



Arrêt du 26 janvier 2024

Composition

Gregor Chatton (président du collège),
David Weiss, Regula Schenker Senn, juges,
Mélania Balleyguier, greffière.

Parties

A. _____, (France),
représenté par APAS Association pour la Permanence de
Défense des Patients et des Assurés,
recourant,

contre

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

Objet

Assurance-invalidité ; droit à une rente limitée dans le temps
(décision du 20 juillet 2020).

Faits :**A.**

A._____ (ci-après : l'assuré, l'intéressé ou le recourant) est un ressortissant français, né en 1970, marié et père de trois enfants majeurs, actuellement domicilié en France. Il a travaillé en Suisse depuis le mois d'avril 2013 en qualité de machiniste (OAIE, pce 110).

B.

B.a Par déclaration de sinistre LAA du 22 janvier 2016, l'employeur de l'intéressé a signalé que celui-ci avait été victime d'un accident sur le lieu de travail, ayant reçu un morceau de béton sur la cuisse gauche.

B.b Entre le 21 janvier 2016 et le 31 janvier 2018, ainsi qu'entre le 16 avril 2018 et le 30 septembre 2019, la SUVA, assureur-accidents, a versé une indemnité journalière entière à l'assuré (dossier SUVA, pce 301).

B.c Par décision du 3 janvier 2020, confirmée sur opposition le 26 novembre 2020, la SUVA a nié le droit à une rente d'invalidité, considérant que l'assuré était en mesure, s'agissant des seules suites de l'accident, d'exercer une activité dans différents secteurs de l'industrie, et aboutissant à un degré d'invalidité de 6% (OAIE, pce 104).

C.

C.a Par demande du 7 juillet 2016, l'intéressé a requis le bénéfice de prestations de l'assurance-invalidité (ci-après : AI) en invoquant une fracture du fémur ainsi qu'une distorsion des ligaments internes profonds du genou.

C.b Par communication du 20 décembre 2017, l'Office de l'assurance-invalidité du canton B._____ a pris en charge les frais d'orientation professionnelle de l'assuré à compter du 1^{er} février 2018.

C.c Sur la base des avis du Service médical régional Suisse romande (ci-après : SMR), lesquels s'appuyaient sur le dossier de l'assureur-accidents, l'Office de l'assurance-invalidité du canton B._____ a adressé, en date du 14 novembre 2019, un projet de décision à l'intéressé, tendant au rejet de sa demande (OAIE, pce 95).

Par courrier du 16 décembre 2019, l'intéressé s'est déterminé sur le projet précité (OAIE, pce 102).

C.d Par décision du 20 juillet 2020, l'Office de l'AI pour les assurés résidant à l'étranger (ci-après : OAIE) a rejeté la demande de prestations AI de l'intéressé.

D.

D.a Par acte du 14 septembre 2020, l'intéressé, agissant par l'intermédiaire de sa représentante, a interjeté recours contre la décision précitée par-devant le Tribunal administratif fédéral (ci-après : le Tribunal ou TAF) en concluant à l'octroi d'une rente entière du 1^{er} janvier 2017 au 30 novembre 2019, sous suite de frais et dépens.

Par réponse du 9 décembre 2020, l'OAIE a conclu au rejet du recours et transmis la prise de position de l'Office de l'assurance-invalidité du canton B. _____ du 7 décembre 2020 (act. TAF 8).

D.b Par réplique du 29 janvier 2021, le recourant a maintenu son recours (act. TAF 10).

Par duplique du 3 mars 2021, l'OAIE a maintenu sa position et transmis la prise de position de l'Office de l'assurance-invalidité du canton B. _____ du 1^{er} mars 2021 (act. TAF 12).

D.c Par ordonnance du 10 mars 2021, le Tribunal a transmis la duplique de l'OAIE au recourant et signalé que l'échange d'écritures était clos.

Par ordonnance du 12 juillet 2023, le Tribunal a communiqué un changement de Cour, pour des motifs d'ordre organisationnel.

E.

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

Droit :

1.

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

1.2 Le Tribunal administratif fédéral examine d'office et avec une pleine cognition sa compétence et les conditions de recevabilité des recours qui

lui sont soumis (art. 7 PA ; ATAF 2016/15 consid. 1; 2014/4 consid. 1.2). La procédure devant le Tribunal est en principe régie par la PA (art. 37 LTAF), sous réserve des dispositions particulières de la LPGA (RS 830.1 ; art. 3 let. d^{bis} PA). Selon les principes généraux du droit intertemporel, les règles de procédure précitées s'appliquent dans leur version en vigueur ce jour (ATF 130 V 1 consid. 3.2).

1.3 Dans la mesure où le recourant est directement touché par la décision attaquée et a un intérêt digne d'être protégé à ce que dite décision soit annulée ou modifiée, il a qualité pour recourir (art. 59 LPGA).

Déposé en temps utile et dans les formes requises par la loi (art. 60 al. 1 LPGA et 52 al. 1 PA), l'avance sur les frais présumés de procédure ayant été dûment acquittée (art. 63 al. 4 PA), le recours est recevable.

2.

L'objet du litige est le bien-fondé de la décision de l'OAIE du 20 juillet 2020 rejetant la demande de rente d'invalidité du recourant, au motif que celui-ci ne présentait qu'un degré d'invalidité de 21%, insuffisant pour ouvrir le droit à la rente.

