



## Arrêt du 28 février 2023

---

Composition

Caroline Bissegger (présidente du collège),  
Viktoria Helfenstein, Madeleine Hirsig-Vouilloz, juges,  
Mattia Bernardoni, greffier.

---

Parties

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

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

---

Objet

Assurance-invalidité, droit à une rente ordinaire et extraordi-  
naire (décision du 25 mai 2020).

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

A. \_\_\_\_\_ (ci-après : le recourant, l'assuré ou l'intéressé) est un ressortissant français, domicilié en France, né le (...) 1987 et a travaillé en Suisse, en tant que frontalier, jusqu'au 23 avril 2018 en qualité de manoeuvre de chantier à 100 % (AI pces 1 et 9). Lors de son activité lucrative en Suisse, l'assuré a cotisé à l'AVS/AI entre 2017 et 2018, soit durant 12 mois, selon le formulaire E 205 CH (cf. annexe à TAF pce 32 et ci-dessous consid. 10).

**B.**

En date du 15 novembre 2018, l'intéressé a déposé une demande de prestations (mesures professionnelles / rente) de l'assurance-invalidité (AI) auprès de l'Office de l'assurance-invalidité du canton B. \_\_\_\_\_ (ci-après : l'OAI-B. \_\_\_\_\_), en indiquant être en incapacité de travail totale (100 %) depuis le 24 avril 2018, à cause d'un accident entraînant des limitations fonctionnelles (AI pce 3).

**B.a** Il ressort des pièces présentes au dossier que, en date du 24 avril 2018, l'assuré a reçu une plaque de béton de 300 kg sur les deux mains (cf. rapport du Dr C. \_\_\_\_\_ [chirurgien orthopédiste auprès de la Caisse nationale suisse d'assurance en cas d'accidents [Suva] ; ci-après : le Dr C. \_\_\_\_\_] du 3 septembre 2018 [AI pce 19 p. 220 s.]).

Le compte-rendu opératoire du 27 avril 2018 (AI pce 19 p. 257 s.) rédigé par la Dre D. \_\_\_\_\_ (chirurgienne orthopédiste ; ci-après : la Dre D. \_\_\_\_\_) met en exergue une plaie D4-D5 en zone 2 de la main droite, ayant nécessité une intervention chirurgicale (exploration de la plaie avec lavage du canal digital de D4, suture de l'artère collatérale radiale de D5 et mise en place de manchon de tisseel au niveau du nerf collatéral radial de D5). Il ressort du rapport qu'au niveau de la main droite, le patient présente une plaie en zone 2 palmaire de D4 avec paresthésie sans trouble de la vascularisation. Au niveau de D5, le compte-rendu opératoire met en relief une plaie en zone 2 palmaire avec une hyposensibilité pulpaire, une vascularisation conservée avec toutefois une augmentation du temps de recoloration en palmaire, en dorsal supérieur. En ce qui concerne la main gauche, le rapport fait état d'une plaie en zone 2 palmaire de D4 et de D5 sans trouble neurovasculaire. Par ailleurs, la Dre D. \_\_\_\_\_ indique que le bilan RX n'a pas montré de fracture.

**B.b** La Suva a alloué des prestations pour les suites de l'accident précité, en versant notamment des indemnités journalières (AI pce 19 p. 289 s.).

Il ressort du rapport des Drs E. \_\_\_\_\_ (rhumatologue ; ci-après : le Dr E. \_\_\_\_\_) et F. \_\_\_\_\_ (neurologue ; ci-après : la Dre F. \_\_\_\_\_) de la Clinique G. \_\_\_\_\_ du 13 novembre 2018 que le recourant a séjourné à la Clinique G. \_\_\_\_\_ du 7 au 8 novembre 2018 (AI pce 19 p. 172 ss). Comme diagnostic principal, les médecins indiquent des thérapies physiques et fonctionnelles pour douleurs et raideur au niveau du 5<sup>e</sup> doigt de la main droite et engourdissement des deux mains, causés par le traumatisme survenu le 24 avril 2018, lorsque les deux mains de l'assuré ont été écrasées, avec :

- plaie D4-D5 zone 2 palmaire de la main droite,  
D5 : contusion du pédicule vasculonerveux ulnaire, contusion du nerf collatéral radial, section de l'artère collatérale radiale et ouverture du canal digital,  
D4 : hématome du canal digital et contusion du nerf collatéral radial et ulnaire ;
- plaie D3-D4 zone 2 palmaire de la main gauche, sans atteinte neurovasculaire.

Les Drs E. \_\_\_\_\_ et F. \_\_\_\_\_ mentionnent également une évolution postopératoire lentement favorable avec toutefois une raideur digitale et un flessum de D5 au niveau de la main droite (étant précisé que le recourant est droitier), ainsi qu'une persistance de paresthésies au niveau des deux mains.

Il ressort du rapport du 13 novembre 2018 que le recourant a été vu par un psychiatre de la clinique G. \_\_\_\_\_, en raison de la détresse psychologique objectivée lors de l'examen d'admission. Le patient a rapporté des troubles du sommeil avec ruminations fréquentes, sans idéations suicidaires. Par rapport au traumatisme, l'assuré a dit avoir encore des flashbacks de l'accident spontanément et à la vue de sang ou de chantiers. Aussi, au terme de l'entretien psychiatrique, les médecins de la Clinique G. \_\_\_\_\_ retiennent également, comme diagnostic supplémentaire (posé le 7 novembre 2018), un trouble de l'adaptation avec des symptômes de type PTSD (F43.28 CIM-10) voire un PTSD (F43.1 CIM-10 [état de stress post-traumatique]).

**B.c** Il ressort du rapport de la Dre H. \_\_\_\_\_ (chirurgienne de la main ; ci-après : la Dre H. \_\_\_\_\_ du 6 décembre 2018 (AI pce 11) que l'assuré est toujours en incapacité totale de travailler, à cause de douleurs et d'une raideur à la main droite (D4 et D5).

Le rapport médical E 213 CH du 15 janvier 2019 (AI pce 17) fait notamment état d'une incapacité de travail totale dans toute activité lucrative (à réévaluer dans trois mois), d'un retentissement psychologique majeur et de douleurs et d'une raideur à la main droite.

Dans son rapport du 29 avril 2019 (AI pce 28 s.), la Dre H. \_\_\_\_\_ mentionne notamment un état de santé stationnaire depuis décembre 2018, des diagnostics inchangés et une amélioration des douleurs de D4 depuis décembre 2018. Le médecin indique également qu'une reprise de travail paraît possible à 50 % dans les deux mois suivant la rédaction de son rapport.

Le rapport du Dr I. \_\_\_\_\_ (neurologue ; ci-après : le Dr I. \_\_\_\_\_) du 28 juin 2019 (AI pce 34 p. 444 s.) met en évidence une symptomatologie de syndrome du tunnel carpien bilatéral. Le médecin indique également que l'ENMG des membres supérieurs du 28 juin 2019 confirme la présence d'une neuropathie d'enclavement du médian au carpe bilatérale, modérée, caractérisée par une atteinte myélinique des fibres sensibles et motrices.

