



Arrêt du 19 juin 2024

Composition

Madeleine Hirsig-Vouilloz (présidente du collège),
Philippe Egli, Caroline Gehring, juges,
Julien Borlat, greffier.

Parties

A. _____, (France)
représenté par APAS Association pour la permanence de
défense des patients et des assurés,
recourant,

contre

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

Objet

Assurance-invalidité, octroi d'une rente entière d'invalidité et
d'une rente entière pour enfant liée à la rente du père limi-
tées dans le temps (décision du 15 décembre 2020).

Faits :**A.**

A._____ est un ressortissant français né le (...) 1966, vivant en France, marié et père de deux fils nés en 1997 et 2002. Titulaire d'un certificat d'aptitude professionnelle (CAP) de tourneur et de fraiseur, ainsi que d'un brevet d'études professionnelles (BEP) de mécanicien monteur, il a travaillé en Suisse de 1988 à 2016, en dernier lieu comme monteur de stores dès le 1^{er} octobre 2015 pour le compte de B._____ SA à (...), cotisant durant toutes ces années à l'assurance-vieillesse, survivants et invalidité. Le 1^{er} mars 2016, alors qu'il réglait un store sur une terrasse, il est tombé d'un escabeau et s'est réceptionné sur la main gauche. Suite à cet accident, son contrat de travail a été résilié par l'employeur à la fin du mois de décembre 2016 (AI pces 1, 2, 6 p. 34, 76 et 105, 11, 26 p. 170 et 279, 28 p. 307 à 309 ; OAIE pces 1, 3, 4, 8, 9 et 16).

B.

B.a Le 20 septembre 2016, le prénommé a déposé une demande de prestations de l'assurance-invalidité (AI) suisse auprès de l'Office de l'assurance-invalidité du canton C._____ (ci-après : OAI). Il a relevé souffrir d'une fracture du poignet gauche nécessitant une opération et d'une algoneurodystrophie existant depuis le 1^{er} mars 2016 (AI pce 2 ; OAIE pce 1).

B.b Faisant appel à la Caisse nationale suisse d'assurance en cas d'accidents (SUVA), l'OAI a procédé à l'instruction de la demande en recueillant les renseignements médicaux et économiques usuels (AI pces 6 ss).

B.c Par communication du 1^{er} décembre 2016, l'OAI a considéré que ni des mesures d'intervention précoce ni des mesures de réadaptation n'étaient indiquées, la situation médicale n'étant pas encore stabilisée, mais a précisé qu'il examinerait un éventuel droit à d'autres prestations (AI pce 17).

B.d Par communication du 27 juin 2019, l'OAI a accordé à l'intéressé une aide au placement au sens de l'art. 18 LAI, au motif que ce dernier était alors réadaptable (AI pce 56). L'assuré y a toutefois renoncé, « ne [voulant pas] actuellement entrer dans une démarche de recherche d'activité professionnelle » (AI pces 64 et 65).

B.e Par projet de décision du 27 juin 2019, l'OAI a fait part à l'intéressé de son intention de lui octroyer une rente entière d'invalidité limitée dans le

temps du 1^{er} mars 2017 au 30 juin 2018 et basée sur un degré d'invalidité de 100%. Dès le 28 mars 2018, date de l'évaluation interdisciplinaire réalisée à la Clinique D._____, l'OAI relève que l'assuré est en mesure d'exercer à 100% une activité adaptée à son état de santé et conclut ainsi à un degré d'invalidité de 9,32%, qui ne lui ouvre plus le droit à des prestations de l'AI (AI pce 58).

B.f Par acte du 29 août 2019, l'assuré, nouvellement représenté, s'est opposé au projet de décision en ce qu'il limite la rente au 30 juin 2018. Il a argué que l'évaluation interdisciplinaire susmentionnée ne s'était pas prononcée sur le degré de capacité de travail dans une activité adaptée, se contentant de conclure que le patient ne peut plus reprendre une activité professionnelle exigeant des travaux de force et de dextérité et qu'une réorientation professionnelle s'impose. Selon l'assuré, dite évaluation n'avait pas estimé sa santé mentale, alors qu'il était pourtant suivi par un médecin psychiatre. Il a ajouté que le projet de décision ne tenait pas compte d'une péjoration objectivée de son état de santé depuis le séjour à la Clinique D._____. Il a conclu au versement indéterminé de la rente, s'estimant incapable de travailler dans une activité adaptée. Subsidiairement, il a sollicité les mesures de réadaptation nécessaires au maintien de sa capacité de gain. Il a joint un rapport médical (AI pce 66).

B.g La SUVA, par décision du 4 juillet 2019, lui a octroyé une indemnité pour atteinte à l'intégrité, sur la base d'une atteinte correspondante de 30% (AI pce 59 p. 871 à 874). L'assuré s'y est opposé le 4 septembre 2019 (AI pce 68 p. 890). Cette opposition a été rejetée par décision du 19 septembre suivant, la SUVA confirmant sa décision initiale et relevant au demeurant que la perte de gain n'était que de 1,97% (AI pce 71 p. 899 à 912 ; SUVA pce 345). La Cour des assurances sociales du canton E._____ amenée à statuer sur cette affaire a, par arrêt du 5 octobre 2020, confirmé la décision de la SUVA (annexe TAF pce 1 ; SUVA pce 381).

B.h Consulté par l'OAI, le service médical régional (SMR), dans un avis médical du 16 janvier 2020 du Dr F._____, médecin praticien, a conclu à une situation claire sur le plan somatique avec une capacité entière de travail dans une activité mono-manuelle. Sur le plan psychiatrique, il a relevé une situation réactionnelle à un contexte psycho-social difficile chez un assuré refusant de faire des démarches de réinsertion pour des raisons subjectives, proposant toutefois d'attendre la remise d'un nouveau certificat médical annoncé par l'intéressé (AI pce 76 p. 927 s.).

B.i Suite à la réception de la pièce susmentionnée, le SMR a, dans des avis médicaux des 14 février et 20 mai 2020 du même médecin, recommandé de mettre en place une expertise bidisciplinaire rhumatologique et psychiatrique (AI pces 85 et 91).

B.j Mandaté à cet effet, le Le centre d'expertises médicales G. _____ (ci-après : G. _____) a remis le 3 novembre 2020 son rapport d'expertise bidisciplinaire, laquelle a eu lieu le 6 octobre précédent (AI pce 118).

A teneur du rapport, rédigé par les Drs H. _____, spécialiste FMH en médecine interne et rhumatologie, et I. _____, spécialiste FMH en psychiatrie-psychothérapie, l'évaluation consensuelle a retenu, au plan somatique, des diagnostics incapacitants de syndrome douloureux régional complexe du membre supérieur gauche de type 1 (G90.5), de status après fracture du radius gauche le 1^{er} mars 2016 (S62), et de status post arthrodèse radio-scapho-lunaire du poignet gauche avec résection du pôle distal du sca-phoïde, arthroplastie prothétique de l'ulna, et énévation du nerf interosseux postérieur, le 23 mai 2017 (M19.94). Au niveau des diagnostics non-incapacitants, ont été retenus un pincement global des espaces intersomatiques C5-C6, C6-C7 et C7-D1 dans un contexte de discarthrose évoluée, une pseudarthrose de la clavicule droite post-fracture à l'âge de 10 ans, un status après ostéosynthèse de la clavicule droite (S42.0), un status après opération de doigt à ressaut de la main droite en 2012 (M65.3), un discret syndrome rotulien droit (M22.2), un reflux gastro-œsophagien (K21), un status post-résection des polypes du côlon (K63.5), une obésité (indice de masse corporelle 33,8 kg/m² ; E66.00), un syndrome vertigineux (R42) et un tabagisme (F17.24). Au plan psychique, les experts n'ont retenu aucun diagnostic incapacitant et un diagnostic non-incapacitant d'épisode dépressif léger sans syndrome somatique, en rémission (ICM-10 : F32.00). Ils ont encore précisé que seul le premier diagnostic de nature somatique avait une incidence sur les capacités fonctionnelles de l'assuré (AI pce 118 p. 1083 s.). Ils ont conclu à une incapacité de travail de 100 % dans l'activité habituelle et de 0 % dans une activité adaptée depuis le 1^{er} août 2019. Ils ont retenu les limitations fonctionnelles suivantes : absence de travaux de force et de dextérité avec sollicitation du membre supérieur gauche et en particulier du poignet et de la main gauches (AI pce 118 p. 1086 s.).

B.k Invité à se déterminer sur ce document, le SMR a, dans un rapport du 27 novembre 2020 du Dr F. _____, retenu comme atteinte principale à la santé un syndrome douloureux régional complexe du membre supérieur gauche de type 1, à la suite d'une fracture du radius gauche (CIM-10 : G90.5) et comme facteurs/diagnostics associés non du ressort de l'AI un

épisode dépressif léger sans syndrome somatique en rémission, des discartrhoses cervicales, un syndrome rotulien, un reflux gastro-œsophagien, une obésité et un syndrome vertigineux. Le médecin a relevé une capacité de travail de 0% dans l'activité habituelle et de 100% dans une activité adaptée, les limitations fonctionnelles étant les travaux de force et de dextérité avec sollicitation du membre supérieur gauche, en particulier du poignet et de la main gauches. Il a fixé le début de l'aptitude à la réadaptation au 22 mars 2018. Ce faisant, il s'est distancié de l'expertise bidisciplinaire en retenant la date du dernier jour d'hospitalisation de l'évaluation interdisciplinaire de la Clinique D. _____ (AI pce 121).

B.I Par décision du 15 décembre 2020 adressée directement à l'assuré, l'Office de l'assurance-invalidité pour les assurés résidant à l'étranger (OAIE) a alloué à celui-ci une rente entière d'invalidité et une rente d'enfant entière liée à la rente du père du 1^{er} mars 2017 au 30 juin 2018 et refusé un droit au reclassement. Il a retenu un degré d'invalidité de 100% durant cette période, puis de 9,32% (incapacité de travail totale dans l'activité habituelle, mais nulle dans une activité adaptée depuis le 28 mars 2018) excluant le droit à une rente d'invalidité (AI pce 131).

C.

C.a Par acte du 1^{er} février 2021, l'intéressé a, par le biais de sa représentante, interjeté recours contre la décision du 21 (recte : 15) décembre 2020 auprès de la Cour des assurances sociales du canton E. _____. Il conclut, sous suite de frais et dépens, préalablement à ce qu'il soit autorisé à compléter son recours, principalement à l'annulation de la décision attaquée, à l'octroi d'une rente entière non limitée dans le temps à compter du 1^{er} mars 2017 et à ce que l'autorité inférieure soit déboutée de toutes autres ou contraires conclusions. A titre subsidiaire, il demande à être acheminé à prouver par toutes voies de droit utiles la pertinence des faits énoncés dans son recours (TAF pce 1).

C.b Par arrêt AI 34/21 – 96/2021 du 25 mars 2021, la Cour des assurances sociales du Tribunal cantonal E, _____ a déclaré le recours irrecevable et transmis la cause au Tribunal administratif fédéral (ci-après : TAF ou le Tribunal) comme objet de sa compétence (TAF pce 2 ; OAIE pce 27).

C.c Par acte du 15 octobre 2021, le recourant a complété son recours, concluant préalablement à ce qu'une expertise judiciaire bidisciplinaire en rhumatologie et psychiatrie soit ordonnée, principalement à l'annulation de la décision attaquée, à l'octroi d'une rente entière dès le 1^{er} mars 2017 non

limitée dans le temps et de rentes pour enfant. Subsidiairement, il demande l'annulation de la décision attaquée, l'octroi d'une rente entière du 1^{er} mars 2017 au 31 octobre 2019 et des rentes pour enfant liées.

En substance, il relève que les conclusions de l'expertise bidisciplinaire sur laquelle l'autorité inférieure s'est basée sont lacunaires, contradictoires et incohérentes. Il conteste également la date d'exigibilité retenue par les experts quant à sa capacité de travail dans une activité adaptée. Il joint divers moyens de preuve, dont un rapport du 22 avril 2021 de la Dresse J._____, psychiatre, laquelle retient un trouble dépressif (F32) d'intensité variable depuis janvier 2020 associé à un trouble anxieux (F41), la capacité de travail étant restée nulle dans une quelconque activité jusqu'alors. Sont également joints : un rapport du 27 mai 2021 de la Dresse K._____, médecin généraliste, signalant notamment la persistance d'un syndrome dépressif sévère et une incapacité totale du membre supérieur gauche dans toute activité professionnelle, une lettre de liaison d'une clinique du 10 septembre 2021 établie par la Dresse L._____, psychiatre, concluant à un épisode dépressif lié à des facteurs anxiogènes, ainsi qu'une décision du 2 mars 2021 de la Commission des droits et de l'autonomie des personnes handicapées (CDAPH) reconnaissant au recourant un taux d'incapacité supérieur ou égal à 50% et inférieur à 80% (TAF pce 12).

C.d Par réponse du 15 décembre 2021, l'OAIE, sur la base de la prise de position du 14 décembre 2021 de l'OAI, a conclu au rejet du recours et à la confirmation de la décision attaquée (TAF pce 14).

C.e Par réplique du 24 janvier 2022, le recourant a persisté dans ses conclusions, rappelant notamment que son état de santé n'était pas stabilisé (TAF pce 16).

C.f Par duplique du 16 février 2022, l'OAIE a maintenu ses conclusions (TAF pce 18).

C.g Par ordonnance du 24 février 2022, le TAF a porté ces écritures à la connaissance du recourant (TAF pce 19).

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

Droit :

1.

