



Cour III
C-570/2018

Arrêt du 1^{er} octobre 2021

Composition

Beat Weber (président du collège)
David Weiss, Caroline Gehring, juges,
Pascal Montavon, greffier.

Parties

A. _____,
(France)
représenté par Comité de protection des travailleurs
frontaliers européens,
recourant,

contre

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

Objet

Assurance-invalidité, droit à la rente
(décision du 5 décembre 2017).

Faits :**A.**

Le ressortissant français A. _____ (ci-après : assuré ou recourant), né le (...) 1957, marié, sans enfant à charge, frontalier, au bénéfice d'une formation certifiée de mécanicien poids-lourds, a été employé à 100% depuis le 1^{er} mai 2004 jusqu'au 31 mars 2015 par le garage B. _____ à (...) et a ainsi été assuré aux assurances sociales suisses (AI pces 1, 13, 18.9). Le 24 février 2014, dans le cadre de son travail, il a glissé dans un escalier et s'est cassé le métacarpe droit. Cette atteinte ne lui a plus permis de poursuivre son activité à compter de cette date. Le cas d'assurance a été pris en charge par la Caisse nationale suisse d'assurance en cas d'accidents (ci-après : SUVA). Il a été opéré le 28 mai 2014 du métacarpe droit puis une seconde fois le 22 octobre 2014 (AI pces 9.16 et 18.12).

B.

B.a Le 18 août 2014, l'assuré a déposé une demande de prestations auprès de l'Office AI du canton C. _____ (OAI-C. _____; pce 1). L'office AI a instruit la demande et a requis la production du dossier SUVA. Il est apparu d'un rapport intermédiaire du Dr D. _____ (spécialiste en chirurgie orthopédique et en traumatologie de l'appareil locomoteur; médecin d'arrondissement de la SUVA) du 21 janvier 2015 un état non stabilisé, la persistance de douleurs au niveau de la main droite dominante avec une suspicion de composante neuropathique ainsi que la perte de fonction en grande partie de celle-ci. Ce médecin a par ailleurs noté un suivi psychiatrique (AI pce 18.4). En date du 26 janvier 2015, l'OAI-C. _____ a communiqué à l'assuré qu'il ne pouvait bénéficier de mesures de réadaptation en raison de son état de santé (AI pce 20).

B.b Le 20 juin 2015, la Dre E. _____ (spécialiste FMH en chirurgie générale et de la main) a fait état dans un rapport de second avis de la persistance de douleurs à la main droite, sans signes de troubles trophiques au sens d'un syndrome douloureux général complexe (SDGC), sous réserve d'un tel trouble dans la zone du 5^e doigt, et d'un bon status cicatriciel. Elle a discuté les avantages escomptés d'une nouvelle intervention (AI pce 33 p. 2). Le 10 février 2016, le Dr F. _____ (spécialiste FMH en chirurgie de la main et en chirurgie orthopédique et traumatologie) a émis un deuxième avis dans ce sens (AI pce 38). Le 7 juin 2016, l'assuré a subi une troisième opération de la main droite dans le but de diminuer les douleurs et d'améliorer sa mobilité (AI pce 42). Le 22 août 2016, la Dre E. _____,

ayant effectué l'intervention, a fait état d'une opération s'étant bien déroulée avec un très bon résultat postopératoire, l'assuré étant suivi par elle-même toutes les 3 semaines et devant poursuivre sa réadaptation (AI pce 46.2). Dans un rapport du 12 octobre 2016, elle a notamment indiqué que la problématique neurogène postopératoire était complètement récupérée, mais qu'une réduction motrice de l'amplitude du mouvement persistait autour du 5^e doigt (AI pce 49.6). Dans un rapport du 24 octobre 2016, elle a retenu une situation neurogène restée stable ressentie par l'intéressé comme une « énorme » amélioration, noté la possibilité entretemps de la flexion du 5^e doigt dans la zone de l'articulation métacarpo-phalangienne (MCP) mais guère possible activement dans la zone de l'articulation proximale interphalangienne (PIP), un trophisme entièrement récupéré, une cicatrice ne présentant aucune adhérence avec le tissu sous-jacent. Elle a relevé que l'ergothérapie en France avait incontestablement porté ses fruits, mais que la flexion du 5^e doigt restera probablement sans grande amélioration dans le futur (AI pce 49.2).

B.c En date du 1^{er} décembre 2016, le Dr D._____ (chirurgie orthopédique) a fait état dans un rapport final de la SUVA, à 6 mois de la dernière opération, d'une nette amélioration au niveau des douleurs diminuées à un niveau supportable, d'une notable perte de fonction et de force des trois derniers doigts de la main droite, d'une amélioration marginale ces dernières semaines. Il a indiqué que l'assuré n'allait pouvoir exercer avec la main droite que des activités légères, la saisie n'étant pratiquement possible qu'avec l'index et le pouce, des activités nécessitant une prise ferme de la main droite n'étant plus possibles. Relevant que l'assuré était droitier, il a noté des difficultés pour écrire et l'usage d'un clavier qu'avec l'index. Il a conseillé le maintien des traitements suivis pendant 3-4 mois qui pourraient encore un peu améliorer le status (AI pce 50.7).

Par décision du 27 janvier 2017, la SUVA a alloué à l'assuré une rente d'invalidité à compter du 1^{er} février 2017 pour un degré d'incapacité de gain de 38% compte tenu des limitations fonctionnelles précitées (AI pce 56).

B.d Invité à se déterminer sur le cas d'assurance AI par l'OAI-C._____, le Dr G._____ (spécialiste FMH en chirurgie orthopédique et traumatologie de l'appareil locomoteur) du Service médical régional (SMR) a, dans un rapport sur dossier du 26 juillet 2017, noté que la Dre E._____ avait en date des 22 août et 15 septembre 2016 retenu globalement un bon status et en date du 12 [recte: 24] octobre 2016 globalement une amélioration de la situation sur le plan de la douleur, l'ergothérapie étant poursuivie de septembre à y compris décembre 2016. Il a fait siennes les limitations fonctionnelles retenues par le médecin de la SUVA et indiqué une incapacité

de travail totale dans l'activité habituelle depuis le 24 février 2014. Dans une activité adaptée, excluant les activités bimanuelles, le Dr G. _____ a retenu une capacité de travail de 100% excepté du 24 février 2014 (accident) au 20 janvier 2015 (rapport du Dr D. _____) et du 7 juin 2016 (3^e opération) au 20 [recte: 22] août 2016 (rapport de la Dre E. _____ du 22 août 2016) (AI pce 62).

B.e Sur la base essentiellement du dossier SUVA, de la décision du 27 janvier 2017 de cet assureur, qui n'a pas été contestée, et du rapport SMR du 26 juillet 2017, l'OAI-C. _____ a, par projet de décision du 27 juillet 2017, informé l'assuré lui reconnaître le droit à une rente entière d'invalidité du 1^{er} février 2015 au 30 novembre 2016. Il a indiqué, qu'à la suite du délai d'attente d'une année après l'accident du 24 février 2014, existait une incapacité totale de travail, mais qu'à compter du 22 août 2016 l'assuré était en mesure d'exercer une activité légère à plein temps, sans devoir exécuter des travaux écrits et sans nécessité de prise ferme de la main droite. Il en résultait une perte de gain de 35%, taux n'ouvrant plus le droit à une rente vu le taux seuil de 40% selon l'AI.

Par acte du 17 août 2017, l'assuré a contesté ce projet de décision de rente limitée dans le temps alléguant une détérioration de son état de santé (AI pce 64). À l'appui de sa contestation, il a produit des rapports médicaux déjà au dossier et un rapport du Dr H. _____ (spécialiste en médecine physique et de réadaptation) faisant état de douleurs neuropathiques persistantes, d'une rééducation post neurolyse du 8 septembre 2016 au 24 novembre 2016 par hospitalisation de jour, un suivi de kinésithérapie en libéral étant recommandé (AI pces 64.26+64.20-22). Par courrier du 23 août 2017, l'OAI-C. _____ a invité l'assuré à documenter l'aggravation alléguée de son état de santé jusqu'au 30 septembre 2017 (AI pce 66). L'assuré n'y a pas donné suite.

B.f Par décision du 5 décembre 2017, l'Office de l'assurance-invalidité pour les assurés résidant à l'étranger (ci-après : OAIE) a alloué à l'assuré une rente entière d'invalidité limitée dans le temps du 1^{er} février 2015 au 30 novembre 2016 avec la motivation du projet de décision de l'OAI-C. _____. Il a relevé que l'assuré n'avait pas donné suite à l'invitation de l'OAI-C. _____ de fonder et documenter l'aggravation de son état de santé (AI pce 72).

C.

C.a Contre cette décision, A._____ interjette recours auprès du Tribunal administratif fédéral (ci-après : Tribunal ou TAF) le 16 janvier 2018 concluant à la reconnaissance du droit à une rente d'invalidité au-delà du 30 novembre 2016. Il indique présenter toujours des douleurs neuropathiques quotidiennes très invalidantes qui l'obligent à rester en suivi médical régulier et sous traitement médical permanent. Il réserve la production d'un rapport concernant l'atteinte à la main droite et mentionne être dans l'attente d'un rendez-vous auprès d'un médecin psychiatre. Il joint à son recours des pièces déjà au dossier (TAF pce 1).