2.1 Pour atteindre ce chiffre, l'OAIE a constaté que l'assuré était en incapacité de travail depuis le 1^{er} janvier 2016. Il a ensuite considéré qu'une pleine capacité de travail dans une activité adaptée était exigible depuis novembre 2016. Il a également retenu que l'intéressé avait présenté une incapacité de travail temporaire de novembre 2019 au 21 janvier 2020.

L'OAIE a ensuite procédé au calcul de l'invalidité sur la base de la méthode générale, en retenant d'une part, un revenu sans invalidité, calculé sur la base du revenu réalisé dans l'activité habituelle et tenant compte de l'indexation de 72'720.- francs. D'autre part, le revenu avec invalidité a été fixé, sur la base du revenu statistique moyen réalisé dans le secteur privé en général, par un homme dans une fonction impliquant des tâches physiques ou manuelles simples, en tenant compte de l'indexation et d'un taux d'abattement de 15%, à 57'315.- francs. Sur la base de ces chiffres, le degré d'invalidité a été fixé à 21% ($(72'720.- - 57'315.-) \times 100 / 72'720.-$) et le droit à la rente nié.

2.2 Pour sa part, le recourant a soutenu, en s'appuyant sur les rapports présents au dossier de l'assureur-accidents, que, contrairement à ce que retenaient les rapports du SMR, son état n'était pas encore stabilisé en novembre 2016, ce que l'évolution ultérieure confirmait à son sens. Il a

considéré que le médecin du SMR se contentait de substituer son appréciation à celle des autres praticiens, quand bien même il n'avait jamais examiné l'assuré et ne justifiait pas son opinion divergente. Il a également relevé que l'assureur-accidents n'avait pas retenu certaines limitations fonctionnelles, celles-ci n'étant pas en lien de causalité avec l'accident, mais qu'elles auraient dû être prises en compte par l'OAIE.

Dès lors, il a conclu l'absence de toute capacité de travail jusqu'au mois de septembre 2019 et requis le versement d'une pleine rente d'invalidité de janvier 2017 à novembre 2019.

3.

3.1 Le Tribunal administratif fédéral applique le droit d'office, sans être lié par les motifs invoqués par les parties (art. 62 al. 4 PA ; ATAF 2013/46 consid. 3.2), ni par l'argumentation juridique développée dans la décision entreprise (ATAF 2014/24 consid. 2.2 ; 2009/57 consid. 1.2 ; arrêt du TF 1C_214/2015 du 6 novembre 2015 consid. 2.2.2). Aussi peut-il admettre ou rejeter le pourvoi pour d'autres motifs que ceux invoqués. Cela étant, l'autorité saisie se limite en principe aux griefs soulevés et n'examine les questions de droit non invoquées que dans la mesure où les arguments des parties ou le dossier l'y incitent (ATF 122 V 157 consid. 1a ; 121 V 204 consid. 6c).

3.2 La procédure dans le domaine des assurances sociales fait prévaloir la maxime inquisitoire (art. 43 LPGA ; ATF 145 V 97 consid. 8.5 ; 138 V 218 consid. 6). Ainsi, le Tribunal administratif fédéral définit les faits et apprécie les preuves d'office et librement (art. 12 PA). Ce faisant, il ne tient pour existants que les faits qui sont prouvés, cas échéant au degré de la vraisemblance prépondérante (ATF 144 V 427 consid. 3.2 ; 138 V 218 consid. 6). Il ne suffit pas qu'un fait puisse être considéré seulement comme une hypothèse possible ; la vraisemblance prépondérante suppose que, d'un point de vue objectif, des motifs importants plaident pour l'exactitude d'une allégation, sans que d'autres possibilités ne revêtent une importance significative ou n'entrent raisonnablement en considération (ATF 144 V 427 consid. 3.2 ; 139 V 176 consid. 5.3). Partant, l'autorité ne peut renoncer à accomplir des actes d'instruction que si elle est convaincue, au terme d'une appréciation consciencieuse des preuves, que certains faits présentent un degré de vraisemblance prépondérante et que d'autres mesures probatoires ne pourraient plus modifier cette appréciation (ATF 140 I 285 consid. 6.3.1 et les références citées).

3.3 En outre, il y a lieu en principe d'appliquer les règles de droit matériel en vigueur lors de la réalisation de l'état de fait qui doit être apprécié juridiquement ou qui a des conséquences juridiques, sous réserve des dispositions particulières du droit transitoire (ATF 148 V 21 consid. 5.3 ; 143 V 446 consid. 3.3). Le juge des assurances sociales apprécie en outre la légalité des décisions d'après les faits existant au moment où la décision litigieuse a été rendue (ATF 148 V 21 consid. 5.3 ; 130 V 445 consid. 1.2.1). Dans le cas d'espèce, la décision litigieuse ayant été rendue le 20 juillet 2020, il y a lieu de s'en tenir aux faits survenus jusqu'à cette date et d'appliquer le droit en vigueur jusqu'à ce moment-là. Dès lors, la modification de la LAI du 19 juin 2020 (RO 2021 705 ; FF 2017 2559), dans la mesure où elle est entrée en vigueur au 1^{er} janvier 2022, ne trouve pas application dans le cas d'espèce (cf. arrêt du TF 9C_541/2022 du 20 juillet 2023 consid. 4.1).

