



## Arrêt du 13 juin 2024

---

Composition

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

---

Parties

**A.** \_\_\_\_\_,  
représenté par Maître Jean-Michel Duc,  
recourant,

contre

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

---

Objet

Assurance-invalidité, rente temporaire  
(décision du 20 octobre 2022).

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

A.\_\_\_\_\_ (ci-après : assuré, intéressé ou recourant), de nationalité suisse et domicilié en Afrique du Sud depuis décembre 2016 (OAIE pce 278), né le (...) 1964, est divorcé et père de deux enfants majeurs (nés en (...) et (...)). L'intéressé a travaillé dans divers domaines depuis 1982, en dernier lieu en qualité de pilote d'avions privés à (...) et a ainsi cotisé à l'assurance-invalidité et à l'assurance-vieillesse et survivants suisses (AI/AVS) pendant plus de 20 ans (OAIE pces 5, 7, 8 et 11 [extrait du compte individuel du 20 septembre 2011]). Le 23 mars 2011, l'assuré a été victime d'un grave accident de la circulation, ayant nécessité diverses hospitalisations et opérations chirurgicales (OAIE pce 2). En incapacité de travail depuis lors, son cas a été pris en charge par la Caisse nationale suisse d'assurance en cas d'accidents (ci-après : SUVA).

**B.**

**B.a** Le 8 septembre 2011, l'intéressé a déposé une demande de prestations AI, reçue le 13 septembre 2011, auprès de l'Office de l'assurance-invalidité du canton B.\_\_\_\_\_ (ci-après : OAI-B.\_\_\_\_\_). L'assuré a indiqué souffrir d'une fracture ouverte du tibia-péroné de la jambe gauche, d'une diminution de puissance dans le bras droit et de la vue, des troubles de la mémoire ainsi que d'une fracture de l'orteil du pied droit (OAIE pce 5).

**B.b** Cette demande est instruite par l'OAI-B.\_\_\_\_\_, qui a requis le dossier de la SUVA. Il ressort en particulier du dossier de la SUVA qu'à la suite de l'accident de circulation du 23 mars 2011, l'assuré a présenté une fracture ouverte du tibia-péroné de la jambe gauche, de type III B selon la classification de Gustilo - défaut cutané de 20 cm<sup>2</sup> au niveau de la fracture ouverte du tibia-péroné gauche -, une luxation ouverte interphalangienne proximale (luxation IPP) du gros orteil gauche, une fracture oblique de la base de la deuxième phalange (pied) du 1<sup>er</sup> rayon sans déplacement du fragment à droite et qu'en cours d'hospitalisation, l'intéressé s'est également plaint des troubles neurologiques post-traumatique d'origine indéterminée, soit une diminution de la force de la main droite, une dysesthésie de la face antérieure des deux genoux et des orteils des deux côtés, une diminution de l'acuité visuelle de l'œil gauche et un léger trouble de la mémoire (OAIE pces 2, 12, 17, 21, 25, 33 et 34). L'intéressé a séjourné à la Clinique C.\_\_\_\_\_ du 6 mars au 3 avril 2012 (OAIE pce 36 pp. 2-34).

**B.c** Par communication du 17 août 2012, l'OAI-B.\_\_\_\_\_ a octroyé à l'intéressé une mesure de reclassement professionnel, soit une formation de DAS in Aviation Management organisée conjointement par l'Université de D.\_\_\_\_\_ et E.\_\_\_\_\_ à (...), du 1<sup>er</sup> septembre 2012 au 31 août 2013 (OAIE pces 46 et 47). Cette formation a été réussie dans les délais (cf. DAS délivré le 4 novembre 2012 [OAIE pce 129]). Une nouvelle mesure professionnelle comprenant une formation complémentaire de Management de Projet et de Stratégie Aéroportuaire et d'Auditeur IOSA a été octroyée à l'assuré pour la période du 1<sup>er</sup> septembre 2013 au 30 septembre 2014 (cf. communication de l'octroi d'un reclassement du 20 septembre 2013 [OAIE pce 111]). Cette seconde formation a été interrompue en raison de l'ablation du matériel d'ostéosynthèse du 12 juin 2014 (OAIE pce 159 pp. 6, 15-16) et remplacée, ensuite, par une formation tendant à l'obtention d'un diplôme d'instructeur professionnel, se déroulant du 1<sup>er</sup> octobre 2014 au 31 mars 2015 (OAIE pce 177 et 181). L'OAI-B.\_\_\_\_\_ a mis un terme, en accord avec l'intéressé, aux mesures de reclassement le 31 mars 2015 dès lors que l'intéressé a déclaré ne pas être en mesure de poursuivre les formations en raison de plusieurs rendez-vous juridiques, médicaux ainsi que de la procédure relative à la garde de ses enfants et qu'il alléguait toujours être en incapacité de travail (OAIE pces 205, 219 et 247).

**B.d** Dès juin 2015, la SUVA a repris l'instruction médicale sur le conseil et l'instruction de son médecin d'arrondissement, lequel estimait que la situation médicale n'était pas stabilisée (cf. notamment OAIE pces 228 pp. 14-15 et 17-21 ; 238 pp. 13-16 ; 246 pp. 12-14 ; 248 pp. 3, 5-13 et 18-19 ; 251 pp. 8-10 et 12-14 ; 254 pp. 2-4, 6, 13 ; 255 p. 5 ; 265 pp. 4-9, 30-31, 34-35, 41-44 et 50-59 ; 269 pp. 16-17 ; 272 pp. 13-14 et 29-30 ; 274 pp. 27-35). Selon la note interne du 28 mars 2018 du médecin d'arrondissement de la SUVA, une expertise médicale doit être effectuée afin de déterminer la capacité de travail résiduelle et les limitations fonctionnelles de l'assuré (OAIE pce 280 p. 7), laquelle a été réalisée par le Dr F.\_\_\_\_\_ (ci-après : Dr F.\_\_\_\_\_), spécialiste FMH en chirurgie orthopédique et chirurgie de la main le 16 novembre 2018 (cf. le rapport d'expertise du 23 janvier 2019 [OAIE pce 291 p. 12-51]). Cette expertise a été complétée par un rapport médical du 19 mars 2019 du Dr F.\_\_\_\_\_ (OAIE pce 293 p. 7-8).

**B.e** Le 2 mars 2020, l'OAI-B.\_\_\_\_\_ a transmis le dossier de l'assuré à l'Office de l'assurance-invalidité pour les assurés résidant à l'étranger (ci-après : OAIE ou autorité inférieure) pour raison de compétence (OAIE pce 315).

**B.f** Le 19 mars 2021, la SUVA a rendu sa décision sur opposition. Selon la SUVA, les plaintes principales de l'assuré résidaient dans son membre supérieur droit (rupture du sus-épineux sans limitation de la mobilité de l'épaule) et son membre inférieur gauche (syndrome douloureux en lien avec une insuffisance veineuse chronique sur syndrome post-thrombotique). La SUVA a déclaré que les plaintes de l'intéressé ont fait l'objet de mesures d'instruction médicales extrêmement poussées et que l'expertise pluridisciplinaire – dans les domaines de l'angiologie, de la psychiatrie, de la neuropsychologie, de l'ophtalmologie, de la médecine de la douleur, des addictions et de la neurologie – sollicitée par l'assuré n'apporteraient aucun élément nouveau susceptible de mettre en évidence des éléments qui auraient été ignorés. La SUVA a considéré que l'expertise du Dr F. \_\_\_\_\_ remplissait les réquisits jurisprudentiels. En substance, la SUVA a retenu que l'état de santé de l'assuré était stabilisé depuis le 31 juillet 2019 au moins (OAIE pces 346 et 349).

**B.g** Selon le procès-verbal du 6 mai 2021, l'OAIE a indiqué s'aligner sur la décision de la SUVA en reprenant les mêmes incapacités de travail retenues (OAIE pce 355).

**B.h** Par projet de décision du 13 janvier 2022, l'autorité inférieure a annulé et remplacé son projet de décision du 21 mai 2021, à laquelle l'assuré, par l'intermédiaire de son conseil, s'était opposé par correspondance du 24 juin 2021 (OAIE pces 358, 359 et 360). Il ressort du projet de décision du 13 janvier 2022 que l'autorité inférieure a informé l'intéressé de son intention de lui octroyer une rente entière d'invalidité limitée dans le temps pour la période du 1<sup>er</sup> mars au 31 août 2012 (OAIE pce 374).

**B.i** Par correspondance du 16 février 2022, l'assuré a fait parvenir à l'OAIE ses observations relatives au projet de décision du 13 janvier 2022 (OAIE pce 377).

**B.j** Par décision du 20 octobre 2022, l'OAIE a maintenu les conclusions de son projet de décision du 13 janvier 2022 (OAIE pces 381 et 387).

## **C.**

**C.a** Par acte du 18 novembre 2022 (timbre postal), l'intéressé a interjeté recours contre la décision de l'OAIE du 20 octobre 2022 par-devant le Tribunal administratif fédéral (ci-après : le Tribunal) contestant en substance la pleine capacité de travail retenue par l'autorité inférieure ainsi que le montant du revenu sans et avec invalidité (TAF pce 1). Par

correspondance spontanée du 21 novembre 2022, le recourant a transmis au Tribunal une expertise privée du Dr G.\_\_\_\_\_ (ci-après : Dr G.\_\_\_\_\_), professeur honoraire à l'Université de D.\_\_\_\_\_ et chirurgien orthopédique FMH, du 17 novembre 2022 (TAF pce 2).

**C.b** Par ordonnance du 1<sup>er</sup> décembre 2022, le Tribunal a invité le recourant à remplir le formulaire « Demande d'assistance judiciaire » dans un délai fixé au 16 janvier 2023 (TAF pce 3), ce délai a été prolongé jusqu'au 16 février 2023 par ordonnance du 19 janvier 2023 (TAF pces 4 et 5).

Par décision incidente du 24 février 2023, le Tribunal a rejeté la demande d'assistance judiciaire du recourant et l'a invité à verser une avance sur les frais de procédures présumés de 800 francs dans le délai fixé au 27 mars 2023, sous peine d'irrecevabilité du recours (TAF pces 7 et 8). Le montant a été versé dans le délai imparti (TAF pce 10).

**C.c** Par réponse du 15 juin 2023, l'OAIE a notamment transmis au Tribunal la prise de position du service médical du 9 juin 2023 et conclu au rejet du recours et à la confirmation de la décision attaquée (TAF pce 14).

**C.d** Par réplique du 24 août 2022, l'assuré a intégralement persisté dans ses conclusions (TAF pce 16).

**C.e** Par décision du 7 août 2023, l'OAIE a octroyé une rente entière d'invalidité pour enfant liée à la rente du recourant du 1<sup>er</sup> mars au 31 août 2012, à l'encontre de laquelle l'intéressé a interjeté recours par-devant le Tribunal de céans le 14 août 2023 (timbre postal) et conclu à la jonction des causes C-4418/2023 et C-5315/2022 (C-4418/2023 TAF pce 1). Par ordonnance du 31 août 2023, le Tribunal a invité l'autorité inférieure à se prononcer sur la jonction des causes requise par le recourant dans le délai fixé au 2 octobre 2023 (C-4418/2023 TAF pce 2). Par prise de position du 21 septembre 2023, l'autorité inférieure a conclu également à la jonction des causes C-4418/2023 et C-5315/2022 (C-5315/2023 TAF pce 17 et C-4418/2023 TAF pce TAF pce 3).

**C.f** Par décision incidente du 13 octobre 2023, le Tribunal a joint les causes C-5315/2022 et C-4418/2023 et a signalé que l'échange d'écritures était clos, d'autres mesures d'instruction demeurant toutefois réservée (C-5315/2022 TAF pce 18).

**C.g** Par ordonnance du 19 janvier 2024, le Tribunal a invité le recourant à prendre position sur le renvoi envisagé de la cause à l'OAIE pour compléter l'instruction et à communiquer s'il voulait retirer son recours jusqu'au 19 février 2024, à défaut de quoi ce dernier serait considéré comme maintenu (éventuelle reformatio in pejus ; TAF pce 20). Par correspondance du 26 janvier 2024 (timbre postal), le recourant a confirmé maintenir son recours (TAF pce 21).