**B.d** Dans son rapport du 10 juillet 2019 – basé sur son examen du 4 juillet 2019 – (AI pce 34 p. 429 ss), le Dr C. \_\_\_\_\_ mentionne une évolution très lentement favorable, avec une récupération de la mobilité, la récupération partielle de la force, avec toutefois une maladresse persistante au niveau des deux mains qui rendent les activités de la vie quotidienne difficiles. Par ailleurs, le médecin de la Suva précise que le séjour à la Clinique G. \_\_\_\_\_ programmé à l'automne 2018 a été très bref en raison d'un mal-être profond qui n'était pas compatible avec un séjour stationnaire. Et le Dr C. \_\_\_\_\_ d'ajouter que l'état de l'assuré n'est pas stabilisé, une stabilisation pouvant être attendue dans un délai de 4 à 6 mois. Le médecin indique en outre qu'un nouvel examen est à prévoir dans le courant de l'automne 2019.

**B.e** Dans son rapport du 20 août 2019 à l'attention de la Suva (AI pce 34 p. 421 s.), la Dre J. \_\_\_\_\_ (médecin interne ; ci-après : la Dre J. \_\_\_\_\_) fait état d'une symptomatologie anxio-dépressive, apparue environ sept mois après l'accident, en lien avec une persistance de raideur des doigts, associée à des douleurs neuropathiques, rendant impossible une mobilité

fonctionnelle quotidienne et nécessitant la prolongation de l'arrêt de travail. La médecin souligne également que la symptomatologie anxio-dépressive a évolué de manière partiellement favorable sous antidépresseur (Paroxétine 40 mg par jour), ayant nécessité l'introduction provisoire de Zyprexa 2,5 mg en mars 2019 et cela durant trois mois, à la suite de quoi le patient a évolué de manière stable.

Par ailleurs, la Dre J. \_\_\_\_\_ mentionne la persistance de symptômes à type de troubles de sommeil, une labilité émotionnelle, une difficulté à se projeter dans l'avenir et une auto-dépréciation. La médecin signale également l'absence d'idées suicidaires actives et d'éléments de la lignée psychotique. Comme diagnostic, la Dre J. \_\_\_\_\_ retient un trouble anxieux et dépressif mixte (F41.2 CIM-10), nécessitant une thérapie une fois par mois. La médecin indique aussi la nécessité de continuer le suivi psychiatrique et de la mise en place d'un traitement psychotrope adapté et signale que le pronostic est à réévaluer dans six mois.

**B.f** Dans son rapport du 20 août 2019 à l'attention de l'OAI-B. \_\_\_\_\_ (AI pce 32), la Dre J. \_\_\_\_\_ indique en particulier que la symptomatologie anxio-dépressive moyenne à sévère (F41.2 CIM 10) a été mise en évidence lors d'une première consultation psychiatrique ambulatoire le 13 décembre 2018. La médecin fait notamment état d'un patient nosognosique présentant une symptomatologie dépressive avec aboulie et diminution de l'élan vital, des ruminations diurnes et nocturnes, un isolement social, un sommeil non réparateur, une anhédonie et des idées passives de mort. De surcroît, compte tenu de l'évolution globalement favorable de l'état du patient sous Paronex 40 mg par jour et Atarax 25 mg par jour – associés à une psychothérapie de soutien –, la capacité de travail est de 100 % dans une activité adaptée aux limitations fonctionnelles (à déterminer par le chirurgien de la main).

**B.g** La Dre H. \_\_\_\_\_, dans son rapport du 10 octobre 2019 (AI pce 42), mentionne une majoration des douleurs depuis trois semaines et pose le diagnostic principal de névrome interdigital d'un membre supérieur. La médecin ajoute que l'assuré présente une récurrence des douleurs neuropathiques de D5 et D4 de la main droite avec tinel cicatriciel et allodynie modérée.

**B.h** Dans son avis du 21 novembre 2019 (AI pce 35), le Dr K. \_\_\_\_\_ (ci-après : le Dr K. \_\_\_\_\_), médecin auprès du Service médical régional de l'AI (ci-après : le SMR), se réfère à l'appréciation du Dr C. \_\_\_\_\_ du 10 juillet 2019 (cf. ci-dessus, let. B.d), pour affirmer que, selon le médecin de

la Suva, l'état de santé serait stabilisé à l'automne 2019. Par ailleurs, se référant à la prise de position de la Dre J. \_\_\_\_\_ du 20 août 2019 (cf. ci-dessus, let. B.e et B.f), le Dr K. \_\_\_\_\_ mentionne une évolution du syndrome anxio-dépressif réactionnel très favorable sous traitement, justifiant, au vu de la bonne évolution psychique, une capacité de travail entière depuis le 20 août 2019 – date de l'amélioration psychique – dans toute activité respectant les limitations fonctionnelles d'épargne des mains (pas de dextérité manuelle fine, pas de manutention importante).

**B.i** Par projet de décision du 25 novembre 2019 (AI pce 39), l'OAI-B. \_\_\_\_\_ a reconnu le droit à une rente entière d'invalidité du 1<sup>er</sup> mai 2019 au 30 novembre 2019 et ce compte tenu d'une incapacité de travail de 100 % dans l'activité habituelle de l'assuré dès le 24 avril 2018 et d'une capacité de 100 % dans une activité adaptée à l'état de santé du recourant depuis le 20 août 2019. La perte de gain étant nulle dès cette dernière date, le droit à des mesures d'ordre professionnel a été nié.

La Caisse suisse de compensation (CSC) ayant communiqué à l'OAI-B. \_\_\_\_\_, par courrier du 10 février 2020 (AI pce 48), que l'assuré ne justifiait qu'une période d'assurance inférieure à un an, l'OAI-B. \_\_\_\_\_ a rendu un nouveau projet de décision en date du 6 mars 2020 (AI pce 49), annulant et remplaçant celui du 25 novembre 2019. Dans son nouveau projet, l'OAI-B. \_\_\_\_\_ retient que l'assuré ne peut pas bénéficier d'une rente ordinaire d'invalidité, compte tenu d'une période de cotisations inférieure à trois ans lors de la survenance de l'invalidité au 1<sup>er</sup> avril 2019.

**B.j** Confirmant le projet de décision du 6 mars 2020 précité, l'Office de l'assurance-invalidité pour les assurés résidant à l'étranger (ci-après : l'OAIE, l'autorité inférieure ou l'autorité précédente) a, par décision du 25 mai 2020, rejeté la demande de prestations du 15 novembre 2018 (annexe à TAF pce 1).

## **C.**

**C.a** Le 18 juin 2020 (timbre postal), l'intéressé a interjeté recours par-devant le Tribunal administratif fédéral (ci-après : le Tribunal ou le Tribunal de céans) contre la décision précitée, concluant en substance à l'octroi d'une rente AI (TAF pce 1).

