

BVGer C-5605/2016 vom 12. Juli 2018

Bundesverwaltungsgericht, 2018-07-12, FR

Quelle: https://mcp.opencaselaw.ch/entscheid/bvger_C-5605_2016

FR: TAF C-5605/2016 du 12 juillet 2018

IT: TAF C-5605/2016 del 12 luglio 2018

Regeste

Droit à la rente

Erwägungen

E. 1.1

En vertu des art. 31 et 33 let. d de la loi sur le Tribunal administratif fédéral (LTAF, RS 173.32) ainsi que de l'art. 69 al. 1 let. b de la loi fédérale sur l'assurance-invalidité (LAI, RS 831.20), le TAF connaît des recours interjetés contre les décisions de l'OAIE. Aux termes de l'art. 40 al. 2 du règlement 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 - dans le cas concret il s'agit de l'OAI, l'assuré ayant travaillé en tant que frontalier dans le canton de Genève (AI pces 11 et 44 p. 149). En revanche, selon l'art. 40 al. 2 in fine RAI, c'est l'OAIE qui notifie les décisions (cf. également courrier du TAF du 29 septembre 2015 [TAF pce 10]). En l'occurrence, c'est donc à juste titre que l'OAIE a rendu la décision contestée. En conséquence, les exceptions de l'art. 32 LTAF n'étant du reste pas réalisées, le TAF est compétent pour connaître le recours contre la décision de l'OAIE.

E. 1.2

La procédure devant le Tribunal en matière d'assurances sociales est régie par la loi sur la procédure administrative (PA, RS 172.021) dans la mesure où la LTAF, la loi sur la partie générale du droit des assurances sociales (LPGA, RS 830.1) ou la LAI ne sont pas applicables (cf. art. 37 LTAF ainsi que l'art. 3 let. dbis PA en relation avec l'art. 2 LPGA et art. 1 al. 1 LAI).

E. 1.3

Le requérant a qualité pour recourir contre la décision de l'OAIE, étant touché par celle-ci et ayant un intérêt digne d'être protégé à ce qu'elle soit annulée ou modifiée (cf. art. 59 LPGA).

E. 1.4

Le recours a été déposé en temps utile ainsi que dans les formes requises par la loi (cf. art. 60 LPGA et art. 52 PA). De plus, le requérant qui agit par représentation de son avocat bénéficie de l'assistance judiciaire totale (TAF pce 12). Partant, le recours est recevable et le Tribunal de céans entre en matière sur le fond.

E. 2.1

Aux termes de l'art. 49 PA, les parties peuvent invoquer devant le Tribunal de céans la violation du droit fédéral, y compris l'excès et l'abus du pouvoir d'appréciation (let. a), la

constatation inexacte ou incomplète des faits pertinents (let. b) ainsi que l'inopportunité (let. c). Le TAF jouit donc du plein pouvoir d'examen.

E. 2.2

Le TAF définit les faits et apprécie les preuves d'office (cf. art. 12 PA) et librement (cf. ci-dessus); l'on parle de maxime inquisitoire. En outre, il examine librement et d'office les questions de droit qui se posent, sans être lié par les motifs invoqués par l'assuré à l'appui de son recours (cf. art. 62 al. 4 PA), ni par l'argumentation juridique développée par l'autorité inférieure dans sa décision (cf. Pierre Moor/Etienne Poltier, *Droit administratif*, Volume II, Les actes administratifs, 3ème édition 2011, p. 300 s.; Jérôme Candrian, *Introduction à la procédure administrative fédérale*, La procédure devant les autorités administratives fédérales et le Tribunal administratif fédéral, 2013, n° 176 et 186 pp. 105 et 110). Toutefois, 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*, 2ème édition 2013, p. 25 n. 1.55).

E. 3.1

S'agissant du droit applicable dans le temps, il convient de rappeler le principe selon lequel sont généralement déterminantes les dispositions en vigueur lors de la réalisation de l'état de fait qui doit être apprécié juridiquement ou qui entraîne des conséquences juridiques (notamment : ATF 139 V 297 consid. 2.1). En l'occurrence, la cause doit être examinée à la lumière des dispositions en vigueur jusqu'au 8 juillet 2016 au moment où la décision attaquée a été rendue (TAF pce 1 annexe 27) ; cette date marque par ailleurs la limite dans le temps du pouvoir d'examen du Tribunal (notamment : 132 V 215 consid. 3.1.1).

E. 3.2

L'affaire présente un aspect transfrontalier dans la mesure où le recourant, frontalier français, a été assuré en Suisse plusieurs années (AI pces 15 et 69 pp. 3 et 6). La cause doit donc être tranchée non seulement au regard des normes du droit suisse mais également à la lumière des dispositions de l'Accord entre la Suisse et la Communauté européenne et ses Etats membres sur la libre circulation des personnes du 21 juin 1999 (ALCP, RS 0.142.112.681), entrée en vigueur pour la relation avec la Suisse le 1er juin 2002 (ATF 133 V 269 consid. 4.2.1, 128 V 317 consid. 1b/aa). Depuis la modification de l'annexe II de l'ALCP avec effet au 1er avril 2012 (cf. la décision n°1/2012 du Comité mixte du 31 mars 2012 remplaçant l'annexe II dudit accord sur la coordination des systèmes de sécurité sociale [RO 2012 2345]) sont également déterminants le règlement (CE) n° 883/2004 du Parlement européen et du Conseil du 29 avril 2004 portant sur la coordination des systèmes de sécurité sociale (RS 0.831.109.268.1) 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 n° 883/2004 portant sur la coordination des systèmes de sécurité sociale (RS 0.831.109.268.11), dans leurs versions en vigueur depuis le 1er janvier 2015 (cf. à titre d'exemple les arrêts du TAF C-3/2013 du 2 juillet 2013 consid. 3.2 et C-3985/2012 du 25 février 2013 consid. 2.1). Au sens de l'art. 4 du règlement n° 883/2004, les ressortissants des Etats membres de la Communauté européenne et les ressortissants suisses bénéficient de l'égalité de traitement. En outre, dans la mesure où l'ALCP et en particulier son annexe II qui régit la coordination des systèmes d'assurances sociales (art. 8 ALCP) ne prévoient pas de dispositions contraires, la procédure ainsi que les conditions à l'octroi des prestations de

l'assurance invalidité suisse sont déterminées d'après le droit suisse (art. 46 al. 3 du règlement n° 883/2004; ATF 130 V 257 consid. 2.4; à titre d'exemple : arrêts du Tribunal fédéral 8C_329/2015 du 5 juin 2015, 9C_54/2012 du 2 avril 2012, I 376/05 du 5 août 2005 consid. 1).

E. 4

En l'espèce est litigieuse la question de savoir si le recourant a droit à une rente d'invalidité suisse au-delà du 30 juin 2015, l'OAIE ayant limité le droit à des rentes d'invalidité entières du 1er juin 2014 au 30 juin 2015 (AI pce 69). Le pouvoir d'examen du Tribunal n'est cependant pas limité au point qu'il doive s'abstenir de se prononcer sur les périodes durant lesquelles l'octroi des prestations n'est pas remis en cause vu que l'augmentation ou la réduction ainsi que la suppression d'une rente d'invalidité doit reposer sur des motifs de révision au sens de l'art. 17 LPGA et respecter l'art. 88a du règlement sur l'assurance-invalidité (RAI, RS 831.201; arrêt du Tribunal fédéral I 11/00 du 22 août 2011 consid. 1a in Pratique VSI 2001 p. 274; pour l'art. 88a RAI cf. consid. 6.6 ci-dessous).

E. 5

A titre initial, le Tribunal note que le recourant, ayant cotisé plus que 5 ans à l'AVS/AI suisse (AI pces 15 et 69 pp. 3 et 6), remplit la condition liée à la durée minimale de cotisations en Suisse de trois ans au sens de l'art. 36 al. 1 LAI dont au moins une année doit être accomplie en Suisse lorsque la personne intéressée a été assujettie à la législation de deux ou plusieurs Etats membre de l'Union européenne (cf. art. 6, 46 par. 1 et 57 par. 1 du règlement n°883/2004; FF 2005 p. 4065). Il sied d'examiner si les autres conditions pour le droit à une rente d'invalidité sont remplies.

E. 6.1

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 d'au moins 40% en moyenne durant une année sans interruption notable (let. b), - au terme de cette année, elle est invalide à 40% au moins (let. c). En vertu de l'art. 29 al. 1 LAI, le droit à la rente prend naissance au plus tôt à l'échéance d'une période de six mois à compter de la date à laquelle l'assuré a fait valoir son droit aux prestations conformément à l'art. 29 al. 1 LPGA.

E. 6.2

L'invalidité au sens de la LPGA et de la LAI est l'incapacité de gain totale ou partielle qui est présumée permanente ou de longue durée, qui peut résulter d'une infirmité congénitale, d'une maladie ou d'un accident (cf. art. 8 LPGA et 4 al. 1 LAI). Est réputée incapacité de gain toute diminution de gain que l'assuré subit, sur un marché du travail équilibré, en raison d'une atteinte à sa santé physique, mentale ou psychique et qui persiste après les traitements et les mesures de réadaptation exigibles (cf. art. 7 LPGA). De plus, il n'y a incapacité de gain que si celle-ci n'est pas objectivement surmontable (art. 7 al. 2 LPGA). En cas d'incapacité de travail de longue durée, l'activité qui peut être exigée de la personne assurée peut relever d'une autre profession ou d'un autre domaine d'activité que celle exercée auparavant (cf. art. 6 LPGA).