3.4 Vu par ailleurs les éléments d'extranéité ressortant du dossier, sont applicables l'ALCP (RS 0.142.112.681) ainsi que ses annexes et règlements (en particulier : règlement [CE] n° 883/2004 du Parlement européen et du Conseil du 29 avril 2004 portant sur la coordination des systèmes de sécurité sociale (ci-après : règlement n° 883/2004 [RS 0.831.109.268.1]), ainsi que le 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]). Néanmoins, l'invalidité ouvrant droit à des prestations de l'assurance-invalidité suisse se détermine exclusivement d'après le droit suisse (art. 46 al. 3 et annexe VII du règlement n° 883/2004 ; ATF 130 V 253 consid. 2.4 ; arrêt du TF 9C_465/2022 du 1^{er} mars 2023 consid. 5.5).

4.

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). Dans ce cadre, les cotisations versées à une assurance sociale assimilée d'un Etat membre de l'Union européenne ou de l'Association européenne de libre-échange peuvent également être prises en considération, à condition qu'une année au moins de cotisations puisse être comptabilisée en Suisse (art. 6 et 45 du règlement n° 883/2004 ; arrêt du TF 9C_510/2020 du 2 novembre 2020 consid. 2.2).

En l'occurrence, il n'est pas contesté que le recourant, lequel travaille et cotise en Suisse depuis avril 2013 et a cotisé préalablement à l'assurance sociale française, remplit la condition de durée minimale de cotisations. Il reste à examiner si l'assuré est invalide au sens de la loi.

5.

5.1 L'invalidité est l'incapacité de gain totale ou partielle qui est présumée permanente ou de longue durée (art. 8 al. 1 LPGA). Elle peut résulter d'une infirmité congénitale, d'une maladie ou d'un accident (art. 4 al. 1 LAI) et est réputée survenue dès qu'elle est, par sa nature et sa gravité, propre à ouvrir droit aux prestations entrant en considération (art. 4 al. 2 LAI).

En vertu de l'art. 7 al. 1 LPGA, dans sa teneur en vigueur jusqu'au 31 décembre 2021 (RO 2020 5137 ; FF 2018 1597), 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. Seules les conséquences de l'atteinte à la santé sont prises en compte pour juger de la présence d'une incapacité de gain. Selon l'art. 6 LPGA, on entend par incapacité de travail, toute perte, totale ou partielle, résultant d'une atteinte à la santé physique, mentale ou psychique, de l'aptitude de la personne assurée à accomplir dans sa profession ou dans son domaine d'activité le travail qui peut raisonnablement être exigé de lui (1^{ère} phrase).

En Suisse, l'objet assuré n'est donc pas l'atteinte à la santé en tant que telle, mais l'incapacité de gain probablement permanente ou de longue durée qui en résulte et qui n'est pas objectivement surmontable (art. 7 al. 2 LPGA). En cas d'incapacité de travail de longue durée, l'activité qui peut être exigée de la personne assurée peut aussi relever d'une autre profession ou d'un autre domaine d'activité (art. 6, 2^e phrase, LPGA).

5.2 Aux termes de l'art. 28 al. 1 LAI, la personne assurée a droit à une rente d'invalidité 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) ; elle a présenté une incapacité de travail (art. 6 LPGA) d'au moins 40% en moyenne durant une année sans interruption notable (let. b) ; au terme de cette année, elle est invalide (art. 8 LPGA) à 40% au moins (let. c).

5.3 L'évaluation du taux d'invalidité se fait principalement sur la base de trois méthodes : la méthode ordinaire de comparaison des revenus, la méthode spécifique et la méthode mixte. Leur application dépend du statut du bénéficiaire potentiel de la rente. Il faut se demander ce que la personne

assurée aurait fait si l'atteinte à la santé n'était pas survenue (cf. arrêt du TF 9C_212/2023 du 15 novembre 2023 consid. 2.2).

S'agissant d'une personne exerçant une activité lucrative à temps complet, le taux d'invalidité est fixé d'après la méthode ordinaire de comparaison des revenus. Conformément à l'art. 16 LPGA, applicable par le renvoi de l'art. 28a al. 1 LAI, le revenu que la personne assurée aurait pu obtenir si elle n'était pas invalide (revenu sans invalidité) est comparé avec celui qu'elle pourrait obtenir en exerçant l'activité qui peut être raisonnablement exigée d'elle après les traitements et les mesures de réadaptation, sur un marché du travail équilibré (revenu d'invalide). La différence entre ces deux revenus permet de calculer le taux d'invalidité (cf. notamment ATF 137 V 334 consid. 3.1.1 ; arrêt du TF 8C_46/2023 du 26 octobre 2023 consid. 3.2).

6.

6.1 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 132 V 93 consid. 4 ; 125 V 256 consid. 4) et sur lesquels elle s'appuiera, sous peine de violer le principe inquisitoire (arrêt du TF 8C_623/2012 du 6 décembre 2012 consid. 1.3). Le Tribunal fédéral a jugé que les données fournies par les médecins constituent un élément utile pour apprécier les conséquences fonctionnelles de l'atteinte à la santé, quand bien même la notion d'invalidité est de nature économique/juridique et non médicale. Précisément, la tâche des médecins consiste à porter un jugement sur l'état de santé et à indiquer dans quelle mesure et pour quelles activités la personne concernée est incapable de travailler, compte tenu de ses limitations (ATF 148 V 49 consid. 6.2.1 ; 143 V 418 consid. 6).