Le Tribunal administratif fédéral est compétent pour connaître du présent recours (art. 31, 32 et 33 let. d de la loi du 17 juin 2005 sur le Tribunal administratif fédéral [LTAF, RS 173.32] ; art. 69 al. 1 let. b de la loi fédérale du 19 juin 1959 sur l'assurance-invalidité [LAI, RS 831.20]). Dans la mesure où le recourant est directement touché par la décision attaquée et a un intérêt digne d'être protégé à ce qu'elle soit annulée ou modifiée, il a qualité pour recourir (art. 59 de la loi fédérale du 6 octobre 2000 sur la partie générale du droit des assurances sociales [LPGA, RS 830.1] et 48 al. 1 de la loi fédérale du 20 décembre 1968 sur la procédure administrative [PA, RS 172.021]). Déposé en temps utile et dans les formes requises par la loi (art. 60 LPGA et 50 al. 1 PA ; art. 52 al. 1 PA), et l'avance sur les frais de procédure ayant été dûment acquittée (art. 63 al. 4 PA ; TAF pces 3, 6), le recours est recevable.

2.

En l'occurrence, l'objet du litige porte sur le point de savoir si c'est à juste titre que l'OAIE a limité du 1^{er} mars 2017 au 30 juin 2018 l'octroi des rentes entières d'invalidité et pour enfant liée à celle du père dont bénéficie le recourant.

3.

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

3.2 Le recourant étant domicilié en France voisine et l'atteinte à la santé remontant à l'époque de son activité en tant que frontalier, c'est à raison que l'OAI du canton C. _____ a enregistré et instruit la demande, et que

l'OAIE a notifié la décision attaquée (art. 40 al. 2 du règlement du 17 janvier 1961 sur l'assurance-invalidité [RAI, RS 831.201]).

4.

4.1 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 143 V 446 consid. 3.3, 136 V 24 consid. 4.3, 132 V 215 consid. 3.1.1). Lors d'un changement de législation durant la période déterminante, le droit éventuel à des prestations se détermine selon l'ancien droit pour la période antérieure et selon le nouveau dès ce moment-là (application pro rata temporis ; ATF 130 V 445).

4.1.1 L'affaire présente un aspect transfrontalier, dans la mesure où le recourant est un ressortissant français, domicilié en France, ayant travaillé en Suisse. Sont dès lors applicables à la présente cause, l'accord du 21 juin 1999 sur la libre circulation des personnes (ALCP, RS 0.142.112.681), ses annexes et ses règlements (en particulier : règlement (CE) n° 883/2004 du Parlement européen et du Conseil du 29 avril 2004 portant sur la coordination des systèmes de sécurité sociale [RS 0.831.109.268.1] et règlement (CE) n° 987/2009 du Parlement européen et du Conseil du 16 septembre 2009 fixant les modalités d'application du règlement (CE) n° 883/2004 [RS 0.831.109.268.11]). Toutefois, l'invalidité ouvrant droit à des prestations de l'assurance-invalidité suisse se détermine exclusivement d'après le droit suisse (art. 46 al. 3 du règlement n° 883/2004, en relation avec son annexe VII ; ATF 130 V 253 consid. 2.4 ; arrêt du Tribunal fédéral 9C_573/2012 du 16 janvier 2013 consid. 4).

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

4.2 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

15 décembre 2020). Les faits survenus postérieurement, et qui ont modifié cette situation, doivent normalement faire l'objet d'une nouvelle décision administrative (ATF 132 V 215 consid. 3.1.1, 130 V 445 consid. 1.2, 121 V 362 consid. 1b). Ils doivent néanmoins être pris en considération lorsqu'ils sont étroitement liés à l'objet du litige et de nature à influencer l'appréciation au moment où la décision attaquée a été rendue (arrêt du Tribunal fédéral 9C_34/2017 du 20 avril 2017 consid. 5.2 et les références).

5.

Le recourant a versé des cotisations à l'AVS/AI pendant plus de 3 ans (cf. AI pces 8 et 11 ; OAIE pce 2 et 16) et remplit donc la condition de la durée minimale de cotisations eu égard au moment de l'ouverture éventuelle du droit à la rente (art. 36 al. 1 LAI). Il reste à examiner s'il est invalide au sens de la LAI.

6.

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

6.2 Conformément à l'art. 28 al. 1 LAI, l'assuré a droit à une rente si sa capacité de gain ou sa capacité d'accomplir ses travaux habituels ne peut pas être rétablie, maintenue ou améliorée par des mesures de réadaptation raisonnablement exigibles (let. a) ; s'il a présenté une incapacité de travail (art. 6 LPGA) d'au moins 40% en moyenne durant une année sans interruption notable (let. b) ; et si, au terme de cette année, il est invalide (art. 8 LPGA) à 40% au moins (let. c).

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

L'art. 29 al. 4 LAI prévoit que les rentes correspondant à un taux d'invalidité inférieur à 50 % ne sont versées qu'aux assurés qui ont leur domicile et leur résidence habituelle (art. 13 LPGa) en Suisse. Toutefois, suite à l'entrée en vigueur de l'ALCP le 1^{er} juin 2002, la restriction prévue à l'art. 29 al. 4 LAI n'est pas applicable lorsqu'une personne assurée est une ressortissante suisse ou de l'UE et réside dans l'un des Etats membres de l'UE (ATF 130 V 253 consid. 2.3 et 3.1 ; art. 4 et 7 du règlement n° 883/2004).

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

7.

7.1 Pour pouvoir déterminer la capacité de travail médico-théorique d'une personne assurée et évaluer son invalidité, l'administration, ou le juge en cas de recours, a besoin de documents que le médecin ou éventuellement d'autres spécialistes doivent lui fournir (ATF 117 V 282 consid. 4a). La tâche des médecins consiste à porter un jugement sur l'état de santé et à indiquer dans quelle mesure et pour quelles activités la personne assurée est incapable de travailler, compte tenu de ses limitations (ATF 143 V 418 consid. 6, 132 V 93 consid. 4, 125 V 256 consid. 4 et les références).

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

Ainsi, avant de conférer pleine valeur probante à un rapport médical, il convient de s'assurer que les points litigieux importants ont fait l'objet d'une étude circonstanciée, que le rapport se fonde sur des examens complets, qu'il prend également en considération les plaintes exprimées, qu'il a été établi en pleine connaissance de l'anamnèse, que la description du contexte médical et l'appréciation de la situation médicale sont claires et enfin que les conclusions du médecin sont dûment motivées (ATF 134 V 231

consid. 5.1). La valeur probante d'un rapport médical ou d'une expertise est de plus liée à la condition que le médecin qui se prononce dispose de la formation spécialisée nécessaire et de compétences professionnelles dans le domaine d'investigation (arrêts du Tribunal fédéral 9C_555/2017 du 22 novembre 2017 consid. 3.1 et les références, 9C_745/2010 du 30 mars 2011 consid. 3.2 et 9C_59/2010 du 11 juin 2010 consid. 4.1 ; MICHEL VALTERIO, Commentaire, Loi fédérale sur l'assurance-invalidité [LAI], 2018, art. 57 LAI n° 33).

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

S'agissant des rapports établis par les médecins traitants, il convient de les apprécier avec une certaine réserve, en raison de la relation de confiance, issue du mandat thérapeutique confié au médecin traitant, qu'il ou elle soit médecin de famille généraliste ou spécialiste, qui unit celui-ci ou celle-ci à son patient (arrêt du Tribunal fédéral I 655/05 du 20 mars 2006 consid. 5.4 ; ATF 125 V 351 consid. 3b/cc et les références). Toutefois, le simple fait qu'un rapport médical soit établi à la demande d'une partie et soit produit pendant la procédure ne justifie pas en soi des doutes quant à sa valeur probante ; ainsi, on en retiendra des éléments, notamment si ceux-ci, objectivement vérifiables, ont été ignorés dans le cadre d'une expertise indépendante et s'avèrent suffisamment pertinents pour remettre en cause les conclusions de l'expert (ATF 125 V 351 consid. 3b/dd et les références ; arrêts du Tribunal fédéral 9C_876/2009 du 6 juillet 2010 consid. 2.2, 9C_24/2008 du 27 mai 2008 consid. 2.3.2 et 9C_201/2007 du 29 janvier 2008 consid. 3.2).

Concernant enfin les rapports et expertises des médecins rattachés à un assureur, il sied de relever que le fait précisément que ces médecins soient liés à l'assureur, d'un point de vue institutionnel ou par un rapport de travail, ne permet pas, pour ce seul motif, de douter de l'objectivité de leurs appréciations. La valeur probante de tels rapports dépend bien plutôt de leur contenu : ainsi doivent-ils être jugés pertinents, compréhensibles et cohérents pour avoir valeur de preuve ; en outre, il ne doit pas exister d'indice

suffisant plaidant contre leur fiabilité (ATF 135 V 465 consid. 4.4, 125 V 351 consid. 3b/ee).

7.1.2 Si l'administration ou le juge, se fondant sur une appréciation consciencieuse des preuves, sont convaincus que certains faits présentent un degré de vraisemblance prépondérante et que d'autres mesures probatoires ne pourraient plus modifier cette appréciation, il est superflu d'administrer d'autres preuves (appréciation anticipée des preuves ; UELI KIESER, ATSG-Kommentar, 4^e éd. 2020, art. 42 LPGA n° 31 ; ATF 122 II 464 consid. 4a). Une telle manière de procéder ne viole pas le droit d'être entendu selon l'art. 29 al. 2 de la Constitution fédérale de la Confédération suisse du 18 avril 1999 (Cst., RS 101 ; Sozialversicherungsrecht [SVR] 2001 IV n° 10 p. 28).

8.

Dans le cadre de l'instruction de la demande, ont notamment été versées au dossier les pièces médicales suivantes :

- un document médical du 1^{er} mars 2016 de la Dresse M._____, médecin assistante, retenant un diagnostic de fracture de l'extrémité distale du radius gauche, non déplacée (AI pce 6 p. 102 s.) ;
- un rapport médical intermédiaire du 9 mai 2016 du Dr N._____, chef de clinique en chirurgie orthopédique et traumatologie, retenant un possible début d'algoneurodystrophie chez un patient assez anxieux et peinant à accepter son traumatisme initial (AI pce 6 p. 91) ;
- des bilans intermédiaires de la main d'ergothérapie des 19 mai et 27 juin 2016 d'un service hospitalier d'ergothérapie, relevant une amélioration au niveau des amplitudes de mouvement malgré un déficit de mobilité par rapport au membre controlatéral, respectivement un degré toujours en-dessous de la norme, une moyenne de la force s'étant aussi améliorée, respectivement ayant par contre diminué depuis le dernier bilan, malgré la poursuite du traitement de renforcement (AI pce 6 p. 83 et 93) ;
- un rapport d'ergothérapie du 19 juillet 2016 de Mme O._____, ergothérapeute, mentionnant un diagnostic de status post épiphyse distale du radius à gauche (traitement conservateur) le 1^{er} mars 2016 et d'algoneurodystrophie (AI pce 6 p. 76 s.) ;

- un rapport d'imagerie par résonance magnétique (IRM) du poignet gauche du 3 août 2016 du Dr P. _____, spécialiste FMH en radiodiagnostic, relevant en substance une bonne évolution de la fracture de l'extrémité distale du radius, avec des hypersignaux linéaires correspondant aux traits de fracture de l'extrémité distale du radius et à composante intra-articulaire, avec congruence paraissant satisfaisante au niveau de la surface articulaire. Ce médecin constate encore un petit épanchement articulaire au niveau de l'interligne radio-ulnaire distal, une légère bascule dorsale du semi-lunaire, angle capito-lunaire légèrement augmenté à 34°, évoquant une instabilité du carpe, sans lésion formellement démontrée sur les ligaments intrinsèques (AI pce 26 p. 289) ;
- un rapport du 4 août 2016 du Dr N. _____ évoquant une lente évolution de l'algoneurodystrophie (AI pce 6 p. 63 à 65) ;
- diverses pièces médicales établies notamment par les Drs R. _____ et S. _____, chirurgiens de la main, entre le 24 août 2016 et le 17 novembre 2017 et posant les diagnostics de cal vicieux post fracture, épiphyse distale du radius à gauche (AI pces 6 p. 31 et 47, et 26 p. 239 et 241, 37 p. 491, 500, 518, 527, 533 et 537), d'algoneurodystrophie (AI pce 6 p. 36), ainsi que de fracture, épiphyse distale du radius gauche (AI pce 26 p. 166) ;
- un rapport de scanner (CT) du poignet gauche établi le 31 août 2016 par le Dr T. _____, radiologue FMH, concluant à une fracture intra-articulaire de l'extrémité distale du radius avec un léger déplacement postérieur, bien consolidée sans signe de pseudarthrose (AI pce 6 p. 38) ;
- un rapport médical intermédiaire du 19 septembre 2016 du Dr Q. _____, diagnostiquant un cal vicieux post fracture comminutive intra-articulaire du radius gauche et une algoneurodystrophie (AI pce 6 p. 45 s.) ;
- des rapports médicaux des 15 novembre 2016 et 12 janvier 2017 du Dr U. _____, spécialiste en chirurgie de la main FMH, qui concluent à un status après fracture de l'épiphyse distale du radius gauche et consolidation en position vicieuse avec une incongruence intra-articulaire (AI pce 19) ;