E. 6.3

La notion d'incapacité de gain implique qu'en Suisse l'invalidité est de nature juridique-économique et non médicale (ATF 116 V 246 consid. 1b). Seules les pertes économiques et les empêchements constatés dans les travaux habituels (par exemple le ménage), liés à une atteinte à la santé, sont assurés. Le taux d'invalidité ne se confond ainsi pas nécessairement avec le taux d'incapacité de travail déterminé par les médecins.

E. 6.4

Le taux d'invalidité d'une personne exerçant une activité lucrative est fixé d'après la méthode ordinaire de comparaison des revenus (cf. consid. 11.2 ss ci-dessous).

E. 6.5

La rente d'invalidité est échelonnée selon le degré de l'incapacité de gain. 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). Les rentes correspondant à un degré d'invalidité inférieur à 50% sont versées aux ressortissants suisses et ressortissants d'un Etat membre de la Communauté européenne indépendamment de leur domicile et résidence (cf. art. 4 et 7 du règlement n° 883/2004 déterminants malgré l'art. 29 al. 4 LAI).

E. 6.6

Aux termes de l'art. 88a al. 1 RAI, 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. Selon la jurisprudence, l'art. 88a al. 1 RAI ne permet pas de déduire que la suppression de la rente devra toujours intervenir à l'échéance du délai de trois mois. Ce délai constitue toutefois le cas normal étant donné qu'en règle générale, il n'est possible de constater une amélioration durable qu'après plusieurs semaines, voire plusieurs mois (arrêt du Tribunal fédéral I 569/06 du 20 novembre 2006 consid. 3.3. et références qui applique les ATF 119 V 102 consid. 4a par analogie). Une suppression de la rente avec effet immédiat, soit à la fin du mois au cours duquel l'amélioration est constatée ne peut donc intervenir qu'à titre exceptionnel, c'est-à-dire lorsque l'amélioration peut être considérée comme durable et stabilisée, soit lorsque le caractère de l'affection précédemment labile s'est modifié de telle sorte que l'on peut prévoir qu'il n'y aura pas de changement notable dans un avenir prévisible (arrêt du Tribunal fédéral I 569/06 cité consid. 3.3; Michel Valterio, Droit de l'assurance-vieillesse et survivants (AVS) et de l'assurance-invalidité (AI), Commentaire thématique, 2011, ch. 3084 p. 837) ; on attendra trois mois au cas où le caractère évolutif de l'atteinte à la santé, notamment la possibilité d'une aggravation, ne permettrait pas un jugement immédiat (arrêt du Tribunal fédéral I 666/81 du 30 mars 1983 consid. 3, in RCC 1984 p. 137 s.). En règle générale, pour examiner s'il y a lieu de réduire ou de supprimer la rente immédiatement ou après trois mois, il faut examiner pour le futur si l'amélioration de la capacité de gain peut être considérée comme durable (arrêts du Tribunal fédéral 9C_32/2015 cité consid. 4.1, 9C_1022/2012 cité consid. 3.3.1).

E. 6.7

À la teneur de l'art. 35 al. 1 LAI, les hommes et les femmes qui peuvent prétendre à une rente d'invalidité ont droit à une rente pour chacun des enfants, qui au décès de ces

personnes, auraient droit à la rente d'orphelin de l'assurance vieillesse et survivants. Il s'agit des enfants des père et mère, des enfants adoptés ou recueillis et des enfants trouvés (cf. art. 25 al. 1 à 3 de la loi fédérale sur l'assurance-vieillesse et survivants [LAVS, RS 831.10]) qui ont droit aux prestations jusqu'au 18e anniversaire, respectivement jusqu'à l'âge de 25 ans révolus dans le cas où ils suivent une formation (cf. art. 25 al. 4 et 5 LAVS).

E. 7.1

Conformément à la maxime inquisitoire qui régit la procédure dans le domaine des assurances sociales (cf. art. 43 LPGA mais aussi art. 12 PA), l'administration est tenue de prendre d'office les mesures d'instruction nécessaires et de recueillir les renseignements dont elle a besoin (Pierre Moor/Etienne Poltier, op. cit., p. 255). Concrètement, afin d'instruire une demande de prestations AI, l'art. 69 al. 2 RAI prescrit que l'Office AI réunit, lorsque les conditions d'assurance sont remplies - comme en l'espèce (cf. consid. 5 ci-dessus) - les pièces nécessaires pour évaluer le droit aux prestations, en particulier des rapports médicaux. En effet, bien que l'invalidité soit une notion juridique et économique (cf. consid. 6.3 ci-dessus), les données fournies par les médecins constituent un élément utile pour apprécier les conséquences fonctionnelles de l'atteinte à la santé (ATF 143 V 418 consid. 6). 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 au vu de ses limitations. 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 le conduisent à retenir telle ou telle limitation de la capacité de travail (ATF 125 V 256 consid. 4, 115 V 133 consid. 2 et 114 V 310 consid. 3c; RCC 1991 p. 329 consid. 1c). Nonobstant, l'évaluation finale des conséquences fonctionnelles d'une atteinte à la santé, voire la question de savoir quelle capacité de travail peut être exigée de la personne assurée constitue une question de droit et il appartient à l'administration et, cas échéant, au Tribunal de la pratiquer (ATF 140 V 193 consid. 3.2; arrêt du Tribunal fédéral 8C_409/2017 cité consid. 4.3 prévu pour publication dans les ATF).

E. 7.2

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

E. 8.1

Lorsque la décision du 8 juillet 2016 a été rendue, l'OAIE disposait des documents médicaux suivants : - le compte-rendu opératoire du 8 juin 2013, signé du Dr B. _____ (AI pce 54 p. 27 s.), - le compte-rendu d'hospitalisation du 11 juin au 1er juillet 2013, signé du Dr B. _____ (AI pce 54 pp. 30 s.), - le certificat médical initial du 28 juin 2013, établi par le Dr B. _____ (AI pce 54 p. 29), - le rapport médical initial LAA du 18 juillet 2013 (AI pce 5 p. 88), - les demandes de prolongation du séjour hospitalier des 22 juillet et 27 août 2013 (AI pce 5 pp. 68 s. et 82 s.), - l'attestation de l'hospitalisation du 31 juillet 2013 (AI pce 5 p. 41), - le certificat du 16 septembre 2013 relatif à la poursuite de la rééducation

à l'hôpital de jour, signé du Dr O. _____ (AI pce 5 p. 43), - le compte-rendu du 1er octobre 2013 de consultation externe, établi par le Dr B. _____ qui fait notamment état de la fracture du radius gauche, de la fracture du fémur métaphysaire droit et de la lésion de l'artère fémorale profonde (AI pce 5 p. 20), - le certificat d'hospitalisation du 8 octobre 2013 concernant l'hospitalisation du 2 juillet au 8 octobre 2013 pour rééducation fonctionnelle et réadaptation (AI pce 5 p. 24), - les attestations de l'hospitalisation depuis le 8 octobre 2013, des 14, 18 et 28 octobre ainsi que du 15 novembre 2013 (AI pce 5 pp. 12, 14 à 16), - le compte-rendu du 6 janvier 2014 de la consultation externe, informant que la fermeture de l'aponévrotomie de la loge antéro externe n'est pas complète et qu'une greffe de peau épidermique afin de stimuler la cicatrisation sera réalisée le 24 janvier 2014 en ambulatoire (AI pce 54 p. 33), - le rapport médical du 8 janvier 2014 du Dr P. _____, médecine physique et réadaptation qui fait notamment état de l'hospitalisation du 2 juillet au 7 octobre 2013 et d'une nouvelle intervention chirurgicale plastique et orthopédique prévue (AI pce 9 pp. 2 ss), - le compte-rendu opératoire de l'intervention orthopédique du 24 janvier 2014, signé de la Dresse D. _____ (AI pce 22 pp. 34 s.), - le compte-rendu du 7 avril 2014 de la consultation externe, signé de la Dresse D. _____, faisant état du status après 2,5 mois de la greffe au niveau de l'aponévrotomie de décharge de la jambe droite, des griffes des premiers 4 orteils et du tendon d'Achille court (AI pce 18), - les certificats d'incapacité de travail des 6 janvier 2014, 7 avril et 26 mai 2014, signés de la Dresse D. _____, valables jusqu'au 6 avril 2014 (AI pce 22 p. 58), 9 juin 2014 (AI pce 22 p. 27) et 17 août 2014 (AI pce 22 p. 9), - le compte-rendu du 20 août 2014 de la consultation externe, établi par la Dresse D. _____ qui observe un status après l'ostéosynthèse du 7 juin 2013 pour la fracture bifocale ouverte du fémur droit ; le médecin note également un syndrome post traumatique et des problèmes d'acuité visuelle et conseille la consultation d'un psychologue et d'un neurologue (AI pce 26 p. 3), - le rapport du 28 août 2014 de la Dresse E. _____, médecin vasculaire qui conclut à l'absence d'anomalie morphologique et à une bonne perméabilité du pontage et restauration des IPS (indexe de pression systolique; AI pce 54 pp. 39 ss), - le rapport médical intermédiaire du 3 septembre 2014, rempli et signé par la Dresse D. _____ qui note une amélioration de l'état de santé depuis 2 mois et informe de l'ablation prévue du matériel dans 6 mois (AI pce 26 pp. 1 et 2), - le rapport du 12 septembre 2014 du Dr L. _____, médecin de famille qui atteste toujours une incapacité de travail et note que l'assuré doit encore être opéré notamment de ses orteils en griffe (AI pce 27), - les certificats d'arrêt de travail des 18 août et 27 octobre 2014, signés de la Dresse D. _____, valables jusqu'au 20 octobre 2014 (AI pce 44 p. 143) et 18 janvier 2015 (AI pce 44 p. 132), - l'avis médical du service médical régional de l'assurance-invalidité (ci-après : SMR) du 17 novembre 2014, signé du Dr K. _____ qui conclut que la situation médicale de l'assuré n'est pas encore stabilisée (AI pce 30), - le rapport médical intermédiaire du 6 mars 2015 du Dr L. _____ (AI pce 33), - les réponses du Dr F. _____, psychiatre, reçues le 13 avril 2015, observant que l'assuré présente un trouble de stress post-traumatique (PTSD) suite à son accident du 7 juin 2013 (F 43.1; AI pce 44 pp. 98 s.), - le compte rendu opératoire du 29 avril 2015 de l'intervention du 28 avril 2015 concernant l'ablation du clou fémur et le traitement de la griffe à l'orteil 02 droit, établi par la Dresse D. _____ (AI pce 44 pp. 77 s.), - le compte-rendu d'hospitalisation du 29 avril 2015, signé de la Dresse D. _____ (AI pce 44 pp. 75 s.), - le bulletin de situation du 29 avril 2015, informant de la sortie de l'hôpital et du retour de l'assuré à domicile (AI pce 44 p. 83), - l'ordonnance médicale du 29 avril 2015, signée par la Dresse D. _____ (AI pce 44 p. 74), - les certificats d'arrêt de travail des 29 avril et 10 juin 2015, signés de la Dresse D. _____,