6.2 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. Si elle n'a jamais entendu créer une hiérarchie rigide entre les différents moyens de preuve disponibles, la jurisprudence a toutefois posé des lignes directrices en matière d'appréciation des rapports médicaux (ATF 125 V 351 consid. 3b et 3c ; arrêt du TF 8C_425/2020 du 27 janvier 2021 consid. 2.3).

6.2.1 Ainsi, le juge des assurances sociales doit examiner de manière objective tous les moyens de preuve, quelle que soit leur provenance, puis décider si les documents à disposition permettent de porter un jugement

valable sur le droit litigieux. A cet égard, l'élément déterminant pour reconnaître pleine valeur probante à un rapport médical n'est ni son origine, ni sa désignation, mais son contenu. Avant de conférer pleine valeur probante à un rapport médical, il convient donc de s'assurer que les points litigieux importants ont fait l'objet d'une étude circonstanciée, que le rapport se fonde sur des examens complets, qu'il prend également en considération les plaintes exprimées par la personne examinée, qu'il a été établi en pleine connaissance de l'anamnèse, que la description du contexte médical et l'appréciation de la situation médicale sont claires et enfin que les conclusions du médecin sont dûment motivées (ATF 134 V 231 consid. 5.1; arrêt du TF 9C_344/2022 du 20 février 2023 consid. 4.1). La valeur probante d'un rapport médical ou d'une expertise est de plus liée à la condition que le médecin qui se prononce dispose de la formation spécialisée nécessaire et de compétences professionnelles dans le domaine d'investigation (arrêts du TF 8C_225/2021 du 10 juin 2021 consid. 3.2 ; 9C_555/2017 du 22 novembre 2017 consid. 3.1).

6.2.2 Le but des expertises interdisciplinaires est de recenser toutes les atteintes à la santé pertinentes et de regrouper en un résultat global les limitations de la capacité de travail qui en découlent (ATF 143 V 124 consid. 2.2.4 ; 137 V 210 consid. 1.2.4 ; arrêt du TF 8C_162/2023 du 9 octobre 2023 consid. 2.3). Une expertise pluridisciplinaire doit également être requise si l'atteinte à la santé semble se concentrer sur une ou deux disciplines médicales seulement, mais que la nature du problème de santé n'est pas encore pleinement identifiée. Dans des cas justifiés, il est possible de renoncer à une évaluation pluridisciplinaire et de procéder à une expertise mono- ou bidisciplinaire, pour autant que la situation médicale ne concerne à l'évidence qu'une ou deux disciplines, qu'il n'y ait pas de liens avec d'autres disciplines (p.ex. avec la médecine interne) et qu'il n'existe aucun besoin particulier de clarifier des questions en rapport avec la médecine du travail ou la réadaptation (ATF 139 V 349 consid. 3.2 ; s'agissant du caractère pluridisciplinaire de l'expertise cf. ATF 137 V 210 consid. 1.2.4).

6.2.3 Au contraire des expertises, les rapports des SMR au sens des art. 59 al. 2^{bis} LAI et 49 al. 1 et 3 RAI et du service médical interne de l'OAIE 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 (arrêt du TF 8C_616/2020 du 15 juin 2021 consid. 6.2.4 et les références citées).

Pour avoir valeur probante, les rapports SMR sur dossier (art. 59 al. 2^{bis} LAI et 49 al. 1 et 3 RAI) présupposent que le dossier contienne l'établissement non lacunaire de l'état de santé de l'assuré (exposé complet de l'anamnèse, exposé de l'évolution de l'état de santé et du status actuel) et qu'il ne se soit agi essentiellement que d'apprécier un état de fait médical établi et non contesté, donc l'existence d'un état de santé pour l'essentiel stabilisé et médicalement établi par des spécialistes, l'examen direct de l'assuré par un médecin spécialisé n'étant ainsi plus au premier plan (arrêt du TF 9C_647/2020 du 26 août 2021 consid. 4.2). Il n'est pas interdit aux tribunaux des assurances de se fonder uniquement ou principalement sur les rapports des médecins rattachés aux assureurs, mais, en de telles circonstances, l'appréciation des preuves est soumise à des exigences strictes. Une instruction complémentaire sera ainsi requise s'il subsiste des doutes, même minimes, quant au bien-fondé, à la fiabilité et à la pertinence de ces rapports (ATF 145 V 97 consid. 8.5 ; arrêts du TF 8C_241/2023 du 7 novembre 2023 consid. 3.3, 8C_142/2023 du 18 septembre 2023 consid. 3.3.3).

6.2.4 S'agissant des rapports établis par les médecins traitants, qu'ils soient médecins de famille généralistes ou spécialistes, il convient de les apprécier avec une certaine réserve en raison de la relation de confiance, issue du mandat thérapeutique confié au médecin traitant, qui unit celui-ci à son patient (ATF 135 V 465 consid. 4.5 ; arrêt du TF 8C_691/2022 du 23 juin 2023 consid. 3.3). Toutefois, le simple fait qu'un rapport médical soit établi à la demande d'une partie et soit produit pendant la procédure ne justifie pas en soi des doutes quant à sa valeur probante (ATF 141 III 433 consid.2.3).

7.

En l'espèce, les éléments suivants ressortent du dossier.