**D.**

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

**Droit :**

**1.**

**1.1** Le Tribunal administratif fédéral est compétent pour connaître du présent recours (art. 31, 32 et 33 let. d LTAF ; art. 69 al. 1 let. b LAI [RS 831.20]). Dans la mesure où le recourant est directement touché par les décisions attaquées et a un intérêt digne d'être protégé à ce qu'elles soient annulées ou modifiées, il a qualité pour recourir (art. 59 LPGA [RS 830.01] et 48 al. 1 PA). Déposé en temps utile et dans les formes requises par la loi (art. 60 LPGA et 50 al. 1 PA ; art. 52 al. 1 PA), et l'avance sur les frais de procédure ayant été dûment acquittée (art. 63 al. 4 PA), le recours est recevable.

**1.2** La procédure devant le Tribunal administratif fédéral est en principe régie par la PA (art. 37 LTAF), sous réserve des dispositions particulières de la LPGA (art. 3 let. d<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).

**2.**

Le présent litige porte sur le bien-fondé de la décision du 20 octobre 2022, par laquelle l'OAIE a octroyé à l'intéressé une rente entière d'invalidité limitée dans le temps pour la période du 1<sup>er</sup> mars au 31 août 2012 ainsi que de la décision du 7 août 2023, octroyant une rente d'invalidité pour enfant liée à la rente du recourant pour la même période. Le recourant réclame l'octroi d'une rente illimitée dans le temps ainsi qu'une rente complémentaire pour enfant.

### 3.

La procédure dans le domaine des assurances sociales fait prévaloir la maxime inquisitoire (art. 43 LPGA ; ATF 138 V 218 consid. 6). Ainsi, le Tribunal administratif fédéral définit les faits et apprécie les preuves d'office et librement (art. 12 PA ; MOOR/POLTIER, Droit administratif, vol. II, 3<sup>e</sup> éd. 2011, ch. 2.2.6.3). Ce faisant, il ne tient pour existants que les faits qui sont prouvés, cas échéant au degré de la vraisemblance prépondérante (ATF 139 V 176 consid. 5.2 ; 138 V 218 consid. 6). Par ailleurs, il applique le droit d'office, sans être lié par les motifs invoqués par les parties (art. 62 al. 4 PA ; ATAF 2013/46 consid. 3.2), ni par l'argumentation juridique développée dans la décision entreprise (MOOR/POLTIER, op. cit., ch. 2.2.6.5 ; BENOÎT BOVAY, Procédure administrative, 2<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 ; MOSER/BEUSCH/KNEUBÜHLER/KAYSER, Prozessieren vor dem Bundesverwaltungsgericht, 3<sup>e</sup> éd. 2022, n. 1.55). Les parties ont le devoir de collaborer à l'instruction (art. 13 PA et 43 al. 3 LPGA ; arrêt du Tribunal administratif fédéral C-6134/2017 du 3 avril 2018 consid. 5.4) et de motiver leur recours (art. 52 PA).

### 4.

**4.1** Dans le cadre du « développement continu de l'AI », la LAI, le RAI (RS 831.201) et la LPGA, notamment, ont été modifiés avec effet au 1<sup>er</sup> janvier 2022 (RO 2021 705 ; FF 2017 2535). Compte tenu cependant du principe de droit intertemporel prescrivant l'application des dispositions légales qui étaient en vigueur lorsque les faits juridiquement déterminants se sont produits (ATF 148 V 174 consid. 4.1 ; 144 V 210 consid. 4.3.1), le droit matériel applicable reste, en l'occurrence, celui qui était en vigueur jusqu'au 31 décembre 2021, dès lors que le droit à la rente a pris naissance avant cette date (arrêt du TF 8C\_152/2023 du 14 novembre 2023 consid. 3.1 ; cf. consid. B.a supra et 6.2 infra concernant la naissance du droit à la rente).

**4.2** L'affaire présente un aspect transnational dans la mesure où le recourant, ressortissant suisse et ayant été assuré de nombreuses années en Suisse, est domicilié en Afrique du Sud. Toutefois, la Suisse n'a pas conclu de convention de sécurité sociale avec l'Afrique du Sud. Dès lors, la présente cause doit être examinée à l'aune des dispositions du droit interne suisse.

**5.**

Selon l'art. 36 LAI, l'assuré qui compte trois années au moins de cotisations lors de la survenance de l'invalidité a droit à une rente d'invalidité ordinaire (al. 1). En l'occurrence, le recourant a versé des cotisations à l'AVS/AI suisse pendant plus de 20 ans (cf. consid. A). Il remplit donc la condition de durée minimale de cotisations. Il reste à examiner si l'assuré est invalide au sens de la loi.

**6.**

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

**6.2** Le droit à la rente prend naissance au plus tôt à l'échéance d'une période de six mois à compter de la date à laquelle l'assuré a fait valoir son droit aux prestations conformément à l'art. 29 al. 1 LPGGA, mais pas avant le mois qui suit le 18<sup>e</sup> anniversaire de l'assuré (art. 29 al. 1 LAI) et sous réserve d'un délai d'attente d'une année à compter du début de l'atteinte à la santé (art. 28 al. 1 let. b LAI).

**6.3** Aux termes de l'art. 8 al. 1 LPGGA, est réputée invalidité l'incapacité de gain totale ou partielle qui est présumée permanente ou de longue durée. L'art. 4 al. 1 LAI précise que l'invalidité peut résulter d'une infirmité congénitale, d'une maladie ou d'un accident. L'al. 2 de cette disposition mentionne que l'invalidité est réputée survenue dès qu'elle est, par sa nature et sa gravité, propre à ouvrir le droit aux prestations entrant en considération. Selon l'art. 7 al. 1 LPGGA, 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 LPGGA). 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 LPGGA).

**6.4** La notion d'invalidité, dont il est question à l'art. 8 LPGA et à l'art. 4 LAI, est de nature juridique/économique et non pas médicale (ATF 116 V 246 consid. 1b). En d'autres termes, l'assurance-invalidité suisse couvre seulement les pertes économiques liées à une atteinte à la santé physique, mentale ou psychique, qui peut résulter d'une infirmité congénitale, d'une maladie ou d'un accident, et non la maladie en tant que telle. Selon l'art. 16 LPGA, applicable par le renvoi de l'art. 28a al. 1 LAI, pour évaluer le taux d'invalidité, le revenu que l'assuré aurait pu obtenir s'il n'était pas invalide est comparé avec celui qu'il pourrait obtenir en exerçant l'activité qui peut raisonnablement être exigée de lui après les traitements et les mesures de réadaptation, sur un marché du travail équilibré (méthode générale). Selon la jurisprudence constante, bien que l'invalidité soit une notion juridique et économique, les données fournies par les médecins constituent néanmoins un élément utile pour apprécier les conséquences de l'atteinte à la santé et pour déterminer quels travaux peuvent être encore raisonnablement exigés (ATF 115 V 133 consid. 2 ; 114 V 310 consid. 3c).

**6.5** Lorsqu'une décision accorde avec effet rétroactif une rente d'invalidité échelonnée ou limitée dans le temps, les dispositions sur la révision d'une rente d'invalidité sont applicables par analogie (art. 17 LPGA et art. 88a RAI ; ATF 133 V 263 consid. 6.1 ; arrêt du TF 8C\_71/2017 du 20 avril 2017 consid. 3 ; 9C\_226/2011 du 15 juillet 2011 consid. 4.3.1 non publié dans l'ATF 137 V 369 ; MARGIT MOSER-SZELESS, Loi sur la partie générale des assurances sociales, Commentaire romand, 2018, art. 17 n°9 p. 249 s.). Elle doit donc se fonder sur une modification notable du taux d'invalidité. La date de la modification du droit doit être fixée conformément à l'art. 88a RAI (par analogie : ATF 125 V 413 consid. 2d ; arrêt du TF I 21/05 du 12 octobre 2005 consid. 3.3 ; voir aussi MICHEL VALTERIO, Commentaire, Loi fédérale sur l'assurance-invalidité [LAI], 2018, art. 31 n°32) dont l'al. 1 prévoit que s'il y a amélioration de la capacité de gain ou de la capacité d'accomplir les travaux habituels, ce changement n'est déterminant pour la suppression de tout ou partie du droit aux prestations qu'à partir du moment où on peut s'attendre à ce que l'amélioration constatée se maintienne durant une assez longue période. Il en va de même lorsqu'un tel changement déterminant a duré trois mois déjà, sans interruption notable et sans qu'une complication prochaine soit à craindre.

## **6.6**

**6.6.1** La reconnaissance de l'existence d'une atteinte à la santé psychique suppose la présence d'un diagnostic émanant d'un expert (psychiatre) et

s'appuyant selon les règles de l'art sur les critères d'un système de classification reconnu, tel la Classification internationale des maladies (ci-après : la CIM) ou le Manuel diagnostique et statistique des troubles mentaux (ci-après ; le DSM-IV ; ATF 143 V 409 consid. 4.5.2 ; 141 V 281 consid. 2.2 et 3.2 ; 130 V 396 consid. 5.3 et 6 ; arrêts du Tribunal fédéral 8C\_841/2016 du 30 novembre 2017 consid. 4.5.2 et 9C\_815/2012 du 12 décembre 2012 consid. 3). A l'inverse, si l'expert psychiatre identifie un phénomène d'exagération des symptômes ou une constellation similaire chez l'intéressé, aucune atteinte psychique ouvrant le droit aux prestations d'assurance ne peut être reconnue (motifs d'exclusion ; ATF 141 V 281 consid. 2.2).

**6.6.2** Le 30 novembre 2017, dans deux arrêts de principe, le Tribunal fédéral a estimé qu'en règle générale, toutes les affections psychiques (ATF 143 V 418 consid. 7.1 ss) – aussi les troubles dépressifs de degré léger ou moyen (ATF 143 V 409 consid. 4.5.1 ss) – doivent faire l'objet d'une procédure probatoire structurée au sens de l'ATF 141 V 281 (arrêt du Tribunal fédéral 8C\_841/2016 du 30 novembre 2017) afin de pouvoir évaluer le droit à une rente d'invalidité de la personne concernée, soit sa capacité résiduelle de travail. Cette procédure tient compte des facteurs d'incapacité d'une part et des ressources de la personne assurée d'autre part et les limitations constatées doivent être examinées à l'aune des indicateurs se rapportant à la cohérence (ATF 141 V 281 consid. 4.1.3).

Le Tribunal fédéral a remarqué que le suivi (et l'évolution) d'une thérapie adéquate de psychothérapie constitue un indicateur de la gravité de l'affection et est exigible compte tenu de l'obligation de réduire le dommage de la personne assurée (ATF 143 V 409 consid. 4.4 et 4.5.2). Il a également souligné que le catalogue d'indicateurs n'est pas immuable, devant au contraire évoluer avec les connaissances scientifiques médicales et juridiques, et qu'il sied de toujours tenir compte des circonstances du cas concret, le catalogue n'ayant pas la fonction d'une simple check-list (ATF 141 V 281 consid. 4.1.1).

La Haute Cour a encore précisé que pour des raisons de proportionnalité, il n'est pas nécessaire de procéder à un examen normatif selon l'ATF 141 V 281 lorsque des médecins spécialisés nient, d'une manière fondée et avec motivation, la présence d'une incapacité de travail, que leurs rapports médicaux répondent aux exigences jurisprudentielles et que des éventuels avis contradictoires n'ont pas de force probante notamment parce qu'ils proviennent de médecins qui ne sont pas spécialisés ou pour d'autres raisons (ATF 143 V 418 consid. 7.1 ; 143 V 409 consid. 4.5). A titre

d'exemple, il n'y a en principe pas besoin de réaliser un examen de preuve structurée dans les cas où il est établi à la vraisemblance prépondérante que la personne assurée ne souffre que d'un trouble dépressif léger qui n'est pas encore chronique et que, de plus, elle ne présente pas de comorbidités (ATF 143 V 409 consid. 4.5.3 ; arrêt du Tribunal fédéral 9C\_580/2017 du 16 janvier 2018 consid. 3.1).

**6.6.3** Enfin, selon l'ATF 145 V 215, le Tribunal fédéral a retenu que les syndromes de dépendance primaire doivent en principe faire l'objet – comme toutes les autres maladies psychiques – d'une procédure probatoire structurée au sens de l'arrêt ATF 141 V 281 (cf. ATF 145 V 215 consid. 5 et 6.2).