valables jusqu'au 12 juin, respectivement jusqu'au 2 juillet 2015 (AI pce 44 pp. 65 et 82), - le certificat du 3 juillet 2015 du Dr L._____ selon lequel l'état de l'assuré reste stable avec douleur de la hanche, du genou et de la cheville droite avec orteil en griffe qui justifient selon lui une prolongation de son arrêt de travail à 100% (AI pce 38 p. 3), - la prescription du 28 juillet 2015, signée du Dr L._____, pour des séances de kinésiologie lombaire à 4 séances par semaines pendant 3 mois (AI pce 44 p. 16), - les réponses du 29 septembre 2015 du Dr L._____ au catalogue des questions de la Swica (AI pce 44 pp. 5 s.), - les certificats d'arrêt de travail des 3 juillet, 1er septembre et 27 octobre 2015 ainsi que du 11 janvier 2016 du Dr L._____, valables jusqu'au 31 août 2015 (AI pce 44 p. 57), 31 octobre 2015 (AI pce 44 p. 20), 31 décembre 2015 (AI pce 44 p. 2) et 31 mars 2016 (AI pce 53 p. 5), - les résultats du 28 octobre 2015 des radiographies du bassin de face, genoux et poignet gauche, signés par le Dr Q._____ (AI pce 54 p. 46), - le rapport du 29 octobre 2015 du Dr L._____ qui observe un état stationnaire et informe par ailleurs que l'état est actuellement en évaluation par des experts (AI pce 43), - l'ordonnance du 11 janvier 2016 du Dr L._____ pour des séances de kinésiologie lombaire à 4 séances par semaine pendant 3 mois (AI pce 53 p. 6), - la réponse de la Dresse D._____, reçue le 14 janvier 2016, informant que son dernier examen date du 10 juin 2015 et qu'elle avait constaté une amélioration de la récupération fonctionnelle (AI pce 51), - le rapport du 4 mars 2016 de l'expertise pluridisciplinaire, établi par les Drs H._____, chirurgien orthopédique FMH, I._____, psychiatrie et psychothérapie FMH et J._____, neurologue FMH (AI pce 54 pp. 2 à 26). Ils ont posé comme diagnostics une ancienne fracture bifocale du fémur à droite, de type ouverte Gustilo III, une ancienne réparation d'une lésion de l'artère fémorale superficielle à droite, un recurvatum du fémur distal, des séquelles d'un syndrome de loge de la jambe droite avec orteils en griffe et perte de l'extension de la cheville, une ancienne fracture du radius gauche consolidée avec perte fonctionnelle, une ancienne fracture de la colonne antérieure du cotyle droit, une atteinte purement irritative de la branche sensitive superficielle du nerf radial gauche au poignet gauche, des douleurs et troubles sensitivomoteurs au niveau du membre inférieur droit séquellaires aux différentes fractures, à l'atteinte traumatique de l'artère fémorale droite et à l'ischémie intervenue secondairement tout particulièrement dans le territoire de la loge antéro-externe droite, avec syndrome des loges opéré, un trouble de l'adaptation avec réaction mixte anxieuse et dépressive (F 43.22) lié à son accident de juin 2013 (AI pce 54 p 23). Ils estiment que l'assuré est inapte dans sa dernière profession de serveur de manière définitive. Il est limité dans toutes activités nécessitant une station debout de longue et moyenne durée, de marche de longue et moyenne durée, tout particulièrement en terrain inégal. Il est également limité dans des activités qui nécessitent l'utilisation de force et répétitives du poignet gauche, notamment une supination complète, tant en raison des conséquences orthopédiques de la fracture que des conséquences neurologiques de cette dernière. La nouvelle profession devra être légère, sans port de charges, permettre des changements de position fréquents, être exercée principalement en position assise. On devra également tenir compte d'un manque de force et de mobilité du poignet gauche. Si la profession est bien choisie avec une formation adéquate, une capacité de 100% peut être envisagée (AI pce 54 pp. 25 s.). - le rapport SMR du 18 avril 2016 du Dr K._____ qui confirme les conclusions de l'expertise médicale et atteste une aptitude à la réadaptation à partir d'avril 2015 (ablation du matériel d'ostéosynthèse; AI pce 57).

E. 8.2

L'OAIE disposait également des rapports du care management de la Swica qui font état de l'évolution de l'état de santé de l'assuré ; il s'agit des rapports des 22 novembre 2013 (AI pce 5 pp. 7 ss), 20 janvier 2014 (AI pce 22 p. 56), 15 avril 2014 (AI pce 22 pp. 29 ss), 9 juillet 2014 (AI pce 44 pp. 162 s.), 29 septembre 2014 (AI pce 44 pp. 135 s.) et du 19 juin 2015 (AI pce 44 pp. 60 s.). Il appert du rapport du 9 juillet 2014 notamment que l'assuré souhaite rester dans le domaine de la restauration ou si les limitations sont trop importantes se diriger dans le domaine de l'horlogerie (AI pce 44 pp. 162 s.). Dans le rapport du 19 juin 2015, le gestionnaire de la Swica note que l'assuré dit souffrir énormément et est déçu de l'évolution de son état ; quant à son avenir professionnel le gestionnaire mentionne que l'assuré est très vague et aura besoin d'aide (AI pce 44 pp. 60 s.).

E. 8.3

Dans le cadre du présent recours, ont encore été produits en cause les documents médicaux suivants : - les certificats d'arrêt de travail des 1er mars et 21 juin 2016 du Dr L. _____, valables jusqu'au 30 juin (TAF pce 1 annexe 20) et 30 septembre 2016 (TAF pce 1 annexe 25), - le rapport médical du 25 août 2016 du Dr L. _____ qui observe plusieurs cicatrices au niveau des membres inférieurs en lien avec la chirurgie orthopédique, vasculaire et greffe de peau, une amyotrophie du quadriceps de la cuisse droite, des orteils en griffe du pied droit ainsi qu'une paralysie des releveurs du pied droit. Ce médecin avance que l'assuré ne peut plus poursuivre sa profession antérieure de serveur, mais qu'il peut encore exercer une activité professionnelle permettant d'alterner les positions assises et les positions debout et d'éviter les déplacements répétés et prolongés ainsi que le port de charge lourde. Selon ce médecin il n'est cependant pas certain que l'assuré puisse travailler dans une telle activité adaptée à 100% (TAF pce 1 annexe 28), - l'expertise du 11 octobre 2016 du Dr M. _____ qui soutient que l'expertise à G. _____ a conclu à une capacité résiduelle de travail totale dans une activité adaptée de manière purement médico-théorique et non certaine, que le type de profession adaptée, respectant les limitations fonctionnelles n'a pas été mentionné, que l'assuré ne dispose pas de formation diplômée adéquate pour exercer les activités respectant les limitations fonctionnelles, que les experts à G. _____ ont eux-mêmes préconisé des mesures de réinsertion professionnelle et qu'une probable diminution de rendement aux déplacements courts et dans les activités nécessitant les gestes des membres supérieurs n'ai pas été discuté malgré les séquelles orthopédiques et neurologiques (TAF pce 5 annexe 29 au recours), - l'avis médical du SMR du 8 novembre 2016, signé de la Dresse R. _____ qui conclut que la capacité de travail est effectivement restée nulle dans toute activité dans les 45 jours qui ont suivi l'ablation du matériel d'ostéosynthèse du 28 avril 2015 ; dès le 6 juin 2015, l'état est cependant considéré comme stabilisé, le Dr L. _____ ayant noté dans son rapport du 3 juillet 2015 que l'état de santé est stable, avec persistance des séquelles (TAF pce 9 annexe 2), - le rapport du 23 novembre 2016 du Dr C. _____, diplômé de réparation juridique du dommage corporel, médecin expert de victimes, qui suite à son examen conclut que l'état de l'assuré est consolidé, que le déficit de supination du poignet gauche ne lui permettra pas de reprendre son travail de serveur, qu'il persiste de nombreuses cicatrices, un déficit de flexion dorsale de la cheville droite, une amyotrophie du quadriceps droit et une limitation des mouvements du poignet gauche (TAF pce 14 annexe au recours 30), - l'avis médical du SMR du 22 février 2017, signé par la Dresse N. _____ qui remarque que le Dr C. _____ confirme les constatations du Dr H. _____ ainsi que l'incapacité de travail totale dans l'activité habituelle de serveur mais que par contre il ne se prononce pas sur la capacité résiduelle de travail (TAF pce 18 annexe 2).