**C.b** Dans sa réponse du 30 novembre 2020, s'appuyant sur la prise de position de l'OAI-B. \_\_\_\_\_ du même jour, l'OAIE conclut au rejet du recours et à la confirmation de la décision entreprise, au motif notamment

que le recourant ne remplirait manifestement pas les conditions d'assurance – lors de la survenance de l'invalidité (fixée au 1<sup>er</sup> avril 2019) – pour avoir droit à une rente ordinaire d'invalidité (TAF pce 18).

**C.c** Représenté par Me L. \_\_\_\_\_, le recourant a répliqué en date du 26 janvier 2021 (TAF pces 3 et 21), concluant principalement, sous suite de frais et de dépens, à l'annulation de la décision litigieuse et au renvoi de la cause à l'OAIE pour instruction complémentaire. A l'appui de sa réplique, l'intéressé a en particulier transmis au Tribunal de céans les nouveaux documents médicaux suivants :

- La 1<sup>re</sup> page du rapport du Dr M. \_\_\_\_\_ du 2 juin 2020, mentionnant notamment une échographie des mains mettant en évidence la présence d'un névrome au niveau d'un nerf collatéral du D5 droit.
- Le rapport du Dr M. \_\_\_\_\_ (chirurgien orthopédiste ; ci-après : le Dr M. \_\_\_\_\_) du 6 juillet 2020, retenant, en tant que diagnostics principaux, un névrome interdigital d'un membre supérieur et un névrome du nerf collatéral radial D5 à droite. Le Dr M. \_\_\_\_\_ fait également état d'un patient qui présente toujours des douleurs en regard de la cicatrice de D5 à droite et d'un ENMG du 2 juin 2020 superposable à celui de juin 2019, mettant en relief une neuropathie d'enclavement au tunnel carpien des deux côtés, avec atteinte myélinique sensitive et motrice, modérée. Le Dr M. \_\_\_\_\_ décrit aussi une IRM du 16 juin 2020, sur la base de laquelle une lésion névromateuse sous-jacente ne peut pas être exclue au niveau du versant ulnaire de l'articulation interphalangienne proximale du D5 droit. L'orthopédiste retient l'indication à une décompression du nerf médian et demande une nouvelle échographie pour le névrome.
- Le rapport du N. \_\_\_\_\_ (médecin interne ; ci-après : le Dr N. \_\_\_\_\_) du 28 décembre 2020, se référant à un rapport de la Dre O. \_\_\_\_\_ (psychiatre ; ci-après : la Dre O. \_\_\_\_\_) du 30 mars 2020 et mentionnant notamment une péjoration de la symptomatologie anxieuse depuis quelques semaines. Le Dr N. \_\_\_\_\_ évoque également la persistance d'une symptomatologie anxio-dépressive avec des troubles du sommeil, une anhédonie marquée, une tristesse, un appétit diminué et des idéations suicidaires fluctuantes. Le médecin indique que le 22 décembre 2020 un score MADRS a été réalisé, évoquant un épisode dépressif sévère. En conclusion, le Dr N. \_\_\_\_\_ retient les

diagnostics principaux d'épisode dépressif moyen (F32.1 CIM-10) et d'état de stress post-traumatique probable (F43.1 CIM-10).

**C.d** Dans sa duplique du 25 février 2021 (TAF pce 23), l'OAIE se réfère notamment à l'avis du SMR du 11 février 2021 pour réitérer sa position et, partant, conclure au rejet du recours et à la confirmation de la décision attaquée.

La Dre P.\_\_\_\_\_ (médecin du SMR, ci-après : la Dre P.\_\_\_\_\_) retient, dans son avis du 11 février 2021 (annexe à TAF pce 23) que sur le plan somatique les rapports produits dans le cadre du recours mettent en évidence, depuis juin 2019, un syndrome du tunnel carpien bilatéral, stable, pour lequel une indication opératoire est retenue. La Dre P.\_\_\_\_\_ retient aussi le diagnostic de névrome au niveau du D5 de la main droite, pour lequel, en été 2020, une indication opératoire était en cours d'évaluation. Or, la Dre P.\_\_\_\_\_ relève que ces diagnostics étaient déjà connus et qu'un traitement conservateur avait déjà été proposé (cf. notamment rapport de la Dr H.\_\_\_\_\_ du 10 octobre 2019 [AI pce 42]). La Dre P.\_\_\_\_\_ souligne également que, habituellement, en l'absence de complication, la prise en charge chirurgicale des syndromes du tunnel carpien ne devrait pas engendrer une incapacité de travail de longue durée, et les paresthésies de l'assuré devraient se résoudre. Par conséquent, pour le SMR, la situation médicale est stabilisée et la Dre P.\_\_\_\_\_ confirme qu'une activité adaptée à l'état de santé de l'assuré est exigible, en tenant compte des limitations d'épargne des mains, et ce depuis fin août 2019.

Au niveau psychiatrique, la Dre P.\_\_\_\_\_ souligne que, habituellement, un syndrome de stress post-traumatique ne se développe pas plus de six mois après l'événement, et devrait se résoudre dans les deux ans qui suivent l'événement traumatique ; par ailleurs, ajoute la Dre P.\_\_\_\_\_, il faut également exclure la présence d'un trouble anxieux ou dépressif pouvant participer à cette symptomatologie. Le SMR précise aussi que la Dre J.\_\_\_\_\_ – qui a pris en charge l'assuré depuis fin 2018 – n'avait pas retenu le diagnostic de stress post-traumatique. Aussi, le SMR estime que l'assuré présente une possible aggravation du trouble anxio-dépressif, mais postérieure à la décision.

Au vu de ce qui précède, La Dre P.\_\_\_\_\_ confirme qu'une activité adaptée est exigible à 100 % depuis fin août 2019, une éventuelle aggravation sur le plan psychiatrique étant postérieure à la décision.

**C.e** Dans ses remarques du 19 avril 2021 (TAF pce 26), le recourant insiste notamment sur la nécessité de renvoyer la cause à l'autorité inférieure, le dossier étant lacunaire sur le plan psychiatrique.

**C.f** Par courrier du 15 septembre 2021 (TAF pce 29), Me L. \_\_\_\_\_ a informé le Tribunal de céans de la fin de son mandat de représentation et de la révocation de l'élection de domicile en son Etude.

**C.g** En date du 5 décembre 2022, l'OAIE a transmis au Tribunal les documents suivants (TAF pce 32) :

- un extrait du compte individuel du 5 décembre 2022, selon lequel des cotisations à l'AVS/AI ont été versées du mois d'août 2017 au mois de décembre 2018 (soit durant 17 mois),
- une attestation concernant la carrière d'assurance en Suisse (E 205 CH) du 5 décembre 2022, faisant état de 12 mois de cotisations à l'AVS/AI, soit du mois d'août 2017 au mois de juillet 2018,
- une attestation concernant la carrière d'assurance en France (E 205 FR) du 8 avril 2019, faisant état d'une durée totale d'assurance aux régimes français de sécurité sociale des salariés et des non salariés de 31 trimestres, couvrant la période du 1<sup>er</sup> janvier 2006 au 31 décembre 2017.