7.1 Le 21 janvier 2016, l'assuré a reçu un morceau de béton sur la cuisse de la jambe gauche, alors qu'il manipulait celui-ci à l'aide d'une grue. Suite à ce sinistre, les rapports médicaux suivants figurent notamment au dossier de l'assureur-accidents :

- un compte-rendu opératoire du 28 janvier 2016, relatant une réduction percutanée du fémur gauche en date du 21 janvier 2016, laquelle faisait suite à une fracture diaphysaire de celui-ci (SUVA, doc. 17) ;

- une lettre de transfert du 1^{er} février 2016 du Prof. C._____, médecin-chef de clinique au sein du service de chirurgie orthopédique et traumatologique de l'appareil moteur de l'hôpital D._____ laquelle pose le diagnostic de fracture transverse déplacée de la diaphyse du fémur droit (*recte* : gauche) et exclut un possible syndrome des loges (SUVA, doc. 18) ;
- un rapport médical initial LAA du 5 février 2016 du Dr J._____, chef de clinique au sein du service de chirurgie orthopédique et traumatologique de l'appareil moteur de l'hôpital D._____, lequel pose le diagnostic de fracture diaphysaire du fémur gauche et constate une impotence fonctionnelle du membre inférieur gauche (SUVA, doc. 8) ;
- un rapport médical intermédiaire du 5 avril 2016 du Dr N._____, spécialiste en médecine interne au sein de l'unité de médecine physique et de réadaptation orthopédique de l'hôpital D._____, lequel relève un déficit sensitif du territoire du nerf saphène, une atteinte du genou gauche et une lésion du ménisque interne ainsi qu'un stress post-traumatique (SUVA, doc. 28) ;
- un rapport médical intermédiaire du 18 mai 2016 du Dr J._____, lequel rapporte une évolution lentement favorable, en précisant qu'une éventuelle reprise du travail devra être réévaluée d'ici environ deux mois (SUVA, doc. 33) ;
- un rapport médical intermédiaire du 31 mai 2016 du Dr G._____, médecin traitant, lequel rapporte un retard de consolidation avec un cal vicieux (SUVA, doc. 40) ;
- un rapport du 2 septembre 2016 du Dr J._____, lequel rapporte une fracture consolidée avec une mobilité complète de la hanche et du genou (SUVA, doc. 54) ;
- un rapport du 7 décembre 2016 du Dr O._____, spécialiste en radio-diagnostic et imagerie médicale, lequel fait suite à une radiographie du genou gauche et conclut à une tendinopathie fusiforme du tendon d'Achille gauche, à caractère inflammatoire (SUVA ; doc. 66) ;
- un rapport du 30 janvier 2017 du Dr F._____, spécialiste en chirurgie orthopédique et médecin d'arrondissement de la SUVA, lequel fait suite à un examen réalisé le 27 janvier 2017, diagnostique un status post-fracture, une excroissance douloureuse sur le cal fémoral gauche et

une irritation du tractus ilio-tibial, et recommande une nouvelle opération chirurgicale pour excrèse de l'excroissance (SUVA, doc. 68) ;

- un avis de sortie daté 13 mars 2017 et mentionnant une opération d'ablation du matériel d'ostéosynthèse et de résection de cal hypertrophique au fémur gauche effectuée le même jour (SUVA, doc. 90) ;
- un rapport du 12 juillet 2017 du Dr P._____, spécialiste en rhumatologie et médecin adjoint à la Clinique M._____, faisant suite à l'hospitalisation de l'assuré dans cet établissement du 2 mai 2017 au 21 juin 2017, lequel retient, au titre de diagnostic principal, des douleurs persistantes du membre inférieur gauche et relève une excroissance douloureuse du cal fémoral gauche, une rétractation post-opératoire du tractus ilio-tibial gauche avec syndrome de la bandelette ilio-tibiale, un probable syndrome rotulien à gauche et un probable syndrome de stress post-traumatique en voie de résolution au titre de complications. Il retient également, au titre de comorbidités, un reflux gastro-œsophagien, un syndrome des jambes sans repos, une coxarthrose bilatérale prédominant à gauche et une tendinopathie nodulaire du tendon d'Achille gauche et souligne que la situation n'est stabilisée, ni du point de vue médical, ni des aptitudes fonctionnelles (SUVA, doc. 105) ;
- un rapport du Dr F._____, spécialiste en chirurgie orthopédique et médecin d'arrondissement de la SUVA, du 23 octobre 2017, faisant suite à l'examen final, effectué le 20 octobre 2017, lequel pose le diagnostic de status après fracture du fémur avec séquelles fonctionnelles et limitations fonctionnelles globales (pas de marche en terrain irrégulier, pas d'escaliers de manière répétitive ou prolongée, pas d'activité en hauteur, pas de port de charges de plus de 15 kg) et suggère la mise en place d'un traitement en cas de réadaptation dans une nouvelle activité (SUVA, doc. 137) ;
- un rapport du Dr G._____ du 17 novembre 2017, lequel indique que son patient souffre d'une tendinopathie du vaste latéral et vaste intermédiaire gauche sur cal osseux fémoral, ainsi que d'une poussée de coxarthrose gauche (SUVA, doc. 148) ;
- un rapport sommaire du Dr F._____ du 22 février 2018, lequel considère que la coxarthrose dont souffre le recourant est antérieure à l'accident et ne remet pas en cause son rapport du 23 octobre 2017 (SUVA, doc. 163) ;