## **6.7**

**6.7.1** Pour pouvoir déterminer la capacité de travail médico-théorique et évaluer l'invalidité de la personne concernée, l'administration, ou le tribunal en cas de recours, a besoin de documents que le médecin ou éventuellement d'autres spécialistes doivent lui fournir (ATF 117 V 282 consid. 4a) et sur lesquels elle s'appuiera, sous peine de violer le principe inquisitoire (arrêt du TF 8C\_623/2012 du 6 décembre 2012 consid. 1). Précisément, la tâche des médecins consiste à porter un jugement sur l'état de santé et à indiquer dans quelle mesure et pour quelles activités la personne concernée est incapable de travailler, compte tenu de ses limitations (ATF 143 V 418 consid. 6; 132 V 93 consid. 4 ; 125 V 256 consid. 4 ; 115 V 133 consid. 2 ; 114 V 310 consid. 3c ; 105 V 156 consid. 1 ; voir également ATF 140 V 193 consid. 3.2 et les réf. cit.).

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

**6.7.3** Ainsi, avant de conférer pleine valeur probante à un rapport médical, il convient de s'assurer que les points litigieux importants ont fait l'objet d'une étude circonstanciée, que le rapport se fonde sur des examens complets, qu'il prend également en considération les plaintes exprimées par la personne examinée, qu'il a été établi en pleine connaissance de l'anamnèse, que la description du contexte médical et l'appréciation de la situation médicale sont claires et enfin que les conclusions du médecin sont dûment motivées (ATF 134 V 231 consid. 5.1 ; 125 V 351 consid. 3a).

La valeur probante d'un rapport médical ou d'une expertise est de plus liée à la condition que le médecin qui se prononce dispose de la formation spécialisée nécessaire et de compétences professionnelles dans le domaine d'investigation (arrêts du TF 9C\_555/2017 du 22 novembre 2017 consid. 3.1 et les références ; 9C\_745/2010 du 30 mars 2011 consid. 3.2 et 9C\_59/2010 du 11 juin 2010 consid. 4.1 ; MICHEL VALTERIO, op. cit., art. 57 n° 33).

**6.7.4** S'agissant des documents produits par le service médical d'un assureur étant partie au procès (art. 59 al. 2<sup>bis</sup> LAI), le Tribunal fédéral n'exclut pas que l'assureur ou le juge des assurances sociales statuent en grande partie, voire exclusivement sur la base de ceux-ci. Dans de telles constellations, il convient toutefois de poser des exigences sévères à l'appréciation des preuves. Une instruction complémentaire sera ainsi requise, s'il subsiste des doutes, même minimes, quant au bien-fondé des rapports et expertises médicaux versés au dossier par l'assureur (ATF 139 V 225 consid. 5.2 ; 135 V 465 consid. 4.6 ; 122 V 157 consid. 1d ; 123 V 175 consid. 3d ; 125 V 351 consid. 3b/ee ; arrêt du TF 9C\_10/2017 du 27 mars 2017 consid. 5.1). Le simple fait qu'un avis médical divergeant – même émanant d'un spécialiste – ait été produit ne suffit toutefois pas à lui seul à remettre en cause la valeur probante d'un rapport établi par le service médical de l'assureur (arrêt du TF U 365/06 du 26 janvier 2007 consid. 4.1). Par ailleurs, il sied de relever que le fait précisément que ces médecins soient liés à l'assureur, d'un point de vue institutionnel ou par un rapport de travail, ne permet pas, pour ce seul motif, de douter de l'objectivité de leur appréciation ; le Tribunal fédéral n'y voit pas de motif de partialité ou de subjectivité (ATF 135 V 465 consid. 4.4).

Les rapports des SMR selon les art. 59 al. 2<sup>bis</sup> LAI et 49 al. 1 et 3 RAI ont une autre fonction que les examens sur la personne de l'assuré au sens de l'art. 49 al. 2 RAI effectués par les SMR et de l'art. 44 LPGA effectués par un expert indépendant. Les rapports au sens des art. 59 al. 2<sup>bis</sup> LAI et 49 al. 1 et 3 RAI ne se fondent pas sur des examens médicaux effectués sur la personne mais contiennent les résultats de l'examen des conditions médicales du droit aux prestations et une recommandation, sous l'angle médical, concernant la suite à donner à la demande de prestations. Ils ne posent pas de nouvelles conclusions médicales mais portent une appréciation sur celles déjà existantes (arrêts du TF 9C\_581/2007 du 14 juillet 2008 consid. 3.2 et 9C\_341/2007 du 16 novembre 2007 consid. 4.1).

**6.7.5** 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, tel que des contradictions manifestes ou des éléments essentiels ignorés, ne permet de douter de leur bien-fondé et fiabilité (ATF 137 V 210 consid. 2.2.2 ; 135 V 465 consid. 4.4 ; 125 V 351 consid. 3b/bb).

**6.7.6** Selon la formule consacrée par la jurisprudence, l'expert médical a pour tâches d'informer le juge ou l'administration sur des règles d'expérience ou sur des notions relevant de son domaine d'expertise, d'élucider pour le tribunal ou les organes administratifs des questions de fait dont la vérification et l'appréciation exigent des connaissances spéciales – scientifiques, techniques ou professionnelles – ou de tirer, sur la base de ses connaissances, des conclusions sur des faits existants. L'expert répond exclusivement aux questions de fait qui relèvent de son domaine de compétences ; la résolution des questions juridiques incombe en revanche au juge ou à l'administration. En outre, l'expert doit éviter tout fait ou comportement pouvant susciter un doute quant à son impartialité, laquelle requiert l'indépendance, l'objectivité et la neutralité (arrêts du TF 8C\_448/2015 du 17 décembre 2015 consid. 4.2 ; I 195/05 du 20 décembre 2006 consid. 4.4 ; JACQUES OLIVIER PIGUET, *Loi sur la partie générale des assurances sociales*, Commentaire romand, 2018, art. 44 n° 10 pp. 551-553).

**6.7.7** Quant aux rapports établis par les médecins traitants, le juge peut et doit tenir compte du fait que selon l'expérience, le médecin traitant est généralement enclin, en cas de doute, à prendre parti pour son patient en raison de la relation de confiance issue du mandat thérapeutique qui l'unit à ce dernier (ATF 135 V 465 consid. 4.5 ; 125 V 351 consid. 3a/cc). Cette constatation s'applique de même aux médecins non traitant ou spécialistes (expertises privées) consultés par un patient en vue d'obtenir un moyen de preuve à l'appui de sa requête (arrêt du TF I 321/03 du 29 octobre 2003 consid. 3.1 ; MICHEL VALTERIO, *op. cit.*, art. 57 n°48). Toutefois le simple fait qu'un certificat médical ou une expertise privée soit établi à la demande d'une partie et soit produit pendant la procédure ne justifie pas en soi des doutes quant à sa valeur probante. Ainsi, on en retiendra des éléments, notamment si ceux-ci, objectivement vérifiables, ont été ignorés dans le cadre d'une expertise indépendante et s'avèrent suffisamment pertinents pour remettre en cause les conclusions de l'expert (ATF 125 V 351 consid. 3b/dd et les références citées ; arrêts du TF 9C\_338/2016 du 21 février 2017 consid. 5.5 ; 9C\_876/2009 du 6 juillet 2010 consid. 2.2 ; 9C\_24/2008

du 27 mai 2008 consid. 2.3.2 ; 9C\_201/2007 du 29 janvier 2008 consid. 3.2).

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

**6.7.9** Enfin, il convient également de rappeler que les organes de l'assurance-invalidité ne sont pas liés par l'évaluation de l'invalidité faite par les organes de l'assurance-accident (ATF 133 V 549 consid. 6 et les références citées).

## 7.

**7.1** En l'espèce, la décision litigieuse du 20 octobre 2022 se fonde sur les procès-verbaux du rapport de l'OAIE et de ses médecins, desquels il ressort que l'OAIE s'aligne sur la décision de la SUVA du 19 mars 2021 (OAIE pces 339, 355, 371 et 379). Afin de rendre cette décision, la SUVA s'est basée sur le dossier médical en sa possession et sur l'expertise orthopédique réalisée le 16 novembre 2018 par le Dr F.\_\_\_\_\_ (cf. rapport d'expertise du 23 janvier 2019 [OAIE pce 291 p. 12 ss]) ainsi que son complément du 19 mars 2019 (OAIE pce 293 pp. 7-8).

Le Tribunal constate que selon la prise de position médicale du 9 septembre 2020 du Dr H.\_\_\_\_\_ (ci-après : Dr H.\_\_\_\_\_), FMH en médecine interne générale et médecin SMR certifié, le cas doit être soumis au rapport de l'OAIE et de ses médecins en raison de sa complexité et des positions contradictoires, lesquels doivent se prononcer sur la valeur probante de l'expertise du Dr F.\_\_\_\_\_. En outre, le Dr H.\_\_\_\_\_ relève que les avis du médecin d'arrondissement de la SUVA et de l'expertise du Dr F.\_\_\_\_\_ ne sont pas du tout concordants (OAIE pce 337).

Selon le procès-verbal du 8 octobre 2020 de l'OAIE, le dossier contient plusieurs rapports médicaux contradictoires et il convient d'attendre l'issue de la procédure de la SUVA avant d'envisager des investigations supplémentaires (OAIE pce 339).

D'après le procès-verbal du 22 avril 2021, sur le plan orthopédique, les documents médicaux produits ne révèlent aucune atteinte non liée à l'accident ayant un impact durable et significatif sur la capacité de travail de l'assuré et les limitations fonctionnelles retenues par le Dr F. \_\_\_\_\_ n'étant pas en lien avec l'accident, n'ont en effet aucun impact significatif sur la capacité de travail de l'assuré, cela ne changeant rien au niveau des activités de substitutions, considérées comme étant exigibles. Sur cette base, l'OAIE déclare qu'il s'agit bien de la même atteinte et qu'il convient de s'aligner sur la décision de la SUVA du 19 mars 2021. En ce qui concerne le volet psychiatrique, l'OAIE indique qu'il n'existe aucun indice allant dans le sens d'une nouvelle évaluation psychiatrique, l'assuré ayant été évalué en dernier lieu en 2012 afin d'écartier toute pathologie psychiatrique liée à son accident sur la voie publique et n'ayant jamais exprimé de plainte du point de vue psychiatrique, une nouvelle évaluation n'est pas justifiée sur ce point (OAIE pce 355).

Selon le procès-verbal du 3 décembre 2021, l'OAIE indique qu'à l'issue de la mesure de reclassement, soit au 1<sup>er</sup> avril 2015, l'assuré est entièrement apte à exercer une activité adaptée étant donné que pour la période de 2015 jusqu'à l'expertise réalisée par le Dr F. \_\_\_\_\_ le 16 novembre 2018, les différents examens effectués par le médecin d'arrondissement de la SUVA ont toujours confirmé une situation globalement inchangée. En outre, l'OAIE relève que le Dr F. \_\_\_\_\_ a également confirmé une capacité de travail entière dans une activité adaptée et que l'expertise du 23 janvier 2019 doit être suivie en raison de sa valeur probante. Enfin, il est rapporté qu'aucun élément objectif n'est en mesure de justifier les gains avancés par l'assuré dans son courrier d'opposition et que l'assuré ne remplit pas de déclaration fiscale et que son dossier et son compte individuel ne contiennent aucune trace de gains allégués (OAIE pce 371).

Enfin, le dernier procès-verbal du 3 mars 2022 mentionne en substance que les éléments avancés lors de l'opposition du 16 février 2022 relatifs à l'état de santé somatique n'apportent aucun élément nouveau permettant de revenir sur les conclusions antérieures et justifiant l'organisation d'une nouvelle expertise médicale. Sur le plan psychiatrique, l'OAIE relève qu'aucun rapport psychiatrique venant attester d'une addiction à la codéine, d'un trouble psychiatrique ou d'une prise en charge psychiatrique n'est présent au dossier. En outre, si l'assuré souffrait d'un réel trouble psychiatrique, comme une addiction à la codéine, un suivi serait mis en place et des documents dans ce sens figuraient au dossier, ce qui n'est pas le cas (OAIE pce 379).