- un rapport de scanner des deux avant-bras du 7 décembre 2016 établi le 13 décembre 2016 par le Dr V._____, radiologue FMH, constatant notamment du côté droit, une attitude en supination du radius distal de 32° par rapport au radius proximal, et du côté gauche, une déformation en pronation de 12° par rapport au côté controlatéral du radius gauche (AI pce 26 p. 238) ;
- un rapport d'arthrographie du poignet gauche du 2 mars 2017 des Dresses W._____ et X._____, radiologues, concluant à l'absence de complication immédiate (AI pce 26 p. 177) ;
- un rapport de scanner main-poignet du 2 mars 2017 de la Dresse W._____ et du Dr X._____, radiologues, concluant à une chondropathie radiale en regard des foyers fracturaires intéressant la facette scaphoïdienne et lunaire focalement, à une atteinte du cartilage scaphoïdien et lunaire qui est en bascule dorsale du lunatum, à un cartilage du médiocarpe et un cartilage radial de la radio-ulnaire distale ulcérées, et à un pattern d'un conflit ulno-carpien (AI pce 26 p. 178 s.) ;
- un rapport médical détaillé E 213 CH du 11 septembre 2017 du Dr Y._____, dont la spécialisation n'est pas indiquée, observant une douleur et une raideur majeures du membre supérieur gauche (algodystrophie importante) et posant des diagnostics de fracture complexe de l'extrémité inférieure du radius, de traitement fonctionnel, de traitement chirurgical (prothèse tête ulnaire, arthrodèse et résection scaphoïde du pôle distal) et d'algodystrophie du membre supérieur gauche. Ce médecin fixe des limitations fonctionnelles et retient une incapacité de travail totale dans les activités habituelle et adaptée (AI pce 33) ;
- un rapport médical intermédiaire du 20 septembre 2017 du Dr S._____, ajoutant un diagnostic de *complex regional pain syndrome* (syndrome douloureux complexe, CRPS) sévère, signalant une évolution défavorable et relevant qu'il n'y a pas d'évolution attendue avant six mois au minimum (AI pce 37 p. 530 s.) ;
- une demande de consultation du 9 novembre 2017 du Dr S._____, relevant notamment que le recourant a développé une arthrose radio-scapho-lunaire et radio-ulnaire distale douloureuse pour laquelle a été décidée une prise en charge chirurgicale de l'algodystrophie. L'évolution chirurgicale radiologique est jugée satisfaisante avec une bonne consolidation et ostéointégration, mais un CRPS et des troubles

allodyniques sévères du membre supérieur se sont exacerbés (AI pce 37 p. 515) ;

- un rapport médical intermédiaire du 10 novembre 2017 d'un médecin dont le nom n'est pas indiqué, mentionne comme diagnostic un CRPS sévère dont l'évolution est très mauvaise (AI pce 37 p. 513 s.) ;
- un rapport d'évaluation d'ergothérapie du 13 décembre 2017 de Z._____, rééducateur de la main, rappelant un diagnostic de CRPS de la branche cutanée palmaire du nerf médian gauche avec allodynie mécanique au stade V de lésions axonales (AI pce 37 p. 493 à 499) ;
- un rapport d'évolution de la sensibilité du 6 mars 2018 de Mme AA._____, ergothérapeute, relevant des diagnostics de status post arthrodèse médiocarpienne et de prothèse de tête ulnaire environ deux ans plus tôt, et de douleurs neuropathiques et musculosquelettiques. Un suivi psychiatrique va débiter (AI pce 39 p. 630 à 636) ;
- un rapport d'évaluation interdisciplinaire du 28 mars 2018 de la Clinique D._____, rédigé par les Dr BB._____, spécialiste en neurologie FMH, et la Dresse CC._____, spécialiste en médecine interne générale FMH, retenant notamment des diagnostics primaires de fracture de l'extrémité distale du radius gauche sur le lieu de travail le 1^{er} mars 2016 compliqué d'un syndrome douloureux régional complexe de type I (Z 87.3), de status post arthrodèse radio-scapho-lunaire du poignet gauche avec résection du pôle distal du scaphoïde, arthroplastie prothétique de l'ulna, dénervation du nerf interosseux postérieur le 23 mai 2017 (Z 98.1) et de traits de personnalité émotionnellement labile (Z 73.1). Les médecins relèvent que la situation médicale s'est stabilisée (AI pce 39 p. 554 ss) ;
- une prise de position du médecin de la SUVA du 11 mai 2018, rédigée par le Dr DD._____, spécialiste FMH en chirurgie orthopédique, relevant en substance que l'approche thérapeutique tendant à épargner au maximum le membre supérieur gauche risque à la longue l'exclusion totale de ce membre (AI pce 39 p. 579) ;
- un rapport de consultation ambulatoire de la douleur du 14 mai 2018 du Dr EE._____, chef de clinique, anesthésiologie, fixant des diagnostics de CRPS post-traumatique, d'arthrose du radio-ulnaire distal et arthrose radiocarpienne, et de status post prothèse de tête ulnaire,

arthrodèse et résection scaphoïde du pôle distal le 23 mai 2017 (AI pce 45 p. 736 à 738) ;

- un rapport médical intermédiaire du 18 mai 2018 de la Dresse FF._____, cheffe de clinique en chirurgie de la main et des nerfs périphériques, retenant un diagnostic de CRPS du membre supérieur gauche et évoquant une évolution lentement favorable (AI pce 45 p. 731) ;
- un bilan d'évolution en ergothérapie du 11 juin 2018 de Mme AA._____, relevant les mêmes diagnostics que dans son précédent rapport et constatant une utilisation de la main lésée de 24 % par rapport à une main saine (AI pce 45 p. 716 à 725) ;
- un rapport médical du 29 octobre 2018 de la Dresse FF._____, faisant état d'une péjoration du CRPS avec une atteinte au niveau de la mâchoire gauche, un état stationnaire au niveau des territoires allodyniques ainsi que de leur sévérité, et un traitement par hypnose (AI pce 45 p. 684) ;
- des rapports médicaux des 19 décembre 2018 et 25 janvier 2019 de la Dresse FF._____, constatant un recourant présentant un CRPS majeur réfractaire au traitement antalgique (AI pce 47 p. 758) et alors inapte à toute reprise professionnelle (AI pce 49 p. 825) ;
- un bilan d'évolution en ergothérapie établi le 4 février 2019 par Mme AA._____, indiquant que le suivi de rééducation en ergothérapie ne sera pas poursuivi en raison d'une absence d'évolution favorable malgré tous les conseils respectés par le recourant (AI pce 49 p. 803 à 810) ;
- un rapport médical du 7 février 2019 de la Dresse FF._____, signalant notamment la poursuite de la mobilisation neuroméningée et une tentative d'auriculothérapie (AI pce 49 p. 822) ;
- un rapport d'examen final par le médecin d'arrondissement SUVA rédigé par le Dr DD._____ en date du 22 mars 2019, retenant en particulier des diagnostics de fracture de l'épiphyse distale du radius (1^{er} mars 2016), de syndrome douloureux régional complexe de type I, de status post-arthrodèse radio-scapholunaire du poignet gauche avec résection du pôle distal du scaphoïde, arthroplastie prothétique de l'ulna, dénervation du nerf interosseux postérieur le 23 mai 2017 et de

réveil du CRPS de type I (2018). Le médecin ajoute que le seul traitement qui semble porter ses fruits est le suivi psychiatrique, l'état sur le plan somatique étant stabilisé (AI pce 49 p. 785 à 794) ;

- un rapport d'appréciation médicale du médecin de la SUVA du 5 avril 2019 du Dr DD._____, retenant les mêmes diagnostics que dans son précédent rapport et soulignant que les activités mono-manuelles légères sont possibles, mais qu'à ce moment, le rendement est limité à 40% par l'apparition rapide de douleurs lors de la sollicitation du membre supérieur gauche. A terme, une activité légère peut être exigible pour ce membre, sans limitation de temps et de rendement (AI pce 51 p. 836 à 842) ;
- un rapport d'appréciation médicale du médecin de la SUVA du 19 mars 2019, rédigé par le Dr DD._____ le 5 avril 2019, évaluant l'atteinte à l'intégrité à 30%, au motif qu'il peut être considéré que le membre supérieur gauche n'est utilisé qu'à 40% de ses capacités fonctionnelles (AI pce 51 p. 843) ;
- un rapport de consultation ambulatoire de la douleur du 22 juillet 2019 du Dr GG._____, psychiatre consultant, constatant un recourant présentant une baisse de la thymie importante, une irritabilité, un sentiment de désespoir et de découragement, une fatigue, une baisse de son élan vital et une difficulté à se projeter dans l'avenir. Ce médecin retient un diagnostic d'épisode dépressif moyen (AI pce 70 p. 895 s.) ;
- un certificat médical du 5 août 2019 de la Dresse FF._____, constatant que le recourant présente un CRPS majeur de son membre supérieur, est inapte à toute activité professionnelle utilisant le membre supérieur gauche et souffre de douleurs chroniques (AI pce 70 p. 893 s. ; SUVA pce 371) ;
- un certificat médical du 10 septembre 2019 de la Dresse K._____, médecin généraliste, relevant que le recourant présente une fracture complexe du radius gauche compliquée d'un syndrome douloureux du plexus brachial avec persistance d'une impotence fonctionnelle du membre supérieur gauche et des douleurs neuropathiques dans le cadre d'un CRPS empêchant son utilisation (SUVA pce 354) ;
- un rapport médical du 29 octobre 2019 de la Dresse FF._____ considérant que le recourant n'est pas apte à toute activité professionnelle et présente une non fonctionnalité de tout le membre supérieur gauche,

une péjoration du CRPS majeur et un état dépressif majeur. Cette médecin relève que la capacité de travail dans une activité adaptée aux limitations fonctionnelles (non utilisation complète du membre supérieur gauche) pourrait être de 50%, sous réserve de l'avis du psychiatre traitant (AI pce 84 ; SUVA pce 373) ;

- un rapport médical du 17 décembre 2019 de la Dresse K._____, retenant des diagnostics de fracture complexe radiale et de problème styloïde ulnaire compliqué d'un CRPS existant depuis le 1^{er} mars 2016 (AI pce 73 p. 917 s. ; SUVA pce 361) ;
- un rapport psychiatrique du 20 janvier 2020 de la Dresse J._____, concluant à une incapacité totale de travail depuis le 1^{er} mars 2016. Cette médecin diagnostique une algodystrophie du membre supérieur gauche et allodynies invalidantes secondaires à la fracture du poignet gauche ainsi qu'un syndrome dépressif sévère (AI pce 77 ; SUVA pce 373) ;
- une appréciation chirurgicale du 22 janvier 2020 établie par le Dr HH._____, spécialiste en chirurgie générale et traumatologie FMH, concluant à une activité habituelle n'étant plus exigible et à une exigibilité de 100% dans une activité adaptée (SUVA pce 365) ;
- un rapport médical du 11 mars 2020 de la Dresse J._____, signalant en substance que l'état de santé du recourant ne permet pas d'envisager une quelconque activité professionnelle, que les symptômes s'intègrent dans le cadre d'un syndrome anxiodépressif sévère, favorisé par la gravité de l'état physique, en particulier les douleurs chroniques, et que l'apparition d'idées suicidaires a nécessité une hospitalisation depuis le 17 février précédent (AI pce 87 ; SUVA pce 373) ;
- des bulletin de situation et lettre de liaison du 14 mai 2020 d'une clinique psychiatrique, sous la plume du Dr II._____, psychiatre, indiquant une entrée le 17 février 2020 et une sortie le 15 mai suivant. Il est conclu à un séjour bien passé et bénéfique (AI pce 90 ; SUVA pce 379).

9.

Pour fonder la décision entreprise (AI pce 131), l'autorité inférieure a suivi l'avis exprimé par le Dr F._____ dans son rapport du 27 novembre 2020. Celui-ci a repris les conclusions de l'expertise bidisciplinaire menée par le centre G._____, à l'exception de la date du début de la réadaptation qu'il

fixe au 22 mars 2018 et non pas au 1^{er} août 2019 comme l'ont fait les experts (AI pces 118 p. 1086 et 121 p. 1129).

9.1 L'intéressé, dans son recours, conteste en substance la limitation dans le temps de l'octroi des rentes d'invalidité au 30 juin 2018, précisant que l'analyse de l'autorité inférieure quant à une capacité de travail pleine et entière dès le mois de mars 2018 n'est corroborée ni par les constatations de la Clinique D._____, ni par une quelconque autre pièce du dossier. Il relève bien au contraire que son état de santé n'était pas stabilisé à cette date, qu'au demeurant l'OAIE ne pouvait s'appuyer sur l'évaluation de la Clinique D._____, celle-ci n'ayant aucunement chiffré sa capacité de travail dans une activité adaptée, qu'elle n'avait pas fait intervenir un expert rhumatologue ou orthopédiste pas plus qu'elle n'avait pris en compte ses atteintes à la santé psychique. Il estime par ailleurs que l'expertise médicale bidisciplinaire du centre G._____ est privée de toute valeur probante, ses conclusions étant lacunaires, contradictoires et incohérentes. Il sollicite dès lors préalablement la mise en place d'une expertise judiciaire bidisciplinaire en rhumatologie et psychiatrie, concluant principalement à l'octroi de rentes pleines et entières dès le 1^{er} mars 2017, non limitées dans le temps, subsidiairement à l'octroi de rentes limitées au 31 octobre 2019, soit trois mois après l'amélioration de son état de santé au 1^{er} août 2019.

9.2 L'OAIE considère notamment, pour sa part, que l'exigibilité d'une activité adaptée dès mars 2018, telle que retenue dans le rapport du 27 novembre 2020 du SMR, est confirmée par celui du 9 décembre 2021 du médecin du SMR.