- un rapport de consultation du Dr J. _____ du 31 janvier 2018, ainsi qu'un rapport médical intermédiaire du 20 février 2018, lesquels relèvent la persistance d'une discrète gêne latérale gauche avec une mobilité réduite de la hanche (SUVA, doc. 167) ;
- une lettre de sortie du 20 avril 2018 du Dr Q. _____, chef de clinique au sein du service de chirurgie orthopédique et traumatologique de l'appareil moteur de l'hôpital D. _____, lequel rapporte une ablation du matériel d'ostéosynthèse du fémur gauche le 16 avril 2018 (SUVA, doc. 182) ;
- un rapport du 20 avril 2018 du Dr E. _____, médecin chef de clinique au département des urgences de l'hôpital D. _____, lequel rapporte une suspicion d'infection du matériel d'ostéosynthèse, avec des signes inflammatoires locaux (SUVA, doc. 195) ;
- deux appréciations médicales des 14 et 31 mai 2018 du Dr F. _____, lequel considère que l'opération du 16 avril 2018 doit être prise en charge par la SUVA et estime que la situation médicale sera à nouveau complètement stabilisée en juin 2018 (SUVA, doc. 185 et 196) ;
- un rapport médical intermédiaire du 5 novembre 2018 du Dr G. _____, lequel fait état d'une fibrose cicatricielle de moyen fessier gauche suite à l'opération du 16 avril 2018 avec des douleurs mécaniques et inflammatoires (SUVA, doc. 230) ;
- un rapport du Dr H. _____, médecin vasculaire, du 9 novembre 2018, lequel rapporte une insuffisance veineuse dans le territoire saphénien interne gauche avec un critère péjoratif d'évolution trophique (pigmentation malléolaire interne, antécédent fracturaire sur le même membre) (SUVA, doc. 235) ;
- un rapport du Dr I. _____, spécialiste en chirurgie de la hanche et du genou à la clinique de (...), reçu le 12 novembre 2018, lequel mentionne les résultats d'une IRM montrant une coxarthrose débutante et une fibrose cicatricielle inflammatoire du tendon du moyen fessier (SUVA, doc. 229) ;
- un rapport du Dr F. _____ du 29 novembre 2018, lequel considère que les troubles de la veine saphène présentés par l'assuré sont en lien de causalité avec l'accident de janvier 2016 (SUVA, doc. 234) ;

- deux rapport du Dr H. _____ des 4 et 12 février 2019, lesquels font suite à une opération d'occlusion par exclusion endoveineuse thermique de la veine saphène interne gauche, sans complication (SUVA, doc. 244) ;
- un rapport du Dr H. _____ du 25 mars 2019, lequel rapporte une évolution favorable suite à l'opération de la veine saphène (SUVA, doc. 252) ;
- un rapport du Dr F. _____ du 17 juin 2019, lequel considère que les troubles du ménisque présentés par l'assuré ne sont pas en lien de causalité, pour le moins probable, avec l'accident de janvier 2016 (SUVA, doc. 268) ;
- une appréciation médicale du Dr F. _____ du 21 octobre 2019, lequel maintient son opinion antérieure et considère que les lésions mises en évidence par une IRM réalisée le 29 août 2019 ne sont pas en lien de causalité avec l'accident de janvier 2016 (SUVA, doc. 305) ;
- un bref rapport du Dr F. _____ du 11 novembre 2019, lequel considère que la lombocruralgie gauche avec épisode de déroboement du membre inférieur gauche n'est vraisemblablement pas en lien de causalité avec l'accident du 21 janvier 2016 (SUVA, doc. 307).

7.2 En sus du dossier de l'assureur-accidents, les rapports suivants figurent également au dossier de l'autorité intimée :

- un rapport médical E 213 du 30 août 2016 du Dr G. _____, lequel relève un cal vicieux avec une consolidation retardée du fémur gauche ainsi qu'une atteinte sensitive du nerf saphène interne, et considère qu'une activité adaptée, par exemple sédentaire, est exigible à 50% avant de recommander un réexamen au début de l'année 2017 (OAIE, doc. 18) ;
- un rapport du 30 août 2016 du Dr J. _____, lequel relève un état encore non stabilisé, avec une consolidation lente (OAIE, doc. 21) ;
- un rapport du 22 janvier 2018 du Dr K. _____, médecin SMR, lequel estime que, dans une activité adaptée respectant les limitations fonctionnelles (pas de port de charges de plus de 10 kilos, possibilité de changer de position librement, éviter de monter ou descendre des escaliers, éviter la marche sur terrain irrégulier, les activités en hauteur et les travaux accroupi et à genoux), la capacité de travail de l'assuré est

entière à compter du mois de novembre 2016, considérant que le traitement de la fracture de la jambe était terminé, sur le plan orthopédique, à compter du 31 octobre 2016 (OAIE, doc. 55) ;

