs, le Tribunal administratif fédéral prononce :

1.

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 une nouvelle décision.

2.

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

3.

Il n'est pas alloué de dépens.

4.

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

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

La présidente du collège :

La greffière :

Caroline Bissegger

Müjde Atak

Indication des voies de droit :

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