9.3 Il y a lieu, dans un premier temps, d'examiner si le rapport d'expertise bidisciplinaire du centre G._____ du 3 novembre 2020 effectué par les Drs H._____ et I._____ (AI pce 118) a fait l'objet d'une étude circonstanciée se fondant sur des examens complets et en pleine connaissance du contexte médical (voir *supra* consid. 7.1.1).

Le Tribunal remarque que l'expertise a pris la forme d'un examen somatique d'une durée de 2h15 et d'un examen psychiatrique de 1h40 (AI pce 118 p. 1065). Il y a lieu de constater que les experts, les Drs H._____ et I._____, respectivement en tant que spécialiste FMH en médecine interne et rhumatologie et spécialiste FMH en psychiatrie-psychothérapie, sont des spécialistes reconnus et possédant les formations spécialisées ainsi que les compétences professionnelles requises afin d'investiguer valablement les pathologies dont souffre le recourant. Au surplus, les experts avaient pleine connaissance de l'anamnèse

(Al pce 118 p. 1065 et 1080 s.), ainsi que du dossier (Al pce 118 p. 1066 à 1080). Ils ont dûment rapporté les plaintes exprimées par l'expertisé (Al pce 118 p. 1082, 1083 et 1085 pour l'évaluation consensuelle ; Al pce 118 p. 1087 et 1089 pour l'expertise rhumatologique ; Al pce 118 p. 1105, 1106, 1108 et 1111 pour l'expertise psychiatrique). Enfin, la description du contexte médical est claire et les examens complets (Al pce 118 p. 1091 à 1098 pour l'expertise rhumatologique ; Al pce 118 p. 1105 à 1112 et 1113 à 1116 pour l'expertise psychiatrique). En conséquence, il y a lieu d'admettre que les exigences jurisprudentielles de nature formelle en matière de valeur probante sont respectées en l'espèce.

9.4 S'agissant plus spécifiquement des griefs d'ordre médical, il convient de se prononcer comme suit :

9.4.1 Dans un premier grief, le recourant fait valoir l'absence d'une réelle évaluation consensuelle entre les experts, ce qui jetterait le discrédit sur l'expertise, celle-ci étant alors lacunaire.

Le Tribunal ne saurait donner suite à cet avis. En effet, les experts ont, après avoir mené leurs examens, participé à une discussion consensuelle le jour de l'examen clinique, au terme des évaluations spécifiques. Ils indiquent avoir ensuite effectué plusieurs discussions lors de l'échange du dossier pour les discussions finales (cf. partie 4 du rapport d'expertise, intitulée « Informations sur l'obtention du consensus et signatures ; Al pce 118 p. 1087). Le Tribunal de céans ne trouve pas d'indice concret, au degré de la vraisemblance prépondérante, qui permette de douter de la véracité de ces déclarations écrites. On ne voit par ailleurs pas en quoi le fait de séparer les constatations et appréciations sur le plan somatique et psychiatrique contreviendrait aux exigences jurisprudentielles, du moment que les experts, après consensus, arrivent à une conclusion concordante, à savoir une capacité de travail nulle dans l'activité habituelle dès le 1^{er} mars 2016 et entière dans une activité adaptée dès le 1^{er} août 2019, sur le plan purement psychique cette capacité étant même également entière dans toute activité « depuis toujours » car il n'existe pas de psychopathologie incapacitante.

9.4.1.1 Dans le détail, les experts ont consensuellement retenu sur le plan somatique des diagnostics incapacitants de syndrome douloureux régional complexe du membre supérieur gauche de type 1 (CIM-10 : G90.5), de status après fracture du radius gauche le 1^{er} mars 2016 (CIM-10 : S62) et de status post arthrodèse radio-scapho-lunaire du poignet gauche avec résection du pôle distal du scaphoïde, arthroplastie prothétique de l'ulna, et

énervation du nerf interosseux postérieur, le 23 mai 2017 (CIM-10 : M19.94 ; AI pce 118 p. 1083). Ils ont d'ailleurs spécifié que seul le premier diagnostic somatique a une incidence sur les capacités fonctionnelles (AI pce 118 p. 1084) dans le cas du recourant. Au niveau des diagnostics non-incapacitants de nature somatique, ils ont relevé un pincement global des espaces intersomatiques C5-C6, C6-C7 et C7-D1 dans un contexte de discarthrose évoluée, une pseudarthrose de la clavicule droite post-fracture à l'âge de 10 ans ; status après ostéosynthèse de la clavicule droite (CIM-10 : S42.0), un status après opération de doigt à ressort de la main droite en 2012 (CIM-10 : M65.3), un discret syndrome rotulien droit (CIM-10 : M22.2), un reflux gastro-œsophagien (CIM-10 : K21), un status post-réssection des polypes du côlon (CIM-10 : K63.5), une obésité (indice de masse corporelle 33,8 kg/m² ; CIM-10 : E66.00), un syndrome vertigineux (CIM-10 : R42) et un tabagisme (CIM-10 : F17.24 ; AI pce 118 p. 1083 s.).

9.4.1.2 Sur le plan psychique, les experts ont également effectué avec diligence leur évaluation consensuelle, constatant l'absence de diagnostic incapacitant. Ils ont précisé à cet égard qu'il n'existe pas chez le recourant d'atteinte cérébro-organique, ni de manifestations psychotiques florides. Les fonctions thymiques sont impactées de manière légère. Le recourant n'a pas développé de syndrome de dépendance à une quelconque substance psycho-active que ce soit en dehors de la nicotine (AI pce 118 p. 1084). Ils ont posé un diagnostic non-incapacitant d'épisode dépressif léger sans syndrome somatique, en rémission (CIM-10 : F32.00) et relèvent encore que l'expertisé est exempt de troubles spécifiques (F60) de la personnalité (AI pce 118 p. 1084).

9.4.1.3 Les experts évaluent ensuite, toujours consensuellement, les ressources et les facteurs de surcharge se rapportant au recourant, et ce tant sur le plan somatique que psychique (AI pce 118 p. 1085), en effectuant le contrôle de la cohérence (AI pce 118 p. 1086).

9.4.1.4 En conséquence, le Tribunal constate que l'appréciation consensuelle de la situation médicale du recourant proposée par les experts a été correctement effectuée. Le grief du recourant retenant une prétendue lacune de l'expertise bidisciplinaire en raison de l'absence de réelle évaluation consensuelle s'avère, comme il a déjà été vu, infondé et doit ainsi être rejeté.

9.5 Le recourant fait aussi grief à l'expertise de ne pas avoir décrit de manière précise ses limitations fonctionnelles, de sorte que les conclusions de dite expertise seraient là encore lacunaires.

Or, une lecture attentive du rapport des experts permet de mettre à néant cet argument. En effet, les experts relèvent clairement, à titre de limitations fonctionnelles, les travaux de force et de dextérité avec sollicitation du membre supérieur gauche et en particulier du poignet et de la main gauches (AI pce 118 p. 1103).

9.6 S'agissant des griefs du recourant relatifs aux deux expertises spécifiques, il convient de relever les points suivants :

9.6.1 Pour ce qui est de l'expertise rhumatologique, le recourant soutient qu'elle serait incohérente, dans la mesure où l'expert rhumatologue juge sa capacité de travail entière dans une activité adaptée tout en se référant à des limitations fonctionnelles importantes du membre supérieur gauche. S'il est vrai que l'assuré n'est plus en mesure d'effectuer des travaux de force et demandant une certaine rapidité d'exécution avec son membre supérieur gauche selon l'expert rhumatologue (AI pce 118 p. 1103), cela ne signifie pas encore qu'aucune activité plus légère n'est plus exigible de la part du recourant. Dans de telles activités plus légères, l'expert rhumatologue reconnaît une pleine capacité de travail (AI pce 118 p. 1105) ; il précise à cet égard souscrire à l'appréciation du Dr DD._____. Ces activités n'impliquent pas que l'assuré ne puisse plus qu'effectuer des tâches monomanuelles, même lorsque l'expert rhumatologue rejoint le Dr DD._____ en mentionnant un potentiel d'utilisation du membre supérieur gauche de l'ordre de 40%, avec une fatigabilité. Son autre membre supérieur pourra d'ailleurs aider celui-ci en cas de besoin. L'évaluation de l'expert est, quoi qu'en dise le recourant, tout à fait soutenable et cohérente, compte tenu des observations approfondies qu'il a faites lors de son examen. C'est donc à raison que l'expert rhumatologue a retenu une pleine capacité de travail dans une activité adaptée auxdites limitations fonctionnelles. Le grief du recourant se révèle être infondé.

9.6.2 Pour le surplus, le Tribunal constate que les autres conditions posées par la jurisprudence en matière de valeur probante des rapports médicaux sont remplies en l'espèce.

9.6.2.1 Ainsi, au niveau de la motivation des diagnostics existant sur plan somatique au moment de l'expertise, l'expert rhumatologue indique que le recourant présente des douleurs localisées à la base du pouce, à l'avant-bras, au coude et parfois à l'épaule et au sein gauche. L'expertisé rapporte que par temps chaud, il souffre d'une tuméfaction accrue du membre supérieur gauche, et les doigts deviennent comme des « *chipolatas* » (peau marbrée) ; il a des sudations – qui sont, au jour de l'expertise, en régression

– par périodes, et d'un tremor aléatoire à la main gauche. Enfin, les critères de Harden sont remplis et il n'existe pas d'atteinte neurologique. Pour toutes ces raisons, l'expert conclut au premier diagnostic de syndrome douloureux régional complexe du membre supérieur gauche de type 1 (AI pce 118 p. 1098). Pour les autres diagnostics d'ordre somatique retenus, l'expert expose les rapports médicaux du dossier qui ont servi à les fonder (AI pce 118 p. 1098). L'expert évalue ensuite les ressources et les difficultés se rapportant au recourant (AI pce 118 p. 1103). Il contrôle aussi la cohérence et la plausibilité (AI pce 118 p. 1102).

9.6.2.2 Il y a dès lors lieu de relever que l'appréciation de la situation médicale du recourant exprimée par l'expert rhumatologue est claire et que ses conclusions sont dûment et précisément motivées.

9.6.3 Au surplus, si l'examen des points litigieux ne ressort, certes, pas expressément de l'expertise elle-même, le Tribunal constate que l'expert a eu en sa possession l'ensemble des pièces au dossier (cf. notamment l'énumération des documents médicaux, AI pce 118 p. 4 ss [ou 1066 ss]), et qu'il a ainsi, en toute connaissance, posé des conclusions divergentes de celles des médecins traitants. Le Tribunal peut donc en conclure, au degré de la vraisemblance prépondérante, que les points litigieux ont fait l'objet d'une étude circonstanciée. L'appréciation effectuée par l'expert rhumatologue ne saurait être contredite par les avis divergents figurant dans les certificats médicaux d'autres médecins s'étant prononcés sur ce point pour les raisons suivantes.

Si le Dr EE. _____ (cf. rapport du 14 mai 2018 [AI pce 45 p. 736 à 738]) a retenu une arthrose du radio-ulnaire distal et arthrose radiocarpienne, il n'en a pas indiqué ses éventuelles répercussions sur la capacité de travail du recourant, pas plus que d'éventuelles limitations fonctionnelles. Son certificat médical ne répond par conséquent en aucun cas aux requisits jurisprudentiels en matière de valeur probante et ne saurait mettre en doute les conclusions de l'expertise spécialisée rhumatologique.

S'agissant des répercussions des atteintes à la santé quant à une activité adaptée, les Drs Y. _____, FF. _____ et K. _____ ont un avis différent de celui de l'expert. Ce dernier spécifie que la capacité de travail dans une telle activité est entière depuis le 1^{er} août 2019, celle-ci ne s'étant pas modifiée depuis lors (AI pce 118 p. 1104) ; il retient alors les limitations fonctionnelles suivantes : travaux de force et de dextérité avec sollicitation du membre supérieur gauche et en particulier du poignet et de la main gauche (AI pce 118 p. 1103).

Le Dr Y. _____ quant à lui relève une incapacité totale dans dite activité (rapport médical détaillé E 213 CH du 11 septembre 2017 [AI pce 33]). Toutefois, l'on ignore quelle est la spécialisation de ce médecin. De plus, il n'est pas en mesure dans sa synthèse de déterminer l'évolution de la pathologie, indiquant seulement qu'elle est imprévisible, mentionnant au surplus que les limitations fonctionnelles constatées (pas d'exposition à la chaleur, pas de travail posté, de nuit, pas de flexion, de levage et de port de charges fréquentes, pas de montée d'escaliers, d'échelles et de plans inclinés, pas de travail possible) sont temporaires, prenant effet à partir du 1^{er} mars 2016, mais ne pouvant en énoncer la durée (« Les restrictions énumérées sont temporaires et ne valent que du 01.03.2016 au NE SAIT PAS » ; AI pce 33 p. 322). Une amélioration de la capacité de travail lui semble toutefois possible. Au vu des nombreux points laissés ouverts par ce médecin, ses conclusions ne remplissent pas les réquisits jurisprudentiels en matière de valeur probante. Par ailleurs, ce document médical, établi en 2017, est trop ancien pour se mettre en porte-à-faux par rapport à l'expertise du centre G. _____ du 3 novembre 2020. Qui plus est, en reconnaissant leur caractère temporaire, il suggère que le degré de capacité de travail dans une activité adaptée peut se modifier dans le futur, voire totalement se rétablir. Cela étant, il n'est pas exclu, au degré de la vraisemblance prépondérante, que la capacité soit à nouveau entière quelques années plus tard, au moment de l'expertise du centre G. _____ en 2020. Aussi ce rapport n'est-il pas susceptible de remettre en cause les conclusions de l'expert rhumatologue du centre G. _____, qui, elles, se révèlent au demeurant être bien plus étayées.