Par une écriture complémentaire du 26 janvier 2018 (TAF pce 3), il adresse, d'une part, une attestation du Dr I._____ (psychiatre) du 24 janvier 2018, indiquant – suite à une consultation du jour – un suivi pour la prise en charge d'une pathologie psychique sévère réactionnelle à son accident du travail, un état clinique ne permettant plus de travailler, une incapacité de travail de 100%, et, d'autre part, un rapport du Dr H._____ (médecine physique et de réadaptation) daté du 1^{er} décembre 2016 déjà au dossier (AI pce 64.26+64.20-22).

C.b Par réponse au recours du 2 mai 2018, l'OAIE conclut à son rejet et à la confirmation de la décision attaquée, faisant sienne la détermination de l'OAI-C._____ du 30 avril 2018. Dans celle-ci, l'OAI-C._____, en référence à la prise de position du 12 mars 2018 du Dr G._____ (chirurgie orthopédique) du SMR, indique en substance que ce médecin a reconnu une incapacité de travail de 100% de l'assuré dans son activité habituelle depuis le 24 février 2014 et que, dans une activité adaptée, les limitations fonctionnelles de l'assuré étaient celles décrites par le Dr D._____ dans son rapport du 1^{er} décembre 2016 que l'on pouvait faire remonter au rapport du 22 août 2016 (de la Dre E._____), suivi du rapport du 12 [recte: 24] octobre 2016 qui avait relevé une nette amélioration de la situation sur le plan de la douleur. L'OAI-C._____ indique que le rapport psychiatrique du Dr I._____ du 24 janvier 2018 est ultérieur à la décision attaquée, que jusque-là une incapacité de travail en raison de troubles psychiatriques n'avait jamais été invoquée, même dans la procédure d'audition, qu'en conséquence ce rapport ne saurait être retenu dans la présente affaire. L'OAI-C._____ note que le Dr G._____ s'est entretenu au sujet de la teneur de ce rapport médical avec le Dr J._____ (psychiatre) du SMR. Ce dernier a constaté que le rapport, très général et sans l'énoncé d'un status psychologique concluant, indiquait expressément une pathologie

psychique réactive qui correspondait à un trouble de l'adaptation ne pouvant fonder une limitation de la capacité de travail du fait de son degré de manifestation et de sa durée. Par ailleurs, il note que ce rapport a été établi par un médecin traitant et que le dossier étant complètement instruit il n'y avait pas lieu de procéder à des investigations complémentaires (TAF pce 9).

C.c Par réplique du 5 juin 2018, le recourant requiert que l'OAIE, respectivement l'OAI-C._____, complète le dossier d'un compte rendu médical de la Dre E. _____ (TAF pce 12). Le Tribunal transmet la réplique à l'autorité inférieure pour connaissance par ordonnance du 13 juin 2018 (TAF pce 13). En date du 29 août 2019, le représentant du recourant s'enquiert téléphoniquement du suivi de la procédure, invité à le faire par écrit, il répond y renoncer (TAF pce 15). Il renouvelle sa demande par courrier du 25 mai 2020 auquel le Tribunal répond en date du 3 juin suivant (TAF pces 16 s.).

D.

Les faits déterminants pour la présente procédure, en particulier sur le plan médical, seront complétés dans la partie en droit ci-après, en tant que de besoin.

Droit :

1.

1.1 Selon l'art. 31 de la loi fédérale du 17 juin 2005 sur le Tribunal administratif fédéral (LTAF, RS 173.32) et sous réserve des exceptions prévues à l'art. 32 LTAF, le Tribunal de céans connaît, en relation avec l'art. 33 let. d LTAF et l'art. 69 al. 1 let. b de la loi fédérale du 19 juin 1959 sur l'assurance-invalidité (LAI, RS 831.20), des recours interjetés par des personnes résidant à l'étranger contre les décisions prises par l'OAIE au sens de l'art. 5 de la loi fédérale du 20 décembre 1968 sur la procédure administrative (PA, RS 172.021).

1.2 Selon l'art. 37 LTAF, la procédure devant le Tribunal administratif fédéral est régie par la PA pour autant que la LTAF n'en dispose pas autrement. Conformément à l'art. 3 let. d^{bis} PA, la procédure en matière d'assurances sociales n'est pas régie par la PA dans la mesure où la loi fédérale du 6 octobre 2000 sur la partie générale du droit des assurances sociales (LPGA, RS 830.1) est applicable. À cet égard, conformément à l'art. 2 LPGA, en relation avec l'art. 1 al. 1 LAI, les dispositions de la LPGA s'appliquent à

l'assurance-invalidité, à moins que la LAI ne déroge expressément à la LPGGA.

1.3 Selon l'art. 59 LPGGA, quiconque est touché par la décision ou la décision sur opposition et a un intérêt digne d'être protégé à ce qu'elle soit annulée ou modifiée a qualité pour recourir. Ces conditions sont remplies en l'espèce.

1.4 Déposé en temps utile dans les formes requises par la loi (art. 60 LPGGA et 52 PA) et l'avance de frais de 800.- francs ayant été payée dans le délai imparti (art. 63 al. 4 PA, art. 69 al. 2 LAI ; TAF pces 2, 5), le recours est recevable.

2.

Aux termes de l'art. 40 du règlement du 17 janvier 1961 sur l'assurance-invalidité (RAI, RS 831.201), l'office AI du secteur d'activité dans lequel le frontalier exerce une activité lucrative est compétent pour enregistrer et examiner les demandes présentées par les frontaliers (al. 2), tandis que l'office AI pour les assurés résidant à l'étranger notifie les décisions (al. 3). Compte tenu de la nature transfrontalière de la présente affaire, c'est à juste titre que l'OAI-C. _____ a enregistré et instruit la demande, tandis que l'OAIE a notifié la décision litigieuse.

3.

Le litige a pour objet une demande de rente d'invalidité formée par un ressortissant français résidant en France voisine et ayant travaillé en Suisse. En particulier, il porte sur le bien-fondé de l'octroi d'une rente entière d'invalidité limitée dans le temps du 1^{er} février 2015 au 30 novembre 2016.

4.

4.1 L'affaire présente un aspect transfrontalier dans la mesure où le requérant est un ressortissant français domicilié en France voisine - État membre de l'Union européenne (UE) - en même temps qu'il travaillait en Suisse à l'époque des faits déterminants, de sorte qu'il y a lieu d'appliquer, à la présente cause, l'accord du 21 juin 1999 sur la libre circulation des personnes (ALCP, RS 0.142.112. 681) conclu entre la Suisse et la Communauté européenne et ses États membres, dont l'annexe II règle la coordination des systèmes de sécurité sociale (art. 8 ALCP). Dans ce contexte, l'ALCP et l'art. 80a LAI font référence depuis le 1^{er} avril 2012 au règlement (CE) n° 883/2004 du Parlement européen et du Conseil du 29 avril 2004 portant sur la coordination des systèmes de sécurité sociale (ci-après : règlement

n° 883/2004, RS 0.831.109.268.1), ainsi qu'au règlement (CE) n° 987/2009 du Parlement européen et du Conseil du 16 septembre 2009 fixant les modalités d'application du règlement (CE) n° 883/2004 (ci-après règlement n° 987/2009, RS 0.831.109.268.11; art. 1 al. 1 de l'annexe II en relation avec la section A de l'annexe II). À compter du 1^{er} janvier 2015, sont également applicables dans les relations entre la Suisse et les États membres de l'Union européenne (UE) les modifications apportées notamment au règlement n° 883/2004 par les règlements (UE) n° 1244/2010 (RO 2015 343), n° 465/2012 (RO 2015 345) et n° 1224/2012 (RO 2015 353).

4.2 Conformément à l'art. 4 du règlement n° 883/2004, les personnes auxquelles ce règlement s'applique, bénéficient en principe des mêmes prestations et sont soumises aux mêmes obligations, en vertu de la législation de tout État membre, que les ressortissants de celui-ci. Dans la mesure où l'ALCP et son annexe II ne prévoient pas de disposition contraire, la procédure ainsi que les conditions à l'octroi d'une rente d'invalidité sont déterminées exclusivement d'après le droit suisse (art. 8 ALPC; art. 46 al. 3 du règlement n° 883/2004; ATF 130 V 253 consid. 2.4). Même après l'entrée en vigueur de l'ALCP, le degré d'invalidité d'un assuré qui prétend à une rente de l'assurance-invalidité suisse est ainsi déterminé exclusivement d'après le droit suisse (ATF 130 V 253 consid. 2.4).

5.

5.1 La procédure dans le domaine des assurances sociales est régie par la maxime inquisitoire (ATF 138 V 218 consid. 6). L'autorité administrative et, en cas de recours, le Tribunal constatent les faits d'office (cf. art. 12 PA, art. 43 al. 1, 1^{ère} phrase LPGA). Par conséquent, il leur appartient d'établir d'office un constat conforme et complet des faits pertinents (ATF 136 V 376 consid. 4.1.1). La maxime inquisitoire ne s'applique pas de manière illimitée. Elle a pour corollaire l'obligation faite aux parties de collaborer à l'instruction (cf. art. 13 PA et art. 43 LPGA; voir également ATF 125 V 195 consid. 2, 122 V 158 consid. 1a) dont pour un assuré de produire personnellement les rapports médicaux de ses médecins traitants dont il entend tirer parti.