**C.h** Par courrier du 9 décembre 2022 (TAF pce 34), l'OAIE a transmis au Tribunal une copie de la décision de la Suva du 7 décembre 2022, refusant d'allouer une rente d'invalidité à l'assuré, ce dernier pouvant exercer à 100 % des activités adaptées dans différents secteurs de l'industrie (en évitant les travaux au froid, le port de charges supérieures à 20 kg de manière isolée et le port de charges régulier supérieures à 10-15 kg). Dans sa décision, la Suva a également refusé de verser une indemnité pour atteinte à l'intégrité, une atteinte importante à l'intégrité physique faisant défaut. Par ailleurs, l'assureur-accidents a notamment précisé dans sa décision que d'éventuels troubles psychogènes ne sont pas en relation de causalité adéquate avec l'accident.

**C.i** Par courrier du 24 février 2023 (TAF pce 40), l'OAIE a transmis au Tribunal une copie de la décision sur opposition de la Suva du 10 février 2023, confirmant sa décision du 7 décembre 2022 précitée (cf. ci-dessus, let. C.h).

**D.**

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

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

**1.1** Sous réserve des exceptions – non réalisées en l'espèce – prévues à l'art. 32 LTAF, le Tribunal de céans connaît, en vertu de l'art. 31 LTAF en relation avec l'art. 33 let. d LTAF et l'art. 69 al. 1 let. b de la loi fédérale du 19 juin 1959 sur l'assurance-invalidité (LAI, RS 831.20), des recours interjetés par des personnes résidant à l'étranger contre les décisions au sens de l'art. 5 PA prises par l'OAIE.

**1.2** Le Tribunal administratif fédéral examine d'office et avec une pleine cognition sa compétence et les conditions de recevabilité des recours qui lui sont soumis (art. 7 PA ; ATAF 2016/15 consid. 1 ; 2014/4 consid. 1.2). La procédure devant le Tribunal administratif fédéral est en principe régie par la PA (art. 37 LTAF), sous réserve des dispositions particulières de la loi fédérale du 6 octobre 2000 sur la partie générale du droit des assurances-sociales (LPGA, RS 830.1 ; art. 3 let. d<sup>bis</sup> PA). Selon les principes généraux du droit intertemporel, les règles de procédure précitées s'appliquent dans leur version en vigueur ce jour (ATF 130 V 1 consid. 3.2).

**1.3** Par ailleurs, il sied de préciser que l'office AI du secteur d'activité dans lequel le frontalier exerce une activité lucrative est compétent pour enregistrer et examiner les demandes présentées par les frontaliers. Cette règle s'applique également aux anciens frontaliers pour autant que leur domicile habituel se trouve encore dans la zone frontière au moment du dépôt de la demande et que l'atteinte à la santé remonte à l'époque de leur activité en tant que frontalier. L'OAIE notifie les décisions (art. 40 al. 2 du règlement du 17 janvier 1961 sur l'assurance invalidité [RAI, RS 831.201]). En l'occurrence, domicilié en France voisine et ayant travaillé en Suisse avant son incapacité de travail (cf. ci-dessus, let. A et B), le recourant doit être qualifié de frontalier, si bien que c'est à bon droit que la procédure d'instruction de la demande de prestations AI a été menée par l'OAI-B. \_\_\_\_\_ et la décision litigieuse notifiée par l'OAIE.

**1.4** Dans la mesure où le recourant est directement touché par la décision attaquée et a un intérêt digne d'être protégé à ce qu'elle soit annulée ou modifiée, il a qualité pour recourir (art. 59 LPGA). Déposé en temps utile et dans les formes requises par la loi (art. 60 al. 1 LPGA et 52 al. 1 PA), et

l'avance sur les frais de procédure ayant été dûment acquittée (art. 63 al. 4 PA ; TAF pce 4), le recours est recevable.

## **2.**

L'objet du litige est le bien-fondé de la décision de l'OAIE du 25 mai 2020 refusant en particulier le droit à une rente ordinaire d'invalidité au motif que les conditions d'assurance ne sont pas remplies, étant précisé que l'autorité inférieure a examiné le droit à une rente AI avant d'établir si les conditions d'assurance étaient bel et bien remplies.

## **3.**

Le Tribunal administratif fédéral 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, Droit administratif, vol. II, 3<sup>e</sup> éd. 2011, n° 2.2.6.5 ; BENOÎT BOVAY, Procédure administrative, 2<sup>e</sup> éd. 2015, p. 243). L'autorité saisie se limite en principe aux griefs soulevés et n'examine les questions de droit non invoquées que dans la mesure où les arguments des parties ou le dossier l'y incitent (ATF 122 V 157 consid. 1a ; 121 V 204 consid. 6c ; ANDRÉ MOSER / MICHAEL BEUSCH / LORENZ KNEUBÜHLER / MARTIN KAYSER, Prozessieren vor dem Bundesverwaltungsgericht, 3<sup>e</sup> éd. 2022, p. 29 n° 1.55).

## **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 146 V 364 consid. 7.1 ; 144 V 210 consid. 4.3.1 ; 143 V 446 consid. 3.3 ; 136 V 24 consid. 4.3 ; 132 V 215 consid. 3.1.1). Dès lors, la présente cause doit être examinée à l'aune des dispositions en vigueur dans leur teneur jusqu'au 25 mai 2020, date de la décision litigieuse, qui marque la limite dans le temps du pouvoir d'examen de l'autorité de recours. Les modifications de la LAI et de la LPGA adoptées le 19 juin 2020 (Développement continu de l'AI ; RO 2021 705 ; FF 2017 2363), ainsi que celles du 3 novembre 2021 apportées au RAI (RO 2021 706), entrées en vigueur le 1<sup>er</sup> janvier 2022, ne sont pas applicables en l'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 25 mai 2020). Les

faits survenus postérieurement, et qui ont modifié cette situation, doivent en principe faire l'objet d'une nouvelle décision administrative (ATF 144 V 210 consid. 4.3.1 ; 130 V 138 consid. 2.1 ; 121 V 362 consid. 1b). Le Tribunal ne peut ainsi prendre en considération que les rapports médicaux établis antérieurement à la décision attaquée, à moins que ceux établis ultérieurement ne permettent de mieux comprendre l'état de santé et la capacité de travail de l'assuré jusqu'à la décision sujette à recours (ATF 130 V 445 consid. 1.2.1, 121 V 362 consid. 1b) et qu'ils soient de nature à influencer l'appréciation du cas au moment où la décision attaquée a été rendue (arrêt du TF 9C\_34/2017 du 20 avril 2017 consid. 5.2). Aussi, le Tribunal ne tiendra compte des rapports médicaux postérieurs au 25 mai 2020 (cf. ci-dessus, let. C.c) que dans la mesure où les conditions précitées sont remplies.