Compte tenu de ce qui précède, l'autorité inférieure a rendu la décision litigieuse du 20 octobre 2022 et a octroyé une rente entière d'invalidité limitée dans le temps, soit du 1<sup>er</sup> mars au 31 août 2012 (OAIE pce 387). Elle a en outre complété cette rente par une rente liée pour enfant par décision du 7 août 2023 (C-4418 TAF pce 1).

**7.2** Selon la demande de prestations AI du 13 septembre 2011, l'assuré a indiqué être en incapacité de travail depuis l'accident du 23 mars 2011 (OAIE pce 5).

Il ressort du dossier que l'intéressé a présenté une fracture ouverte, de type III B selon la classification de Gustillo, du tibia et du péroné gauche, avec un défaut cutané de 18 à 20 cm<sup>2</sup> et exposition osseuse, une luxation ouverte interphalangienne du premier rayon du pied gauche et une fracture de la phalange distale de l'hallux droit, non déplacée ainsi que des troubles neurologiques post-traumatiques avec une diminution de la force de la main droite et de l'acuité visuelle gauche et de légers troubles mnésiques. A la suite de cet accident, l'intéressé a subi de multiples interventions orthopédiques et de chirurgie plastique avec greffes cutanées et musculaires (cf. en particulier OAIE pces 12, 17, 21, 25 pp. 17-22 et 27-28 et pces 33-34). Entre 2012 et 2017, l'assuré a été examiné par de nombreux médecins spécialistes, tels que chirurgien orthopédique, ophtalmologue, rhumatologue, neurologue, angiologue, chirurgien de la main, et diverses images médicales ont été effectuées. Il ressort en substance des pièces médicales établies par ces divers spécialistes que l'assuré se plaint principalement de la persistance des douleurs au niveau du membre inférieur gauche ainsi que du membre supérieur droit (cf. notamment OAIE pces 36 ; 44 pp. 39-40 ; 59 pp. 6-7 ; 94 pp. 9, 18-20 ; 159 pp. 19-20, 23-24 ; 228 pp. 14-15 et 17-21 ; 238 pp. 13-16 ; 246 pp. 12-14 ; 248 pp. 3, 5-13 et 18-19 ; 251 pp. 8-10 et 12-14 ; 254 pp. 2-4, 6, 13 ; 255 p. 5 ; 265 pp. 4-9, 30-31, 34-35, 41-44 et 50-59 ; 269 pp. 16-17 ; 272 pp. 13-14 et 29-30 ; 274 pp. 27-35).

**7.3** S'agissant du membre inférieur gauche, le Dr I. \_\_\_\_\_ (ci-après : Dr I. \_\_\_\_\_), spécialiste en chirurgie générale et traumatologie de l'appareil locomoteur FMH et médecin d'arrondissement de la SUVA, relève dans son rapport médical du 21 mars 2013 une évolution lente mais favorable depuis la fin de l'année 2012, l'intéressé ayant interrompu la médication de Co-Dafalgan et de la codéine et prenant occasionnellement un comprimé de Dafalgan le matin et un comprimé de Novalgine le soir. Toutefois, le Dr I. \_\_\_\_\_ constate la persistance des symptômes de dysesthésie et de paresthésie au niveau de la face interne de la cheville gauche ainsi qu'une

limitation de la cheville gauche avec une flexion dorsale fortement diminuée et une flexion plantaire réduite. S'agissant des limitations fonctionnelles, le Dr I. \_\_\_\_\_ relève que l'assuré n'est plus en mesure de marcher de façon prolongée, de monter ou descendre des escaliers et des échelles de façon répétée, de porter des charges supérieures à 20 kg de façon répétée et de rester debout de façon prolongée (OAIE pce 94 pp. 2-7). Il ressort des pièces au dossier qu'en 2014, l'assuré se plaignait d'importantes douleurs au membre inférieur gauche et qu'il est adressé au Centre J. \_\_\_\_\_ (OAIE pce 132). Selon le rapport médical du 24 mars 2014 de la Dre K. \_\_\_\_\_ (ci-après : Dre K. \_\_\_\_\_), médecin adjointe au centre de l'Hôpital J. \_\_\_\_\_, il est trop tôt de tenter un traitement pour la jambe gauche dès lors qu'une intervention chirurgicale est prévue pour l'ablation du clou centromédullaire, qui pourrait être à l'origine d'une partie de la symptomatologie douloureuse. La Dre K. \_\_\_\_\_ indique qu'il y a probablement une participation psychologique à la symptomatologie chez l'assuré en excellente forme physique, avec un sentiment de toute puissance et qui se sent comme « démolé » par une fracture traumatique du tibia et qu'il faudra s'occuper de la problématique de dépendance aux opiacés dont il fait mention plusieurs fois durant l'anamnèse (OAIE pce 159 pp. 23-24). L'ablation du matériel ostéosynthèse du membre inférieur gauche est réalisée le 12 juin 2014 (OAIE pce 159 pp. 6 et 15-16). Selon le rapport médical du 10 juin 2015 du Dr I. \_\_\_\_\_, l'état général de l'intéressé est stationnaire, depuis le dernier examen du 21 mai 2013, avec une persistance d'un syndrome douloureux dans la jambe gauche s'aggravant à la station debout et à la marche prolongée, n'étant plus en mesure de rester debout de façon prolongée, de marcher plus de 15 à 20 minutes ou en terrain accidenté, de porter des charges supérieures à 10 à 15 kg ou d'avoir une activité en position accroupie ou à genoux, ni de travailler de façon continue pendant plus de 4 à 5 heures d'affilée, des périodes de repos devant être aménagées (OAIE pce 228 pp. 17-21). Le Dr L. \_\_\_\_\_ (ci-après : Dr L. \_\_\_\_\_), spécialiste en chirurgie orthopédique et médecin consultant à la Clinique C. \_\_\_\_\_, déclare dans son rapport médical du 22 juin 2015 que l'état douloureux de la jambe gauche de l'assuré va persister, ceci étant la règle après des fractures graves avec écrasement, infection, adhérence, lambeau, etc., et que les fractures graves de la jambe font beaucoup plus d'arthrose à moyen terme de cheville qu'on ne le pense et que probablement, une partie des douleurs vont dans le sens d'une arthrose débutant qui n'est pas encore manifeste. Le Dr L. \_\_\_\_\_ propose une intervention chirurgicale, à savoir un allongement de la plaque aponévrotique du triceps pour augmenter un petit peu la dorsiflexion de la cheville, afin de pouvoir faciliter le passage du pas pour marcher plus rapidement (OAIE pce 238 pp. 15-16). Afin de connaître

l'état artériel et veineux du membre inférieur gauche, une consultation en angiologie est organisée. Il ressort du rapport médical du 11 septembre 2015 du service d'angiologie du Centre hospitalier universitaire M. \_\_\_\_\_ que l'intéressé présente une insuffisance veineuse chronique de stade C4a Es Ad Pr à gauche à la suite d'un syndrome post-thrombotique déclenché par un traumatisme grave suivi d'une chirurgie orthopédique avec immobilité prolongée et persistance de récurrence de thrombose veineuse profonde secondaire distales lors de situations à risque et qu'il n'existe pas d'artériopathie oblitérante ou d'anévrismale des membres inférieurs. En outre, il est recommandé un suivi annuel de l'insuffisance veineuse chronique ainsi qu'un traitement médicamenteux préventif et d'antidouleur (OAIE pce 246 pp. 12-14). Selon le rapport médical du 3 novembre 2015, le Dr L. \_\_\_\_\_ déclare que l'examen du jour lui donne l'impression que l'opération envisagée pourrait être plus cosmétique que réellement fonctionnelle et décide de renoncer à tout geste de révision au niveau du membre inférieur gauche en partant de l'idée que ce dernier n'améliorera pas la tolérance à l'effort ni la rapidité de la marche. En ce qui concerne le bilan vasculaire, le Dr L. \_\_\_\_\_ indique qu'au niveau artériel, il n'y a pas de problème et qu'au niveau veineux, l'intéressé présente une grosse insuffisance veineuse, ce qui l'obligera à porter des bas de contention pour le restant de ses jours et à faire une prophylaxie de la thrombose lors des voyages longs en avion, en voiture ou en train. En outre, le Dr L. \_\_\_\_\_ propose la prise régulière d'Aspégic de 300 mg le soir afin de diminuer un tout petit peu la tendance aux douleurs à l'endormissement et considère que le traitement ambulatoire à la Clinique C. \_\_\_\_\_ comme terminé (OAIE pce 248 pp. 18-19). Il ressort en substance du rapport médical du 9 décembre 2015 du Dr I. \_\_\_\_\_ que l'état général de l'intéressé est inchangé depuis le dernier examen du 10 juin 2015. Le Dr I. \_\_\_\_\_ rapporte que l'assuré n'est pas en mesure de rester debout de façon prolongée, de marcher plus de 15-20 minutes, de marcher en terrain accidenté, de porter des charges supérieures à 10-15 kg ou d'avoir une activité en position accroupie ou à genoux. L'intéressé n'est plus en mesure de travailler de façon continue pendant plus de 4 à 5 heures d'affilée, des périodes de repos devant être aménagées, et doit alterner les positions assises et debout. Le Dr I. \_\_\_\_\_ précise également que l'assuré pourrait exercer une activité permettant de respecter les limitations fonctionnelles précitées à temps plein, toutefois son rendement ne pourrait vraisemblablement pas dépasser 50% (OAIE pce 248 pp. 7-13).

Selon le rapport médical du 29 juin 2016 de la Dre K. \_\_\_\_\_, l'assuré a bénéficié de deux perfusions de Xylocaïne 5 mg/kg pour la douleur neuropathique du membre inférieur gauche, celles-ci ont permis de

diminuer un peu la douleur, surtout au niveau de l'intensité des pics douloureux (OAIE pce 255 p. 5).

Il ressort du rapport médical du 6 septembre 2016 du Dr N. \_\_\_\_\_ (ci-après : Dr N. \_\_\_\_\_), spécialiste en chirurgie orthopédique, que l'intéressé présente des dysbalances musculaire prédominant au niveau des pelvi-rotateurs ainsi qu'au niveau des ischio-jambiers, surtout du côté droit et que ce déséquilibre pourrait décompenser des douleurs secondaires. Ainsi, le Dr N. \_\_\_\_\_ a mis en place un reconditionnement musculaire, axé sur l'assouplissement et le travail proprioceptif, ce qui a permis à l'assuré de sentir une amélioration de la souplesse, avec un peu moins de gênes (OAIE pce 265 pp. 30, 42, 55-58).