Pour sa part, la Dresse FF. _____, considère à plusieurs reprises que le recourant est inapte à toute reprise professionnelle (rapport du 25 janvier 2019 [AI pce 49 p. 825] ; certificat médical du 5 août 2019 [AI pce 70 p. 983. ; SUVA pce 371], rapport du 29 octobre 2019 [AI pce 84]). Or, ces rapports sont succincts et sommairement motivés, ne présentant pas les examens effectués. De plus, cette médecin motive son appréciation en évoquant des motifs étrangers à l'invalidité, à savoir que le recourant est inapte à conduire et ne peut se rendre sur un potentiel lieu de travail. De surcroît, la Dresse FF. _____ relativise ultérieurement son point de vue, en évoquant une capacité de travail dans une activité adaptée qui pourrait être de 50%, tout en réservant l'avis du psychiatre traitant (rapport du 29 octobre 2019 [AI pce 84 ; SUVA pce 373]). Ces documents médicaux, qui au demeurant ne remplissent pas les réquisits jurisprudentiels en matière de valeur probante (voir *supra* consid. 7.1.1) ne sauraient dès lors faire naître un doute concret quant au bien-fondé des conclusions de l'expert rhumatologue du centre G. _____.

Il en est de même des conclusions de la Dresse K._____, laquelle indique une incapacité de travail totale dans une activité adaptée depuis le 1^{er} mars 2016, en fixant les limitations fonctionnelles suivantes : algie, limitation fonctionnelle motrice du membre supérieur gauche (rapport du 10 septembre 2019 [SUVA pce 354], rapport du 17 décembre 2019 [AI pce 73 p. 917 ; SUVA pce 361]). Il sied d'emblée de relever qu'il s'agit d'une médecin généraliste, n'étant ainsi pas au bénéfice de la spécialisation requise, contrairement à l'expert rhumatologue du centre G._____. Au surplus, son rapport est motivé de façon sommaire. En conséquence, ses conclusions ne sont pas à même de jeter le doute sur celles de l'expert.

Enfin, le Tribunal relève que tant les conclusions du Dr DD._____, lequel estime qu'à terme une activité légère peut être exigible pour le membre supérieur gauche sans limitation de temps et de rendement (rapport du 5 avril 2019 [AI pce 51 p. 842]), que celles du Dr HH._____ (appréciation chirurgicale du 22 janvier 2020 [SUVA pce 365]) rejoignent les conclusions de l'expert du centre G._____.

Les autres médecins consultés dans ce dossier, à savoir ceux de la Clinique D._____ ne se sont certes pas déterminés sur la capacité de travail du recourant. Ils ont néanmoins rapporté qu'une réorientation professionnelle s'imposait et qu'il n'existait pas de contre-indication médicale à une réadaptation professionnelle (rapport d'évaluation interdisciplinaire du 28 mars 2018 [AI pce 39 p. 564]), ce qui permet d'admettre que le recourant conserve une capacité de travail dans une activité adaptée. En outre, ils ont retenu les mêmes limitations fonctionnelles, soit l'absence d'un travail de force ou demandant de la dextérité (AI pce 39 p. 564).

En conséquence, l'expertise rhumatologique présente pleine valeur probante sur le plan médical.

9.7 En ce qui concerne l'expertise psychiatrique, le recourant émet des critiques au sujet des conclusions qui y sont formulées sur la labilité émotionnelle, qui seraient contradictoires, et de l'explication donnée par l'expert sur le résultat des analyses de laboratoire.

9.7.1 Il sied d'examiner dans un premier temps si dite expertise psychiatrique respecte la procédure probatoire structurée voulue par la jurisprudence fédérale (ATF 141 V 281).

9.7.1.1 Le Tribunal fédéral a jugé dans les ATF 143 V 409 et 143 V 418 que l'approche développée dans le cadre des troubles somatoformes

douloureux doit dorénavant s'appliquer à tous les troubles psychiques, en particulier aussi aux dépressions légères à moyennes, qui doivent dès lors, en principe, faire l'objet d'une procédure probatoire structurée au sens de l'ATF 141 V 281 (ATF 143 V 418 consid. 6 et 7 et les références), afin d'établir l'existence d'une incapacité de travail et de gain invalidantes. Ainsi, le caractère invalidant d'atteintes à la santé psychique doit être déterminé dans le cadre d'un examen global, en tenant compte des différents indicateurs, au sein desquels figurent notamment les limitations fonctionnelles et les ressources de la personne assurée, de même que le critère de la résistance du trouble psychique à un traitement conduit dans les règles de l'art (ATF 143 V 409 consid. 4.4 ; arrêt du Tribunal fédéral 9C_142/2018 du 24 avril 2018 consid. 5.2). Bien plus que le diagnostic, c'est donc la question des effets fonctionnels d'un trouble qui importe.

9.7.1.2 Dans l'approche développée dans le cadre des troubles somatoformes douloureux, le Tribunal fédéral a conçu, pour l'évaluation du caractère invalidant des affections psychosomatiques, une série d'indicateurs qu'il a classés dans deux catégories (ATF 141 V 281 consid. 4.1.3) :

A. Catégorie « degré de gravité fonctionnel »

a. Complexe « atteinte à la santé »

i. Expression des éléments pertinents pour le diagnostic

ii. Succès du traitement ou résistance à cet égard

iii. Succès de la réadaptation ou résistance à cet égard

iv. Comorbidités

b. Complexe « personnalité » (diagnostic de la personnalité, ressources personnelles)

c. Complexe « contexte social »

B. Catégorie « cohérence » (point de vue du comportement)

a. Limitation uniforme du niveau des activités dans tous les domaines comparables de la vie

b. Poids des souffrances révélé par l'anamnèse établie en vue du traitement et de la réadaptation

9.7.1.3 Le Tribunal fédéral a précisé que les indicateurs se rapportant au degré de gravité fonctionnel (catégorie A ci-dessus) forment le socle de l'examen du caractère invalidant du trouble somatoforme (ATF 141 V 281 consid. 4.3) ; les conséquences tirées de cet examen doivent ensuite être examinées à l'aune des indicateurs se rapportant à la cohérence

(catégorie B ci-dessus ; ATF 141 V 281 consid. 4.1.3). La Haute Cour a également indiqué qu'il fallait toujours tenir compte des circonstances du cas concret et que le catalogue d'indicateurs n'avait pas la fonction d'une simple check-list. Il a souligné en outre que ce catalogue n'était pas immuable et qu'il devait au contraire évoluer en fonction du développement des connaissances scientifiques (ATF 141 V 281 consid. 4.1.1).

9.7.1.4 En l'espèce, au niveau de la catégorie A. « degré de gravité fonctionnel », le complexe « atteinte à la santé » est traité dans l'expertise psychiatrique. L'expert psychiatre, sur la base de ses constatations et explications, n'a posé aucun diagnostic incapacitant et fixé un diagnostic non-incapacitant d'épisode dépressif léger sans syndrome somatique (CIM-10 : F32.00). Il ajoute plus loin qu'il est en cours de rémission (AI pce 118 p. 1117). Aussi peut-on en conclure, avec l'expert psychiatre, que le recourant ne présente pas, au moment de la décision attaquée, de problèmes psychiques incapacitants.

9.7.1.5 S'agissant de l'indicateur i Expression des éléments pertinents pour le diagnostic, il y a lieu de constater qu'ils ont été exposés par l'expert psychiatre. Ainsi, lorsque ce praticien n'a pas pu retenir de diagnostic incapacitant chez l'assuré, il indique qu'il n'existe pas d'atteinte cérébro-organique, que les fonctions thymiques sont impactées de manière légère. Cela étant, il retient le diagnostic non-incapacitant susmentionné. Il ajoute que l'expertisé est exempt de manifestations anxieuses paroxystiques telles que potentiellement présentes au sein d'attaques de panique. L'assuré, qui rapporte une anamnèse infantile traumatique et carencée, a correctement fonctionné jusqu'aux faits en cours à ce jour et un éventuel trouble spécifique de la personnalité ne saurait être retenu. Enfin, il n'a pas développé de syndrome de dépendance à une quelconque substance psychoactive que ce soit en dehors de la nicotine (AI pce 118 p. 1116). Pour le diagnostic non incapacitant d'épisode dépressif léger sans syndrome somatique (CIM-10 : F32.00), l'expert explique qu'il l'a retenu sur la présence de l'allégation d'un infléchissement thymique, d'une augmentation de la fatigabilité, d'une diminution de l'estime de soi, d'une attitude pessimiste face à l'avenir et d'idées suicidaires (AI pce 118 p. 1116).

Pour ce qui a trait aux points litigieux de nature psychiatrique, l'expert se distance des avis divergents d'autres médecins consultés. Ainsi, les psychiatres et autres spécialistes traitants, les Drs GG._____, FF._____, J._____ et II._____, ont retenu d'abord un épisode dépressif moyen (rapport du 22 juillet 2019 du Dr GG._____ [AI pce 70 p. 895 s.]), puis un syndrome dépressif, voire anxiodépressif sévère (rapport du

29 octobre 2019 de la Dresse FF._____, qui parle d'un état dépressif majeur [AI pce 84 ; SUVA pce 373] ; rapports des 20 janvier et 11 mars 2020 de la Dresse J._____ [AI pce 77 ; SUVA pce 373 et AI pce 87 et SUVA pce 373] ; lettre de liaison du 14 mai 2020 du Dr II._____ [AI pce 90 ; SUVA pce 379]). Le Dr II._____ constate cependant le 30 avril 2020, durant le séjour en clinique, un épisode dépressif en phase de rémission progressive et le 14 mai 2020 une amélioration plus stable (lettre de liaison du 14 mai 2020 [AI pce 90 ; SUVA pce 379]). L'expert psychiatre explique que la situation psychique de l'assuré n'est pas préoccupante, se situant de manière très éloignée des grands syndrome psychiatriques incapacitants tels que l'épisode dépressif sévère ou du trouble bipolaire, de la psychose, du trouble spécifique de la personnalité ou du syndrome de dépendance à une substance psycho-active (AI pce 118 p. 1117). Force est dès lors d'admettre que l'épisode dépressif léger sans syndrome somatique en cours de rémission (CIM-10 : F32.00 ; AI pce 118 p. 1116) est congruent avec la dernière observation faite par un médecin traitant à ce moment-là, à savoir le Dr II._____ lors de la sortie de la clinique. On ne voit pas de motif, au degré de la vraisemblance prépondérante, qui remettrait en question cette appréciation. Il en va de même de l'aspect d'anxiété relevé par la Dresse J._____ avec un trouble anxiodépressif, l'expert niant l'existence d'une psychose (AI pce 118 p. 1117). Les raisons qui ont poussé l'expert à retenir un épisode léger ont par ailleurs déjà été présentées plus haut. Un autre expert retient de plus des traits de personnalité émotionnellement labile (rapport d'évaluation interdisciplinaire du 28 mars 2018 de la Clinique D._____ [AI pce 39 p. 554 ss]). Cependant, l'expert psychiatre, le Dr I._____, a motivé de façon convaincante l'absence de grands syndromes psychiatriques incapacitants tels que le trouble spécifique de la personnalité (AI pce 118 p. 1116).

S'agissant de la capacité de travail, l'expert rapporte que celle-ci est entière depuis toujours, faute de psychopathologie incapacitante (AI pce 118 p. 1118, 1119 s.). La psychiatre traitante, la Dresse J._____, semble contredire cet avis, évoquant une incapacité de travail totale depuis le 1^{er} mars 2016 (rapport du 20 janvier 2020 [AI pce 77 ; SUVA pce 373]). Il y a toutefois lieu de remarquer que cette psychiatre pose en partie des diagnostics d'ordre somatique (algodystrophie du membre supérieur gauche et allodynies invalidantes secondaires à la fracture du poignet gauche depuis cette date), excédant d'une part son domaine de spécialisation. D'autre part, il n'est pas possible de déduire, au degré de la vraisemblance prépondérante, dans quelle mesure l'incapacité de travail retenue par le médecin dépend de ces aspects somatiques en plus du diagnostic

psychiatrique (syndrome dépressif sévère). La Dresse J. _____ répète ses conclusions dans un rapport médical du 11 mars 2020 (AI pce 87 ; SUVA pce 373). Celles-ci s'en trouvent toutefois relativisées suite au séjour en clinique psychiatrique de l'assuré. En effet, dans son rapport du 22 avril 2021, cette médecin – même si elle informe qu'une nouvelle prise en charge hospitalière est envisagée et que les symptômes ne sont plus réactionnels, mais chroniques – admet que l'état psychique de son patient s'est amélioré partiellement depuis ledit séjour, corroborant ainsi implicitement les conclusions de l'expertise psychiatrique. Il est vrai que la praticienne prévient toutefois que l'humeur reste très fluctuante avec une persistance de nombreux symptômes des lignes dépressive et anxieuse. Elle pose un diagnostic de trouble dépressif (CIM-10 : F32) d'intensité variable depuis janvier 2020 associé à un trouble anxieux (CIM-10 : F41) et relève que les symptômes psychiques ont un retentissement important sur la capacité de travail, qui est nulle dans toute activité (annexe à TAF pce 12). Force est toutefois de constater que l'expert psychiatre a posé ses conclusions de diagnostic non-incapacitant d'épisode dépressif léger sans syndrome somatique, en ayant pleinement connaissance des rapports des 20 janvier et 11 mars 2020 de la Dresse J. _____ (cf. AI pce 118 p. 1077 et 1078, qui se réfère par mégarde à une Dresse JJ. _____). Il a, partant, estimé que l'appréciation faite par la Dresse J. _____ n'était pas pertinente, tout en expliquant dûment pourquoi il retenait le diagnostic susmentionné.