**4.3** Le recourant étant un ressortissant français, domicilié en France, ayant travaillé en Suisse et demandant l'octroi de prestations AI suisses, l'affaire présente un aspect transfrontalier (ATF 145 V 231 consid. 7.1 ; 143 V 354 consid. 4 ; 143 V 81 en particulier consid. 8.1 ; 141 V 521 consid. 4.3.2). Est dès lors applicable à la présente cause l'accord du 21 juin 1999 sur la libre circulation des personnes (ALCP, RS 0.142.112.681), dont l'annexe II règle la coordination des systèmes de sécurité sociale (art. 8 ALPC). Dans ce contexte, l'ALCP fait référence depuis le 1<sup>er</sup> avril 2012 au règlement (CE) n° 883/2004 du Parlement européen et du Conseil du 29 avril 2004 portant sur la coordination des systèmes de sécurité sociale (ci-après : règlement n° 883/2004 [RS 0.831.109.268.1]), ainsi qu'au règlement (CE) n° 987/2009 du Parlement européen et du Conseil du 16 septembre 2009 fixant les modalités d'application du règlement (CE) n° 883/2004 (ci-après : règlement n° 987/2009 [RS 0.831.109.268.11] ; art. 1 al. 1 de l'annexe II en relation avec la section A de l'annexe II). A compter du 1<sup>er</sup> janvier 2015, sont également applicables dans les relations entre la Suisse et les Etats membres de l'Union européenne (UE) les modifications apportées notamment au règlement n° 883/2004 par les règlements (UE) n° 1244/2010 (RO 2015 343), n° 465/2012 (RO 2015 345) et n° 1224/2012 (RO 2015 353). Il sied de souligner que l'octroi d'une rente étrangère d'invalidité ne préjuge toutefois pas l'appréciation de l'invalidité selon la loi suisse (arrêt du TF I 435/02 du 4 février 2003 consid. 2). Aussi, même après l'entrée en vigueur de l'ALCP et des règlements de coordination, l'invalidité ouvrant droit à des prestations de l'AI suisse se détermine exclusivement d'après le droit suisse (art. 46 al. 3 du règlement n° 883/2004, en relation avec l'annexe VII dudit règlement ; ATF 130 V 253 consid. 2.4 ; arrêt du TF 9C\_573/2012 du 16 janvier 2013 consid. 4).

## 5.

**5.1** Tout requérant, pour avoir droit à une rente ordinaire de l'assurance-invalidité suisse, doit remplir cumulativement les conditions suivantes : d'une part être invalide au sens de la LPGA et de la LAI (art. 8 LPGA ; art. 4, 28 et 29 al. 1 LAI) ; d'autre part compter au moins trois années entières de cotisations lors de la survenance de l'invalidité (art. 36 al. 1 LAI). Dans ce cadre, les cotisations versées à une assurance sociale assimilée à un Etat membre de l'UE ou de l'Association européenne de libre-échange (AELE) peuvent également être prises en considération, à condition qu'une année au moins de cotisations puisse être comptabilisée en Suisse (art. 36 al. 2 LAI en lien avec l'art. 29 al. 1 de la loi fédérale du 20 décembre 1946 sur l'assurance-vieillesse et survivants [LAVS, RS 831.10] ; ATF 131 V 390 ; FF 2005 4215 p. 4291 ; art. 6 et 45 du règlement n° 883/2004).

**5.2** En l'espèce, le recourant ayant été en incapacité de travail depuis le 24 avril 2018 (cf. ci-dessus, let. B), l'invalidité donnant droit à une rente n'est survenue qu'au mois d'avril 2019 (art. 28 al. 1 let. b et c LAI; MICHEL VALTERIO, Droit de l'assurance-vieillesse et survivants [AVS] et de l'assurance-invalidité [AI], 2011, n<sup>os</sup> 1231 à 1233, 1237). Par conséquent, lors de la survenance de l'invalidité, le recourant comptait au moins 12 mois de cotisations en Suisse et plus de 24 mois en France (cf. ci-dessus, let. C.g).

Aussi, l'autorité inférieure a violé le droit fédéral et international en retenant que les conditions d'assurance pour bénéficier d'une rente AI ordinaire ne sont pas remplies. Lesdites conditions étant remplies en l'occurrence, le recourant peut prétendre à une rente AI ordinaire, pour autant qu'il satisfasse aux autres conditions examinées ci-après.

## 6.

Dans la décision litigieuse, l'OAIE a retenu une incapacité totale de travail dans toute activité à compter du 24 avril 2018, alors qu'une activité adaptée à l'état de santé du recourant est exigible à 100 % dès le 20 août 2019. Aussi, il faut maintenant se pencher sur cette appréciation de l'autorité précédente.

**6.1** L'invalidité au sens de la LPGA et de la LAI est l'incapacité de gain totale ou partielle qui est présumée permanente ou de longue durée (art. 8 al. 1 LPGA). Elle peut résulter d'une infirmité congénitale, d'une maladie ou d'un accident (art. 4 al. 1 LAI) et est réputée survenue dès qu'elle est, par sa nature et sa gravité, propre à ouvrir le 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 la personne assurée sur un marché du travail équilibré dans son domaine d'activité, si cette diminution résulte d'une atteinte à sa santé physique, mentale ou psychique et qu'elle persiste après les traitements et les mesures de réadaptation exigibles. Par incapacité de travail, on entend toute perte, totale ou partielle, résultant d'une atteinte à la santé physique, mentale ou psychique, de l'aptitude de la personne assurée à accomplir dans sa profession ou son domaine d'activité le travail qui peut raisonnablement être exigé d'elle (art. 6, 1<sup>ère</sup> phrase LPGA). L'AI suisse couvre ainsi seulement les pertes économiques liées à une atteinte à la santé physique ou psychique, et non la maladie en tant que telle (ATF 116 V 246 consid. 1b). En d'autres termes, l'objet assuré n'est pas l'atteinte à la santé, mais l'incapacité de gain probablement permanente ou de longue durée qui en résulte et qui n'est pas objectivement surmontable (art. 7 al. 2 LPGA). En cas d'incapacité de travail de longue durée, l'activité qui peut être exigée de la personne assurée peut aussi relever d'une autre profession ou d'un autre domaine d'activité (art. 6, 2<sup>e</sup> phrase LPGA).

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

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

**6.4** Selon l'art. 29 al. 1 LAI, le droit à la rente prend naissance au plus tôt à l'échéance d'une période de six mois à compter de la date à laquelle l'assuré a fait valoir son droit aux prestations conformément à l'art. 29 al. 1 LPGA, mais pas avant le mois qui suit le 18<sup>e</sup> anniversaire de l'assuré.