E. 9.1

Le Tribunal examine les preuves d'office et librement (notamment : ATF 143 V 418 consid. 6, 137 V 210 consid. 1.3.4; cf. consid. 2.1 et 2.2 ci-dessus). Il doit examiner de manière objective tous les moyens de preuve, quelle que soit leur provenance (ATF 132 V 93 consid. 5.2.8; arrêt du Tribunal fédéral 8C_633/2017 cité consid. 4.3.4), puis décider si les documents à disposition permettent de porter un jugement valable sur le droit litigieux (ATF 125 V 251 consid. 3a; cf. aussi ATF 143 V 418 consid. 5.2.2).

E. 9.2

La jurisprudence a posé des lignes directrices en ce qui concerne la manière d'apprécier les rapports médicaux.

E. 9.2.1

Avant de conférer pleine valeur probante à une expertise médicale, le Tribunal 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 prenne également en considération les plaintes exprimées par la personne examinée, qu'il ait été établi en pleine connaissance de l'anamnèse, que la description du contexte médical et l'appréciation de la situation médicale soient claires et enfin que les conclusions de l'expert soient dûment motivées (ATF 125 V 351 consid. 3, 122 V 157 consid. 1c et références). Bien entendu, le médecin consulté doit disposer de la qualification médicale déterminante (arrêt du Tribunal fédéral 9C_1059/2009 du 4 août 2010 consid. 1.2). Le Tribunal ne s'écarte pas sans motifs impératifs des conclusions d'une expertise médicale, la tâche de l'expert étant précisément d'éclairer les aspects médicaux d'un état de fait donné grâce à ses connaissances spéciales. 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 que sur une autre. Selon la jurisprudence, peut constituer une raison de s'écarter d'une expertise le fait que celle-ci contient 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; arrêts du Tribunal fédéral 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). Le simple fait qu'un ou plusieurs avis médicaux divergents ont été produits - même émanant de spécialistes - ne suffit cependant pas à lui seul à remettre en cause la valeur probante d'une expertise médicale (arrêts du Tribunal fédéral 9C_748/2013 cité consid. 4.1.1, U 365/06 du 26 janvier 2007 consid. 4.1).

E. 9.2.2

Au sujet des rapports établis par les médecins traitants, il est constant d'après la jurisprudence que ceux-ci sont généralement enclin, en cas de doute, à prendre parti pour leur patient en raison de la relation de confiance qui les unit à ce dernier (ATF 125 V 351 consid. 3b/cc et les références citées). Cette constatation s'applique de même aux médecins non traitants consultés par l'assuré en vue d'obtenir un moyen de preuve à l'appui de sa requête (arrêt du Tribunal fédéral 8C_558/2008 du 17 mars 2009 consid. 2.4.2). Toutefois le simple fait qu'un certificat médical est établi à la demande d'une partie et est produit pendant la procédure ne justifie pas en soi des doutes quant à sa valeur probante (ATF 125 V 351 consid. 3b/dd et les références citées, voir également arrêt du Tribunal fédéral 9C_24/2008 du 27 mai 2008 consid. 2.3.2, Plädoyer 2009 p. 72 ss).

E. 9.2.3

S'agissant des rapports médicaux qui sont postérieurs à la décision attaquée, limitant le pouvoir d'examen du Tribunal dans le temps (cf. consid. 3.1 ci-dessus), il sied de rappeler qu'ils sont déterminants pour autant qu'ils sont étroitement liés à l'objet du litige et de nature à influencer l'appréciation des faits au moment où la décision attaquée a été rendue (arrêt du Tribunal fédéral 9C_748/2013 du 10 février 2014 consid. 4.2.1; RCC 1980 p. 481; Michel Valterio, op. cit., ch. 3080 p. 836).

E. 10.1

L'OAIE a basé sa décision attaquée principalement sur le rapport du 4 mars 2016 de l'expertise pluridisciplinaire (AI pce 54 pp. 2 à 26) commanditée par Swica, l'assurance accident. L'office intimé s'est aussi fondé sur les rapports SMR du 18 avril 2016 du Dr K. _____ (AI pce 57), du 8 novembre 2016 de la Dresse R. _____ (TAF pce 9 annexe 2) et du 22 janvier 2017 de la Dresse N. _____ (TAF pce 18 annexe 2). Le recourant conteste que l'OAIE pouvait mettre fin à sa rente au 30 juin 2015, soutenant que son droit à une rente entière ne saurait s'éteindre avant le 31 janvier 2016 et que pour la période postérieure, sa capacité résiduelle de travail n'a pas été suffisamment établie au degré de la vraisemblance prépondérante.

E. 10.2

S'agissant du rapport d'expertise du 4 mars 2016 des Drs H. _____, I. _____ et J. _____ (AI pce 54 pp. 2 à 26), le TAF constate - eu égard aux conditions jurisprudentielles (cf. consid. 9.2.1 ci-dessus) - que les experts se sont fondés sur l'entier du dossier médical constitué ainsi que sur un bilan radiologique actuel (pp. 3 s. et pp. 16 à 19 du rapport) dont notamment les résultats du 28 octobre 2015 des radiographies du bassin de face, genoux et poignet gauche, signés par le Dr Q. _____ (pp. 17 s. et 46). Les experts font également état des données subjectives, telles la description de l'histoire médicale selon l'assuré, ses plaintes actuelles sur le plan neurologique, orthopédique et psychique, la description des activités quotidiennes, des habitudes, des médicaments et traitements prescrits (pp. 6 à 10 du rapport) ainsi que des données personnelles, familiales et socioprofessionnelles (pp. 10 à 12). Les constatations des examens cliniques de l'assuré, concernant son status orthopédique, neurologique et psychique sont décrites en détail (pp. 12 à 15). Le rapport contient une synthèse, une discussion et des diagnostics (pp. 19 à 21) et les réponses aux questions posées (pp. 22 ss). Il est, de plus, incontesté que les Drs H. _____, chirurgien orthopédique FMH, J. _____, neurologue FMH, et I. _____, psychiatre-psychothérapeute FMH, sont habilités en tant qu'experts à prendre position sur les atteintes de l'assuré. En outre, le fait que l'expertise a été ordonnée par la Swica, assureur-accidents, n'affaiblit pas sa valeur de preuve en matière d'assurance-invalidité (cf. arrêts du Tribunal fédéral TF 8C_1/2016 du 22 février 2016 consid. 4.4, 8C_133/2012 du 11 mai 2012 consid. 3.3.1).

E. 10.3

Les experts ont posé comme diagnostics (AI pce 54 p. 23) une ancienne fracture bifocale du fémur à droite, de type ouverte Gustilo III, une ancienne réparation d'une lésion de l'artère fémorale superficielle à droite, un recurvatum du fémur distal, des séquelles d'un syndrome de loge de la jambe droite avec orteils en griffe et perte de l'extension de la cheville, une ancienne fracture du radius gauche consolidée avec perte fonctionnelle, une ancienne fracture de la colonne antérieure du cotyle droit, une atteinte purement irritative de la

branche sensitive superficielle du nerf radial gauche au poignet gauche, des douleurs et troubles sensitivomoteurs au niveau du membre inférieur droit séquellaires aux différentes fractures, à l'atteinte traumatique de l'artère fémorale droite et à l'ischémie intervenue secondairement tout particulièrement dans le territoire de la loge antéro-externe droite, avec syndrome des loges opéré, un trouble de l'adaptation avec réaction mixte anxieuse et dépressive (F 43.22) lié à l'accident de la circulation du 7 juin 2013. Ce diagnostic est confirmé par les nombreux rapports médicaux au dossier et incontesté entre les parties. De plus, le recourant ne fait pas valoir qu'il souffre encore d'autres problèmes de santé.

E. 10.4

Les experts ont retenu les limitations fonctionnelles suivantes : l'assuré est limité dans toutes activités nécessitant une station debout de longue et moyenne durée, de marche de longue et moyenne durée, tout particulièrement en terrain inégal. Il est également limité dans des activités qui nécessitent l'utilisation de force, répétitive, du poignet gauche, notamment une supination complète, tant en raison des conséquences orthopédiques de la fracture que des conséquences neurologiques de cette dernière (AI pce 54 pp. 20, 21 et 25). Sur le plan psychiatrique, l'expert a exposé que si l'assuré présente un trouble de l'adaptation avec réaction mixte anxieuse et dépressive, ce trouble n'est pas à l'origine de limitations fonctionnelles psychiques et que sa capacité de travail peut être considérée comme complète dans toute activité sans diminution de rendement (pp. 21 s.). Compte tenu des limitations physiques, les experts ont attesté que l'assuré ne peut plus exercer son ancienne activité de serveur qui, en effet, implique la station debout et la marche ainsi que l'utilisation complète, s'agissant de la force et de la mobilité, des deux poignets. Une nouvelle profession adaptée devra, selon les experts, être légère, sans port de charges, permettre des changements de position fréquents et être exercée principalement en position assise. Elle devra également tenir compte d'un manque de force et de mobilité du poignet gauche (AI pce 54 pp. 20, 21 et 25 s.). Ces appréciations sont confirmées par le Dr K. _____ (AI pce 57). Le Dr L. _____, le médecin traitant, a aussi noté que l'assuré ne peut plus poursuivre sa profession antérieure de serveur, mais qu'il peut encore exercer une activité professionnelle permettant d'alterner les positions assises et les positions debout et d'éviter les déplacements répétés et prolongés ainsi que le port de charge lourde (TAF pce 1 annexe 28). Le Dr C. _____ a encore remarqué que le déficit de supination du poignet gauche ne permet pas à l'assuré de reprendre son travail de serveur (TAF pce 14 annexe 30 au recours). Le TAF peut donc faire sienne les limitations fonctionnelles constatées par les experts que le recourant ne remet, de surcroît, pas en cause. Le Tribunal retient qu'une nouvelle activité adaptée doit être légère, sans port de charges, permettre des changements de position fréquents et être exercée principalement en position assise. Elle devra également tenir compte d'un manque de force et de mobilité du poignet gauche.