Enfin, la nouvelle hospitalisation du 30 juin au 27 août 2021 rapportée par la lettre de liaison du 10 septembre 2021 est postérieure à la décision attaquée et sort donc du cadre d'examen du Tribunal (cf. *supra* consid. 4.2). En effet, elle est intervenue six mois après la décision susmentionnée. Même s'il en était tenu compte dans la présente procédure, elle ne serait pas à même de remettre en question les constatations qui viennent d'être faites par le Tribunal. La lettre de liaison qui a été établie par la Dresse L. _____, psychiatre, suite à l'issue de celle-ci indique que le patient avait été adressé par la Dresse J. _____ pour une dépression (les antécédents relevés étant un épisode dépressif sévère sans symptômes psychotiques [CIM-10 : F322]) et des troubles de l'adaptation. Il y est conclu à un épisode dépressif lié à des facteurs anxiogènes. Force est toutefois de constater que la Dresse L. _____ ne spécifie pas le degré de gravité dudit épisode dépressif. Il n'est dès lors pas possible au Tribunal de déterminer, au degré de la vraisemblance prépondérante, si l'épisode serait plutôt sévère ou léger, comme cela a été apprécié par l'expert psychiatre. Qui plus est, la Dresse L. _____ résume le séjour hospitalier dans le sens d'une stabilisation clinique de l'humeur. Cela étant, il y a lieu

d'en déduire que le recourant allait mieux à sa sortie et que son état de santé était de nouveau stabilisé. Quoi qu'en pense le recourant, cette lettre de liaison, au demeurant fort sommaire, ne respecte pas les exigences posées en la matière par la jurisprudence fédérale et ne saurait se voir reconnaître une quelconque valeur probante. Par ailleurs, l'hospitalisation du 17 février au 15 mai 2021 relevée par la Dresse K. _____ dans son rapport du 27 mai 2021 (TAF pce 12, annexe), pour autant que ce rapport postérieur à la date de la décision litigieuse puisse être pris en considération dans la présente procédure de recours, n'est corroboré par aucune autre pièce au dossier et paraît, au degré de la vraisemblance prépondérante, être le fait d'une mégarde, devant s'agir bien plutôt de l'hospitalisation du 17 février au 15 mai 2020 relevée par le Dr II. _____ (AI pce 90). Le recourant informe lui-même avoir été hospitalisé à deux reprises en clinique psychiatrique, le premier séjour s'étant déroulé du 17 février au 15 mai 2020 et le second, du 30 juin au 27 août 2021 (TAF pce 12 p. 5). Quoi qu'il en soit, le rapport de la Dresse K. _____ fort succinct et émanant d'une médecin généraliste ne remplit pas les réquisits jurisprudentiels et ne peut non plus se voir accorder pleine valeur probante.

9.7.1.6 L'indicateur ii Succès du traitement ou résistance à cet égard figure aux p. 1106 et 1112 de la pce 118 de l'AI. L'expert indique que le recourant consulte une psychiatre, la Dresse J. _____, à une fréquence mensuelle et qu'il suit un traitement psychopharmacologique antidépresseur d'activité moléculaire double sérotoninergique et noradrénergique, à potentialité analgique explorée ailleurs. Il précise que l'assuré a eu recours à des médecines alternatives, de l'hypnose et à « un rebouteux ». Il relate enfin que le recourant a été hospitalisé au sein d'une clinique durant trois mois au début de l'année 2020 (AI pce 118 p. 1106 à 1112). On peut en inférer que le recourant est compliant avec les propositions médicales d'ordre psychiatrique qui lui sont faites.

9.7.1.7 En lien avec l'indicateur iii Succès de la réadaptation ou résistance à cet égard, l'expert psychiatre rapporte que le recourant est peu enclin à accepter d'éventuelles mesures de réadaptation, s'estimant trop âgé pour pouvoir retourner sur « les bancs de l'école ». Il ne se projette pas dans une activité professionnelle (AI pce 118 p. 1112). Cela corrobore les observations faites par d'autres médecins, comme les experts de la Clinique D. _____ dans leur rapport d'évaluation interdisciplinaire du 28 mars 2018 (AI pce 39 p. 554 ss). Selon l'expert, l'évolution psychiatrique est au moment de l'expertise encourageante puisqu'il n'a retrouvé qu'un épisode dépressif léger en cours de rémission. D'éventuelles mesures de réadaptation peuvent être soutenues chez un assuré qui se dit

peu enclin à les accepter. Le pronostic de l'expert est que les chances de guérison d'un tel épisode en cours de rémission sont excellentes (AI pce 118 p. 1117).

9.7.1.8 En ce qui concerne l'indicateur iv Comorbidités, le Dr I. _____ décrit que le recourant a une anamnèse infanto-juvénile traumatique et carencée, mais qu'il a connu un développement qui s'est déroulé sans accroc. Jusqu'aux faits en cours au jour de l'expertise, il a fonctionné correctement et un trouble spécifique de la personnalité ne saurait être retenu en dépit de la présence de traits pathologiques de personnalité de type émotionnellement labile impulsif. Il complète encore ce point lorsqu'il examine la personnalité du recourant (voir *infra* consid. 9.7.1.9). Par ailleurs, hormis la nicotine, l'expertisé n'a pas développé de syndrome de dépendance à une quelconque substance psychoactive (AI pce 118 p. 1115 s.).

9.7.1.9 Pour le complexe b. « personnalité », l'expertise psychiatrique relève dans une partie afférente au status psychiatrique qu'il est retrouvé des facteurs prédisposants sous forme d'une anamnèse infantile traumatique et carencée avec un père éthylique, mais qu'il a correctement fonctionné jusqu'aux faits en cours au jour de l'expertise. Il relève l'existence de traits pathologiques de personnalité d'un registre impulsif qui n'atteignent cependant pas le seuil d'un trouble spécifique (F60) de la personnalité. Enfin, l'expert déclare n'avoir pas retrouvé de labilité émotionnelle, d'immaturité affective, de distance relationnelle problématique, de fonctionnement noir-blanc en « tout ou rien ». L'assuré apparaît hostile envers les procédures engagées devant la SUVA et l'OAI (AI pce 118 p. 1115).

9.7.1.10 Pour ce qui a trait au complexe c. « contexte social », le Dr I. _____ mentionne une très bonne entente du recourant avec ses fils qui sont très présents pour aider la famille. En termes d'entourage, il reçoit un très bon soutien de la part de sa famille, également de sa belle-famille (AI pce 118 p.1111). Si le recourant déclare que sa relation conjugale est en berne avec la possibilité d'un divorce (AI pce 118 p. 1105), c'est néanmoins l'épouse qui fait une partie des tâches ménagères. De plus, le recourant voit parfois des amis (AI pce 118 p. 1112). En somme, l'expert psychiatre considère ainsi que le recourant nourrit de bonnes relations intrafamiliales et a des relations proches, avec une capacité d'évoluer au sein d'un groupe (AI pce 118 p. 1118).

9.7.1.11 Au vu de ce qui précède, le degré de gravité fonctionnel peut dans le cas du recourant, et comme le relève à juste titre l'expert psychiatre, être qualifié de « léger en cours de rémission » (AI pce 118 p. 1116) ou encore

les limitations constatées sur le plan psychiatrique d'absentes (AI pce 118 p. 1117).

9.7.1.12 Ensuite, l'expert psychiatre examine ces conséquences tirées de ses examens et des tests psychologiques complémentaires à l'aune des indicateurs liés à la cohérence (catégorie B. du même nom). Il souligne qu'il n'existe pas de diminution uniforme des activités dans tous les domaines de l'existence chez un assuré nourrissant de bonnes relations intrafamiliales et appréciant être en terrasse de café, la gastronomie et la restauration (indicateur a. Limitation uniforme du niveau des activités dans tous les domaines comparables de la vie). Certes, l'expertisé fait part d'une fatigabilité. Cependant, il ne rapporte pas une asthénie massive. C'est pourquoi l'expert psychiatre juge que la capacité d'endurance du recourant n'est pas amoindrie au motif psychiatrique et qu'il pourrait maintenir un niveau de rendement continu au motif psychiatrique (AI pce 118 p. 1118). L'expert évoque encore que les difficultés rencontrées par le recourant sont de type algique ou algodystrophiques sympathiques réflexes explorés ailleurs et l'inscription au sein d'une posture d'invalidé ; l'expertisé est endetté (AI pce 118 p. 1119 ; indicateur b. Poids des souffrances révélé par l'anamnèse établie en vue du traitement et de la réadaptation). Selon le Dr I. _____, la principale incohérence réside en l'inscription au sein d'un statut d'invalidé chez un assuré qui ne présente pas de psychopathologie incapacitante (AI pce 118 p. 1117).

9.7.1.13 Compte tenu de tout ce qui précède, le Tribunal de céans peut suivre l'expert psychiatre lorsqu'il met en exergue une absence de limitations fonctionnelles au motif psychiatrique (AI pce 118 p. 1117). C'est ainsi logiquement que ce praticien ne retient aucune incapacité de travail au plan psychiatrique tant pour l'activité habituelle que pour une activité adaptée (AI pce 118 p. 1118 et 1119 s. ; pour les points litigieux, voir aussi *supra* consid. 9.7.1.5).

9.7.1.14 En conséquence, le volet psychiatrique du rapport d'expertise bidisciplinaire du 3 novembre 2020 répond incontestablement à la grille d'évaluation normative et structurée au sens de l'ATF 141 V 281. Cela étant, il n'était pas nécessaire que l'évaluation consensuelle en répète l'examen, l'expertise spécialisée psychiatrique faisant partie intégrante du rapport d'expertise. Il suffit donc de s'y référer pour comprendre les conclusions consensuelles des experts. L'expertise bidisciplinaire n'est pas lacunaire sur ce point. Mal fondé, le grief élevé par le recourant quant à une absence d'analyse de la capacité de travail à l'aune des indicateurs

propres aux troubles de nature psychosomatique dans l'expertise bidisciplinaire doit être rejeté.

9.7.2 Le recourant reproche en outre à l'expertise spécialisée psychiatrique de ne pas avoir cherché à établir rétroactivement l'évolution de l'état de santé du recourant et l'éventuelle fluctuation de la capacité de travail. Or, le Dr I. _____ n'a pas pu objectiver de psychopathologie incapacitante chez l'expertisé lors de ses examens et tests complémentaires. Il a indiqué que la capacité de travail d'un point de vue psychiatrique est de 100% depuis toujours (Al pce 118 p. 1118 à 1120). Dès lors, il n'avait aucune raison de déterminer rétroactivement une fluctuation de dite capacité de travail. Le recourant ne saurait donc être suivi à cet égard.

9.7.3 Le recourant fait encore grief à l'expertise psychiatrique d'être contradictoire dans la mesure où l'expert aurait relevé selon lui qu'il n'a pas retrouvé de labilité émotionnelle, puis aurait affirmé le contraire en évoquant la présence de traits pathologiques de type émotionnellement labile impulsif. Comme il a été relevé plus haut (voir *supra* consid. 9.7.1.9), on remarquera que l'expert psychiatre s'est avant tout penché sur le caractère impulsif du recourant et qu'il n'a relevé que des traits pathologiques, tout en niant un degré suffisant pour constituer un trouble spécifique de la personnalité (Al pce 118 p. 1115). Les conclusions du Dr I. _____ ne présentent ainsi aucune contradiction. Infondé, le grief y relatif doit être écarté.

9.7.4 Le recourant soutient en outre que l'expertise psychiatrique contient des incohérences au niveau du résultat des analyses de laboratoire, l'expert notant que le dosage de la Venlafaxine est infrathérapeutique, ce que le recourant conteste. Il s'agit là d'une interprétation de nature scientifique qui échappe aux compétences des juges du Tribunal. Il n'appartient en effet pas au juge de procéder à des considérations d'ordre médical (ATF 125 V 256 consid. 4 ; arrêt du Tribunal fédéral 8C_580/2022 du 31 mars 2023 consid. 4.2.4).

9.7.5 Le recourant relève également que les experts n'ont pas déterminé si le cumul des médicaments qu'il prend entraîne des effets secondaires susceptibles d'influer sur sa capacité de travail. Cet argument tombe à faux, dans la mesure où les experts se prononcent à ce sujet (cf. Al pce 118 p. 1105 pour l'expertise rhumatologique [« en ce qui concerne les traitements à visée antalgique, l'expertisé ne nous pas signalé d'effets non-désirés »] et Al pce 118 p. 1120 pour l'expertise psychiatrique [« il n'y a pas d'effet secondaire majeur induit par la Venlafaxine »]).

9.7.6 Le recourant prétend ensuite que les experts se contredisent en relevant qu'il reçoit du soutien de son entourage (p. 49 de l'expertise : AI pce 118 p. 1111), alors qu'est décrite une relation en berne avec la possibilité d'un divorce (p. 43 de l'expertise : AI pce 118 p. 1105). Le Tribunal relève que ces assertions sont contenues dans l'anamnèse de l'expertise psychiatrique et résultent des déclarations de l'assuré lui-même. Ce dernier ne saurait donc en toute bonne foi faire grief aux experts de les avoir retranscrites dans le rapport d'expertise. Au surplus, le Tribunal constate qu'il n'y a aucune contradiction entre le fait pour le recourant d'obtenir de l'aide de ses fils (p. 49 de l'expertise) et celui d'avoir des relations difficiles avec son épouse (p. 43 de cette même expertise). Là encore, le grief du recourant tombe à faux.