**7.4** En ce qui concerne le membre supérieur droit, l'intéressé se plaint principalement d'une faiblesse globale de ce membre avec une gêne décrite comme une lourdeur au niveau de la main droite, d'une tendance à lâcher des objets, des difficultés pour écrire longtemps et des douleurs, par exemple il décrit une douleur très aiguë lorsqu'on lui serre la main (OAIE pce 36 pp. 11-12). Le rapport médical de la Clinique C. \_\_\_\_\_ du 21 mars 2012 mentionne que l'épaule montre de discrets signes de tendinopathie chronique du supra-épineux sans déchirure tendineuse de la coiffe ni bursite, qu'aucun diagnostic n'a pu être posé et que le bilan complété par un scanner de la main montre une ancienne fracture du trapézoïde sur sa face dorsale (OAIE pce 36 pp. 5, 7 et 11-14). Par la suite, l'intéressé a continué de se plaindre de fortes douleurs à l'épaule droite (cf. notamment OAIE pces 94 pp. 2-7 ; 228 pp. 17-21 ; 248 pp. 7-13). Selon le rapport médical du 2 mars 2016 du Dr O. \_\_\_\_\_ (ci-après : Dr O. \_\_\_\_\_), neurologue FMH, l'intéressé présente des douleurs de tout son membre supérieur droit, ce qui peut difficilement correspondre à un tronc nerveux en particulier. Les diverses électro-neuro-myographies déjà réalisées auparavant n'ont jamais démontré d'atteinte tronculaire et du plexus brachial et les résultats de celle du jour sont également dans les limites de la norme (OAIE pce 251 pp. 8-10). Dans son rapport médical du 18 octobre 2016, le Dr P. \_\_\_\_\_ (ci-après : Dr P. \_\_\_\_\_), spécialiste FMH en chirurgie orthopédique et traumatologie, indique que le dernier contrôle avec une arthro-IRM démontre une lésion transfixiante de la coiffe des rotateurs et il propose une prise en charge chirurgicale (OAIE pce 265 pp. 43-44 ; cf. également pce 265 pp. 50-53). Le Dr Z. \_\_\_\_\_ (ci-après : Dr Z. \_\_\_\_\_), FMH chirurgie orthopédique et traumatologie et spécialiste épaule, coude et orthopédie du sport, estime dans son rapport médical du 8 mai 2017 qu'une intervention chirurgicale n'est pas la solution pour le problème de l'épaule de l'assuré et conseille une infiltration sous-acromiale

et glénohumérale séquentielle sous contrôle scopie afin de déterminer si ses douleurs sont modulables ainsi qu'une consultation auprès d'un rhumatologue (OAIE pce 269 pp. 16-17). Selon le rapport médical du 19 mai 2017 du Dr Q.\_\_\_\_\_ (ci-après : Dr Q.\_\_\_\_\_), spécialiste FMH en orthopédie et traumatologie, les douleurs pourraient correspondre à un mécanisme d'instabilité de l'épaule droite, avec peut-être une lésion du bourrelet postérieur qu'il ne visualise pas sur l'artho-IRM du mois de septembre 2016 et propose diverses infiltrations afin d'obtenir une orientation thérapeutique plus précise (OAIE pce 272 pp. 29-30). Selon le rapport médical de la Clinique C.\_\_\_\_\_ du 23 août 2017, les Drs R.\_\_\_\_\_ (ci-après : Dr R.\_\_\_\_\_) et S.\_\_\_\_\_ (ci-après : Dr S.\_\_\_\_\_), tous les deux spécialistes en médecine interne générale, en rhumatologie et membre FMH, n'ont pas de proposition thérapeutique à formuler dans la mesure où l'assuré est réticent à l'intervention chirurgicale réparatrice envisagée et il n'est pas prêt à recevoir une seconde infiltration en raison de très mauvais souvenir de la première infiltration (OAIE pce 272 pp. 13-14).

**7.5** L'examen final par le médecin d'arrondissement est effectué le 9 octobre 2017. Le Dr I.\_\_\_\_\_ rapporte que la situation est globalement inchangée depuis le dernier examen du 20 février 2017 et surtout depuis l'examen médical du 9 décembre 2015 et que le cas peut être considéré comme stabilisé sur le plan médical dès lors que l'on ne peut pas attendre de la poursuite d'un traitement médical une amélioration significative de l'état de santé de l'assuré. S'agissant des limitations fonctionnelles, le Dr I.\_\_\_\_\_ indique que celles définies le 9 décembre 2015 restent valables et les complètent concernant l'atteinte du membre supérieur droit. En ce sens que l'intéressé ne peut pas porter des charges supérieures à 5 kg de façon répétée, avoir des activités en force au-dessus du plan des épaules avec le membre supérieur droit et ne peut pas faire d'effort en porte-à-faux ou avec le membre supérieur droit (OAIE pce 274 pp. 27-34). Invité à motiver la baisse de rendement de 50% retenue dans le rapport médical du 9 décembre 2015, le Dr I.\_\_\_\_\_ indique que cette baisse de rendement de 50% est motivée par le syndrome douloureux majeur séquellaire du traumatisme osseux grave de la jambe gauche majoré par l'insuffisance veineuse séquellaire du traumatisme. Après quelques heures de position statique, les douleurs deviennent insupportables, impliquant des périodes prolongées de repos de la jambe gauche surélevée, et sont incompatibles avec quelque activité professionnelle que ce soit. Le Dr I.\_\_\_\_\_ mentionne que l'ampleur de la baisse de rendement devrait toutefois être précisée par une expertise plus approfondie (OAIE pce 280 p. 6).

**7.6** Il ressort du rapport d'expertise du 29 janvier 2019 du Dr F. \_\_\_\_\_ que l'assuré peut exercer une activité professionnelle semi-assise légère ne nécessitant pas de pilotage d'avion à 100%, avec un rendement plein et un temps complet, pour les seules séquelles post-traumatiques objectivables, soit un discret syndrome post-thrombotique distal du membre inférieur gauche et une discrète limitation fonctionnelle de la cheville et du gros orteil gauche. L'expert précise que cette exigibilité ne tient pas compte de tous les autres diagnostics qui ne sont pas en lien de causalité naturelle avec l'accident du 23 mars 2011, notamment sur le plan non somatique (OAIE pce 291 p. 48).

**7.6.1** L'expert retient des diagnostics en lien avec l'accident du 23 mars 2011 ainsi que des diagnostics sans rapport avec cet accident (OAIE pce 291 pp. 43-44). Les diagnostics relatifs à l'accident du 23 mars 2011, selon le Dr F. \_\_\_\_\_, sont les suivants : discret syndrome thrombotique post-traumatique de la jambe gauche, discrète rétraction du mollet gauche et discrète limitation fonctionnelle de la cheville et de l'interphalangien du gros orteil gauche, status après reprise du pilotage de certains avions entre 2013 et 2017 (rapports médicaux du médecin de T. \_\_\_\_\_ non transmis [refus de transmission du dossier médical par le Dr U. \_\_\_\_\_ (ci-après : Dr U. \_\_\_\_\_), médecin à T. \_\_\_\_\_ [OAIE pce 291 p. 53]), status après plusieurs thromboses veineuses profondes (anamnestiques) de la jambe gauche après 2012, status après enclouage centro-médullaire du tibia gauche le 6 juillet 2011 (ablation du matériel ostéosynthèse le 12 juin 2014 et consolidation parfaite des deux os de la jambe gauche), status après ostéotaxie en urgence du tibia gauche le 23 mars 2011 (couverture par lambeau musculaire le 27 avril 2011 puis par greffe de peau le 6 mai 2011 avec évolution favorable), status après embrochage temporaire de l'IP du gros orteil gauche et traitement conservateur de l'orteil droit avec évolution favorable ainsi que status après accident de moto le 23 mars 2011 avec fracture ouverte de la jambe gauche, luxation de l'IP du gros orteil gauche, fracture in situ de l'IP du gros orteil droit et contusion du membre supérieur droit (OAIE pce 291 p. 43). Le Dr F. \_\_\_\_\_ déclare que sur le plan de l'appareil locomoteur, les séquelles du membre inférieur gauche sont mineures avec notamment une discrète limitation fonctionnelle de la dernière phalange du gros orteil gauche et d'une dizaine de degrés de la cheville gauche, consécutive à une discrète rétraction du mollet gauche après la confection d'un lambeau musculaire. L'expert indique également qu'au niveau du membre inférieur gauche, les constatations objectivables restent modestes et n'expliquent pas l'extension dramatique des plaintes subjectives faisant suspecter l'intervention de facteurs non somatiques.

**7.6.2** Sur le plan vasculaire, le Dr F. \_\_\_\_\_ indique que l'évolution n'est pas très claire et qu'anamnestiquement, l'assuré aurait fait plusieurs épisodes de thrombose veineuse profonde à gauche, sans que cela soit attesté par des documents médicaux au dossier. L'expert mentionne les deux examens angiologiques réalisés le 9 septembre 2015 et le 10 février 2016 dont les résultats concluaient à un discret syndrome post-traumatique poplité gauche et à l'absence d'artériopathie et à la bonne perméabilité de tous les axes veineux (OAIE pce 291 p. 45). Le Dr F. \_\_\_\_\_ déclare que ces séquelles sont plutôt mineures dont le traitement se limite à une activité physique régulière associée au port de bas de compression et, ponctuellement, à une prévention antithrombotique dans les situations à risques (OAIE pce 291 p. 46).

**7.6.3** S'agissant du membre supérieur droit, le Dr F. \_\_\_\_\_ retient que le syndrome douloureux subjectif mal systématisé du membre supérieur droit ne repose sur aucun substrat anatomique objectivable et que rétrospectivement, les radiographies ne montrent aucune lésion traumatique de la main droite, mais uniquement la présence d'un carpe bossu droit avec des ossicules millimétriques en regard de l'interligne carpo-métacarpien du deuxième et du troisième rayons. En ce qui concerne le carpe bossu, l'expert déclare que ceci est une maladie, le plus souvent bénigne, créant une gêne localisée souvent mineure, ne nécessitant pas forcément de traitement particulier. Les radiographies initiales montrent qu'une perfusion veineuse avait été posée juste à cet endroit, cela pouvant suffire pour expliquer un éventuel hématome ou quelques dysesthésies localisées mais ceci guérit généralement sans séquelle en quelques semaines. En outre, le Dr F. \_\_\_\_\_ indique en substance que la tendinopathie du sus-épineux droit se présentait de façon interstitielle à l'ultrason de 2012 et à l'IRM de 2014 puis perforante à l'IRM de 2016 et qu'à l'âge de l'assuré, ce genre de tendinopathie dégénérative est fréquente et les lésions traumatiques sont rares. L'expert relève que dans tous les cas, les troubles dégénératifs de la main et de l'épaule droites ne suffisent pas pour expliquer l'étendue des plaintes subjectives de tout le membre supérieur droit, faisant à nouveau suspecter l'intervention de facteurs non somatiques (OAIE pce 291 p. 46).

**7.6.4** S'agissant des diagnostics sans relation avec l'accident du 23 mars 2011, le Dr F. \_\_\_\_\_ retient le syndrome douloureux subjectif mal systématisé du membre supérieur droit et du membre inférieur gauche sans substrat anatomique objectivable, la tendinopathie dégénérative ancienne banale du sus-épineux droit (interstitielle avant 2012-2014 et perforante depuis 2016), le carpe bossu droit, le status après excision d'un

lipome sous-cutané basi-cervical droit en 2016, le status après 2 TCC (fractures anamnestiques des 2 scaphoïdes et de la malléole interne droite, anciennes), l'arthrose débutante ancienne des deux hanches (asymptomatique), la gonarthrose interne varisante débutante ancienne des deux genoux, la spondylarthrose étagée sévère ancienne en D7-D8-D9-D10 et L5-S1, l'obésité (BMI 35), la stéatose hépatique et perturbation des tests hépatiques en 2012, l'addiction à la codéine (200-300 mg/j), la personnalité aux traits narcissiques, fragilisée par un accident (selon le rapport médical de la Clinique C. \_\_\_\_\_ du 11 mars 2012) et la précarité socio-professionnelles anamnestique (OAIE pce 291 p. 44).

**7.6.5** Sur la base de ce qui précède, le Tribunal constate en premier lieu que les conclusions et constatations médicales du Dr F. \_\_\_\_\_ ne sont pas concordantes avec les avis médicaux des autres spécialistes en orthopédie figurant au dossier, en particulier avec les rapports médicaux du Dr I. \_\_\_\_\_. Par ailleurs, l'expert ne motive pas sa position médicale lorsqu'il s'écarte des constatations médicales de ses confrères spécialistes également en orthopédie et en traumatologie. En effet, les limitations fonctionnelles retenues par les Drs I. \_\_\_\_\_ et L. \_\_\_\_\_ concernant la durée de marche, de la station debout ou assise ne sont pas discutées par le Dr F. \_\_\_\_\_. En outre, le Dr F. \_\_\_\_\_ minimise les atteintes veineuses alors que le rapport médical du 11 septembre 2015 du service d'angiologie du centre J. \_\_\_\_\_ mentionne une insuffisance veineuse chronique de stade C4a Es Ad Pr à gauche, sur un syndrome post-thrombotique déclenché par un traumatisme grave suivi d'une chirurgie orthopédique avec immobilité prolongée et persistance de récurrence de thromboses veineuses profondes secondaires distales lors de situations à risque. De plus, les explications du Dr F. \_\_\_\_\_ concernant la main droite de l'intéressé ne concordent pas avec les informations figurant au dossier (OAIE pce 291 p. 46) et ne sont pas convaincantes. En effet, selon les pièces au dossier (cf. rapport médical du 2 mars 2016 du Dr O. \_\_\_\_\_ [OAIE pce 251 pp. 8-10]), lors de son accident le 23 mars 2011, alors qu'il se trouvait au sol, l'intéressé a déclaré avoir ressenti un besoin impérieux de retirer son gant et que sa main lui est apparue tuméfiée et extrêmement algique et lors de son hospitalisation, il faisait état des douleurs de l'avant-bras, du poignet jusqu'à l'épaule, irradiant parfois jusqu'à l'index à droite. Selon le rapport médical de l'IRM du poignet droit du 1<sup>er</sup> mai 2012, il existe quatre fragments osseux bien corticalisés de taille millimétrique dont deux d'entre eux se trouvent en regard du versant palmaire de l'articulation entre le trapézoïde et le deuxième métacarpe mesurant 2 et 5 mm respectivement. Tous ces fragments osseux corticalisés peuvent entrer dans le cadre d'ossicules accessoires du poignet, néanmoins une atteinte

traumatique ancienne concernant le fragment en regard de l'os hamatum doit être considérée devant l'encoche en miroir visible sur le versant antéroinférieur de ce dernier (OAIE pce 36 p. 28). Par conséquent, l'explication du Dr F.\_\_\_\_\_, selon laquelle la perfusion posée à l'hôpital pourrait être la cause des plaintes de l'intéressé concernant sa main droite ne convainc pas.