E. 10.5

Si, au vu de ce qui précède, il est incontesté que l'assuré présente depuis l'accident du 7 juin 2013 une incapacité de travail totale dans son ancienne activité de serveur, il demeure litigieux entre les parties la question de savoir à partir de quel moment l'assuré peut exercer une activité adaptée telle qu'attestée par les experts dans leur rapport du 4 mars 2016.

E. 10.5.1

Dans la décision litigieuse, l'OAIE a défendu que l'assuré aurait pu reprendre une activité professionnelle à compter d'avril 2015. L'office s'est alors fondé sur l'avis du Dr K. _____

qui a fixé le début de l'aptitude à la réadaptation en avril 2015 lorsque le matériel de l'ostéosynthèse a été enlevé (AI pce 57). Dans le cadre de la présente procédure, l'OAI fait valoir que l'assuré a recouvré une capacité de travail entière depuis le 6 juin 2015 - voir l'avis du 8 novembre 2016 de la Dresse R. _____ (TAF pce 9 annexe 2) - et que depuis lors son état s'est stabilisé raison pour laquelle sont droit à une rente d'invalidité a été limité au 30 juin 2015 (TAF pce 9).

E. 10.5.2

Tout comme le recourant, le TAF constate qu'en raison de la dernière opération du 28 avril 2015 dans le cadre de laquelle le clou fémur a été retiré et la griffe à l'orteil 02 droit traité, l'assuré n'avait pas pu recouvrer une capacité résiduelle de travail en avril 2015 déjà. En outre, contrairement à ce que prétend l'OAI, l'amélioration ne peut pas non plus être fixée au 6, respectivement au 12 juin 2015 (cf. AI pce 4 p. 65), 45 jours après l'opération, la Dresse D. _____ ayant prolongé l'arrêt de travail jusqu'au 2 juillet 2015 (AI pce 44 p. 82) et dans le dossier ne se trouvant aucun élément qui met en doute cette prolongation attestée par la chirurgienne. L'OAI n'avance du reste rien à ce sujet. A partir du 2 juillet 2015, cependant, le TAF constate qu'il est établi avec le degré de vraisemblance prépondérante (cf. consid. 7.2) que la capacité de travail de l'assuré s'est trouvée améliorée bien que son médecin de famille, le Dr L. _____, ait toujours attesté une incapacité de travail totale dans ses rapports et certificats des 3 juillet, 1er septembre et 29 septembre 2015 notamment (cf. AI pce 38 p. 3, 44 pp. 5 s., 20 et 57; pour la période postérieure voir également les certificats des 1er mars et 21 juin 2016 [TAF pce 1 annexes 20 et 25]). En effet, il sied de considérer que la Dresse D. _____ n'a plus revu l'assuré après son examen du 10 juin 2015 (AI pce 51) et que dans son rapport du 3 juillet 2015 le Dr L. _____ observait un état stable (AI pce 38 p. 3). Ces éléments démontrent que les suites opératoires ont alors été estompées au début juillet 2015. Le fait que l'assuré se déplaçait à ce moment-là et jusqu'en août 2015 avec une béquille (cf. rapport du 23 novembre 2016 du Dr C. _____ [TAF pce 14 annexe 30] et TAF pce 20) n'empêche pas la survenance d'une amélioration de sa capacité de travail dans une activité adaptée, principalement sédentaire (cf. consid. 10.4). Par contre, le TAF estime qu'au début juillet 2015, l'on ne pouvait pas admettre, pour le futur, que la capacité de travail de l'assuré restait inchangée et était durable vu que l'intervention du 28 avril 2015 comportait non seulement l'ablation du matériel d'ostéosynthèse mais également le traitement de la griffe à l'orteil droit. Dès lors, l'état de santé de l'assuré, labile depuis l'accident, n'a pas changé de caractère à tel point que l'amélioration de la capacité de travail aurait pu avoir, à titre exceptionnel, un effet immédiat. En application du délai d'attente de trois mois de l'art. 88a al. 1 RAI (cf. consid. 6.6 ci-dessus), le changement de la capacité de travail de l'assuré ne peut donc être déterminant pour la suppression de tout ou partie du droit à la rente d'invalidité entière qu'à partir du 1er novembre 2015. Du reste, l'on n'obtient pas un résultat différent si l'on admettait que l'amélioration de la capacité résiduelle de travail n'était suffisamment établie que depuis les examens par les experts les 12 et 28 octobre 2015 ce que soutient le recourant bien qu'il prétende également, à tort, que les experts ne se prononcent pas à partir de quel moment il puisse reprendre une activité professionnelle adaptée. En effet, les experts ont précisé qu'il n'y a pas de modification de la capacité de travail à attendre (de la poursuite du traitement de la musculature de la cuisse pendant 6 mois [AI pce 54 p. 24]) - qu'ils estiment entière (cf. consid. 10.6 ss ci-dessous) - et que, partant, cette amélioration observée en octobre 2015 devrait être retenue au sens de l'art. 88a al. 1 RAI avec effet immédiat au 31 octobre 2015.

E. 10.5.3

En conclusion, le TAF constate que l'assuré a présenté une incapacité de travail entière depuis le 7 juin 2013 dans toute activité professionnelle. Dès le 2 juillet 2015, sa capacité de travail s'est améliorée et cette amélioration peut être déterminante pour la suppression de tout ou partie de la rente d'invalidité à compter du 31 octobre 2015.

E. 10.6

Le degré de la capacité résiduelle de travail de l'assuré est également litigieux entre les parties.

E. 10.6.1

L'OAI, se basant sur le rapport d'expertise du 4 mars 2016, soutient que l'assuré peut exercer une activité adaptée à ses limitations fonctionnelles à temps complet (100%). Dans le cadre de la présente procédure, l'OAI spécifie notamment que l'assuré peut exercer toute activité industrielle légère respectant ses limitations fonctionnelles, telle des tâches simples de surveillance ou de contrôle derrière un écran.

E. 10.6.2

Le recourant prétend que sa capacité résiduelle de travail n'a pas été suffisamment établie et qu'il convient d'ordonner une nouvelle expertise pour la déterminer de manière convaincante. Il soulève que les experts utilisent le temps conditionnel ainsi que des termes relativement vagues tels que « devrait pouvoir » et « peut être envisagée » et soutient qu'ils n'ont pas examiné la question d'une probable diminution de rendement dans une activité adaptée, compte tenu de ses séquelles orthopédiques et neurologiques. Il critique également que les experts n'ont pas précisé quel type d'activité serait envisageable et qu'ils n'ont pas fourni d'indication sur les chances concrètes de pouvoir exercer une telle activité. Le recourant se fonde sur le rapport médical du 25 août 2016 du Dr L. _____ qui estime qu'il faudrait réaliser un bilan spécialisé afin de pouvoir déterminer quel type de profession le patient pourrait exercer, avec quelle capacité, quel rythme, horaire, temps de pause et si nécessaire, avec quel aménagement du poste de travail (TAF pce 1 annexe 28). Il se base également sur le rapport du 11 octobre 2016 du Dr M. _____ qui avance que l'expertise à G. _____ a conclu à une capacité résiduelle de travail totale dans une activité adaptée de manière purement médico-théorique et non certaine, que le type de profession adaptée, respectant les limitations fonctionnelles n'a pas été mentionné, que l'assuré ne dispose pas de formation diplômée adéquate pour exercer les activités respectant les limitations fonctionnelles, que les experts à G. _____ ont eux-mêmes préconisé des mesures de réinsertion professionnelle et qu'une probable diminution de rendement aux déplacements courts et dans les activités nécessitant les gestes des membres supérieurs n'ai pas été discuté malgré les séquelles orthopédiques et neurologiques (TAF pce 5 annexe 29).