5.2 L'administration et, en cas de recours, le Tribunal ne tiennent pour existants que les faits qui sont prouvés, cas échéant au degré de la vraisemblance prépondérante (ATF 139 V 176 consid. 5.2). Sauf dispositions contraires de la loi, ils ne fondent leur décision que sur les faits qui, faute d'être établis de manière irréfutable, apparaissent comme les plus vraisem-

blables, c'est-à-dire qui présentent un degré de vraisemblance prépondérante. Il ne suffit pas qu'un fait puisse être considéré comme constituant une simple hypothèse possible (ATF 121 V 47 consid. 2a et 208 consid. 6b ainsi que les références). Ils peuvent renoncer à l'administration d'une preuve s'ils acquièrent la conviction, au terme d'une appréciation anticipée des preuves, qu'une telle mesure ne pourra les amener à modifier leur opinion (ATF 130 III 425 consid. 2.1, 125 I 127 consid. 6c/cc in fine; arrêts du TF 9C_548/2015 du 10 mars 2016 consid. 4.2, 9C_702/2013 du 16 décembre 2013 consid. 3.2; UELI KIESER, ATSG-Kommentar, 4^e éd. 2020, art. 42 n° 31).

5.3 Le Tribunal administratif fédéral applique le droit d'office, sans être lié par les motifs invoqués par les parties (art. 62 al. 4 PA), ni par l'argumentation juridique développée dans la décision entreprise (ATF 139 V 349, 136 V 376 consid. 4.1, 132 V 105 consid. 5.2.8). 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, Prozessieren vor dem Bundesverwaltungsgericht, 2^e éd., 2013, p. 25 n. 1.55).

6.

6.1 Le droit matériel applicable est déterminé par les règles en vigueur au moment où les faits juridiquement déterminants ou ayant des conséquences juridiques se sont produits, le juge n'ayant pas, en principe, à prendre en considération les modifications du droit ou de l'état de fait postérieures à la date déterminante de la décision attaquée, sous réserve de dispositions particulières de droit transitoire (ATF 136 V 24 consid. 4.3, 130 V 445, 129 V 1 consid. 1.2). Les faits qui sont survenus postérieurement, et qui ont modifié cette situation, doivent normalement faire l'objet d'une nouvelle décision administrative (ATF 132 V 215 consid. 3.1.1; arrêt du TF 9C_839/2017 du 24 avril 2018 consid. 4.2).

6.2 Le Tribunal ne peut prendre en considération que les rapports médicaux établis antérieurement à la décision attaquée, à moins que ceux établis ultérieurement ne permettent de mieux comprendre l'état de santé et la capacité de travail de l'assuré jusqu'à la décision sujette à recours (cf. 121 V 362 consid. 1b, 99 V 98 consid. 4) et qu'ils soient de nature à influencer l'appréciation du cas au moment où la décision attaquée a été rendue (arrêt du TF 9C_34/2017 du 20 avril 2017 consid. 5.2).

7.

Selon l'art. 36 LAI, l'assuré qui compte trois années au moins de cotisations à l'assurance-vieillesse et survivants lors de la survenance de l'invalidité, a droit à une rente ordinaire (al. 1). Les cotisations versées à une assurance sociale assimilée d'un État membre de l'Union européenne (UE) ou de l'Association européenne de libre-échange (AELE) peuvent également être prises en considération, à condition qu'une année au moins de cotisations puisse être comptabilisée en Suisse (FF 2005 p. 4065; art. 6 et 45 du règlement n° 883/2004).

En l'occurrence, le recourant a versé des cotisations à l'AVS/AI pendant plus de trois années (AI pce 8.2). Il remplit donc la condition de durée minimale de cotisations. Il reste à examiner s'il est invalide au sens de la LAI.

8.

8.1 Selon l'art. 28 al. 1 LAI, l'assuré a droit à une rente aux conditions suivantes : 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); il a présenté une incapacité de travail (art. 6 LPGGA) d'au moins 40% en moyenne durant une année sans interruption notable (let. b); au terme de cette année, il est invalide (art. 8 LPGGA) à 40 % au moins (let. c).

8.2 L'assuré a droit à un quart de rente s'il est invalide à 40% au moins, à une demi-rente s'il est invalide à 50% au moins, à trois-quarts de rente s'il est invalide à 60% au moins et à une rente entière s'il est invalide à 70% au moins (art. 28 al. 2 LAI). L'art. 29 al. 4 LAI prévoit que les rentes correspondant à un taux d'invalidité inférieur à 50% ne sont versées qu'aux assurés qui ont leur domicile et leur résidence habituelle (art. 13 LPGGA) en Suisse. Suite à l'entrée en vigueur le 1^{er} juin 2002 de l'ALCP (cf. consid. 3), cette restriction n'est pas applicable lorsqu'un assuré est un ressortissant suisse ou de l'UE et réside dans l'un des États membres de l'UE (ATF 130 V 253 consid. 2.3; art. 4 et 7 du règlement n° 883/04).

8.3 Le droit à la rente prend naissance au plus tôt à l'échéance d'une période de six mois à compter de la date à laquelle l'assuré a fait valoir son droit aux prestations conformément à l'art. 29 al. 1 LPGGA, mais pas avant le mois qui suit le 18^e anniversaire de l'assuré (art. 29 al. 1 LAI) 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). La rente est versée dès le début du mois au cours duquel le droit prend naissance (art. 29 al. 3 LAI).

L'assuré a déposé sa demande de rente d'invalidité suisse le 18 août 2014. Le droit à la rente, dans la mesure de sa reconnaissance, s'ouvre au plus tôt après le délai d'attente d'une année (art. 28 al. 1 let. b LAI) et la période d'attente de six mois (art. 29 al. 1 LAI) le 1^{er} février 2015.

8.4 Est réputée invalidité, l'incapacité de gain totale ou partielle qui est présumée permanente ou de longue durée (art. 8 al. 1 LPGGA). L'invalidité peut résulter d'une infirmité congénitale, d'une maladie ou d'un accident (art. 4 al. 1 LAI). Les assurés majeurs qui n'exerçaient pas d'activité lucrative avant d'être atteints dans leur santé physique, mentale ou psychique et dont il ne peut être exigé qu'ils en exercent une sont réputés invalides si l'atteinte les empêche d'accomplir leurs travaux habituels. L'art. 7 al. 2 LPGGA est applicable par analogie. L'invalidité est réputée survenue dès qu'elle est, par sa nature et sa gravité, propre à ouvrir droit aux prestations entrant en considération (art. 4 al. 2 LAI).

8.4.1 L'incapacité de gain constitue toute diminution de l'ensemble ou d'une partie des possibilités de gain de l'assuré, sur un marché du travail équilibré, 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 (art. 7 al. 1 LPGGA). Seules les conséquences de l'atteinte à la santé sont prises en compte pour juger de la présence d'une incapacité de gain. L'assurance-invalidité suisse couvre ainsi seulement les pertes économiques liées à une atteinte à la santé physique ou psychique, et non la maladie en tant que telle (ATF 116 V 246 consid. 6). De plus, il n'y a incapacité de gain que si celle-ci n'est pas objectivement surmontable (art. 7 al. 2 LPGGA).

8.4.2 Par incapacité de travail, l'on entend toute perte, totale ou partielle, de l'aptitude de l'assuré à accomplir dans sa profession ou son domaine d'activité le travail qui peut raisonnablement être exigé de lui, si cette perte résulte d'une atteinte à la santé physique, mentale ou psychique. En cas d'incapacité de travail de longue durée, l'activité qui peut être exigée de lui peut aussi relever d'une autre profession ou d'un autre domaine d'activité (art. 6 LPGGA).

8.5 En cas de rentes rétroactives limitées dans le temps, les dispositions relatives à la révision sont applicables. Selon l'art. 17 al. 1 LPGGA, si le taux d'invalidité du bénéficiaire de la rente subit une modification notable, la rente est, d'office ou sur demande, révisée pour l'avenir, à savoir augmentée ou réduite en conséquence, ou encore supprimée. Selon la jurisprudence du Tribunal fédéral, la rente peut être révisée non seulement en cas

de modification sensible de l'état de santé, mais aussi lorsque celui-ci est resté le même, mais que ses conséquences sur la capacité de gain ont subi un changement important (ATF 141 V 9 consid. 2.3, 134 V 131 consid. 3, 130 V 343 consid. 3.5). Une simple appréciation différente d'un état de fait qui, pour l'essentiel, est demeuré inchangé, n'appelle en revanche pas à une révision au sens de l'art. 17 LPGA (ATF 141 V 9 loc. cit.; arrêt du TF 9C_414/2016 du 7 décembre 2016 consid. 5.2).

8.6 En cas de décision simultanée sur l'octroi d'une rente et son remplacement par une autre rente ou même sa suppression, le changement est régi par l'art. 88a RAI. Selon son al. 1, si la capacité de gain ou la capacité d'accomplir les travaux habituels de l'assuré s'améliore (...), 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.