- un rapport d'expertise médicale du 10 juillet 2019 du Dr L. _____, réalisé pour le compte de l'assureur-maladie français, lequel fixe la date de consolidation au 10 juillet 2019, date de l'expertise, le taux d'invalidité fonctionnelle, abstraction faite d'un état antérieur à 15%, le taux d'invalidité dans l'activité habituelle à 80% et le taux d'invalidité pour toute profession à 50%, moyennant le respect de certaines limitations (pas d'accroupissement prolongé en genuflexion, de montées répétées, d'échelles ou de port de charges) (OAIE, doc. 86) ;
- un rapport médical du Dr K. _____ du 30 juillet 2019, lequel relève l'arthrose débutante de la hanche gauche ainsi que la fibrose cicatricielle du tendon du moyen fessier et considère que l'existence d'une atteinte méniscale est exclue selon l'analyse du Dr F. _____ (OAIE, doc. 78) ;
- un rapport du Dr G. _____ du 13 septembre 2019, lequel diagnostique une gonalgie bilatérale sur chondropathie fémoro-patellaire à gauche et chondropathie fémoro-patellaire et fémoro-tibiale latérale à droite, exclusion endoveineuse thermique de la saphène interne, lombosciatique L5 gauche, coxalgie gauche sur fibrose cicatricielle, hypoesthésie de la face antéromédiale de la cuisse gauche par atteinte sensitive du nerf saphène interne gauche ainsi qu'enraidissement douloureux de la hanche gauche et considère que la capacité de travail de son patient est entière dans une activité adaptée (sédentaire pur, pas de déplacements ou de port de charges, possibilité de changer de position à volonté) (OAIE, doc. 86) ;
- un rapport du Dr K. _____ du 30 septembre 2019, lequel considère que le rapport du Dr G. _____ du 13 septembre 2019 corrobore sa position (OAIE, doc. 88) ;
- un avis médical du 7 février 2020 du Dr K. _____, lequel rappelle l'avis du Dr J. _____, selon lequel l'arrêt de travail, sur le plan orthopédique, est justifié jusqu'au 31 octobre 2016, l'avis du Dr G. _____, lequel juge son patient capable de reprendre une activité professionnelle en septembre 2019, et le rapport d'expertise du Dr L. _____, duquel il ressort que le genou droit conserve des amplitudes articulaires et que des tâches sédentaires administratives et de gestion

supervision demeurent possibles, pour aboutir, en considérant que les opérations d'ablations du matériel d'ostéosynthèse n'ont justifié que des interruptions de travail temporaires, à la conclusion d'une pleine capacité de travail dans une activité adaptée, sous réserve d'un complément d'instruction au sujet des lombalgies (OAIE, doc. 105) ;

- un rapport du Dr G. _____ du 18 février 2020, lequel estime que son patient présente une capacité de travail entière dans une activité adaptée (pas de port de charges lourdes, pas d'escaliers ou d'échelles, pas de station debout prolongée, pas de marche prolongée) (OAIE, doc. 106) ;
- un rapport du 21 février 2020 du Dr K. _____, laquelle considère que l'assuré est en mesure d'exercer une activité adaptée à temps plein à compter de fin novembre 2016 et retient une incapacité de travail temporaire de novembre 2019 au 21 janvier 2020 (OAIE ; doc. 108).

8.

Il convient maintenant d'examiner la valeur probante des avis SMR présents au dossier, étant précisé que, s'agissant de rapports établis par un médecin interne à l'assurance, des exigences strictes prévalent à leur égard, le moindre doute justifiant un renvoi pour instruction complémentaire (ATF 145 V 97 consid. 8.5 ; arrêt du TF 8C_385/2023 du 30 novembre 2023 consid. 4.2.2).

8.1 En l'espèce, la décision litigieuse se fonde sur l'avis du SMR du 21 février 2020, lequel mentionne se baser sur son rapport du 20 décembre 2018 et reprend l'avis du Dr J. _____ qui estimait que le traitement de l'assuré était terminé au 31 octobre 2016 du point de vue orthopédique.

Le rapport en question, daté du 2 septembre 2016 et rédigé sommairement, relève que le traitement auprès du spécialiste est terminé, tout en rapportant les plaintes de l'assuré au sujet de douleurs latérales en regard du cal ainsi que d'une hypoesthésie sur les faces interne et externe de la jambe gauche.

Cela étant, un rapport du médecin d'arrondissement de la SUVA du 30 janvier 2017 signale que, après examen de l'assuré le 27 janvier 2017, une nouvelle opération était conseillée suite à l'apparition d'une excroissance douloureuse sur le cal fémoral gauche. Cette opération avait pour objectif d'améliorer les douleurs au niveau du cal osseux et de diminuer l'inflammation au niveau du tractus ilio-tibial.

De même, suite à un séjour à la Clinique M._____ de sept semaines entre le 2 mai 2017 et le 21 juin 2017, les médecins de cette institution considéraient que la situation n'était stabilisée, ni du point de vue médical, ni du point de vue des aptitudes fonctionnelles.

Bien qu'il mentionne ces rapports, lesquels contredisent son opinion, le SMR n'explique en rien les raisons pour lesquelles ils ne devraient pas être suivis, se contentant d'indiquer que « le SMR considère que, dans une activité strictement adaptée, la capacité de travail peut être entière au moins dès novembre 2016 ». Les différents rapports ultérieurs du SMR ne discutent pas davantage cette contradiction, renvoyant simplement au premier rapport, en datant au demeurant celui-ci de manière erronée.

Il apparaît ainsi que, après avoir fixé le début de la capacité de travail dans une activité adaptée au mois de novembre 2016, le SMR n'ait plus remis cette date en question par la suite, indépendamment des nombreux rapports versés au dossier par les différents praticiens, y compris le médecin d'arrondissement de la SUVA, les médecins de la Clinique M._____ et l'expert de l'assureur-maladie français. Or, tous ces rapports remettent cette date en question, dans la mesure où ils considèrent que l'incapacité de travail du recourant s'est prolongée au-delà, quand bien même la durée précise de cette incapacité de travail ne fait pas l'objet d'un consensus.