**6.5** Si le taux d'invalidité du bénéficiaire de rente subit une modification notable, la rente est, d'office ou sur demande, révisée pour l'avenir, à savoir augmentée ou réduite en conséquence, ou encore supprimée (art. 17 al. 1

LPGA). Une amélioration de la capacité de gain ou de la capacité d'accomplir les travaux habituels de l'assuré n'est déterminante pour la suppression de tout ou partie du droit aux prestations qu'à partir du moment où l'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 (art. 88a al. 1 RAI). Le fardeau de la preuve quant à cette amélioration de la capacité de travail incombe à l'office AI (arrêts du TF 8C\_510/2020 du 15 avril 2021 consid. 2.2 ; 9C\_315/2018 du 5 mars 2019 consid. 6.3.2.1, in : SVR 2019 IV n° 76 p. 243 ; 8C\_481/2013 du 7 novembre 2013 consid. 3.1, non publié in : ATF 139 V 585, mais in : SVR 2014 UV n° 7 p. 21). Ces dispositions sont applicables, par analogie, lorsqu'un office AI alloue, avec effet rétroactif, une rente d'invalidité temporaire ou échelonnée (ATF 145 V 209 consid. 5.3 ; 131 V 164 consid. 2.2 ; 125 V 413 consid. 2d et les références citées).

## 7.

**7.1** 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 ; MOOR / POLTIER, op. cit., n° 2.2.6.3). Ce faisant, il ne tient pour existants que les faits qui sont prouvés, cas échéant au degré de la vraisemblance prépondérante (ATF 139 V 176 consid. 5.2 ; 138 V 218 consid. 6). Il ne suffit pas qu'un fait puisse être considéré seulement comme une hypothèse possible ; la vraisemblance prépondérante suppose que, d'un point de vue objectif, des motifs importants plaident pour l'exactitude d'une allégation, sans que d'autres possibilités ne revêtent une importance significative ou n'entrent raisonnablement en considération (ATF 144 V 427 consid. 3.2 ; 139 V 176 consid. 5.3 ; 138 V 218 consid. 6). Partant, l'autorité ne peut renoncer à accomplir des actes d'instruction que si elle est convaincue, au terme d'une appréciation consciencieuse des preuves (ATF 125 V 351 consid. 3a), que certains faits présentent un degré de vraisemblance prépondérante et que d'autres mesures probatoires ne pourraient plus modifier cette appréciation (sur l'appréciation anticipée des preuves : ATF 131 I 153 consid. 3 ; 130 II 425 consid. 2).

**7.2** Pour pouvoir déterminer la capacité de travail médico-théorique et évaluer l'invalidité de la personne concernée, l'administration, ou le tribunal en cas de recours, a besoin de documents que le médecin ou éventuellement d'autres spécialistes doivent lui fournir (ATF 117 V 282

consid. 4a) et sur lesquels elle s'appuiera, sous peine de violer le principe inquisitoire (arrêt du TF 8C\_623/2012 du 6 décembre 2012 consid. 1). Le Tribunal fédéral a jugé que les données fournies par les médecins constituent un élément utile pour apprécier les conséquences fonctionnelles de l'atteinte à la santé, quand bien même la notion d'invalidité est de nature économique / juridique et non médicale. Précisément, la tâche des médecins consiste à porter un jugement sur l'état de santé et à indiquer dans quelle mesure et pour quelles activités la personne concernée est incapable de travailler, compte tenu de ses limitations (ATF 143 V 418 consid. 6 ; 132 V 93 consid. 4 ; 125 V 256 consid. 4 ; 115 V 133 consid. 2 ; 114 V 310 consid. 3c ; 105 V 156 consid. 1 ; voir également ATF 140 V 193 consid. 3.2 et les références citées).

Dans ce contexte, on rappellera qu'il n'appartient pas au juge de remettre en cause le diagnostic retenu par un médecin et de poser de son propre chef des conclusions qui relèvent de la science et des tâches du corps médical (arrêt du TF 9C\_719/2016 du 1<sup>er</sup> mai 2017 consid. 5.2.1).

**7.3** 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. Si elle n'a jamais entendu créer une hiérarchie rigide entre les différents moyens de preuve disponibles, la jurisprudence a toutefois posé des lignes directrices en matière d'appréciation des rapports médicaux (ATF 125 V 351 consid. 3b et 3c).

**7.3.1** Ainsi, le juge des assurances sociales doit examiner de manière objective tous les moyens de preuve, quelle que soit leur provenance, puis décider si les documents à disposition permettent de porter un jugement valable sur le droit litigieux. A cet égard, l'élément déterminant pour reconnaître pleine valeur probante à un rapport médical n'est ni son origine, ni sa désignation, mais son contenu. Avant de conférer pleine valeur probante à un rapport médical, il convient donc de s'assurer que les points litigieux importants ont fait l'objet d'une étude circonstanciée, que le rapport se fonde sur des examens complets, qu'il prend également en considération les plaintes exprimées par la personne examinée, qu'il a été établi en pleine connaissance de l'anamnèse, que la description du contexte médical et l'appréciation de la situation médicale sont claires et enfin que les conclusions du médecin sont dûment motivées (ATF 134 V 231 consid. 5.1 ; 125 V 351 consid. 3a). La valeur probante d'un rapport médical ou d'une expertise est de plus liée à la condition que le médecin qui se prononce dispose de la formation spécialisée nécessaire

et de compétences professionnelles dans le domaine d'investigation (arrêts du TF 9C\_555/2017 du 22 novembre 2017 consid. 3.1 et les références citées ; 9C\_745/2010 du 30 mars 2011 consid. 3.2 ; 9C\_59/2010 du 11 juin 2010 consid. 4.1 ; MICHEL VALTERIO, Commentaire, Loi fédérale sur l'assurance-invalidité [LAI], 2018, ad art. 57 n° 33).

**7.3.2** Il n'est pas interdit à l'administration et aux tribunaux de se fonder uniquement ou principalement sur les prises de position des SMR au sens de l'art. 49 al. 1 et 3 RAI ou du service médical interne de l'OAIE qui ne se fondent pas sur des examens médicaux effectués sur la personne de l'assuré (arrêts du TF 9C\_542/2011 du 26 janvier 2012 consid. 4.1 ; 9C\_581/2007 du 14 juillet 2008 consid. 3.2 ; 9C\_341/2007 du 16 novembre 2007 consid. 4.1). Ces prises de position ont notamment pour but de résumer et de porter une appréciation sur la situation médicale de la personne concernée, ainsi que de faire une recommandation, sous l'angle médical, concernant la suite à donner à la demande de prestations. Ceci implique aussi, en présence de pièces médicales contradictoires, de dire de façon motivée s'il y a lieu de se fonder sur l'une ou l'autre de ces pièces (ATF 137 V 210 consid. 6.2.4; MICHEL VALTERIO, Commentaire, op. cit., ad art. 57 n° 43) ou s'il y a lieu de procéder à une instruction complémentaire (ATF 142 V 58 consid. 5.1). Pour avoir valeur probante, ces rapports présupposent donc que le dossier ayant servi de base à leur établissement soit complet (anamnèse, évolution de l'état de santé et status actuel), contienne suffisamment d'appréciations médicales résultant d'un examen personnel de l'assuré et permette l'appréciation d'un état de fait médical stabilisé et non contesté, établi de manière concordante par les médecins (ATF 142 V 58 consid. 5.1 ; 137 V 210 consid. 6.2.4 ; arrêts du TF 9C\_165/2015 du 12 novembre 2015 consid. 4.3 ; 9C\_58/2011 du 25 mars 2011 consid. 3.3 ; 8C\_565/2008 du 27 janvier 2009 consid. 3.3.3 ; 9C\_335/2015 du 1<sup>er</sup> septembre 2015 ; arrêt du TAF C-2843/2016 du 30 mai 2018 consid. 8.2 ; MICHEL VALTERIO, Commentaire, op. cit., ad art. 57 LAI n° 43). Si les pièces au dossier ne permettent pas de trancher les questions contestées, les prises de position médicales internes de l'assureur ne peuvent pas, en règle générale, constituer une évaluation finale, mais doivent donner lieu à une instruction complémentaire (arrêts du TF 9C\_165/2015 du 12 novembre 2015 consid. 4.3; 9C\_58/2011 du 25 mars 2011 consid. 3.3; arrêt du TAF C-2843/2016 du 30 mai 2018 consid. 8.2).