En allouant rétroactivement une rente d'invalidité dégressive et/ou temporaire, l'autorité administrative règle un rapport juridique sous l'angle de l'objet de la contestation et de l'objet du litige. Lorsque seule la réduction ou la suppression des prestations est contestée, le pouvoir d'examen du juge n'est pas limité au point qu'il doive s'abstenir de se prononcer en ce qui concerne des périodes à propos desquelles l'octroi de prestations n'est pas remis en cause (ATF 125 V 413).

8.7 Bien que l'invalidité soit une notion juridique et économique, les données fournies par les médecins constituent un élément utile pour apprécier les conséquences de l'atteinte à la santé et pour déterminer quels travaux on peut encore raisonnablement exiger de l'assuré. 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 assurée est incapable de travailler. Il leur appartient de décrire les activités que l'on peut encore raisonnablement attendre de l'assuré compte tenu de ses atteintes à la santé, en exposant les motifs qui les conduisent à retenir telle ou telle limitation de la capacité de travail (ATF 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 ég. ATF 140 V 193 consid. 3.2).

8.8 Le juge des assurances sociales doit examiner de manière objective tous les moyens de preuve, quelle que soit leur provenance, puis décider

si les documents à disposition permettent de porter un jugement valable sur le droit litigieux. Avant de conférer pleine valeur probante à un rapport médical, il s'assurera que les points litigieux 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 de l'expert sont dûment motivées (ATF 143 V 124 consid. 2.2.2, 134 V 231 consid. 5.1, 125 V 351 consid. 3a; arrêt du TF 9C_453/2017 du 6 mars 2018 consid. 4.2). L'élément déterminant pour la valeur probante n'est ni l'origine du moyen de preuve ni sa désignation comme rapport ou comme expertise, mais bel et bien son contenu (ATF 135 V 465 consid. 4.4, 125 V 351 consid. 3; arrêt du TF 9C_555/2015 du 23 mars 2016 consid. 5.2; MICHEL VALTERIO, Commentaire Loi fédérale sur l'assurance-invalidité [LAI], 2018, [cité Commentaire LAI], art. 57 n° 33). La valeur probante d'une expertise est de plus liée à la condition que l'expert dispose de la formation spécialisée nécessaire, de compétences professionnelles dans le domaine d'investigation (cf. arrêts du TF 9C_745/2010 du 30 mars 2011 consid. 3.2 et la référence, 9C_59/2010 du 11 juin 2010 consid. 4.1; cf. VALTERIO, Commentaire LAI, art. 57 n° 37). En présence d'avis contradictoires, le Tribunal doit apprécier l'ensemble des preuves à disposition et indiquer les motifs pour lesquels il se fonde sur une appréciation plutôt qu'une autre. Selon la jurisprudence, peut constituer une raison de s'écarter d'une expertise le fait que celle-ci contienne des contradictions manifestes ou ignore des éléments essentiels ou lorsque d'autres spécialistes émettent des opinions contraires objectivement vérifiables – de nature notamment clinique ou diagnostique – aptes à mettre sérieusement en doute la pertinence des déductions de l'expert (cf. ATF 125 V 351 cons. 3b/aa, 118 V 220 consid. 1b et les références; aussi les arrêts du TF 9C_748/2013 du 10 février 2014 consid. 4.1.1 et 4.1.2, I 131/03 du 22 mars 2004 consid. 2.2).

8.8.1 S'agissant des documents produits par le service médical d'un assureur étant partie au procès (art. 59 al. 2^{bis} 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 (cf. 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^{bis} 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^{bis} 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 17 novembre 2007 consid. 4.1). Au vu de ces différences, ils ne doivent pas remplir les mêmes exigences au niveau de leur contenu que les expertises médicales. Ils n'ont pas une force contraignante pour le juge qui est habilité à les examiner tant du point de vue formel que matériel (VALTERIO, Commentaire LAI, art. 57 n° 42; arrêt du TF 9C_865/2009 du 3 décembre 2009 consid. 2.2). Ils ont notamment pour but de résumer et de porter une appréciation sur la situation médicale d'un assuré, ce qui implique aussi, en présence de pièces médicales contradictoires, de dire s'il y a lieu de se fonder sur l'une ou l'autre ou s'il y a lieu de procéder à une instruction complémentaire. De tels rapports pour avoir valeur probante ne peuvent suivre une appréciation sans établir les raisons pour lesquelles des appréciations différentes ne sont pas suivies (cf. ATF 137 V 210 consid. 6.2.4; arrêt du TF 9C_165/2015 du 12 novembre 2015 consid. 4.3; VALTERIO, Commentaire LAI, art. 57 n° 43). La valeur probante de ces rapports présuppose que le dossier contienne l'exposé complet de l'état de santé de l'assuré (anamnèse, évolution de l'état de santé et status actuel) et qu'il ne se soit agi essentiellement que d'apprécier un état de fait médical non contesté établi de manière concordante par les médecins (cf. les arrêts du TF 9C_335/2015 du 1^{er} septembre 2015 consid. 3.1, 8C_653/2009 du 28 octobre 2009 consid. 5.2, 8C_239/2008 du 17 décembre 2009 consid. 7.2; cf. également arrêt du TF 9C_462/2014 du 16 septembre 2014 consid. 3.2.2 et les références). Si les pièces au dossier

ne permettent pas de trancher les questions contestées, les rapports sur dossier du SMR au sens de l'art. 49 al. 1 et 3 RAI ne peuvent généralement pas constituer une évaluation finale, mais doivent donner lieu à une instruction complémentaire (arrêt du TF 9C_58/2011 du 25 mars 2011 consid. 3.3)

8.8.2 Quant aux rapports établis par les médecins traitant, 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 (cf. arrêt du TF I 321/03 du 29 octobre 2003 consid. 3.1; VALTERIO, Commentaire LAI, 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 (cf. ATF 125 cité 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; VALTERIO, Commentaire LAI, art. 57 n° 48 s.).

9.

Dans le cadre de l'instruction de la demande de rente d'invalidité déposée le 18 août 2014, l'OAI-C. _____ a porté notamment au dossier sur le plan médical :

- le dossier SUVA ;
- un rapport de consultation du 25 février 2014 des Drs K. _____ et L. _____ du service d'urgence interdisciplinaire de l'Hôpital cantonal M. _____ suite à l'accident survenu le 24 février précédent posant le diagnostic principal de fracture de la tige du métacarpe IV à droite (AI pce 9.37) ;
- un rapport d'annonce du cas SUVA du 25 février 2014 (AI pce 9.36) ;
- un rapport du 16 mai 2014 des Dres O. _____ et P. _____ (Service d'orthopédie et traumatologie de l'Hôpital M. _____) faisant état d'une fracture de la tige du métacarpe IV non disloqué de la main droite, de douleurs dans la région du métacarpe IV, notant un léger gonflement de toute la main, des

douleurs à la pression, une sensibilité intacte, un déficit d'extension des doigts IV et V, indiquant deux mois d'immobilisation et une capacité de travail recouvrée fin avril dans l'activité habituelle avec résurgence de douleurs (AI pce 9.21) ;

- un rapport du 19 mai 2014 du Dr Q. _____ (spécialiste en chirurgie et orthopédie) notant une bonne évolution du traitement suivi, une immobilisation à maintenir pendant 15 jours, un bon pronostic, pas de reprise de travail indiquée (AI pce 9.20) ;
- un rapport du 27 mai 2014 de la Dre O. _____ relevant des douleurs persistantes, posant le diagnostic de rupture de l'ancre ulnaire du tendon superficiel à hauteur de l'annuaire à droite avec tendovaginite des 3^e à 5^e doigts (AI pce 9.18) ;
- un rapport du 4 juin 2014 concernant une opération du 28 mai 2014 (AI pce 9.16) ;
- un rapport intermédiaire du 19 juin 2014 de la Dre P. _____ notant un status clairement douloureux de la main droite tuméfiée, une incapacité de travail à 100% depuis le 12 mai 2014 avec un contrôle dans les 4 semaines (AI pce 9.13) ;
- un rapport intermédiaire du 17 juillet 2014 de la Dre P. _____ notant une symptomatique douloureuse de la main droite, un net déficit de mobilité et une incapacité de travail de 100% dans l'activité habituelle (AI pce 9.7) ;
- un rapport intermédiaire du 22 août 2014 du Dr R. _____ (orthopédie et traumatologie de l'appareil locomoteur) (AI pce 9.3) ;
- deux rapports intermédiaires des 8 septembre et 15 octobre 2014 du Dr R. _____ indiquant un état douloureux stationnaire et la suspicion de la présence d'un neurinome du nerf digital commun aux 4^e et 5^e doigts (AI pces 18.18 et 18.13) ;
- un rapport du 24 octobre 2014 du Dr R. _____ concernant une opération du 22 octobre 2014 de la main droite (AI 18.12) ;
- un rapport intermédiaire du 16 décembre 2014 du Dr R. _____ faisant état d'une nette diminution postopératoire des douleurs et notant une bonne mobilité des 3^e et 4^e doigts mais un déficit de mobilité au 5^e doigt (AI pce 18.8) ;
- un rapport intermédiaire du 20 janvier 2015 du Dr D. _____ (spécialiste en chirurgie orthopédique et traumatologie de l'appareil locomoteur, médecin d'arrondissement de la SUVA) mentionnant un état non stabilisé, la persistance de douleurs au niveau de la main droite dominante avec une suspicion de composante neuropathique et la perte de fonction en grande partie de la main droite (AI pce 18.4) ; il relève que l'assuré ne peut pas dormir la nuit, est