9.7.7 De la même manière, le Tribunal ne saurait voir de contradiction dans l'expertise psychiatrique, comme le prétend le recourant (TAF pce 12 p. 1112), entre le fait que l'expert l'a décrit comme possédant sa capacité de déplacement, tout en étant véhiculé par autrui, l'intéressé ayant relevé faire des marches et aider son épouse pour certaines activités du ménage (TAF pce 12 p. 1112). Sa capacité de se déplacer est par ailleurs corroborée par l'expert rhumatologue qui signifie que l'expertisé a indiqué faire des marches à l'extérieur, 5 à 6 heures par semaine (AI pce 118 p. 1090 et 1105).

9.7.8 L'assuré perçoit également une contradiction de l'expertise psychiatrique qui relève qu'il possède une capacité hédonique alors qu'il n'a plus de loisirs ni hobbies ou activités sociales. Là encore, le Tribunal ne relève aucune faiblesse de l'expertise sur ce point, l'expert se contentant de relever, s'agissant du recourant : « Il conserve une capacité hédonique notamment autour de la gastronomie et de la restauration » (AI pce 118 p. 1115). Ce constat résulte des propos mêmes de l'assuré résumés dans l'anamnèse et lors de laquelle il a relevé apprécier manger, la gastronomie et la restauration (AI pce 118 p. 1106 s.).

9.7.9 Dans un autre grief, le recourant reproche à l'expertise psychiatrique de ne pas avoir opéré d'échelle de HAMILTON, alors qu'il s'agirait de l'échelle principale pour évaluer la dépression. Certes, l'expert psychiatre précise dans son expertise ne pas avoir pratiqué de la sorte lors des tests psychologiques complémentaires (AI pce 118 p. 1116). Il n'en demeure pas moins qu'il a effectué un entretien très approfondi avec l'expertisé, passé en revue des questions structurées et analysé en détail les différentes lignées de troubles possibles du status psychiatrique, tout en spécifiant des constatations complémentaires. A cet égard, il a déjà examiné la

lignée des troubles de l'« humeur » lors de l'anamnèse psychiatrique systématique. Dans ce cadre, il a notamment analysé s'il existait un syndrome dépressif présent, durée des symptômes (durée supérieure à 2 semaines), tout en répondant par la négative et qu'un épisode dépressif caractérisé n'était pas retrouvé au sein de son travail chez un assuré qui se projette dans l'avenir, qui est sthénique et hédonique (AI pce 118 p. 1107). Il a encore recherché la présence d'un syndrome somatique de la dépression et l'a niée. Pour ce faire, il a relevé qu'il n'y avait pas de diminution de l'intérêt/plaisir pour des activités habituellement agréables dans la mesure où l'expertisé apprécie la gastronomie et la restauration. Il n'y avait pas non plus de manque de réactivité à des événements habituellement agréables, car le recourant accepte les invitations, notamment au restaurant. Le recourant ne présentait pas de réveil matinal précoce (au moins deux heures avant l'heure habituelle), se levant vers 8 heures. Il n'y avait pas dépression plus marquée le matin, étant donné que l'assuré n'a pas mentionné d'aggravation matinale ou d'amélioration vespérale, et a verbalisé un état thymique constant. L'expert n'a pas décelé de ralentissement ou d'agitation marqué et objectivable (ou signalé par des tiers), l'assuré étant sthénique. Il a encore examiné l'existence d'une perte d'appétit marquée et une perte de poids, tout en en précisant l'évolution. Il a enfin thématiqué les éventuels impacts sur la libido (AI pce 118 p. 1107). Ensuite, l'expert psychiatre a rapporté les constatations objectives qu'il a faites sur le status psychiatrique du recourant lors de son examen clinique, dont à nouveau celles en relation avec la lignée « humeur ». Dans ce contexte, il n'a pas observé de tristesse visible, le recourant étant jovial, souriant et émettant de l'humour ainsi que des rires. Il y a des pleurs ponctuels sur la question des rapports intimes avec sa femme. Il a constaté une motricité normale, l'expertisé émettant des mouvements spontanés et une hypomimie faciale ou des omégas anxieux étant absents. Il n'a pas découvert de fatigue perceptible, l'assuré lui apparaissant sthénique. La voix du recourant a été perçue comme normale dans son volume, son intonation et son débit. Il n'existait pas de voix d'une tonalité monocorde. La fluidité idéique a été constatée bonne, de nombreux thèmes pouvant être abordés et le recourant apparaissant fixé au sein d'une posture d'invalidé. Le Dr I. _____ n'a pas remarqué de culpabilité irrationnelle en termes de phénoménologie psychotique, ni d'excitation ou d'euphorie inadéquate. Il a noté que l'expertisé verbalisait être parfois impulsif, sans crise clastique cependant (AI pce 118 p. 1113). L'expert a encore fait des constatations complémentaires au niveau des fonctions thymiques, relevant qu'elles sont impactées chez l'assuré de façon légère. Le recourant n'a pas peiné à former ses pensées et a conservé une capacité hédonique, notamment autour de la gastronomie et de la restauration. Il se projetait dans l'avenir au sein de voyages éventuels. Cela étant, le

Dr I. _____ a retenu au sein de son travail un épisode dépressif léger en cours de rémission (AI pce 118 p. 1115). Cet examen clinique abondant et dûment motivé aboutit à des résultats qui s'avèrent, au degré de la vraisemblance prépondérante, convaincants. Or, selon la jurisprudence constante du Tribunal fédéral, c'est l'examen clinique avec l'établissement de l'anamnèse, ainsi que des symptômes et une observation du comportement de l'expertisé qui est décisif. Dans le cadre d'une expertise psychiatrique, des procédures de tests, comme l'échelle de HAMILTON, se voient reconnaître tout au plus une fonction complémentaire (cf. arrêts du Tribunal fédéral 9C_728/2018 du 21 mars 2019 consid. 3.3, 8C_772/2016 du 23 janvier 2017 consid. 6.1 et 8C_578/2014 du 17 octobre 2014 consid. 4.2.7 ; s'agissant de l'échelle d'évaluation psychopathologique de Montgomery-Asberg [MADRS], qui a été, comme le relève à juste titre le recourant, effectuée comme examen complémentaire par la Clinique D. _____ lors de son évaluation interdisciplinaire [AI pce 39 p. 566], cf. arrêt du Tribunal fédéral 9C_775/2008 du 15 septembre 2009 consid. 3.3 et la référence, cf. aussi arrêt du Tribunal fédéral 8C_433/2017 du 12 septembre 2017 consid. 3.4.1). C'est donc en vain que le recourant invoque l'absence d'un test de l'échelle d'HAMILTON pour contester la complétude de l'expertise psychiatrique.

9.8 Compte tenu de tout ce qui précède, le rapport d'expertise bidisciplinaire du centre G. _____ du 3 novembre 2020 respecte les réquisits jurisprudentiels aussi bien dans son évaluation consensuelle que dans ses expertises spécifiques rhumatologique et psychiatrique. Partant, il doit se voir accorder pleine probante et la décision litigieuse du 15 décembre 2020 était en droit de se fonder sur ses conclusions pour allouer au recourant une rente entière d'invalidité et une rente entière liée à celle du père limitées dans le temps. Le contexte médical étant clair, y compris pour la capacité de travail du recourant dans une activité adaptée, et par appréciation anticipée des preuves, la demande tendant à l'organisation d'une expertise judiciaire n'a pas lieu d'être et doit être rejetée.

9.9 Il reste encore à examiner la question du moment à partir duquel il convient de limiter l'octroi desdites rentes.

9.9.1 Pour retenir la date d'exigibilité du 28 mars 2018, l'OAIE s'est appuyé sur la date de l'évaluation interdisciplinaire de la Clinique D. _____. Il a encore expliqué que les rentes devaient être supprimées trois mois après la date à laquelle l'assuré a recouvré une capacité de travail totale dans une activité adaptée, conformément à l'art. 88a RAI (AI pce 131 p. 1155). Ce faisant, il a suivi dans une très grande mesure l'avis émis par le SMR

dans son rapport du 27 novembre 2020, du Dr F._____, qui retenait, lui, la date du 22 mars 2018. Cette date correspondait au dernier jour d'hospitalisation de l'évaluation interdisciplinaire de ladite Clinique D._____. Le SMR n'a pas retenu la date du 1^{er} août 2019 mentionnée par les experts du centre G._____, arguant que celle-ci se basait sur une communication de la SUVA du 4 avril 2019 (AI pce 50) et en aucun cas sur un fait médical (AI pce 121).

9.9.2 Le Tribunal constate que les experts ont consensuellement retenu que la capacité de travail de l'assuré dans une activité adaptée était entière depuis le 1^{er} août 2019, en se référant à la communication de la SUVA. Ils ont expliqué que la situation médicale y était considérée stabilisée après le 31 juillet 2019 (AI pce 118 p. 1065, 1086 s., 1105 et 1129). Il y a lieu dès lors d'examiner si la communication de la SUVA en question était propre à fonder médicalement la date d'exigibilité dans une activité adaptée. Dans celle-ci, la SUVA fait savoir au recourant que selon son service médical (examen final par le médecin d'arrondissement effectué le 19 mars 2019 [AI pce 49 p. 785 ss]), il n'y a plus lieu d'attendre de la continuation du traitement une amélioration notable des suites de l'accident. Elle a alors mis fin au paiement des soins médicaux au 31 juillet 2019, hormis deux contrôles médicaux spécifiques (AI pce 49 p. 779). L'examen final est consigné dans un rapport signé le 22 mars 2019 par le Dr DD._____, spécialiste FMH en chirurgie orthopédique (AI pce 49 p. 785 ss). Dans son appréciation, ce médecin relève notamment que lors du séjour à la Clinique D._____, du 20 au 22 mars 2018, la situation s'est stabilisée et qu'il n'y avait alors pas de contre-indication médicale à une réadaptation professionnelle. Le médecin insiste sur le fait que ces conclusions sont toujours d'actualité, le seul traitement qui semble alors porter ses fruits est le suivi psychiatrique qui devrait être poursuivi (AI pce 49 p. 793 et 794).

9.9.3 Il appert que la communication de la SUVA du 4 avril 2019 sur laquelle se sont basés les experts pour déterminer le moment déterminant de l'exigibilité de la capacité de travail de l'assuré se trouve en porte à faux avec le rapport d'évaluation interdisciplinaire du 28 mars 2018 de la Clinique D._____. En effet, la situation est stabilisée sur le plan médical selon la Clinique D._____ déjà depuis le 22 mars 2018 (date de la fin du séjour à la Clinique D._____ et donc de l'examen ; cf. arrêts du Tribunal fédéral I 628/03 du 7 avril 2004 consid. 2.2 et I 207/01 du 19 mars 2002 consid. 2b). On peut en inférer que médicalement, elle s'est donc à ce moment-là améliorée dans le sens d'une stabilisation et que cet état se maintient depuis. Or, l'art. 88a RAI, qui traite de la modification notamment du droit à la rente, prévoit à son al. 1 que si la capacité de gain ou la capacité

d'accomplir les travaux habituels de l'assuré s'améliore, ce changement 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. Il en découle, comme le relève à juste titre l'autorité inférieure, que la date retenue par l'expertise du centre G. _____ n'est pas pertinente. La stabilisation de l'état de santé du recourant s'est en effet maintenue depuis le 22 mars 2018 après le séjour à la Clinique D. _____. Le Tribunal remarque, certes, qu'il ressort du dossier qu'un médecin traitant spécialiste a fait état, le 29 octobre 2018, soit à une date postérieure à l'évaluation interdisciplinaire de la Clinique D. _____, d'une péjoration du CRPS avec une atteinte au niveau de la mâchoire gauche (cf. AI pce 45 p. 684). Donnant pour motivation le simple fait que le patient ne puisse plus aller chez le coiffeur ni se raser la barbe, et ne décrivant aucunement les examens effectués, ce rapport se révèle toutefois trop succinct pour se voir accorder pleine valeur probante. Il doit en outre être appréhendé avec la réserve qui se doit en présence de la relation de confiance, issue du mandat thérapeutique, qui unit le médecin traitant à son patient (arrêt du Tribunal fédéral I 655/05 du 20 mars 2006 consid. 5.4 ; ATF 125 V 351 consid. 3b/cc et les références). Il en va par ailleurs de même de son rapport du 29 octobre 2019 (AI pce 84). S'agissant de la date du 1^{er} août 2019 retenue par le centre G. _____, celui-ci indique s'être basé sur la communication du 4 avril 2019 de la SUVA à l'assuré pour arriver à cette conclusion quant au moment de la stabilisation de l'état de santé du recourant. Cependant, la communication de la SUVA (AI pce 54 p. 850 à 852) constitue un acte d'un assureur et non pas, une constatation émanant du corps médical, une telle constatation étant seule pertinente pour apprécier le moment topique au regard de l'art. 88a RAI. Le centre d'expertise G. _____ relève certes que la communication de la SUVA se réfère à son service médical pour expliquer qu'il n'y a plus lieu d'attendre de la continuation du traitement une amélioration notable des suites de l'accident, ce qui l'incite à mettre fin au paiement des soins médicaux au 31 juillet 2019, à deux exceptions près (synthèse du dossier dans le rapport d'expertise bidisciplinaire du 3 novembre 2020 [AI pce 118 p. 1075]). Il n'en demeure pas moins que la stabilisation existe sous l'angle médical déjà depuis le 22 mars 2018 et que le pronostic médico-théorique de guérison du CRPS est bon selon les conclusions des médecins spécialistes consultés de la Clinique D. _____ (AI pce 39 p. 563 s.). Le recourant avance par ailleurs que l'évaluation interdisciplinaire de la Clinique D. _____ était lacunaire sur le plan somatique, car aucun rhumatologue ou orthopédiste n'y avait été associé. Seuls