E. 10.6.3

Le TAF remarque que les experts ont répondu à la question n° 9.3 « Quelles activités (..), indépendamment de l'activité professionnelle exercée avant l'accident, sont aujourd'hui raisonnablement exigibles, pour quelle durée de temps et avec quelle prestation (rendement), en considérant une occupation à plein temps » que si la profession est bien choisie avec une formation adéquate, une capacité de 100% peut être envisagée (AI pce 54 pp. 25 s.). L'expert neurologue a précisé dans son appréciation que dans une activité sédentaire, c'est-à-dire une activité se déroulant essentiellement en position assise et ne

nécessitant pas des déplacements importants à pied, notamment en terrain inégal, la capacité de travail de l'assuré devrait être complète (plein temps avec un rendement de 100%; AI pce 54 p. 21). Dès lors, à l'inverse de ce que prétend le recourant, les experts se sont clairement prononcés sur sa capacité résiduelle de travail ; ils estiment celle-ci entière et ils ont examiné la question de son rendement. Si les experts médicaux utilisent le conditionnel, celui-ci ne fait pas état d'une hésitation de leurs parts ; ils auraient sinon demandé des mesures d'instruction complémentaires (cf. arrêt du Tribunal fédéral 8C_217/2015 du 28 août 2015 consid. 2.2.3). Le conditionnel se rapporte à la « profession bien choisie », soit à la profession adaptée aux limitations fonctionnelles qui détermine la capacité résiduelle de travail et son degré. En outre, contrairement à ce que soutient le recourant, il n'appartient pas aux médecins de désigner concrètement une profession adaptée. Ce n'est pas non plus à eux de déterminer si une formation professionnelle ou des mesures de réinsertion sont nécessaires. A juste titre, le Dr M._____ remarque que les experts médicaux ont effectué une appréciation médico-théorique. Celle-ci est inhérente aux tâches des médecins qui doivent porter un jugement sur l'état de santé et indiquer dans quelle mesure et pour quelles activités l'assuré est incapable de travailler (cf. consid. 7.1 ci-dessus), en déterminant si la personne assurée peut ou doit travailler assis ou debout, à l'extérieur ou dans un local chauffé, s'il peut soulever et porter des charges, etc. (RCC 1982 p. 34, 1962 p. 441). Les données médicales constituent donc uniquement un élément utile pour déterminer quels travaux sont raisonnablement exigibles de la part de l'assuré - l'OAI le rappelle à juste titre - et la capacité de travail exigible, une question de droit, doit être évaluée par l'administration et, cas échéant, par le tribunal (cf. consid. 6.1 ci-dessus). Dès lors, le fait que les experts médicaux à G._____ ne se sont déterminés que sur la capacité résiduelle de travail médico-théorique de l'assuré - qu'ils estiment entière - et qu'ils n'ont pas décrit la profession adaptée, n'est pas critiquable. De plus, l'assuré ne peut rien déduire en sa faveur du fait que les experts médicaux ont noté qu'une formation adéquate ou des mesures de réinsertion professionnelle doivent être mise sur pied (AI pce 54 p. 26). Enfin, le recourant et le Dr L._____ qui a formulé des limitations fonctionnelles similaires à celles observées par les experts (cf. consid. 10.4) n'expliquent pas pour quelle raison sa capacité de travail résiduelle ne peut pas être entière et pour quelles raisons l'on ne peut pas suivre l'appréciation des experts qui est basée sur un examen complet de sa personne et des conclusions claires et convaincantes. Par ailleurs, les médecins du SMR ont confirmé l'évaluation des experts (AI pce 57 et TAF pce 9 annexe 2) ; la Dresse R._____ a notamment spécifié que rien ne permet d'envisager une diminution de rendement dans une activité tenant compte de l'intégralité des limitations fonctionnelles de l'assuré (TAF pce 9 annexe 2).

E. 10.6.4

S'agissant de l'exigibilité de la capacité de travail résiduelle décrite par les experts, le Dr M._____ soutient que l'assuré, compte tenu de ses limitations fonctionnelles, ne peut plus exercer certaines professions - ouvrier en établi, dans le conditionnement léger, opérateur sur de petites machines de transformation, contrôleur de qualité dans l'horlogerie, gardien ou surveillant de musée, employé aux services généraux ou à l'économat, agent de comptoir auprès d'une société de location de voitures - ou, au moins, présenterait assez probablement une diminution de rendement aux déplacements courts et dans les gestes nécessitant les deux mains. Il remarque aussi que d'autres professions, respectant les limitations de l'assuré - aide de laboratoire, de surveillance de central d'alarme, aide comptable - ne sont pas accessibles sans formation adéquate. Cependant, ce médecin qui n'a pas examiné l'assuré lui-même a également admis qu'au vu des limitations retenues par les experts à G._____

une activité adaptée semble effectivement envisageable (TAF pce 5 annexe 30 p. 2). De plus, l'OAI expose à juste titre que l'assurance-invalidité tient compte de la notion du marché du travail équilibré. Ainsi, selon les art. 28a al. 1 LAI et 16 LPGA, pour évaluer le taux d'invalidité, le revenu que l'assuré aurait pu obtenir s'il n'était pas invalide est comparé avec celui qu'il pourrait obtenir en exerçant l'activité qui peut raisonnablement être exigée de lui, après les traitements et les mesures de réadaptation, sur un marché du travail équilibré. Cette notion est théorique et abstraite et sert de critère de distinction entre les cas tombant sous le coup de l'assurance-chômage et ceux qui relèvent de l'assurance-invalidité. Elle implique, d'une part, un certain équilibre entre l'offre et la demande de main d'oeuvre et, d'autre part, un marché du travail structuré de telle sorte qu'il offre un éventail d'emplois diversifiés (ATF 110 273 consid. 4b), tant au regard des exigences professionnelles et intellectuelles qu'au niveau des sollicitations physiques (arrêt du Tribunal fédéral 9C_830/2007 du 28 juillet 2008 consid. 5.1). Le marché du travail équilibré contient également des emplois de niche (Nischenarbeitsplätze), soit des emplois où les employeurs font preuve de concessions sociales à l'égard des personnes handicapées (arrêt du Tribunal fédéral 9C_95/2007 du 29 août 2007 consid. 4.3; cf. aussi notamment : arrêt du Tribunal fédéral 8C_434/2017 du 3 janvier 2018 consid. 7.2.1). Dès lors, on ne saurait subordonner la concrétisation des possibilités de travail et des perspectives de gain à des exigences excessives (notamment : arrêt du Tribunal fédéral 9C_496/2015 du 28 octobre 2015 consid. 3.2). Il s'ensuit que pour évaluer l'invalidité, il n'y a pas lieu d'examiner la question de savoir si un invalide peut être placé eu égard aux conditions concrètes du marché du travail, mais uniquement de se demander s'il pourrait encore exploiter économiquement sa capacité résiduelle de travail lorsque les places de travail disponibles correspondent à l'offre de la main d'oeuvre. Néanmoins, on ne se fondera pas sur des possibilités de travail irréalistes. Ainsi, on ne peut pas parler d'une activité exigible au sens de l'art. 16 LPGA lorsqu'elle ne peut être exercée que sous une forme tellement restreinte qu'elle n'existe pratiquement pas sur le marché général du travail ou que son exercice suppose de la part de l'employeur des concessions irréalistes et que, de ce fait, il semble exclu de trouver un emploi correspondant (notamment : arrêts du Tribunal fédéral 8C_434/2017 cité consid. 7.2.1, 9C_496/2015 cité consid. 3.2). Le point de savoir si une mesure peut être exigée d'une personne assurée doit être examiné au regard de l'ensemble des circonstances objectives et subjectives du cas concret (ATF 113 V 22 consid. 4a; voir aussi ATF 138 I 205 consid. 3.2; arrêt du Tribunal fédéral 8C_910/2015 du 19 mai 2016 consid. 4.2.1 et références). En l'espèce, si le TAF remarque que les possibilités de l'assuré de pouvoir exploiter sa capacité résiduelle de travail sont certes réduites aussi sur le marché du travail équilibré et qu'il peut suivre les considérations du Dr M._____ s'agissant des professions invoquées, il constate tout comme l'OAI qu'il existe encore un nombre important d'activités légères respectant entièrement les limitations fonctionnelles de l'assuré, telles notamment des tâches simples de surveillance ou de contrôle derrière un écran (cf. notamment arrêt du Tribunal fédéral 8C_217/2015 du 28 août 2015 consid. 2.2.1) qui, de surcroît, ne nécessitent pas de connaissances professionnelles spécifiques ou une formation professionnelle particulière. Or, le recourant ainsi que le Dr M._____ n'expliquent pas pour quelle raison l'exploitation d'une telle activité ne lui est pas entièrement exigible.

E. 10.6.5

Selon la jurisprudence, les évaluations médicales fiables permettent généralement une appréciation objective de la capacité résiduelle de travail de la personne assurée. Néanmoins, il est admis que dans certains cas, afin d'obtenir une appréciation valable de la

question de droit portant sur l'incapacité de gain, il est nécessaire de compléter les constatations médicales par une évaluation de la capacité fonctionnelle de l'assuré (cf. arrêts du Tribunal fédéral 8C_606/2012 du 3 décembre 2012 consid. 3.4, 8C_547/2008 du 16 janvier 2009 consid. 4.2.1 et 4.2.2.1) ou par des renseignements d'ordre professionnel, par exemple au terme d'un stage dans un centre d'observation professionnel de l'assurance-invalidité (COPAI; arrêts du Tribunal fédéral 9C_1035/2009 du 22 juin 2010 consid. 4.1, I 778/05 du 11 janvier 2007 consid. 6.1, I 35/03 du 24 octobre 2003 consid. 4.3; Michel Valterio, op. cit., n° 2036, p. 539). Ceci est notamment le cas lorsqu'en raison d'un tableau clinique multiple et difficile d'évaluer, plusieurs médecins l'approuvent expressément (arrêt du Tribunal fédéral 8C_217/2015 consid. 2.2.3). Or, en l'espèce, le TAF a constaté que l'expertise médicale est notamment basée sur un examen approfondi (cf. consid. 10.2), que les limitations fonctionnelles observées sont incontestées (cf. consid. 10.4) et que les experts se sont prononcés d'une manière claire et convaincante sur la capacité résiduelle de travail de l'assuré tenant compte de son rendement (consid. 10.6.3). Dès lors, il n'est en l'espèce pas indiqué de procéder à des instructions complémentaires afin de confirmer sa capacité de gain (cf. arrêt du Tribunal fédéral 8C-217/2015 consid. 2.2.3). En conséquence, le TAF ne saurait donner suite aux conclusions principales du recourant tendant au renvoi de la cause afin de déterminer sa capacité de travail résiduelle.