épuisé et inquiet pour l'avenir, qu'un traitement psychiatrique en parallèle, déjà initié, a certainement du sens, mais que les plaintes somatiques présentes, de son avis de médecin d'arrondissement, ne peuvent probablement pas être influencées par un psychiatre (AI pce 18.4 p. 5) ;

- une notice interne de la SUVA du 20 janvier 2015 indiquant depuis peu un suivi psychiatrique auprès du Dr S. _____ à (...), un prochain rendez-vous en mars 2015 et la prescription d'antidépresseurs (AI pce 18.3) ;
- un rapport final de mesures de réadaptation du 22 janvier 2015 de l'office AI mentionnant la prise d'antidépresseurs (AI pce 19) ;
- un rapport intermédiaire du 30 janvier 2015 du Dr R. _____ faisant état d'un déficit de flexion active du 5^e doigt n'impactant pas particulièrement les activités quotidiennes (AI pce 24.4) ;
- un rapport du 3 février 2015 du Dr T. _____ (spécialiste FMH en anesthésie et médecin d'urgence, thérapie de la douleur) indiquant l'existence manifeste (rapportée et constatée) d'une douleur neuropathique en raison de lésions nerveuses et, au nombre des médicaments, la prise de Citalopram® prescrit par le psychiatre de l'assuré (AI pce 24.3) ;
- un rapport du 17 mars 2015 du Dr U. _____ (spécialiste FMH en neurologie) faisant état d'une situation complexe avec un syndrome de douleur neuropathique résiduel au niveau de la main droite, accentué dans la zone ulnaire, sans signes d'amélioration significative malgré l'ergothérapie et la prise d'analgésiques, les douleurs irradiant dans le bras jusqu'aux épaules impactant sérieusement la vie de tous les jours de l'assuré droitier (AI pce 24.2) ;
- un rapport intermédiaire du 18 mai 2015 du Dr R. _____ faisant état d'importantes douleurs rapportées par le patient qui n'a pas profité de l'opération (AI pce 27.7) ;
- un rapport du 20 juin 2015 de la Dre E. _____ (spécialiste FMH en chirurgie générale et de la main) faisant état de la persistance de douleurs, sans signes de troubles trophiques au sens d'un syndrome douloureux général complexe (SDGC), d'un bon status cicatriciel, notant une articulation de la main avec une amplitude de mouvement normale, pas de gonflement, une zone palmaire sans callosité ni signe de travail, discutant les avantages escomptés éventuels d'une nouvelle intervention (AI pce 32.4) ;
- un rapport d'ergothérapie du 28 juillet 2015 faisant état d'un status très douloureux au toucher, d'un 5^e doigt peu flexible activement, des 3^e et 4^e doigts à la flexion limitée, d'une main droite peu utilisée excepté le pouce et l'index (AI pce 30 p. 2) ;

- un rapport du 10 février 2016 du Dr F. _____ (spécialiste FMH en chirurgie de la main, orthopédie, chirurgie et traumatologie) constatant un status trophique quasi normal notamment cicatriciel de la main droite, notant une nette diminution de la force de cette main (4kg contre 40kg à gauche), une limitation de la mobilité des doigts, notamment du petit doigt, une consolidation de la fracture du 4^e doigt, émettant un avis réservé sur de possibles améliorations résultant d'une nouvelle opération à discuter (AI pce 38) ;
- un rapport du 29 mars 2016 de la Dre E. _____ faisant état d'un status satisfaisant de la main droite et discutant les avantages d'une éventuelle nouvelle opération (AI pce 44.9) ;
- un rapport du 13 juin 2016 de la Dre E. _____ de l'opération de la main droite du 7 juin 2016 (AI pce 42) ;
- un rapport du 22 août 2016 de la Dre E. _____ à l'adresse d'un service d'ergothérapie faisant état d'une opération s'étant bien déroulée avec un très bon résultat postopératoire, l'assuré étant suivi par elle toutes les 3 semaines et devant poursuivre sa réadaptation par de l'ergothérapie (AI pce 46.2) ;
- un rapport intermédiaire d'ergothérapie du 6 septembre 2016 faisant état d'une faible utilisation de la main droite dans les activités quotidiennes, d'un status de douleurs élevées, d'une évolution positive, de la recommandation de poursuivre l'ergothérapie (AI pce 47) ;
- un rapport du 12 octobre 2016 de la Dre E. _____ indiquant que la problématique neurogène postopératoire était complètement récupérée, mais qu'une réduction motrice de l'amplitude du mouvement persistait autour du 5^e doigt, que le patient suivait un traitement en ergothérapie de septembre à décembre 2016 (AI pce 49.6) ;
- un rapport du 24 octobre 2016 de la Dre E. _____ retenant une situation neurogène restée stable, ressentie subjectivement par le patient comme une « énorme » amélioration, notant sur le plan de la mobilité du 5^e doigt qu'une flexion au niveau de l'articulation métacarpophalangienne (MCP) avait été atteinte, que l'articulation interphalangienne proximale (PIP) était peu active sans qu'il y ait lieu d'attendre à ce niveau une amélioration sensible dans le futur ; l'ergothérapie, dont les résultats sont avérés, est préconisée jusqu'à et y compris décembre 2016, une reconduction devant faire l'objet d'un examen (AI pce 49.2) ;
- un rapport du 1^{er} décembre 2016 du Dr H. _____ (médecine physique réadaptation), faisant état de douleurs neuropathiques persistantes à la dernière opération, d'une rééducation post neurolyse de la branche médiale du nerf médian droit du 8 septembre 2016 au 24 novembre 2016 par hospitalisation de jour. Le médecin a noté en fin de traitement des douleurs rapportées sur

l'échelle EVA au repos de 4/10, lors des pics de 6-7/10 à la mobilisation et localisées le long de la cicatrice entre les 4^e et 5^e doigts jusqu'à la base du poignet. Un suivi de kinésithérapie en libéral est recommandé (AI 64.26 +64.20-22) ;

- un rapport du 1^{er} décembre 2016 du Dr D. _____ (spécialiste en chirurgie orthopédique et traumatologie de l'appareil locomoteur, médecin d'arrondissement de la SUVA) ayant procédé à un examen final. Les différents documents médicaux au dossier sont résumés jusqu'au 12 octobre 2016. À l'anamnèse, il a indiqué les plaintes de douleurs toujours présentes, s'amplifiant à l'usage de la main mais s'étant sensiblement amoindries depuis l'opération de juin 2016 jusqu'à atteindre un niveau supportable moyennant la prise au besoin d'antidouleurs. Il a mentionné une notable perte de fonction et de force au niveau des trois derniers doigts de la main droite, pas de possibilité de prise ferme mais la possibilité de la pince avec le pouce et l'index, la poursuite de séances de physio- et ergothérapie 2 fois par semaine à raison de 2-2½ h. À l'examen clinique, le Dr D. _____ a indiqué un bon état général, des épaules droites, des membres supérieurs à la musculature pas très marquée sans asymétrie, des articulations des épaules, des coudes, des poignets sans limitations fonctionnelles, sous réserve de quelques limitations d'amplitude de l'épaule droite. Au niveau de la main droite, de multiples cicatrices sont relevées sur la paume et une limitation de la mobilité des doigts notamment III à V. À la suite de diagnostics en lien avec les constats des atteintes à la main droite, le Dr D. _____ a conseillé le maintien des traitements suivis pendant 3-4 mois qui pourront encore un peu améliorer le status de l'assuré et a indiqué que ce dernier n'allait pouvoir exercer ensuite avec la main droite que des activités légères, la saisie n'étant possible qu'avec l'index et le pouce, des activités nécessitant une prise ferme de la main droite n'étant pas possibles. Relevant que l'assuré était droitier, il a noté des difficultés actuelles pour écrire et que l'usage d'un clavier ne pouvait se faire, au niveau de la main droite, qu'avec l'index (AI 50.7) ;
- une prise de position sur dossier du 26 juillet 2017 du Dr G. _____ (spécialiste FMH en chirurgie orthopédique et traumatologie de l'appareil locomoteur) du SMR. Ce médecin a établi une chronologie complète de la prise en charge de l'atteinte de l'assuré à sa main droite suite à l'accident du 24 février 2014. Il a notamment mentionné – relativement à la fin du traitement – que la Dre E. _____ avait en date des 22 août et 15 septembre 2016 retenu globalement un bon status, en date du 12 (recte : 24) octobre 2016 globalement une amélioration de la situation sur le plan de la douleur, l'ergothérapie étant poursuivie de septembre à y compris décembre 2016. Il a fait siennes les limitations fonctionnelles retenues par le médecin de la SUVA. Il a indiqué depuis le 24 février 2014 (date de l'accident) une incapacité de travail totale dans

l'activité habituelle (employé de commerce de détail [sic]). Dans une activité adaptée non impérativement bimanuelle, il a retenu une capacité de travail de 0% du 24 février 2014 (accident) au 20 janvier 2015 (examen SUVA, Dr D. _____, status postopératoire non exempt de complications avec douleurs persistantes, physiothérapie intensive), de 100% du 21 janvier 2015 au 6 juin 2016, de 0% du 7 juin 2016 (ré-opération) au 20 [recte : 22] août 2016, et a relevé qu'à compter du 21 août 2016 (amélioration et stabilisation du status) il y avait à nouveau une pleine capacité de travail dans une activité adaptée, les rapports médicaux de la Dre E. _____ faisant état d'un bon status général, celui du 12 [recte 24] octobre 2016 globalement d'une amélioration sur le plan de la douleur (AI 62).