un neurologue et un psychiatre se seraient prononcés sur son état de santé. Il ajoute que l'OAIE ne pouvait donc retenir que son état de santé était alors stabilisé, du seul fait qu'il était conclu qu'il ne présentait pas d'atteinte neurologique, alors qu'il ne serait pas nié que l'atteinte est d'ordre rhumatologique / orthopédique. Il convient de relever à cet égard que le CRPS du membre supérieur gauche de type 1 (CIM-10 : G90.5) est, selon les experts du centre G._____, l'unique diagnostic incapacitant au plan somatique à avoir une incidence sur les capacités fonctionnelles du recourant ; sur le plan psychique, il n'y a pas de tel diagnostic (cf. Al pce 118 p. 1084). Or, la pathologie de CRPS constitue une douleur neuropathique. Au nombre des spécialistes compétents pour traiter une telle atteinte à la santé figure le-la neurologue. Il n'y avait dès lors pas besoin, quoi qu'en pense le recourant, de faire absolument intervenir un-e rhumatologue ou un-e orthopédiste pour évaluer le recourant sur ce point. Quoi qu'il en soit, le Tribunal de céans remarque que le Dr DD._____, un spécialiste en chirurgie orthopédique, a apprécié en mars 2019 que les conclusions de la Clinique D._____ étaient toujours d'actualité. Il a même ajouté qu'en ce qui concerne l'ergothérapie, la poursuite d'un traitement aigu dans un centre de la douleur et un suivi régulier en chirurgie de la main ne semblaient plus nécessaires, l'état sur le plan somatique étant stabilisé (Al pce 49 p. 793 s.). Autrement dit, un orthopédiste s'est prononcé après coup sur les conclusions de l'évaluation interdisciplinaire de la Clinique D._____ et les a confirmées, leur donnant une légitimité également sous l'angle de l'orthopédie. Si ce spécialiste a proposé plus tôt, le 11 mai 2018, de réévaluer le dossier dans six mois lorsque les mesures de réorientation professionnelles seront bien avancées, il a par la suite, au regard de dite réévaluation, pu confirmer les conclusions de la Clinique D._____. Cette première proposition ne relativise ainsi en rien les conclusions de la Clinique D._____. Pas plus que les conclusions posées toujours par le même médecin le 5 avril 2019, dans la mesure où celui-ci se prononce sur l'exigibilité à terme, non de façon générale pour l'activité adaptée, mais pour spécifiquement pour le membre supérieur gauche. Les limitations fonctionnelles, qui sont dites par ce médecin certainement évolutives du fait de la proposition de négliger ce membre, se concentrent également sur ce membre (activités dites légères, qui permettent de contenir un objet, de prendre de temps en temps un objet légère, avec une fatigabilité ; Al pce 51 p. 841 s. ; cf. également appréciation du 19 mars 2019 du même médecin, Al pce 51 p. 843). Si la situation était déjà stabilisée avec une capacité de travail à 100% dans une activité adaptée, elle pourrait encore à terme encore davantage impliquer le membre supérieur gauche. Partant, l'argumentation du recourant, dans sa réplique, selon laquelle l'avis du médecin d'arrondissement, le Dr DD._____, du 4 [recte :

5] avril 2019 plaiderait en faveur d'une capacité de travail dans une activité adaptée qui devait être atteinte à terme, ne saurait être suivie. Les deux autres diagnostics incapacitants retenus par les experts du centre G. _____ – à savoir un status après fracture du radius gauche le 1^{er} mars 2016 (CIM-10 : S62) et un status post arthrodèse radio-scapho-lunaire du poignet gauche avec résection du pôle distal scaphoïde, arthroplastie prothétique de l'ulna, et énérvation du nerf interosseux postérieur, le 23 mai 2017 (CIM-10 : M19.94) sont aussi couverts par un orthopédiste par rapport à la Clinique D. _____. Il n'y a dès lors pas non plus de lacune à ce niveau-là.

En décidant de suivre l'avis du SMR et donc de s'écarter des conclusions du centre G. _____ sur la question du moment de l'exigibilité, l'OAIE s'est fondé, quoi qu'en dise le recourant, sur les constatations faites par la Clinique D. _____ et n'a pas contrevenu au droit fédéral. Il n'est au demeurant pas décisif que l'OAIE ait retenu le 28 mars 2018 (date du rapport de l'évaluation interdisciplinaire de la Clinique D. _____) plutôt que le 22 mars 2018 comme suggéré par le SMR (AI pce 121). En effet, la limitation du droit à la rente et à la rente pour enfant liée à celle du père aboutit au 30 juin 2018 dans les deux cas, conformément à l'art. 88a RAI. En conséquence, le grief du recourant est infondé et doit être écarté.

9.9.4 Pour être complet, il convient de relever que le grief d'arbitraire relevé par l'assuré dans son mémoire de recours complémentaire (cf. TAF pce 12 p. 13) tombe à faux, la date d'exigibilité de la capacité de travail dans une activité adaptée étant, comme vu ci-dessus, le mois de mars 2018.

On rappellera à cet égard que de jurisprudence constante, une décision est arbitraire (cf. art. 9 Cst.) lorsqu'elle contredit de manière évidente une situation de fait donnée, lorsqu'elle viole gravement une règle de droit, un principe juridique clair et indiscuté, qu'elle ne se fonde pas sur des raisons sérieuses et objectives, qu'elle est dépourvue de sens et de but ou qu'elle heurte de manière choquante le sentiment de justice et d'équité. Pour qu'une décision soit arbitraire, il ne suffit toutefois pas qu'une autre décision eût été possible, ni même préférable. Il n'y a donc pas arbitraire du seul fait qu'une autre solution pourrait aussi se défendre et sembler même plus correcte. Pour être arbitraire la solution retenue doit heurter le sentiment du droit par comparaison avec la solution écartée et apparaître ainsi comme juridiquement injuste. Enfin, l'annulation d'une décision ne se justifie que lorsque celle-ci est arbitraire dans son résultat et pas uniquement dans sa motivation (ATF 134 I 140 consid. 5.4 et les références ; arrêt du

Tribunal administratif fédéral A-5276/2015 du 29 juin 2016 consid. 4.3.1.2).

10.

10.1 Reste à déterminer le taux d'invalidité du recourant. Celui-ci ne conteste pas les chiffres retenus par l'OAIE. Le résultat selon lequel l'assuré ne compte plus un degré d'invalidité suffisant pour ouvrir le droit à une rente et à une rente pour enfant liée à celle du père dès le 22 mars 2018 auquel aboutit l'OAIE doit être confirmé.

10.2 En effet, la comparaison des revenus opérée par l'OAIE dans la décision attaquée ne prête, dans son résultat, pas le flanc à la critique.

10.2.1 Les choix de la méthode générale de comparaison des revenus, du statut d'une personne exerçant une activité lucrative (cf. AI pces 2, 26 p. 171 et 118 p. 1110) et de l'année 2018 comme moment déterminant pour la comparaison s'agissant de la période postérieure à la stabilisation de la situation médicale du recourant et qui est ici litigieuse, sont corrects.

10.2.2 Pour le revenu de valide, il convient de retenir un salaire mensuel à temps plein de Fr. 5'100.– en 2016 (cf. rapport de l'employeur du 7 novembre 2016 [AI pce 8]) et donc annuel de Fr. 61'200.–, qu'il convient d'indexer à 2018 (indice selon l'ISS de 2260, alors que l'indice pour l'année 2016 est 2239), ce qui donne un montant de Fr. 61'774.– (cf. également AI pces 11, 26 p. 212 ss et 39 p. 654).

10.2.3 En ce qui concerne le revenu d'invalidé, le tableau TA1_tirage_skill_level tous secteurs confondus (total) de l'Enquête suisse sur la structure des salaires (ESS) 2014 (publié par l'Office fédéral de la statistique [OFS] le 15 avril 2016 ; cf. ATF 143 V 295 consid. 2.3 et les références) indique qu'un homme de niveau de compétences 1 (tâches physiques ou manuelles simples) peut réaliser un salaire mensuel brut de Fr. 5'312.–. Il se monte à Fr. 5'537,75 une fois adapté à l'horaire hebdomadaire usuel en 2018, soit 41,7 heures (OFS, « Durée normale du travail dans les entreprises selon la division économique, En heures par semaine »). Cela donne par conséquent un salaire annuel brut de Fr. 66'453.–. L'indice pour l'année correspondant à l'ESS de référence est 2220 et donc pour 2018 est 2260. Le salaire d'invalidé après indexation selon l'ISS s'élève donc à Fr. 67'650.–. Le taux d'abattement de 10% en raison des limitations fonctionnelles, non contesté par le recourant, s'inscrit dans le cadre du pouvoir d'appréciation reconnu à l'autorité inférieure et,

au vu des circonstances du cas d'espèce, n'est par conséquent pas critiquable. Après l'abattement donc de 10%, on débouche sur un revenu avec invalidité de Fr. 60'885.–.

10.3 En conséquence, avec un revenu de valide de Fr. 61'774.– et d'invalidité de Fr. 60'885.–, le calcul aboutit au résultat suivant : $(61'774 - 60'885) \times 100 : 61'774 = 1,44\%$, arrondi à 1%. Un tel taux, encore inférieur à celui retenu par l'OAIE de 9,32% (cf. également AI pces 41 et 43) et au minimum de 40%, n'ouvre pas droit à une rente.

11.

11.1 Dans sa réplique, le recourant soutient d'une part que l'arrêt cantonal (...) n'est pas pertinent pour la présente procédure de recours, que son état de santé n'est pas stabilisé et que la deuxième hospitalisation psychiatrique, étroitement liée à l'état de fait médical existant au moment où la décision querellée a été rendue doit être prise en considération, et d'autre part, que la décision française prise doit être prise en compte (il se réfère d'ailleurs à dite décision dans son recours).

11.2 Dans sa duplique, l'OAIE n'a fait que renvoyer à sa réponse et au dernier rapport du SMR.

11.3 Le Tribunal constate que l'arrêt (...) concerne une autre assurance sociale (l'assurance-accidents) et a été rendu par une instance judiciaire qui ne le lie pas. S'agissant de la nouvelle hospitalisation du 30 juin au 27 août 2021 à la clinique psychiatrique (TAF pce 12, annexe), il y a lieu de rappeler qu'elle n'a pas été examinée dans le cadre de la présente procédure de recours pour les motifs déjà évoqués plus haut (voir *supra* consid. 9.8.1.6).

11.4

11.4.1 Au surplus, le fait que le recourant ait été reconnu auprès de la Maison Départementale des personnes handicapées en France à titre de travailleur handicapé (restriction substantielle et durable pour l'accès à l'emploi), se voyant attribuer une allocation du 1^{er} novembre 2020 au 31 octobre 2022, en raison d'un taux d'incapacité supérieur ou égal à 50% et inférieur à 80% (cf. décision correspondante du 3 mars 2021 ; annexe 6 à TAF pce 12) est sans pertinence.

11.4.2 Il est en effet rappelé ici que même lorsque – comme en l'espèce – les dispositions de l'ALCP sont applicables à la contestation devant les

autorités suisses, l'invalidité ouvrant droit à des prestations de l'AI suisse se détermine exclusivement d'après le droit suisse, de sorte qu'il est indifférent que le recourant perçoive des prestations de la sécurité sociale française (art. 46 al. 3 et annexe VII du règlement n° 883/2004, ATF 130 V 253 consid. 2.4 ; arrêt du Tribunal fédéral 9C_465/2022 du 1^{er} mars 2023 consid. 5.5 ; voir aussi *supra* consid. 4.1.1). Mal fondé, le grief du recourant selon lequel son handicap fonctionnel a de plus été reconnu par les autorités françaises, qui ne peuvent être accusées d'avoir un parti pris en faveur du patient compte tenu du lien thérapeutique, est rejeté.

12.

Il s'ensuit que le recours doit être rejeté et la décision attaquée confirmée.

13.

13.1 Le recourant, qui succombe, doit s'acquitter des frais de justice fixés, compte tenu de la charge liée à la procédure à Fr 800.– (art. 63 al. 1 PA ; voir également art. 69 al. 1^{bis} et 2 LAI). Ils sont compensés par l'avance de frais du même montant dont il s'est acquitté au cours de l'instruction.

En outre, dans la mesure où la partie recourante, qui a mandaté une représentante pour la défense de ses intérêts, est déboutée, elle n'a pas droit aux dépens, lesquels comprennent les frais de représentation (art. 8 et 9 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]) et permettent au Tribunal, conformément à l'art. 64 al. 1 PA et 7 al. 1 et 2 FITAF, d'allouer à la partie ayant entièrement ou partiellement obtenu gain de cause une indemnité pour les frais indispensables et relativement élevés qui lui ont été occasionnés. En vertu de l'art. 7 al. 3 FITAF, l'autorité inférieure n'a pas droit aux dépens.

Le dispositif se trouve à la page suivante.

Par ces motifs, le Tribunal administratif fédéral prononce :

1.

Le recours est rejeté.

2.

Les frais de procédure de Fr. 800.– sont mis à la charge du recourant et sont compensés par l'avance de frais du même montant versée en cours de procédure.

3.

Il n'est pas alloué de dépens.

4.

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

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

La présidente du collège :

Le greffier :

Madeleine Hirsig-Vouilloz

Julien Borlat

Indication des voies de droit :

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

Expédition :