**7.3.3** S'agissant des rapports établis par les médecins traitants, qu'ils soient médecins de famille généralistes ou spécialistes, il convient de les apprécier avec une certaine réserve en raison de la relation de confiance,

issue du mandat thérapeutique confié au médecin traitant, qui unit celui-ci à son patient (ATF 125 V 351 consid. 3b/cc et les références citées ; arrêt du TF I 655/05 du 20 mars 2006 consid. 5.4). 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 (arrêt du TF 8C\_278/2011 du 26 juillet 2011 consid. 5.3) ; ainsi, on en retiendra des éléments, notamment si ceux-ci, objectivement vérifiables, ont été ignorés dans le cadre d'une expertise indépendante et s'avèrent suffisamment pertinents pour remettre en cause les conclusions de l'expert (ATF 125 V 351 consid. 3b/dd et les références citées ; arrêts du TF 9C\_338/2016 du 21 février 2017, publié in : Droit des assurances sociales – Jurisprudence [SVR] 2017 IV n° 49 consid. 5.5 ; 9C\_876/2009 du 6 juillet 2010 consid. 2.2 ; 9C\_24/2008 du 27 mai 2008 consid. 2.3.2 ; 9C\_201/2007 du 29 janvier 2008 consid. 3.2 ; MICHEL VALTERIO, op. cit., ad. art. 57 LAI n<sup>os</sup> 48 et 49).

## 8.

**8.1** En l'espèce, la décision attaquée se fonde précisément sur les prises de position du SMR. Ce dernier a en particulier retenu, dans son avis du 21 novembre 2019 et en se référant à l'appréciation du Dr C. \_\_\_\_\_ du 10 juillet 2019 (cf. ci-dessus, let. B.d et B.h), qu'au niveau somatique l'état de santé était stabilisé à l'automne 2019.

Or, contrairement à ce qu'affirme le SMR, le médecin de la Suva n'a pas retenu, dans son avis du 10 juillet 2019, que l'état de santé était stabilisé à l'automne 2019. Au contraire, le Dr C. \_\_\_\_\_ a fait état d'une évolution très lentement favorable avec des limitations fonctionnelles au niveau des deux mains rendant difficiles les activités de la vie quotidienne (cf. ci-dessus, let. B.d). Par ailleurs, le médecin de la Suva a mis en exergue un état non stabilisé, étant précisé qu'une stabilisation pourrait être attendue dans un délai de 4 à 6 mois et qu'un nouvel examen auprès de la Suva serait à prévoir dans le courant de l'automne 2019 (cf. AI pce 34, p. 435). Aussi, le Tribunal de céans ne saurait se rallier à l'appréciation du Dr K. \_\_\_\_\_ du 21 novembre 2019 en ce qui a trait à la stabilisation de l'état physique, basée sur une lecture erronée de l'avis du médecin de la Suva du 10 juillet 2019, étant notamment précisé qu'une récurrence des douleurs neuropathiques de D5 et D4 à droite a été médicalement constatée le 10 octobre 2019 (cf. ci-dessus, let. B.g).

De surcroît, la nouvelle appréciation du SMR du 11 février 2021 (cf. ci-dessus, let. C.d) ne permet pas de retenir, au degré de la vraisemblance

prépondérante, qu'une pleine capacité de travail est exigible sur le plan somatique, dans une activité adaptée, à compter de la fin du mois d'août 2019. En effet, la Dre P.\_\_\_\_\_, qui ne remet pas en question l'appréciation du médecin de la Suva du 10 juillet 2019 – qui a examiné l'assuré –, n'explique pas comment, en date du 20 août 2019, l'état physique de l'assuré aurait permis l'exercice d'une activité respectant les limitations fonctionnelles (épargne des deux mains). Compte tenu des empêchements médicalement objectivés provoqués par l'accident du 24 avril 2018 (cf. notamment ci-dessus, let. B.c, B.e et B.g et rapport E 213 CH du 15 janvier 2019 [Al pce 17]), le Tribunal de céans estime en particulier que l'appréciation du SMR ne permet pas d'établir, au degré de la vraisemblance prépondérante, la façon dont la capacité de travail a évolué – tant dans l'activité habituelle que dans une activité adaptée – depuis l'événement traumatique.

La Dre P.\_\_\_\_\_ soutient en outre que, *habituellement*, en l'absence de complication, la prise en charge chirurgicale des syndromes du tunnel carpien ne devrait pas engendrer une incapacité de travail de longue durée, et les paresthésies de l'assuré devraient se résoudre. Or, de telles affirmations hypothétiques ne sauraient appuyer la décision entreprise, étant rappelé que le fardeau de la preuve de l'amélioration de la capacité de travail incombe à l'OAIE (cf. ci-dessus, consid. 6.5).

**8.2** Sur le plan psychiatrique, le SMR a fait siennes les conclusions de la Dre J.\_\_\_\_\_, qui a retenu, dans son rapport du 20 août 2019 à l'attention de l'OAI-B.\_\_\_\_\_, une capacité de travail entière (100 %) dans une activité adaptée (cf. ci-dessus, let. B.f, B.h et C.d).

Or, le Tribunal de céans constate que, comme le relève à juste titre le recourant dans sa réplique (TAF pce 21), la Dre J.\_\_\_\_\_ a rendu deux rapports contradictoires en date du 20 août 2019. Dans celui qu'elle a adressé à la Suva (Al pce 34 p. 421 s.), la médecin interne souligne notamment la présence d'un trouble anxieux et dépressif mixte, ainsi que la nécessité de continuer le suivi psychiatrique. Par ailleurs, la Dre J.\_\_\_\_\_ ajoute que le pronostic est à réévaluer dans six mois. Compte tenu de ce qui précède, le Tribunal ne saurait suivre le raisonnement de l'autorité inférieure, qui s'est limitée à citer l'autre rapport médical de la Dre J.\_\_\_\_\_ – envoyé à l'OAI-B.\_\_\_\_\_ le 20 août 2019 (Al pce 32) et dans lequel la médecin attestait une pleine capacité de travail dans une activité adaptée –, pour retenir une amélioration de l'état de santé psychique de l'assuré.