À la suite du recours, les rapports médicaux portés au dossier ont été les suivants :

- un rapport du 1^{er} décembre 2016 du Dr H. _____ (médecine physique réadaptation) déjà au dossier (voir AI 64.26+64.20-22) ;
- une attestation du 24 janvier 2018 du Dr I. _____ (psychiatre) indiquant – suite à une consultation du jour – un suivi pour la prise en charge d'une pathologie psychique sévère réactionnelle à l'accident du travail avec séquelles invalidantes au niveau de la main droite chez un droitier, une évolution défavorable de l'état clinique, un pronostic péjoratif, la nécessité d'un suivi régulier et d'un traitement psychotrope au long cours, un état clinique ne permettant plus de travailler, une incapacité de travail de 100% (ad TAF 2) ;
- une prise de position du Dr G. _____ (spécialiste en chirurgie orthopédique) du SMR du 12 mars 2018 se référant à sa prise de position du 26 juillet 2016 et notant que le rapport psychiatrique du Dr I. _____ du 24 janvier 2018 était très général sans l'énoncé d'un status psychologique, notant, d'entente avec le Dr J. _____ (psychiatre), qu'il indiquait expressément une pathologie psychique réactive qui correspondait à un trouble de l'adaptation qui ne pouvait fonder une limitation de la capacité de travail du fait de son degré de manifestation et de sa durée (ad TAF 9).

Figurent également notamment au dossier sur le plan économique :

- le compte individuel AVS de l'assuré (AI pce 8) ;
- un questionnaire à l'employeur daté du 28 août 2014 faisant état d'une activité physiquement exigeante exercée à 100% avec d'importants ports de charges (AI pce 10) ;
- une lettre du 4 décembre 2014 de résiliation des rapports de travail au 31 mars 2015 (AI pce 18.9) ;

- un rapport final du 22 janvier 2015 de renonciation à des mesures de réadaptation en raison d'une incapacité de travail de 100% (AI pce 19).

10.

10.1 L'OAIE, respectivement l'OAI-C. _____, reconnaît à l'assuré une incapacité de travail entière dans son activité habituelle à compter du 24 février 2014 (date de l'accident). Il retient qu'à la date du 22 août 2016 (rapport de la Dre E. _____) l'assuré était en mesure d'exercer une activité légère à plein temps sans devoir exécuter des travaux écrits et sans nécessité de prises fermes de la main droite. À cette date, reportée au 1^{er} décembre 2016 (art. 88a RAI), son invalidité se montant par comparaison de revenus avec et sans invalidité à 35%, il ne peut plus prétendre à une rente d'invalidité même partielle vu le seuil de 40% (art. 28 al. 2 LAI) selon la législation. Dans sa réponse au recours, l'OAIE, respectivement l'OAI-C. _____, fait valoir que les limitations fonctionnelles de l'assuré correspondent à celles décrites par le Dr D. _____, médecin d'arrondissement de la SUVA, dans son rapport du 1^{er} décembre 2016, mais que déjà on pouvait faire remonter ce status au 22 août 2016 à lire les rapports médicaux de la Dre E. _____ qui par ailleurs avait confirmé une amélioration de la situation sur le plan de la douleur dans son rapport du 12 (recte : 24) octobre 2016. Sur le plan psychiatrique, l'administration énonce que le rapport du Dr I. _____ du 24 janvier 2018 étant ultérieur au projet de décision et à la décision attaquée, il ne saurait être retenu, celui-ci n'évoquant d'ailleurs qu'une pathologie psychique réactive correspondant à un trouble de l'adaptation non invalidant comme tel.

10.2 De son côté, le recourant conteste ne plus avoir droit à une rente d'invalidité à compter du 1^{er} décembre 2016. Il fait valoir une détérioration de son état de santé. Il se prévaut, d'une part, d'un rapport d'hospitalisation de jour pour le traitement de la douleur du 8 septembre 2016 au 24 novembre 2016 préconisant un suivi de kinésithérapie en libéral et, d'autre part, d'un rapport psychiatrique du 24 janvier 2018 le reconnaissant en incapacité de travail totale.

11.

11.1 Sur le plan somatique, il n'est pas contesté que l'assuré a été en incapacité de travail totale depuis son accident le 24 février 2014 lui ouvrant le droit à une rente entière à compter du 1^{er} février 2015, sa demande de prestation AI ayant été déposée le 18 août 2014 (art. 28 al. 1 let. b, 29 al. 1 et 3 LAI). Il est établi que l'assuré a présenté un état non stabilisé et

douloureux durant l'année 2015 et le 1^{er} semestre 2016 (cf. consid. 9 not. les pces AI 18.4, 24.2, 24.3, 27.7, 30, 33, 38 [voir infra consid. 11.2.2]). Il n'est pas discuté par les parties que le recourant, comme l'ont constaté les Drs D._____ pour la SUVA (AI pce 50.7) et G._____ pour l'OAI-C._____ (AI pce 62), ne peut, à la suite de sa troisième opération du 7 juin 2016, qu'effectuer des travaux légers ne nécessitant pas l'usage des deux mains. Il ne peut pas effectuer de prises fermes de la main droite, seule la saisie entre le pouce et l'index étant possible, ni des travaux réguliers d'écriture du fait que l'assuré est droitier. L'utilisation d'un clavier est par ailleurs limitée au niveau de la main droite à l'index.

Les limitations fonctionnelles ont été établies dès le rapport intermédiaire du Dr D._____ du 21 janvier 2015 pour la SUVA (AI pce 18.4). Celles-ci ont été confirmées par ce médecin le 1^{er} décembre 2016 à l'examen d'un état considéré stabilisé nécessitant encore un suivi thérapeutique (AI pce 50.7) et par le Dr G._____ du SMR le 26 juillet 2017 pour l'OAI-C._____. Ce médecin a cependant reconnu une capacité de travail de l'assuré *dans une activité adaptée* au 21 août 2016 suite au rapport médical de la Dre E._____ du 20 (recte: 22) août 2016 (AI pce 62).

L'OAI-C._____, respectivement l'OAIE, a retenu la date du 22 août 2016 comme date d'une nette amélioration de l'état de santé de l'assuré sur le plan somatique pour mettre un terme à la rente allouée au 30 novembre 2016 (AI pce 72).

11.2

11.2.1 La possibilité pour le recourant de travailler, respectivement d'avoir pu reprendre théoriquement une activité adaptée dès le 22 août 2016 (rapport de la Dre E._____ quelque 3 mois suivant la 3^e opération [AI pce 46.2]) à temps plein, comme l'a retenu l'OAI-C._____, respectant les limitations fonctionnelles unanimement décrites, est contestée par le recourant. Cette possibilité doit être examinée au vu du dossier en raison des douleurs au niveau de la main droite ressenties par l'assuré, qui ont été en grande partie à l'origine de la troisième opération du 7 juin 2016, et qui ont persisté selon un rapport d'ergothérapie du 6 septembre 2016 (cf. AI pce 47) et un rapport du 1^{er} décembre 2016 du Dr H._____ (médecine physique et de réadaptation) (cf. AI pce 64.26+64.20-22). Un examen sous l'angle d'éventuelles atteintes d'ordre psychiatrique s'impose aussi du fait de l'existence (énoncée début 2015) d'un suivi psychiatrique comme il en ressort du dossier.

11.2.2 À titre liminaire, il sied de relever que c'est à juste titre que l'OAI-C. _____ n'a pas retenu une capacité de travail résiduelle de 100% dans une activité adaptée du 21 janvier 2015 au 6 juin 2016 entre la deuxième et la troisième opération de la main droite contrairement à l'appréciation du Dr G. _____ du SMR qui n'a d'ailleurs pas donné de justification à ce sujet dans son rapport du 26 juillet 2017 (AI pce 62, p. 7). Cela alors même que le Dr D. _____ pour la SUVA, dans son rapport intermédiaire du 21 janvier 2015, indiquait un état non stabilisé, des plaintes réelles en raison de la persistance de douleurs au niveau de la main droite, la nécessité d'alléger rapidement au moins les symptômes (AI pce 18.4 p. 5) et que d'autres rapports faisaient également état de la persistance d'importantes douleurs (rapports des Drs T. _____ du 3 février 2015 [AI pce 24.3], U. _____ du 17 mars 2015 [AI pce 24.2], R. _____ du 18 mai 2015 [AI pce 27.7], E. _____ du 20 juin 2015 [AI pce 33], rapport d'ergothérapie du 28 juillet 2015 [AI pce. 30.2], F. _____ du 10 février 2016 [AI pce 38]).