De la même manière, dans son rapport du 30 juillet 2019, le médecin du SMR retient que le médecin d'arrondissement de la SUVA a exclu l'existence d'une atteinte méniscale alors que celui-ci se contente d'exclure l'existence d'un lien de causalité entre cette potentielle atteinte et l'accident de janvier 2016, sans se prononcer sur l'atteinte en elle-même. Dès lors, exclure l'existence d'une telle atteinte au motif que le SMR ne dispose pas d'une IRM récente contrevient à la maxime de l'instruction.

8.2 Compte tenu de ce qui précède, le Tribunal ne peut considérer comme établi, au degré de la vraisemblance prépondérante, que le recourant était effectivement en mesure d'exercer une activité adaptée à plein temps déjà à compter du mois de novembre 2016. Il appert ainsi que la décision attaquée repose sur une instruction insuffisante, laquelle ne permet pas au Tribunal de se prononcer sur la capacité de travail du recourant entre le mois de janvier 2017 et celui de novembre 2019, période pour laquelle celui-ci sollicite une rente.

8.3 Ainsi, il y a lieu de retenir que l'autorité inférieure a violé son devoir d'instruire entièrement le dossier avant de rendre sa décision et que le

doute subsiste sur la capacité de travail effective de l'intéressé entre novembre 2016 et novembre 2019. Il se justifie en conséquence d'annuler la décision attaquée et de renvoyer l'affaire à l'autorité inférieure pour un complément d'instruction.

8.3.1 L'autorité intimée se devra, en application de l'art. 61 al. 1 PA, de procéder – en Suisse et dans le respect de l'art. 72^{bis} RAI (cf. art. 81 du règlement n° 883/2004) - à la mise en œuvre d'une expertise médicale comprenant des volets de médecine interne, orthopédique et de neurologie, compte tenu du déficit sensitif du territoire du nerf saphène mentionné par le Dr N._____, ainsi que toute autre discipline jugée nécessaire par les experts (cf. ATF 139 V 349 consid. 3.2 ; arrêt du TF 8C_150/2022 du 7 novembre 2022 consid. 10.2). Cette expertise interdisciplinaire permettra de garantir que toutes les atteintes à la santé pertinentes soient prises en compte et que l'impact de celles-ci sur la capacité de travail soit exprimé par le biais d'une appréciation globale (cf. arrêt du TF 8C_632/2021 du 2 décembre 2021 consid. 5.5 et les réf. citées). L'expertise devra ensuite être soumise au SMR pour appréciation (cf. arrêt du TF 9C_389/2022 du 3 mai 2023 consid. 6.2.1). Si nécessaire, et compte tenu du dossier, l'administration veillera également à procéder à toute autre mesure utile pour déterminer valablement la capacité de travail effective du recourant.

8.3.2 L'expertise pluridisciplinaire devra être réalisée en Suisse, compte tenu du fait que le centre d'expertise devra être familier avec les principes d'évaluation de la médecine des assurances suisse (cf. arrêt du TF 9C_235/2013 du 10 septembre 2013 consid. 3.2; arrêt du TAF C-1265/2021 du 27 novembre 2023 consid. 5.3) et qu'en l'espèce, aucun motif, qui ferait apparaître une expertise en Suisse comme disproportionnée, ne ressort du dossier. Par ailleurs, le centre d'expertise devra être déterminé de manière aléatoire selon le système d'attribution « Suisse-MED@P » (cf. ATF 147 V 79 consid. 7.2). Il conviendra également d'octroyer au recourant la possibilité de faire usage de ses droits de participation (cf. ATF 137 V 210 consid. 3.4.2.9 ; arrêt du TF 8C_207/2021 du 25 août 2021 consid. 4.1).

9.

Il résulte de ce qui précède que le recours doit être admis et la décision du 20 juillet 2020 annulée. La cause est renvoyée à l'autorité inférieure pour instruction complémentaire dans le sens des considérants et nouvelle décision.

10.

10.1 Vu l'issue du litige, il n'y a pas lieu de percevoir de frais de procédure, dès lors que le recourant obtient gain de cause par le renvoi de l'affaire à l'OAIE pour instruction complémentaire et nouvelle décision (art. 63 al. 1 PA ; ATF 146 V 28 consid. 7). Partant, l'avance de frais versée par le recourant à hauteur de 800.- francs lui sera restituée dès l'entrée en force du présent arrêt. Au demeurant, aucun frais de procédure ne peut être mis à la charge de l'autorité inférieure (art. 63 al. 2, 1^{ère} phrase PA).

10.2 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'une représentante n'ayant pas produit de note d'honoraires. Au vu de l'issue de la procédure et du travail de cette dernière, le Tribunal lui alloue à charge de l'autorité inférieure, une indemnité de dépens fixée *ex aequo et bono* à 1'200.- francs.

(dispositif en page suivante)

Par ces motifs, le Tribunal administratif fédéral prononce :

1.

Le recours est admis en ce sens que la décision du 20 juillet 2020 est annulée et la cause renvoyée à l'OAIE pour instruction complémentaire dans le sens des considérants et nouvelle décision.

2.

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

3.

Il est alloué au recourant une indemnité de 1'200.- 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.

Le président du collège :

La greffière :

Gregor Chatton

Mélanie Balleyguier

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 être rédigé dans une langue officielle, 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 :