**7.6.6** De surcroît, le Dr F.\_\_\_\_\_ ne se prononce pas sur les atteintes dont il estime qu'elles ne présentent pas de lien de causalité avec l'accident du 23 mars 2011 et seraient dues à une maladie, à une dégénérescence relative à l'âge, etc. Partant, l'expert n'a pas tenu compte de l'ensemble des atteintes dont souffre le recourant et ne s'est prononcé que sur les atteintes relatives à l'accident du 23 mars 2011.

**7.7** Compte tenu de ce qui précède, le rapport d'expertise du 23 janvier 2019 ne peut se voir accorder de valeur probante dès lors que l'expert ne motive pas de manière circonstanciée et fondée ses conclusions médicales et ne tient pas compte des atteintes qui ne sont pas liées à l'accident du 23 mars 2011. En outre, il sied de rappeler que l'assurance-invalidité n'est pas liée par l'évaluation de l'invalidité de l'assurance-accidents (pour plus de précision cf. ATF 133 V 549 consid. 6 ; cf. également consid. 6.7.9 supra) d'autant plus qu'il existe des atteintes non liées à l'accident, lesquelles n'ont pas été prises en compte par la SUVA.

**7.8** S'agissant des procès-verbaux de l'OAIE et de ses médecins (OAIE pces 337, 339, 355, 371 et 379), il sied de constater que sur le plan somatique, l'OAIE relève d'abord le caractère contradictoire de plusieurs rapports médicaux (OAIE pce 337 et 339). Par la suite, il est décidé de se calquer sur la décision de la SUVA, déclarant – sans motivation – que l'expertise du Dr F.\_\_\_\_\_ a pleine valeur probante et qu'à l'issue de la mesure de reclassement, soit à compter du 1<sup>er</sup> avril 2015, l'exercice d'une activité adaptée est considéré comme pleinement exigible. A cet égard, l'OAIE mentionne les rapports médicaux du Dr I.\_\_\_\_\_ du 9 décembre 2015 (OAIE pce 248 pp. 7-13), du 24 juin 2016 (OAIE pce 254 pp. 2-4) et du 9 octobre 2017 (OAIE pce 274 pp. 27-35), étant précisé que le Dr I.\_\_\_\_\_ retenait une situation globalement inchangée le 9 décembre 2015 et confirmait cela dans ses autres rapports médicaux. En ce qui concerne les observations de l'intéressé relatives aux projets de décision de l'OAIE, ce dernier répond que les éléments avancés relatifs à l'état de santé somatique n'apportent aucun élément nouveau permettant de revenir sur les conclusions antérieures et justifiant l'organisation d'une nouvelle expertise médicale (OAIE pce 379).

Sur le plan psychiatrique, l'OAIE relève que malgré les traits narcissiques et l'addiction à la codéine mentionnés dans le dossier, l'intéressé a été en mesure de mener à bien sa formation et de prendre soin de ses enfants dont il a la garde et que la nécessité d'investiguer davantage le volet psychiatrique doit être examinée dans un deuxième temps (OAIE pce 339). Par la suite, l'OAIE mentionne qu'il n'existe aucun indice allant dans le sens d'une nouvelle évaluation psychiatrique, l'assuré ayant été évalué en dernier lieu en 2012 afin d'écartier toute pathologie psychiatrique liée à son accident, et qu'une nouvelle évaluation n'est pas justifiée dans la mesure où l'intéressé n'a jamais fait valoir aucune plainte du point de vue psychiatrique et est parvenu à mener à bien sa formation, sans interruption notable durant cette période, ceci prouvant qu'il disposait de toutes les facultés requises (OAIE pces 355 et 371). En outre, l'autorité inférieure indique dans son dernier procès-verbal qu'aucun rapport psychiatrique venant attester d'une addiction à la codéine, d'un trouble psychiatrique ou d'une prise en charge psychiatrique n'est présent au dossier. Il est également noté que si l'assuré souffrait d'un réel trouble psychiatrique, comme une addiction à la codéine, un suivi serait mis en place et des documents dans ce sens figureraient au dossier (OAIE pce 379).

**7.9** Le Tribunal constate que les rapports des procès-verbaux de l'OAIE sont en contradiction entre eux-mêmes, ne sont pas motivés et ne contiennent pas d'explication circonstanciée de la situation médicale de l'intéressé. Aucune appréciation consensuelle n'est effectuée, ni de comparaison de l'état de santé. Aussi, une rente entière d'invalidité est octroyée à l'assuré pour la période du 1<sup>er</sup> mars 2012 au 31 août 2012 et à compter du 1<sup>er</sup> avril 2015, l'autorité inférieure estime que l'exercice d'une activité adaptée est considéré comme pleinement exigible. Ces affirmations de l'OAIE sont en contradiction avec les rapports médicaux du Dr I.\_\_\_\_\_, en particulier le rapport médical du 9 décembre 2015 dans lequel le médecin d'arrondissement de la SUVA retenait une baisse de rendement de 50% ainsi que toutes les investigations médicales réalisées jusqu'au rapport d'expertise de 2019.

**7.9.1** Par ailleurs, concernant les mesures de reclassement, le Tribunal constate que l'OAI-B.\_\_\_\_\_ a mis en place ces mesures du 1<sup>er</sup> septembre 2012 au 31 mars 2015 (OAIE pces 46, 47, 111, 177, 181, 205, 219 et 247). La première mesure a été soldée par l'obtention d'un DAS en management de l'aviation, formation suivie du 1<sup>er</sup> septembre 2012 au 31 août 2013 (OAIE pce 129). Il ressort des notes internes du conseiller en réadaptation de l'assuré à l'OAI-B.\_\_\_\_\_ que dès le 5 mars 2013, l'intéressé déclare être « au bout du rouleau » et « prêt à tout

abandonner » et fait état d'une recrudescence de ses douleurs, devenues intolérables (OAIE pce 70). Selon le rapport intermédiaire du secteur de réadaptation du 10 avril 2013, l'intéressé prend régulièrement des antalgiques (Co-Dafalgan) en raison des douleurs liées à la jambe et à son bras et poursuit sa formation « au prix d'importants efforts physiques et d'aménagements particulier car il ne peut pas rester en position assise la journée entière ». Il est également rappelé que les sessions de cours ne représentent qu'une moyenne de trois jours par mois, le reste comprenant des travaux à domicile, et qu'il n'est pas réaliste de considérer qu'au terme de son DAS en aéronautique le 31 août 2013, l'assuré sera apte à travailler à plein temps dans une activité adaptée (OAIE pces 81 et 84). La deuxième mesure de reclassement concernait le diplôme de Management de Projet et de Stratégie Aéroportuaire et d'Auditeur IOSA pour la période du 1<sup>er</sup> septembre au 30 septembre 2014 (OAIE pce 111). A cet égard, il ressort du rapport d'entretien à l'OAI-B. \_\_\_\_\_ du 15 mai 2014 que l'assuré a fait l'impasse sur une session à cause de son état de santé et devra également en annuler une autre en raison de son incapacité de travail liée à l'ablation du matériel d'ostéosynthèse prévue le 12 juin 2014 (OAIE pces 142 et 167). La formation de Management de Projet et de Stratégie Aéroportuaire et d'Auditeur IOSA est remplacée par une formation d'instructeur professionnel, prévue du 1<sup>er</sup> octobre 2014 au 31 mars 2015 (OAIE pces 177 et 181). Finalement, cette formation est arrêtée au 31 mars 2015 et l'assuré déclare ne pas être en mesure de travailler à plein temps, même dans une activité adaptée, et se plaint toujours des douleurs au membre supérieur droit ainsi qu'au membre inférieur gauche. A cet égard, il sied également de relever qu'il existait également des facteurs d'ordre personnel avec un impact direct sur la disponibilité et la mobilité professionnelle de l'intéressé, en particulier les diverses procédures civiles relatives à la garde de ses enfants ainsi que la prise en charge de ses derniers (OAIE pces 205 et 219).

Compte tenu de ce qui précède, il sied de constater que les formations professionnelles ont duré deux années et six mois, que l'intéressé a présenté des difficultés après quelques mois de cours, étant précisé que pour la première formation, il suivait des cours uniquement pendant 3 jours par mois et qu'il a obtenu seulement le DAS en management de l'aviation. En outre, il sied de relever que pendant la première formation, les pièces au dossier démontrent que l'intéressé avait arrêté la prise de codéine, en particulier approximativement entre fin 2012 et début 2013 (OAIE pce 94 pp. 2-7). S'agissant des éléments d'ordre privé ayant eu un impact sur la disponibilité et la mobilité professionnelle du recourant, les informations figurant au dossier ne permettent pas de retenir au degré de la

vraisemblance prépondérante que ces éléments ont joué un rôle important dans la décision d'arrêt des formations professionnelles mises en place. En effet, le rapport intermédiaire du 21 avril 2015 indique qu'un terme a été mis aux mesures de reclassement professionnel de l'assuré car son niveau de compétences professionnelles dans une activité adaptée est atteint, restant encore à déterminer le taux de sa capacité de travail (OAIE pce 219).

**7.9.2** Sur le plan psychiatrique, il convient d'abord d'examiner la question de la consommation des opiacés. Selon le rapport de la Clinique C.\_\_\_\_\_ du 11 mai 2012, il existe un sevrage difficile des opiacés, puis du Tramal (OAIE pce 36 p. 16). Il ressort du rapport médical du 21 mai 2013 du Dr I.\_\_\_\_\_ que l'assuré va nettement mieux depuis la fin de l'année 2012 et qu'il a interrompu la médication par Co-Dafalgan et codéine (OAIE pce 94 p. 3). Selon le rapport médical du 24 mars 2014 de la Dre K.\_\_\_\_\_, il existe une problématique de dépendance aux opiacés qu'il faut s'en occuper (OAIE pce 159 p. 24). Il ressort des rapports médicaux postérieurs que l'assuré continue de prendre de la codéine, ou du Co-Dafalgan (OAIE pces 238 p. 15 [rapport médical du 23 juin 2015 du Dr L.\_\_\_\_\_] ; 251 pp. 9 [rapport médical du 2 mars 2016 du Dr S.\_\_\_\_\_] et 12 [rapport médical du 10 février 2016 du Dr V.\_\_\_\_\_] ; 265 p. 56 [rapport médical du 6 septembre 2016 du Dr N.\_\_\_\_\_] ; 274 p. 28 [rapport médical du 9 octobre 2017 du Dr I.\_\_\_\_\_]). Lors de l'expertise effectuée par le Dr F.\_\_\_\_\_, l'assuré déclare prendre environ 200-300 mg de codéine (OAIE pce 291 p. 13). Compte tenu de ce qui précède, l'OAIE ne pouvait pas retenir que l'addiction à la codéine n'a vraisemblablement pas empêché l'assuré de fonctionner normalement et qu'il a été en mesure de mener à bien sa formation et de prendre soin de ses enfants. En effet, selon les pièces au dossier, la prise régulière de codéine est qualifiée de problématique à partir de l'année 2014, soit pendant les formations professionnelles que l'assuré n'a pas réussies (cf. consid. 7.9.1). En outre, l'intéressé semble avoir obtenu la garde définitive de ses deux enfants, âgés de 12 ans et de 9 ans, le 5 février 2015 (OAIE pce 205) et avoir annoncé un départ pour l'Afrique du Sud le 26 décembre 2016 (OAIE pce 275). Le dossier ne contient pas d'informations détaillées relatives à la journée type de l'assuré avec ses enfants en Suisse. Toutefois selon le formulaire OAIE du 10 avril 2020, l'assuré a indiqué que les tâches ménagères, les courses quotidiennes, etc. sont effectuées par ses enfants, la femme de ménage et le chauffeur (OAIE pce 329 pp. 7-9 ; cf. également pce 291 pp. 33-34). Par conséquent, l'OAIE ne pouvait pas simplement déclarer que la consommation des opiacés n'empêchait pas l'assuré de fonctionner normalement et de prendre en charge ses enfants dès lors qu'il

existe peu d'indices d'une prise en charge effective par l'intéressé. Partant, le Tribunal constate que le dossier contient des indices notables relatifs à une consommation de longue durée de la codéine, une dépendance aux opiacés n'étant dès lors pas exclue, et qu'en l'absence d'examen détaillé sur cette problématique, le dossier est lacunaire quant à la question de savoir s'il existe une réelle dépendance aux opioïdes et les conséquences d'une éventuelle dépendance sur la capacité de gain de l'intéressé. A cet égard, selon la jurisprudence du Tribunal fédéral, les syndromes de dépendance primaire doivent en principe faire l'objet – comme toutes les autres maladies psychiques – d'une procédure probatoire structurée au sens de l'arrêt ATF 141 V 281 (cf. ATF 145 V 215 ; cf. également consid. 6.6 supra).