11.2.3 Un examen de la date du 22 août 2016, retenue par l'OAI-C. _____ sur la base du rapport du 26 juillet 2017 du Dr G. _____ (AI pce 62), en tant que date à partir de laquelle une pleine capacité de travail dans une activité adaptée serait exigible, s'impose. Cette date correspond à celle d'un courrier de la Dre E. _____ préconisant un traitement d'ergothérapie (AI pce 46.2). Sur le plan purement cicatriciel et de l'amélioration de la mobilité des 3^e-5^e doigts de la main droite, il appert dudit courrier que l'opération s'était bien déroulée avec un bon résultat postopératoire, l'assuré étant suivi par elle toutes les 3 semaines et devant poursuivre une réadaptation par ergothérapie (AI pce 46.2). La Dre E. _____ ne s'est pas prononcée le 22 août 2016 sur la persistance de douleurs, mais a retenu que le signe de Tinel (paresthésies ou douleurs vives dues à une lésion nerveuse) dans la zone cicatricielle avait complètement disparu. Un rapport intermédiaire d'ergothérapie de l'hôpital V. _____ du 6 septembre 2016 a cependant fait état d'un status de douleurs élevées, d'un traitement de la douleur par patches, d'une évolution positive, de la nécessité de poursuivre l'ergothérapie (AI pce 47). Dans un rapport du 12 octobre 2016 adressé à la SUVA, la Dre E. _____ a rappelé la disparition du signe de Tinel et indiqué que la problématique neurogène postopératoire était complètement récupérée, que le patient suivait un traitement en ergothérapie (AI pce 49.6). Enfin, dans un rapport du 24 octobre 2016 adressé à la SUVA, la Dre E. _____ a retenu une situation neurogène restée stable sans plus de détail et indiqué que l'intéressé en ressentait une « énorme » amélioration. Par ailleurs, elle a noté la possibilité de la flexion du 5^e doigt dans la zone de l'articulation métacarpophalangienne (MCP), mais guère

possible activement dans la zone de l'articulation proximale interphalangienne (PIP), un trophisme récupéré, une cicatrice ne présentant aucune adhérence avec le tissu sous-jacent. Elle a relevé que l'ergothérapie en France avait incontestablement porté ses fruits, mais que la flexion du 5^e doigt restera probablement sans grand gain dans le futur. Elle a préconisé le maintien de l'ergothérapie jusqu'à et y compris décembre 2016, une reconduction devant faire l'objet d'un examen (AI pce 49.2). Or, le 1^{er} décembre 2016, le Dr H. _____, en charge du traitement d'ergothérapie, a fait état de douleurs neuropathiques persistantes à la dernière opération, d'une rééducation post neurolyse, relevant à la fin d'un traitement en hôpital de jour du 8 septembre au 24 novembre 2016, des douleurs rapportées sur l'échelle EVA au repos de 4/10 et lors de pics de 6-7/10 à la mobilisation. Il a recommandé un suivi de kinésithérapie en libéral (AI pce 64.26+64.20-22). À la même date, le Dr D. _____ a également préconisé, compte tenu de douleurs toujours présentes, mais ayant clairement diminué depuis l'opération en juin 2016 et s'étant établies à un niveau supportable, le maintien des traitements suivis pendant 3-4 mois, soit jusqu'en mars ou avril 2017, notant que l'assuré n'allait ensuite pouvoir exercer que des activités légères avec la main droite (AI 50.7).

11.2.4 Sur le vu de ce qui précède, l'appréciation du 26 juillet 2017 du Dr G. _____ du SMR de retenir le courrier de la Dre E. _____ du 22 août 2016 comme déterminant pour fonder une nette amélioration de l'état de santé de l'intéressé ne peut être prise en compte *seulement* que comme point de départ d'une importante amélioration de l'état de santé de l'assuré. En effet, la Dre E. _____ ne s'est pas exprimée à cette date sur la composante des douleurs (qui est restée bien présente) et ses effets sur la capacité de travail. En fait, la Dre E. _____ dans son rapport du 22 août 2016 n'a évoqué que la disparition du signe de Tinel alors qu'un rapport intermédiaire d'ergothérapie du 6 septembre 2016 faisait toujours état de douleurs élevées. Par ailleurs, le Dr G. _____ du SMR n'a pas pris en compte l'existence d'une atteinte psychiatrique alors même que le rapport du Dr D. _____ du 20 janvier 2015 mentionnait nouvellement un suivi psychiatrique, le fait que l'assuré ne dormait plus, était épuisé (cf. AI pce 18.4 p. 3), et que l'OAI-C. _____ avait relevé le 20 janvier 2015 un suivi par le Dr S. _____, psychiatre (AI pce 18.3 p. 2), et le 22 janvier 2015 la prise d'antidépresseurs (AI pce 19 p. 1). C'est dès lors sans une nette et déterminante amélioration de santé établie avec le degré de la vraisemblance prépondérante que l'OAI-C. _____ a considéré, à la suite du Dr G. _____ du SMR, sur le plan somatique – en plus sans avoir effectué d'investigations quant à l'état psychique de l'assuré alors qu'un suivi psy-

chologique était connu depuis le 20 janvier 2015 – que le recourant, toujours confronté à des douleurs importantes à la main, aurait pu exercer à plein temps une activité adaptée dès le 22 août 2016 et a mis un terme à la rente entière allouée au 30 novembre 2016 en application de l'art. 88a RAI.

11.2.5 Dès lors, l'examen d'une amélioration (graduelle) de l'état de santé somatique de l'assuré sur le plan notamment de la douleur à une date ultérieure au 22 août 2016 s'avère nécessaire.

11.3 Sur le plan psychiatrique, l'assuré n'a pas fait expressément valoir d'atteinte à sa santé jusqu'à la fin de la procédure d'audition ayant suivi le projet de décision du 27 juillet 2017 (AI pce 63). Dans le cadre de son recours du 16 janvier 2018, il a indiqué être dans l'attente d'un rendez-vous auprès du Dr I._____, psychiatre (TAF pce 1). Par acte ampliatif du 26 janvier 2018, il a produit un rapport du 26 janvier 2018 de ce médecin indiquant – suite à une consultation du jour – un suivi pour la prise en charge d'une pathologie psychique sévère réactionnelle à son accident du travail avec séquelles invalidantes au niveau de la main droite chez un droitier, une évolution défavorable de l'état clinique, un pronostic péjoratif, la nécessité d'un suivi régulier et d'un traitement psychotrope au long cours, un état clinique ne permettant plus de travailler et une incapacité de travail de 100% (TAF pce 2, annexe). Ce rapport n'a pas été complété par d'autres rapports adressés au Tribunal jusqu'au présent arrêt. L'OAI-C._____ a indiqué que le rapport du 26 janvier 2018, selon l'appréciation du Dr G._____ du SMR rapportant l'avis consulté du Dr J._____, psychiatre, du SMR, fait état d'une pathologie psychique réactive correspondant à un trouble de l'adaptation ne pouvant fonder une limitation de la capacité de travail au sens de l'AI (TAF pce 9). Le rapport du Dr I._____ est certes ultérieur à la décision attaquée, sans diagnostic précis selon les critères d'un système de classification reconnu tel le CIM-10 ou le DSM (cf. ATF 141 V 2812 consid. 2.1, 143 V 418 consid. 6 et 8.1). Il fait cependant état chez l'assuré d'une pathologie psychique sévère réactionnelle à son accident du travail et il appert du dossier que l'assuré a initié un suivi psychiatrique selon le rapport du 20 janvier 2015 du Dr D._____ (AI pce 18.4 p. 3). Aussi il ressort d'une note interne du 22 janvier 2015 de l'OAI-C._____ que l'assuré était nouvellement suivi par le Dr S._____, psychiatre, qui lui a prescrit des antidépresseurs du fait qu'il ne dormait pas et était épuisé. Au dossier, aucun élément ne permet de retenir que l'atteinte psychique n'a été que de courte durée. Il est envisageable que le suivi psychiatrique se soit prolongé compte tenu de l'atteinte à la main droite et son incidence sur l'état psychique de l'assuré (par ex. réactions de stress

aiguës, syndrome de stress post-traumatique, épisodes dépressifs, troubles anxieux, dépression, soit des symptômes pouvant devenir chroniques ; cf. MANUELA RÜEGG-HASLER, Ergotherapie in der Handtherapie : psychische Folgen traumatischer Handverletzungen und Behandlungsempfehlungen für die Ergotherapie, Mas in Ergotherapie Zurich, 2018, p. 19 ss). Le rapport du Dr I. _____ doit ainsi être pris en considération eu égard aux informations du dossier faisant état d'atteintes psychiatriques depuis 2015.

Bien que le recourant n'ait jamais fourni de rapport psychiatrique autre que celui du 26 janvier 2018 du Dr I. _____, il y a lieu de retenir, sous l'angle de l'appréciation de l'ensemble de l'état de santé, que l'OAI-C. _____ a violé son devoir d'instruire entièrement le dossier (art. 43 LPG) avant de rendre sa décision du 5 décembre 2017 alors qu'il y avait des indices concrets au dossier que le recourant était suivi par un spécialiste depuis début 2015 et que des complications médicales liées à l'atteinte à la main droite de l'assuré aient pu avoir des répercussions sur sa santé psychique et implicitement sa capacité de travail. Il se justifie en conséquence d'annuler la décision attaquée dans la mesure où elle met un terme à l'octroi de la rente au 30 novembre 2016 et de renvoyer l'affaire à l'autorité inférieure pour un complément d'instruction d'ordre psychiatrique.