E. 10.6.6

Eu égard à ce que précède, à l'instar de l'OAIE, le TAF remarque que l'assuré présente une capacité résiduelle de travail entière dans une activité adaptée et qu'il peut exploiter celle-ci sur le marché du travail équilibré (hypothétique).

E. 11

Il s'agit de calculer le taux d'invalidité de l'assuré - le recourant n'a soulevé aucun grief en la matière - et son droit à une rente.

E. 11.1

L'assuré ayant présenté une incapacité de travail de 100% du 7 juin 2013 au 2 juillet 2015 dans toute activité professionnelle et ayant déposé une demande de prestations AI le 25 novembre 2013 (AI pce 1), il a droit à une rente d'invalidité entière du 1er juin 2014 au 31 octobre 2015 conformément aux art. 28 al. 1 et 2 et 29 al. 1 LAI et à l'art. 88a RAI cités (cf. consid. 6.1, 6.6 et 10.5.2 s. ci-dessus; pour le calcul du degré d'invalidité en pour-cent : ATF 114 V 310 consid. 3a; arrêts du Tribunal fédéral 9C_452/2017 du 6 juin 2018 consid. 5.1, 9C_36/2013 du 21 juin 2013 consid. 4.1.1, 9C_785/2009 du 2 décembre 2009 consid. 4).

E. 11.2.1

Pour la période subséquente, le taux d'invalidité du recourant doit être calculé selon la méthode ordinaire de comparaison des revenus au sens des art. 16 LPGA et art. 28a al. 1 LAI (cf. consid. 10.6.4 ci-dessus). Les deux revenus à comparer, soit le revenu sans invalidité et le revenu avec invalidité, doivent être évalués de manière aussi concrète que possible si bien qu'il convient, dans la mesure du possible, de se référer aux salaires réellement gagnés par l'assuré avant et après la survenance de ses problèmes de santé (pour le salaire sans invalidité : ATF 129 V 222 consid. 4.3.1; cf. aussi arrêt du Tribunal fédéral 9C_363/2016 du 12 décembre 2016 consid. 5.3.1). Selon l'art. 25 al. 1 RAI en relation avec l'art. 28a al. 1 LAI et 16 LPGA, est déterminant pour la comparaison des revenus le salaire sur lequel des cotisations sont perçues en vertu de la loi fédérale sur l'assurance-vieillesse et survivants (LAVS, RS 831.10; arrêt du Tribunal fédéral U 259/04, U 272/04 du 7 juillet

2005 consid. 6.1; voir également Ulrich Meyer/Marco Reichmuth, Bundesgesetz über die Invalidenversicherung (IVG), 3ème édition 2014, art. 28a ch. 14 p. 315). A défaut d'un salaire de référence, un salaire théorique doit être évalué sur la base des statistiques salariales retenues par les enquêtes suisses sur la structure des salaires (ESS), publiées par l'Office fédéral de la statistique (OFS; notamment : ATF 142 V 178 consid. 2.5.7, 139 V 592 consid. 2.3, 135 V 297 consid. 5.2).

E. 11.2.2

Le Tribunal fédéral a précisé que les revenus avec et sans invalidité doivent être déterminés par rapport à un même moment. Il convient alors de se placer au moment de la naissance (potentielle) du droit à la rente et les éventuelles modifications de ces revenus susceptibles d'influencer le droit à la rente survenues jusqu'au moment où la décision est rendue doivent être prises en compte (ATF 132 V 393 consid. 2.1, 129 V 222 consid. 4.1 et 4.2 et 128 V 174; arrêt du Tribunal fédéral 9C_607/2015 du 20 avril 2016 consid. 5.3.2; Ulrich Meyer/Marco Reichmuth, op. cit., art. 28a ch. 31 p. 321). Enfin, l'autorité doit se fonder sur les données les plus récentes disponibles au moment de la décision (ATF 143 V 295 consid. 4; arrêt du Tribunal fédéral 9C_699/2015 du 6 juillet 2016 consid. 5.2).

E. 11.2.3

En l'espèce, l'OAIE a basé la détermination des revenus à comparer sur l'année 2014 (AI pce 58). Le TAF préfère indexer les données à 2015, la capacité de travail de l'assuré s'étant améliorée au 31 octobre 2015.

E. 11.2.4

L'OAIE a retenu comme salaire sans invalidité le revenu annuel de 59'940 francs tel qu'annoncé par l'ancien employeur de l'assuré pour l'année 2013 (AI pce 11), étant précisé que dans le salaire mensuel de 4'995 francs le 13ème salaire est inclus (AI pce 5 p. 102). A juste titre, l'administration ne devait pas prendre en considération les allocations familiales dont l'assuré bénéficiait, celles-ci n'étant pas comprises dans la notion de revenu provenant d'une activité lucrative au sens de la LAVS (cf. art. 6 al. 2 let. f du règlement sur l'assurance-vieillesse et survivants [RAVS, RS 831.101]; cf. consid. 11.2.1)), contrairement à la notion du gain assuré déterminant pour la Swica lors du calcul de l'indemnité journalière (AI pce 22 p. 23; arrêt du Tribunal fédéral U 259/04, U 272/04 cité consid. 6.1). Indexé à 2015, le revenu sans invalidité se monte donc à 60'630.72 francs (1939=100, 2013=2'343, 2015=2'370).

E. 11.2.5

Pour le revenu avec invalidité, le recourant n'ayant pas repris de travail, l'Office intimé s'est fondé à juste titre sur les données statistiques 2012 disponibles au moment de la décision contestée. Il a tenu compte, conformément à la jurisprudence (ATF 142 V 178 consid. 2.5.8.1, 124 V 321 consid. 3b/aa; arrêt du Tribunal fédéral 9C_237/2007 du 24 août 2007 consid. 5.1 et 5.2, non publiés dans les ATF 133 V 545), du salaire mensuel brut pour un homme exerçant des tâches physiques ou manuelles simples dans le secteur privé (TA1_skill_level), s'élevant à 5'210 francs pour 40 heures par semaine, respectivement à 5'431 francs pour 41.7 heures par semaine usuelles. Le revenu annuel correspond ainsi à 65'177 francs (5'431 francs x 12 mois), étant remarqué que selon les explications de l'OFS, le 13ème salaire est inclus dans le salaire mensuel (cf. explication sur les composantes du salaire, TA1_skill_level). Indexé à 2015, il en résulte un revenu annuel de 66'410 francs (2012=2'326; 2015=2'370). L'OAIE a encore pratiqué un abattement de 10% sur cette

valeur statistique en raison des limitations fonctionnelles de l'assuré. En effet, selon la jurisprudence, dans certains cas, le revenu d'invalide déterminé d'après les données statistiques doit être réduit afin de tenir compte des circonstances personnelles et professionnelles de la personne assurée (limitations liées au handicap, âge, années de service, nationalité/catégorie d'autorisation de séjour et taux d'occupation), susceptibles de diminuer ses possibilités de réaliser un gain se situant dans la moyenne, applicable aux employés qui ne souffrent pas d'invalidité, sur le marché ordinaire de l'emploi (ATF 134 V 322 consid. 5.1, 126 V 75). La jurisprudence n'admet pas de déduction globale supérieure à 25% (ATF 126 V 75 consid. 5). En l'espèce, le TAF estime qu'un abattement de 15% - plutôt que 10% - est indiqué compte tenu des limitations fonctionnelles multiples de l'assuré, concernant non seulement ses membres inférieures mais aussi ses membres supérieures. Une déduction supplémentaire n'est cependant pas justifiée vu notamment le jeune âge du recourant qui n'avait en 2015 que 35 ans. Cela étant, même un abattement de 25% ne modifie pas le résultat (cf. ci-dessous). Le revenu avec invalidité se monte alors à 56'449 francs.

E. 11.2.6

La comparaison des revenus fait apparaître une perte de gain de 9'961 francs (66'410 francs - 56'449 francs), correspondant à un taux d'invalidité de 15% (9'961 francs / 66'410 francs x 100%) qui ne donne pas droit à une rente eu égard à l'art. 28 al. 2 LAI cité (consid. 6.3). Dès lors, le recourant n'a plus droit à une rente d'invalidité à compter du 31 octobre 2015.

E. 12

En conclusion, le recours est partiellement admis et la décision contestée annulée dans le sens où le recourant a droit à une rente d'invalidité entière du 1er juin 2014 au 31 octobre 2015. Le dossier est transmis à l'OAIE afin qu'il détermine le montant à verser au-delà du 30 juin 2015 et rende une décision y relative.

E. 13.1

Il n'est pas perçu des frais de procédure, le recourant bénéficiant de l'assistance judiciaire totale (TAF pce 12) et l'OAIE ne devant pas y participer en tant qu'autorité (cf. art. 63 al. 2 PA).

E. 13.2

Me Vecchio ayant été nommé avocat d'office à compter du 8 juillet 2016 (TAF pce 12), il convient de statuer sur son indemnisation.