**7.9.3** En outre, il n'est pas contesté que l'assuré ne bénéficie pas d'une prise en charge sur le plan psychiatrique. Selon le rapport médical du 21 mai 2012 de la Clinique C.\_\_\_\_\_, un examen psychiatrique a été réalisé le 8 mars 2012 par la Dre W.\_\_\_\_\_ (ci-après : Dre W.\_\_\_\_\_), spécialiste FMH en psychiatrie et psychothérapie (OAIE pce 36 pp. 15-16). A l'observation, la Dre W.\_\_\_\_\_ rapporte que le contact s'établit sur un mode séducteur, avec l'utilisation de l'humeur et éludant certains sujets estimés hors contexte. La psychiatre relève plusieurs réactions de prestance ainsi que des défenses projectives et que l'intéressé réfute toute idée de souffrance psychique, ne concédant ni tristesse, ni abattement ou découragement. L'assuré déclare être irritable de nature, souvent impulsif et constate une augmentation de son émotivité depuis l'accident de la circulation. La Dre W.\_\_\_\_\_ rapporte que l'intéressé fait état des épisodes d'angoisse occasionnels avec oppression thoracique et sensation d'étouffement. En outre, la Dre W.\_\_\_\_\_ note qu'il n'y a pas de notion d'abus de substance, hormis la mention d'un sevrage difficile des opiacés, puis du Tramal et que l'assuré n'exprime aucune demande de suivi psychiatrique. La Dre W.\_\_\_\_\_ indique que l'évaluation met en évidence une personnalité très singulière où les traits narcissiques prédominent et qu'il n'y a pas d'élément en faveur d'un état de stress post-traumatique et plus vraiment d'élément en faveur d'un trouble anxieux réactionnel, hormis les épisodes anxieux actuellement plutôt rares, maximum deux fois par mois. La psychiatre retient une personnalité hors norme, passablement fragilisée par les séquelles de l'accident, qui l'ont contraint à réduire son train de vie.

Selon le rapport médical du 24 mars 2014, la Dre K.\_\_\_\_\_ relève qu'il y a probablement une participation psychologique à la symptomatologie de l'intéressé (OAIE pce 159 p. 24).

Selon le rapport d'expertise du 23 janvier 2019, le Dr F. \_\_\_\_\_ mentionne la possibilité d'une intervention de facteurs non-somatiques concernant les plaintes de l'intéressé (OAIE pce 291 p. 46).

**7.9.4** Compte tenu de ce qui précède, le Tribunal constate que le dossier est lacunaire également concernant le volet psychiatrique. En effet, l'OAIE a retenu à tort qu'une nouvelle évaluation psychiatrique n'était pas justifiée sur la base de l'examen psychiatrique de 2012 écartant toute pathologie psychiatrique liée à son accident alors que les problèmes d'addiction à la codéine sont apparus bien après 2012.

**7.10** S'agissant de l'expertise privée du 17 novembre 2022 du Dr G. \_\_\_\_\_ (C-5315/2022 TAF pce 2), celle-ci contient notamment un résumé des rapports médicaux établis à la suite de l'accident, les antécédents de l'assuré, une anamnèse familiale et un résumé du parcours professionnel de l'intéressé. Le Dr G. \_\_\_\_\_ indique qu'au vu des diagnostics en rapport avec l'accident du 23 mars 2011, une expertise pluridisciplinaire incluant la chirurgie orthopédique, la rhumatologie, la neurologie, la psychiatrie et l'angiologie aurait pu apporter une meilleure compréhension de la problématique complexe et multidisciplinaire de la situation de l'intéressé et que l'évaluation de la capacité de travail devrait faire l'objet d'une analyse approfondie.

S'agissant des observations médicales du Dr G. \_\_\_\_\_, ce dernier déclare que dans le cas actuel, la gravité et l'impact des séquelles de la fracture ouverte Gustillo III B de la jambe gauche et de la rupture posttraumatique de la coiffe des rotateurs de l'épaule droite sont largement sous-évalués. Toutefois, le Dr G. \_\_\_\_\_ s'appuie sur la littérature et les études médicales pour confirmer sa position sans se baser sur la situation médicale de l'intéressé par exemple : *il rapporte que l'analogie avec l'amputation qu'utilise le Dr I. \_\_\_\_\_ de la SUVA pour le calcul de l'atteinte à l'intégrité est juste mais de nombreux auteurs déclarent que les troubles résiduels vécus après reconstruction d'une fracture ouverte avec large défaut cutano-musculaire sont plus importants sur les plans douloureux et fonctionnels que ceux après une amputation sous le genou bien appareillée* (cf. TAF pce 2 p. 22 de l'expertise privée). Le Dr G. \_\_\_\_\_ rapporte également que *les troubles neurologiques d'« origine inconnue » touchant le membre supérieur droit, décrits comme d'abord comme un bras mort sur les lieux de l'accident et évoluant vers un état douloureux chronique de type neuropathique puis s'atténuant avec le temps, sont très certainement le fruit d'une plexopathie de type « Burner ou Stinger » bien décrit dans la littérature et que le fait que l'EMG du*

*20.03.2012 soit négatif n'est pas étonnant vu qu'il s'agit d'une lésion essentiellement irritative du plexus et que l'examen se déroule à une année de l'accident. Le Dr G. \_\_\_\_\_ ajoute qu'un étirement du plexus accompagné d'une déchirure de la coiffe des rotateurs est un classique des victimes d'accidents de motos (cf. TAF pce 2 p. 23 de l'expertise).*

S'agissant de la capacité de travail, le Dr G. \_\_\_\_\_ rapporte que *selon la littérature, le taux de retour au travail après fracture ouverte III B ayant eu une restructuration par transposition de lambeau musculaire est généralement sombre* et cite un certain nombre d'études relatives à une fracture ouverte de la jambe de type III B ainsi que des résultats relatifs à des études médicales réalisées sur ce sujet. Selon le Dr G. \_\_\_\_\_, les lésions anatomiques en lien avec l'accident du 23 mars 2011 relatives au membre inférieure gauche et au membre supérieur droit entraînent d'importantes séquelles, dont des difficultés de mobilité autant pour la locomotion que pour la manipulation. A ces lésions, le Dr G. \_\_\_\_\_ ajoute les limitations fonctionnelles retenues par la SUVA et les troubles de concentration en lien avec un état douloureux chronique entraînant la prise d'antalgiques majeurs et aboutit à une incapacité de travail durable à 100% et note enfin que cette constatation est en accord avec les données de la littérature (cf. TAF pce 2 p. 24 de l'expertise).

Compte tenu de ce qui précède, le Tribunal constate que les affirmations et conclusions du Dr G. \_\_\_\_\_ reposent essentiellement sur les constatations médicales observées lors des études médicales et retenues par la littérature médicale relatives aux atteintes similaires, voire des accidents, présentées par l'intéressé. Il sied de constater que le Dr G. \_\_\_\_\_ s'appuie très peu sur son examen clinique et l'évaluation de l'état de santé du recourant. S'agissant en particulier de l'examen clinique du Dr G. \_\_\_\_\_, il sied de constater que celui-ci a établi un tableau sur presque trois pages, dans lequel est noté un certain nombre d'indications relatives à la mobilité des membres supérieurs et inférieurs de l'intéressé, à la stabilité des membres inférieurs ou encore quant à la force de ces membres (cf. TAF pce 2 pp. 5-6). Toutefois, le Tribunal constate que le Dr G. \_\_\_\_\_ a commenté très succinctement les données de son tableau et qu'il ne se prononce pas sur les conséquences de ses observations médicales en termes de capacité de travail, ni ne les explique, par exemple, on ne comprend pas ce que signifie la positivité du test Hawkins (cf. TAF pce 2 pp. 6-7). En outre, même l'appréciation du Dr G. \_\_\_\_\_ relative à la capacité de travail de l'intéressé semble s'appuyer en grande partie sur la littérature dans la mesure où ses conclusions ne sont pas motivées de manière circonstanciée. A cet égard, il sied de constater que

le Dr G. \_\_\_\_\_ tient compte doublement des mêmes facteurs afin de retenir une incapacité de travail, à savoir que les difficultés de mobilité retenues par le Dr G. \_\_\_\_\_ et les limitations fonctionnelles (soit ne pas rester debout, marche limitée à 15-20 minutes, ne pas marcher en terrain accidenté, port de charge limité à 10-15 kg, etc.) de la SUVA qu'il inclut dans son appréciation de la capacité de travail sont essentiellement les mêmes. Enfin, le Tribunal de céans constate que le Dr G. \_\_\_\_\_ ne fait pas de distinction entre la capacité de travail et les limitations fonctionnelles et qu'au contraire, il semble « cumuler » les limitations fonctionnelles afin de retenir une incapacité de travail totale et durable. Il va de soi que ces notions se doivent d'être distinguées et visent des buts différents. Partant, l'expertise privée du Dr G. \_\_\_\_\_ ne remplit pas les réquisits jurisprudentiels et ne peut se voir accorder de valeur probante.

**7.11** Par conséquent, le Tribunal constate que tant les rapports des médecins traitants du recourant que l'instruction effectuée par l'OAIE ne sont pas suffisant pour apprécier l'état de santé et les limitations fonctionnelles de l'intéressé dans son ensemble. En outre, le rapport d'expertise du 23 janvier 2019 de la SUVA, ayant servi de base pour la décision litigieuse, ne remplit pas les exigences fixées par la jurisprudence et ne pouvait se voir attribuer pleine valeur probante par l'autorité inférieure. En opérant le contraire, la décision attaquée se révèle être contraire au droit fédéral.

## **8.**

**8.1** Considérant les particularités du cas d'espèce, il sied de clarifier certains points liés au calcul du taux d'invalidité du recourant, notamment d'examiner les allégations de celui-ci concernant son revenu avec et sans invalidité.

**8.2** En l'espèce, avant la survenance de l'invalidité, l'assuré était salarié à temps complet en tant que pilote auprès de X. \_\_\_\_\_ Sàrl depuis le 1<sup>er</sup> mars 2011 pour un salaire mensuel brut de 10'500 francs versés 12 fois par an (OAIE pces 2 pp. 43-49 ; 7, 24 et 27), lequel aurait atteint 12'500 francs par mois en 2018 selon les informations obtenues auprès de X. \_\_\_\_\_ Sàrl (OAIE pce 306 p. 27). Ce taux d'occupation signifiait que l'intéressé devait toujours être à disposition de l'entreprise (OAIE pce 2 p. 50). Le curriculum vitae de l'intéressé décrit un parcours professionnel très singulier en relation avec l'aviation au sens large (OAIE pce 7). Selon l'extrait du compte individuel du 20 septembre 2011 (OAIE pce 11), il sied de relever que l'assuré a travaillé en tant que salarié, en dernier lieu en

2006, et en qualité de personne indépendante, en dernier lieu en 1995. A compter de l'année 2007, aucune inscription ne figure sur le compte individuel du recourant jusqu'au mois de mars 2011 (cf. OAIE pces 11 et 362 [extrait du compte individuel du 13 juillet 2021]). Partant, aucune cotisation sociale n'a été prélevée sur les revenus réalisés par l'intéressé de janvier 2007 à février 2011, soit pendant la période où il se décrit comme étant un freelance. Selon le rapport d'entretien du 19 décembre 2011 à l'OAI-B.\_\_\_\_\_, le recourant explique qu'il effectuait environ 2 vols par semaine pour son employeur, tout en restant à disposition des clients, et qu'en outre, il évoque des investissements dans des appareils aéronautiques et des dettes privées y relatives, niant avoir des activités accessoires. En outre, l'intéressé a déclaré être taxé d'office (OAIE pces 27 et 29 [décision de taxation pour l'année 2010]).