12.

Il ressort des pièces au dossier que le recourant a subi une atteinte à la santé déterminante pour l'AI le 24 février 2014 et a déposé une demande de prestations AI le 18 août 2014 (AI pce 1), de sorte qu'un droit théorique à une rente s'est ouvert le 1^{er} février 2015 (cf. supra consid. 8.3).

Pour la période du 1^{er} février 2015 au 30 novembre 2016, vu l'incapacité de travail de 100% retenue même dans une activité adaptée jusqu'au 22 août 2016 et l'art. 88a RAI – indépendamment de l'existence ou non d'atteintes d'ordre psychiatrique jusqu'à cette date –, le recourant a droit à une rente entière. Un calcul de l'invalidité n'a pas lieu d'être, le degré d'invalidité est nécessairement de 100%. Pour la période subséquente, la Cour relève que l'on ne peut apprécier au vu de la documentation médicale au dossier une évolution claire de l'incidence des douleurs au niveau de la main sur la capacité de travail de l'assuré à compter du 22 août 2016 sans un rapport d'expertise émanant d'un chirurgien de la main et d'un neurologue. A compter du 1^{er} décembre 2016, un droit à une rente entière ou partielle, voire pas de rente du tout, devra nouvellement être établi à la suite d'un complément d'investigations sur les plans somatique (expertise de chirurgie de la main et neurologique) et psychiatrique à compter du 23 août 2016

suivi d'un nouveau calcul de l'invalidité compte tenu de la capacité de travail résiduelle retenue à compter de cette dernière date.

13.

13.1 Vu ce qui précède, le recours est partiellement admis dans le sens de la confirmation de la rente allouée par l'OAIE et du renvoi du dossier à l'autorité inférieure pour qu'elle examine à nouveau sur les plans médical et économique le droit à la rente de l'assuré au-delà du 30 novembre 2016. Le dossier est ainsi renvoyé à l'OAIE pour complément d'instruction afin que soient clarifiés l'état de santé du recourant et sa capacité de travail à compter du 23 août 2016. Il se justifie de renvoyer la cause à l'autorité inférieure pour qu'elle procède aux mesures d'instruction nécessaires en application de l'art. 61 al. 1 PA, bien qu'un renvoi doive rester exceptionnel compte tenu de l'exigence de célérité de la procédure (cf. art. 29 de la Constitution fédérale du 18 avril 1999 de la Confédération suisse [Cst., RS 101]; arrêt du 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 (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).

13.2 Pour sa nouvelle décision, l'autorité inférieure, dans un premier temps, complétera le dossier des pièces médicales relatives aux derniers traitements suivis par l'assuré relativement à l'atteinte à la main droite et demandera aux médecins psychiatres traitant de l'assuré depuis 2015 un rapport de leur suivi thérapeutique et, cas échéant, des diagnostics passés et actuels avec leurs appréciations quant à la capacité de travail de l'assuré. Puis, elle mettra en place par le biais de la plateforme d'attribution aléatoire SuisseMed@P (cf. art. 72^{bis} al. 2 RAI; ATF 139 V 349 consid. 5.2.1) une expertise pluridisciplinaire (art. 44 LPG) dans les disciplines de la chirurgie de la main, de la neurologie et de la psychiatrie, ainsi que d'autres disciplines si nécessaire, afin de prendre en considération l'incidence des atteintes à la santé en particulier depuis le 22 août 2016. L'expertise psychiatrique sera complétée d'un examen standard selon les indicateurs en cas de diagnostics psychiatriques posés (ATF 141 V 281).

On rappellera qu'il est en dernier ressort du devoir des experts de déterminer la nature des évaluations médicales permettant de répondre au questionnaire qui leur sera soumis dans le cas d'espèce.

En cas d'amélioration partielle et par paliers de l'état de santé et de la capacité de travail depuis août 2016, les experts l'établiront clairement en référence aux rapports médicaux et en application des principes d'évaluation prévalant dans la médecine d'assurance.

14.

14.1 En règle générale, les frais de procédure sont en principe mis à la charge de la partie qui succombe (art. 63 al. 1, 1^{ère} phrase, PA). D'après la jurisprudence, la partie qui a formé recours est réputée avoir obtenu gain de cause lorsque l'affaire est renvoyée à l'administration pour instruction complémentaire et nouvelle décision (ATF 132 V 215 consid. 6.2). Aucun frais de procédure n'est mis à la charge des autorités inférieures (art. 63 al. 2, 1^{ère} phrase, PA).

En l'occurrence, il n'y a pas lieu de percevoir de frais de procédure, dès lors que le recourant a obtenu gain de cause par le renvoi de l'affaire à l'OAIE et qu'aucun frais de procédure n'est mis à la charge de l'autorité inférieure (cf. art. 63 al. 2 PA). Partant, l'avance de frais versée par le recourant à hauteur de 800.- francs (TAF pces 2 et 5) lui sera restituée dès l'entrée en force du présent arrêt.

14.2 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 alloue à la partie ayant entièrement ou partiellement gain de cause une indemnité pour les frais indispensables et relativement élevés qui lui ont été occasionnés par le litige. L'art. 61 let. g LPGA applicable par analogie énonce relativement au dépens que le recourant qui obtient gain de cause a droit au remboursement de ceux-ci dans la mesure fixée par le tribunal, leur montant étant déterminé sans égard à la valeur litigieuse d'après l'importance et la complexité du litige. En principe, il y a gain de cause au sens de cette disposition lorsque le tribunal annule – totalement ou partiellement – la décision attaquée et rend un jugement plus favorable pour la personne concernée ou lorsqu'il renvoie la cause à l'administration pour instruction complémentaire et nouvelle décision (arrêt du TF 9C_193/2013 cité consid. 3.2.1 renvoyant à l'ATF 132 V 215 consid. 6.2).

En l'espèce, le Tribunal a rendu un jugement confirmant la décision attaquée de rente limitée dans le temps et renvoyant de plus le dossier à l'autorité inférieure pour complément d'instruction. Le recourant peut ainsi prétendre à une pleine indemnité de dépens. Le recourant ayant agi en s'étant fait représenter et ayant été assisté par un organisme de défense d'intérêts de personnes frontalières qui n'a pas produit de décompte de prestations, il lui est alloué, compte tenu du recours, de la difficulté de la cause ainsi que du travail effectué par le représentant qui n'est pas un avocat, une indemnité de dépens tenant compte de la personne de son représentant (cf. art. 10 al. 2 FITAF [tarif horaire de CHF 100.- à 300.- hors TVA pour les mandataires professionnels n'exerçant pas la profession d'avocat] et 14 FITAF; arrêt du TF 9C_485/2016 du 21 mars 2017 consid. 3: tarif horaire de CHF 145.- hors TVA). Le mandataire du recourant a établi un recours de 2 pages présentant succinctement les faits et indiquant la volonté de l'assuré de recourir contre la décision attaquée avec diverses annexes. Il a transmis notamment un nouveau rapport médical. Il a répliqué par quelques lignes en invitant l'autorité inférieure à compléter le dossier. Il sied en application de ce qui précède d'accorder au recourant une indemnité de dépens de 500.- francs à charge de l'autorité inférieure.

Par ces motifs, le Tribunal administratif fédéral prononce :

1.

Le recours est partiellement admis. La décision attaquée du 5 décembre 2017 est confirmée dans la mesure de l'octroi d'une rente entière d'invalidité du 1^{er} février 2015 au 30 novembre 2016 et annulée dans la mesure où elle met un terme à l'octroi d'une rente au 30 novembre 2016.

2.

Le dossier est retourné à l'autorité inférieure afin qu'elle procède à un complément d'instruction sur les plans somatique et psychiatrique à compter du 22 août 2016 au sens des considérants et rende ensuite une nouvelle décision quant au droit de l'assuré à une rente d'invalidité au-delà du 30 novembre 2016.

3.

Vu l'issue du recours, il n'est pas perçu de frais de procédure. L'avance sur les frais présumés de procédure de 800.- francs versée par le recourant lui est restituée dès l'entrée en force du présent arrêt.

4.

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

5.

Le présent arrêt est adressé :

- au recourant (Recommandé avec avis de réception ; annexe : « formulaire de paiement »)
- à l'autorité inférieure (Recommandé ; n° de réf. [...])
- à l'Office fédéral des assurances sociales (Recommandé)
- à la SUVA, (...) (Recommandé ; Réf. [...] pour connaissance)
- à la Zürich Versicherungs-Gesellschaft, (...) (Recommandé; Réf. [...] pour connaissance)

Le président du collège :

Le greffier :

Beat Weber

Pascal Montavon

Indication des voies de droit :

Pour autant que les conditions au sens des art. 82 ss, 90 ss et 100 ss de la loi fédérale du 17 juin 2005 sur le Tribunal fédéral (LTF, RS 173.110) 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 du recourant (art. 42 LTF).

Expédition :