**8.3** De surcroît, la question de la présence d'un état de stress post-traumatique n'a pas été éclaircie à satisfaction de droit par l'autorité précédente. Pour exclure une telle pathologie, le SMR a indiqué que, habituellement, un syndrome de stress post-traumatique ne se développe pas plus de six mois après l'événement, et devrait se résoudre dans les deux ans qui suivent l'événement traumatique (cf. ci-dessus, let. C.d).

Or, comme il a été mentionné plus haut (cf. ci-dessus, let. B.b), les médecins de la Clinique G. \_\_\_\_\_ ont notamment retenu, en date du 7 novembre 2018, le diagnostic supplémentaire de trouble de l'adaptation avec des symptômes de type état de stress post-traumatique, voire un état de stress post-traumatique. L'accident étant survenu en date du 24 avril 2018, la constatation médicale de symptômes de l'état de stress post-traumatique – flash-backs de l'accident, troubles du sommeil avec ruminations fréquentes, thymie abaissée et pleurs fréquents (cf. Al pce 19 p. 176) – a eu lieu le 7 novembre 2018. Aussi, le délai « habituel » de six mois mentionné par le SMR n'est dépassé que de deux semaines.

Par ailleurs, selon la CIM-10, la période séparant la survenue du traumatisme et celle du trouble peut varier de quelques semaines à quelques mois ; l'évolution est fluctuante, mais se fait vers la guérison dans la plupart des cas ; dans certains cas, le trouble peut présenter une évolution chronique, durer de nombreuses années, et entraîner une modification durable de la personnalité (Classification statistique internationale des maladies et des problèmes de santé connexes, Organisation mondiale de la Santé, vol. I, 2008, p. 342).

Par conséquent, le Tribunal ne saurait se rallier aux hypothèses émises par le SMR, ce dernier se référant à un laps de temps « habituel » – de six mois – durant lequel le syndrome devrait se développer à la suite de l'événement, ainsi qu'à une résolution probable dans les deux ans suivant le traumatisme. Bien plutôt, il ressort de la description scientifique de l'état de stress post-traumatique, que de tels laps de temps ne constituent pas des conditions nécessaires pour retenir ce diagnostic.

**8.4** Eu égard à ce qui précède, la situation médicale n'est pas suffisamment claire pour pouvoir se prononcer sur la capacité de travail du recourant et son évolution à compter de la date de l'accident, étant précisé que les pièces médicales postérieures à la décision entreprise ne permettent pas d'élucider l'état de fait jusqu'au 25 mai 2020 et que la décision de la Suva ne saurait lier l'OAIE et le Tribunal, la première ayant exclu tout lien de causalité adéquate entre l'accident et les troubles relevant de la sphère

psychique (cf. ci-dessus, consid. 4.2 et let. C.c et TAF pce 40 p. 9). Aussi, une expertise pluridisciplinaire se révèle nécessaire.

#### **9.**

Cela étant, il se justifie, en application de l'art. 61 al. 1 PA, de renvoyer la cause à l'autorité inférieure pour qu'elle procède aux mesures d'instruction nécessaires et qu'elle se prononce à nouveau sur la demande de prestations du 15 novembre 2018. Pour ce faire, après avoir complété le dossier médical, en requérant notamment le dossier complet et actualisé de la Suva et auprès des médecins qui suivent (ont suivi) le recourant (en particulier, l'intégralité du rapport du Dr M. \_\_\_\_\_ du 2 juin 2020 et le rapport de la Dre O. \_\_\_\_\_ du 30 mars 2020 [cf. ci-dessus, let. C.c], l'autorité précédente mettra en œuvre une expertise médicale pluridisciplinaire, en Suisse, dans les disciplines de la neurologie, de l'orthopédie, de la psychiatrie et de la médecine interne, ainsi que dans toute autre discipline jugée nécessaire par les experts (ATF 139 V 349 consid. 3.3). En particulier, l'expertise psychiatrique sera réalisée dans le respect de la jurisprudence du Tribunal fédéral relative aux affections psychiques (ATF 141 V 281 ; 143 V 409 ; 143 V 418). De plus, les experts prendront contact avec les médecins qui suivent ou ont suivi le recourant, si cela leur permet d'élucider des points peu clairs et de confronter des avis divergents.

#### **10.**

De surcroît, si une rente AI devait notamment être versée, il incombera à l'autorité inférieure de déterminer le nombre précis de périodes d'assurance accomplies en Suisse, les documents présents au dossier étant ambigus, ces derniers faisant état de 12 ou 17 mois de cotisations à l'AVS/AI (cf. ci-dessus, let. C.g).

#### **11.**

**11.1** Etant donné l'issue du litige, il n'y a pas lieu de percevoir de frais de procédure, dès lors que le recourant obtient gain de cause par le renvoi de l'affaire à l'OAIE pour instruction complémentaire et nouvelle décision (art. 63 al. 1 PA ; ATF 132 V 215 consid. 6.1). Partant, l'avance de frais versée par le recourant à hauteur de Fr. 800.- (TAF pce 4) lui sera restituée dès l'entrée en force du présent arrêt. Au demeurant, aucun frais de procédure ne peut être mis à la charge de l'autorité inférieure (art. 63 al. 2, 1<sup>re</sup> phrase PA).

**11.2** Selon l'art. 64 al. 1 PA, l'autorité de recours peut allouer, d'office ou sur requête, 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. Les parties qui ont droit aux dépens et les avocats commis d'office doivent faire parvenir au tribunal, avant le prononcé, un décompte de leurs prestations (art. 14 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]). A défaut de décompte, le tribunal fixe l'indemnité sur la base du dossier (art. 14 al. 2, 2<sup>e</sup> phrase FITAF). Les honoraires du représentant sont fixés, selon l'appréciation de l'autorité, en raison de l'importance et de la difficulté du litige, ainsi que d'après le travail et le temps que le représentant a dû y consacrer.

En l'espèce, l'assuré a sollicité au stade de la réplique les services de Me L.\_\_\_\_\_, qui a représenté le recourant jusqu'au 15 septembre 2021 (cf. ci-dessus, let. C.c et C.f). Il apparaît ainsi équitable d'allouer au recourant, à charge de l'OAIE, une indemnité à titre de dépens fixée à Fr. 1'500.-.

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

**1.**

Le recours est admis en ce sens que la décision de l'autorité inférieure du 25 mai 2020 est annulée et la cause renvoyée à l'OAIE pour instruction complémentaire dans le sens des considérants et nouvelle décision.

**2.**

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

**3.**

Il est alloué au recourant une indemnité de dépens de Fr. 1'500.- à charge de l'autorité inférieure.

**4.**

Une copie du courrier de l'autorité inférieure du 24 février 2023 et de son annexe est transmise au recourant pour information.

**5.**

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

**6.**

Copie du dispositif du présent arrêt est adressée à Me L.\_\_\_\_\_.

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

La présidente du collège :

Le greffier :

Caroline Bissegger

Mattia Bernardoni

**Indication des voies de droit :**

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

Expédition :