**8.3** Le recourant a produit divers documents relatifs à ses activités professionnelles avant 2011 lors de ses observations concernant le projet de décision de l'OAIE (OAIE pce 360). A l'appui de ces pièces, il déclare avoir réalisé un revenu annuel de 405'946 fr. 90 en 2009 et un revenu annuel de 278'701 fr. 10 en 2010 et allègue un revenu moyen de 350'000 francs correspondant aux rémunérations perçues dans le cadre des activités exercées à titre d'indépendant. En effet, l'assuré soutient que ce revenu provenait de la vente d'avions, des vols organisés par ses propres avions, de la transformation des avions immatriculés en tant qu'avions militaires en immatriculation civile ainsi que de son activité de coordinateur aérien pour le cinéma (C-5315/2022 TAF pce 1 ; étant précisé que les annexes susmentionnées ne sont pas produites dans le cadre de la présente procédure mais figurent dans le dossier de l'OAIE [cf. OAIE pce 360]). Ainsi, le recourant allègue que son revenu annuel sans invalidité est de 500'000 francs, composé de 150'000 (12'500 francs x 12) francs provenant de son activité salariée et de 350'000 francs provenant de son activité indépendante. Ainsi, si l'on suit le raisonnement de l'intéressé, celui-ci prétend qu'il aurait exercé en même temps une activité en tant que salarié à 100% et une autre en qualité d'indépendant également à 100%. En effet, les revenus allégués pour les années 2009 et 2010 relèvent de la période où l'intéressé se décrit comme un freelance et pendant laquelle il n'a versé aucune cotisation aux assurances sociales et travaillait donc pour son compte à plein temps. A cet égard, il sied de relever que lors de la survenance du cas d'assurance, l'assuré qui n'a pas déclaré tous ses revenus à la caisse de compensation ne saurait invoquer qu'il a réalisé des revenus plus élevés que ceux qui sont inscrits sur son compte individuel (arrêts TF 8C\_554/2013 du 14 novembre 2013 consid. 2.4.2 ; 8C\_930/2012 du 23 janvier 2013 consid. 4.1 et 8C\_514/2012 du 11

décembre 2012 consid. 4.2). De surcroît, le recourant a déclaré ne pas avoir d'activités accessoires (OAIE pce 27 p. 3) et n'a pas contesté le salaire retenu par la SUVA et l'OAI-B. \_\_\_\_\_ pour les indemnités journalières. En outre, l'employeur de l'intéressé n'était pas au courant que celui-ci avait une activité indépendante (OAIE pce 2 p. 50).

**8.4** Compte tenu de ce qui précède, le Tribunal ne peut pas retenir au degré de la vraisemblance prépondérante que l'intéressé réalisait un salaire annuel de 350'000 francs au titre d'indépendant en sus de son activité lucrative salariée. Partant, ce revenu allégué ne peut être retenu dans le revenu sans invalidité.

**8.5** Par ailleurs, le Tribunal constate que le dossier de l'autorité inférieure ne contient pas de pièce relative au calcul de la comparaison des revenus. La décision litigieuse du 20 octobre 2022 fait uniquement état d'une perte de gain de 36% (OAIE pce 387), soit le taux retenu par la SUVA (pour le détail du calcul cf. OAIE pces 306 pp. 26-27 et 346). Toutefois, lors de la réplique du 15 juin 2023, l'autorité inférieure a effectué la comparaison des revenus en indexant le revenu sans invalidité de 2011 à 2020, soit de 10'792 francs par mois et a retenu un revenu d'invalidité de 8'925 francs par mois, se référant aux données statistiques de l'enquête suisse sur la structure des salaires (ci-après : ESS) de l'Office fédéral de la statistique de 2020 (TA1 ; lignes 49-52, soit transports terrestres, par eau et aériens), niveau de compétence 4, adapté au temps de travail usuel au sein de l'entreprise selon la division économique, soit à 42 heures par semaine ; en obtenant ainsi une perte de gain de 17% (C-5315/2022 TAF pce 14). Le recourant conteste le niveau de compétence 4 retenu par l'autorité inférieure et indique qu'il ne peut pas accéder à des postes de niveau 4 sans un Master of Business Administration (MBA). A cet égard, l'intéressé relève que sa candidature n'avait pas été choisie pour le poste de directeur de l'aéroport Y. \_\_\_\_\_, alléguant en outre que sa lettre de motivation a été préparée par le conseiller en réadaptation de l'OAI-B. \_\_\_\_\_ et qu'il n'a fait que suivre les conseils de son conseiller tout en sachant qu'il ne serait jamais sélectionné pour un tel poste (C-5315/2022 TAF pce 1). Dans la mesure où le cas est renvoyé à l'autorité inférieure pour l'instruction complémentaire sur le plan médical, il n'est pas nécessaire de s'attarder sur ces calculs chiffrés dans le cadre de la présente procédure et sur les contestations susmentionnées de l'intéressé. En effet, il n'est possible de tirer des conclusions définitives sur l'activité adaptée à l'état de santé que lorsque l'atteinte à la santé et ses conséquences sur la capacité de travail et de gain auront été clarifiées après les mesures d'instruction nécessaire. Partant, l'OAIE effectuera à nouveau la comparaison des revenus de

manière détaillée et motivée une fois que la capacité de gain de l'assuré sera déterminée sur le plan médical.

## **9.**

**9.1** Selon l'art. 61 al. 1 PA, l'autorité de recours statue elle-même sur l'affaire ou, exceptionnellement, la renvoie avec des instructions impératives à l'autorité inférieure. Le renvoi est indiqué en l'espèce bien qu'il doive rester exceptionnel compte tenu de l'exigence de célérité de la procédure (art. 29 Cst. ; arrêt TF 8C\_633/2014 du 11 décembre 2014 consid. 2.2). Le Tribunal fédéral a précisé que le renvoi est notamment justifié lorsqu'il s'agit d'enquêter sur une situation médicale qui n'a pas encore fait l'objet d'un examen, respectivement lorsque l'autorité inférieure n'a nullement instruit une question déterminante pour l'examen du droit aux prestations ou lorsqu'un éclaircissement, une précision ou un complément d'expertise s'avèrent nécessaires (cf. ATF 137 V 210 consid. 4.4.1.4 ; arrêt du TF 8C\_633/2014 du 11 décembre 2014 consid. 3.2 et 3.3 ; arrêt du Tribunal administratif fédéral C-3038/2016 du 2 avril 2019 consid. 12 et les références). En l'espèce, il ressort du dossier que l'appréciation médicale de l'ensemble des atteintes à la santé du recourant n'a pas été instruite comme il se doit et mérite des éclaircissements. Partant, il se justifie, en application de l'art. 61 al. 1 PA, de renvoyer la cause à l'autorité inférieure afin qu'elle procède aux mesures d'instruction nécessaires, puis rende une nouvelle décision. Il est au demeurant précisé que le recourant a eu l'occasion de retirer son recours ou de se prononcer sur le risque de reformatio in pejus, conformément à la jurisprudence du Tribunal fédéral (ATF 137 V 314 consid. 3.2.4 ; cf. supra consid. C.g).

**9.2** L'instruction à venir ne se résumera pas à une simple interpellation des médecins traitants quant aux atteintes du recourant relatives à l'accident de circulation routière du 23 mars 2011, mais concernera l'état de santé de celui-ci dans son ensemble dans la mesure où les atteintes ne présentant pas de lien de causalité avec l'accident sur la voie publique n'ont pas fait l'objet d'un examen circonstancié. L'autorité inférieure requerra le dossier médical complet de l'assuré auprès de ses médecins traitants et de la SUVA et, ensuite, mettra en œuvre une expertise médicale pluridisciplinaire en Suisse, en particulier dans les domaines de la chirurgie orthopédique, de la rhumatologie, de la neurologie, de la psychiatrie, de l'angiologie et de la médecine interne, ainsi que dans toute autre discipline jugée nécessaire par les experts (art. 44 LPGA ; ATF 139 V 349 consid. 3.3). La question de savoir comment les différentes incapacités de travail (activité habituelle, activité adaptée) et comment les différentes limitations

fonctionnelles s'articulent fera l'objet d'une discussion consensuelle entre les experts (ATF 143 V 124 consid. 2.2.4 ; arrêt du TF 8C\_483/2020 du 26 octobre 2020 consid. 4.1).

#### **10.**

Partant, les recours des 18 novembre 2022 et 14 août 2023 doivent être admis et les décisions du 20 octobre 2022 et du 7 août 2023 annulées. La cause doit être renvoyée à l'autorité inférieure pour instruction complémentaire dans le sens des considérants et nouvelle décision.

#### **11.**

**11.1** Vu l'issue du litige, le recourant ne doit pas participer aux frais de procédure (cf. art. 63 al. 1 PA). En effet, selon la jurisprudence fédérale, une partie est considérée comme ayant obtenu gain de cause lorsque l'affaire est renvoyée, comme en l'espèce, à l'autorité inférieure pour instructions complémentaires et nouvelle décision (ATF 132 V 215 consid. 6). Par conséquent, l'avance sur les frais de procédure présumés de 800 francs versée par l'assuré en date du 1<sup>er</sup> mars 2023 (TAF pce 10) lui sera remboursée dès l'entrée en force du présent arrêt, sur le compte qu'il aura désigné au Tribunal administratif fédéral. Aucun frais de procédure n'est mis à la charge des autorités inférieures, ni des autorités fédérales recourantes et déboutées (art. 63 al. 2 première phrase PA).

**11.2** Conformément aux art. 64 al. 1 PA et 7 al. 1 du règlement du 21 février 2008 concernant les frais, dépens et indemnités fixés par le Tribunal administratif fédéral (FITAF, RS 173.320.2), le Tribunal peut allouer à la partie ayant obtenu gain de cause une indemnité pour les frais indispensables et relativement élevés qui lui ont été occasionnés (cf. art. 64 al. 1 et 2 PA, en relation avec l'art. 7 al. 1 et al. 4 FITAF). A défaut d'autres indications, les honoraires du représentant sont fixés sur la base du dossier, soit, selon l'appréciation de l'autorité, en raison de l'importance et de la difficulté du litige, ainsi que d'après le travail et le temps que le représentant a dû y consacrer (art. 10 et 14 FITAF).

En l'espèce, le recourant a agi par l'intermédiaire d'un avocat n'ayant pas produit de note d'honoraires. Au vu de l'issue de la procédure et du travail de ce dernier, le Tribunal lui alloue à charge de l'autorité inférieure, une indemnité de dépens qu'il est équitable de fixer à 3'400 francs.

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

**1.**

Les recours des 18 novembre 2022 et 14 août 2023 sont admis en ce sens que les décisions de l'autorité inférieure des 20 octobre 2022 et 7 août 2023 sont annulées et la cause renvoyée à l'autorité inférieure pour instruction complémentaire dans le sens des considérants et nouvelle décision.

**2.**

Il n'est pas perçu de frais de procédure. L'avance de frais de 800 francs versée par le recourant lui sera remboursée sur le compte bancaire qu'il aura désigné au Tribunal administratif fédéral, dès l'entrée en force du présent arrêt.

**3.**

Il est alloué au recourant une indemnité de dépens de 3'400 francs à charge de l'autorité inférieure.

**4.**

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

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

La présidente du collège :

La greffière :

Caroline Bissegger

Müjde Atak

**Indication des voies de droit :**

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