E. 13.2.1

Selon l'art. 65 al. 3 PA qui traite de l'assistance judiciaire, les frais et honoraires d'avocat sont supportés conformément à l'art. 64 al. 2 à 4 PA. De plus, l'art. 64 al. 1 PA et l'art. 7 al. 1 et 2 du règlement concernant les frais, dépens et indemnités fixés par le Tribunal administratif fédéral (FITAF, RS 173.320.2) stipulent que la partie qui a entièrement ou partiellement obtenu gain de cause a droit à une indemnité pour les frais indispensables et relativement élevés qui lui ont été occasionnés. L'art. 64 al. 2 PA, auquel l'art. 65 al. 3 PA cité renvoie expressément, prévoit que le dispositif indique le montant des dépens alloués qui, lorsqu'ils ne peuvent pas être mis à la charge de la partie adverse déboutée, sont supportés par la collectivité ou par l'établissement autonome au nom de qui l'autorité inférieure a statué. Ainsi, en l'espèce, dans la mesure où le recourant a obtenu gain de cause, son indemnité de dépens est prise en charge par l'OAIE (cf. ATF 124 V 301 consid. 6; arrêt

du Tribunal fédéral U 63/04 du 3 octobre 2006 consid. 2.2; Martin Kayser, Praxiskommentar Verwaltungsverfahrensgesetz, VwVG, 2ème édition 2016, art. 65 n° 38 p. 848; Marcel Maillard, Kommentar zum Bundesgesetz über das Verwaltungsverfahren (VwVG), 2008, art. 65, n° 46 p. 1344; Jörg Seiler, Bundesgerichtsgesetz (BGG), 2ème édition 2015, art. 64, n° 50 p. 245). Par contre, dans le cas où le recourant est débouté, une indemnité est versée par la caisse du TAF (cf. Martin Kayser, op. cit., art. 65 n° 38, note 177, p. 848) ; elle est directement allouée à l'avocat commis d'office (ATF 133 V 645 consid. 2.2; Martin Kayser, op. cit., art. 65 n° 38 p. 848). Lorsque le recourant n'est débouté que partiellement, la différence entre les dépens et l'indemnité de dépens prise en charge est payée par la caisse du Tribunal (cf. ATF 124 V 301 consid. 6; Martin Kayser, op. cit., art. 65 n° 38 p. 848). Les conclusions du recourant sont déterminantes afin de pouvoir évaluer à quelle hauteur il a succombé (cf. Michael Beusch, Kommentar zum Bundesgesetz über das Verwaltungsverfahren (VwVG), 2008, art. 63 n° 13; cf. aussi ATF 123 V 156 consid. 3c).

E. 13.2.2

Selon l'art. 12 du règlement concernant les frais, dépens et indemnités fixés par le Tribunal administratif fédéral (FITAF, RS 173.320.2), les art. 8 à 11 FITAF s'appliquent par analogie aux avocats commis d'office.

E. 13.2.3

A teneur de l'art. 8 al. 1 FITAF, l'avocat commis d'office a droit au remboursement des dépens lesquels comprennent les frais de représentation et les éventuels autres frais de la partie. Les frais non nécessaires ne sont pas indemnisés (art. 8 al. 2 FITAF). Selon l'art. 9 al. 1 FITAF, les frais de représentation comprennent les honoraires d'avocat (let. a), les débours, notamment les frais de photocopie de documents, les frais de déplacement, d'hébergement et de repas et les frais de porte et de téléphone (let. b) et, cas échéant la TVA (cf. let. c). Eu égard à l'art. 11 FITAF, les frais du représentant sont remboursés sur la base des coûts effectifs. Conformément à l'art. 10 al. 1 FITAF, les honoraires d'avocat et l'indemnité du mandataire professionnel n'exerçant pas la profession d'avocat sont calculés en fonction du temps nécessaires à la défense de la partie représentée. Selon l'al. 2 de la disposition, le tarif horaire des avocats est de 200 francs au moins et de 400 francs au plus hors TVA. A l'intérieur de cette fourchette, l'autorité détermine librement le tarif horaire applicable à la lumière de l'ensemble des circonstances du cas d'espèce (arrêt du TAF A-1870/2006 du 14 septembre 2007 consid. 10). En matière d'assurance social, l'autorité tiendra notamment compte du fait que la procédure est régie par la maxime d'office, ce qui allège le travail des avocats ; seul le travail nécessaire est dédommagé (cf. art. 64 al. 1 PA et art. 8 al. 2 FITAF cités; voir également arrêts du Tribunal fédéral 9C_484/2010 du 16 septembre 2010 consid. 3, 8C_723/2009 du 14 janvier 2010 consid. 3.2 et 4.3).

E. 13.2.4

Aux termes de l'art. 14 al. 1 FITAF, les parties qui ont droit aux dépens et les avocats commis d'office doivent faire parvenir avant le prononcé un décompte de leurs prestations de travail. Selon l'al. 2 de cette disposition, le tribunal fixe les dépens et l'indemnité des avocats commis d'office sur la base du décompte. Le décompte doit être détaillé et indiquer qui a passé quel temps à faire quoi pour quel tarif (André Moser/Michael Beusch/Lorenz Kneubühler, Prozessieren vor dem Bundesverwaltungsgericht, 2ème édition 2013, ch. 4.85 p. 271). L'autorité appelée à fixer les frais de l'avocat commis d'office sur la base d'un décompte ne saurait se contenter de s'y référer sans procéder à un examen, mais doit

examiner dans quelle mesure les frais allégués se sont avérés indispensables à la représentation de la partie recourante (Moser/Beusch/Kneubühler, op. cit., ch. 4.86 p. 272). A défaut de décompte, le tribunal fixe les frais de l'avocat commis d'office sur la base du dossier (art. 14 al. 2 in fine FITAF).

E. 13.2.5

En l'occurrence, le recourant a obtenu partiellement gain de cause vu qu'il a droit à une rente entière d'invalidité jusqu'au 31 octobre 2015. Cependant, le TAF n'a pas donné suite à ses conclusions principales tendant au renvoi de la cause afin de déterminer sa capacité de travail résiduelle. Le TAF estime alors que le recourant a obtenu gain de cause à hauteur de 1/3. Partant, son indemnité pour dépens est à la charge de l'OAIE à cette hauteur et son assistance judiciaire devient son objet sur cette valeur. Les 2/3 des dépens restant, seront pris en charge par la caisse du Tribunal (cf. consid. 13.2.1 ci-dessus).

E. 13.2.6

Me Vecchio a produit un décompte d'honoraire intermédiaire du 21 avril 2017 (TAF pce 22 annexe « timesheet »), portant sur la période du 14 juillet 2016 au 18 avril 2017. Le décompte, s'élevant à 6'895 francs, est détaillé, contenant pour chaque inscription la date, les noms des différents intervenants, les événements et notes concrets ainsi que les heures facturées et le montant y relatif. Il fait état de 39h18 de travail à 150 francs l'heure et de 2h30 à 400 francs l'heure. Ce temps consacré à la défense des intérêts du recourant, au total 41h48 de travail, paraît excessif. Concrètement, dans un premier temps, entre le 17 juillet et le 13 septembre 2016, l'avocat fait valoir 22h35 de travail pour la prise de connaissance du dossier et des recherches, l'examen de l'opportunité du recours, les entretiens avec le recourant et le Dr L. _____ ainsi que pour la rédaction, correction et lecture du recours du 13 septembre 2016. A ces heures-ci, il sied d'ajouter 1h10 supplémentaires pour l'entretien téléphonique du 18 octobre 2016 avec le Dr M. _____ de la clinique Z. _____ et la rédaction du courrier à l'attention du tribunal du 25 octobre 2016 qui a fait suite au recours et est en lien direct avec celui-ci. Il en résulte un total de 23h45 ce qui dépasse ce qui peut être considéré comme indispensable pour la défense des intérêts du recourant. En effet, l'affaire, concernant une première demande de prestations, ne comportait pas une difficulté juridique particulière et le dossier n'était pas non plus spécialement volumineux ; du reste, l'avocat n'invoque pas la présence d'éléments particuliers. Le TAF ne saurait dès lors retenir que 17 heures, correspondant à environ deux à trois jours de travail principalement consacrés à ce dossier. Ces 17 heures incluent deux heures pour la lecture et le dépôt du recours du 13 septembre 2016 à 250 francs l'heure, le taux horaire de 400 francs l'heure avancés étant trop élevés en matière d'assurance-invalidité (cf. consid. 13.2.3). Les dépens liés au dépôt du recours et à la prise de position du 25 octobre 2015 à prendre en charge s'élèvent donc à 2'750 francs (15 heures à 150 francs l'heure et 2 heures à 250 francs). S'agissant du dépôt du formulaire de la demande de l'assistance judiciaire, Me Vecchio invoque, entre le 23 septembre et 24 octobre 2016, 4h45 de travail. Or, le TAF ne saurait tenir compte que de 2 heures. Il remarque, compte tenu de l'exigence d'une représentation indispensable et nécessaire, que les heures de travail que l'avocat a déployées pour remplir le questionnaire et constituer les documents utiles ne peuvent pas être entièrement prises en considération, le recourant ayant été en mesure d'accomplir ces tâches en majeure partie par lui-même. Le TAF peut ajouter aux 2 heures reconnues, 0h20 supplémentaires pour la prise de connaissance de l'ordonnance du 2 décembre 2016 du TAF (TAF pce 10) et la rédaction du courrier au Tribunal du 8 décembre 2016 (TAF pce 11; cf. l'inscription du 8 décembre

2016 au timesheet). Au total, les dépens liés à l'assistance judiciaire à prendre en compte se montent à 350 francs (2h20 à 150 francs l'heure). S'agissant de la suite de la défense des intérêts du recourant, soit des courriels au recourant des 3 et 23 novembre 2016 ainsi que de l'examen de la réponse de l'OAIE et de la rédaction de la réplique, l'avocat fait valoir 11h13 de travail ce qui excède, à nouveau, ce qui peut paraître indispensable pour la défense des intérêts du recourant pour des motifs susmentionnés. Le TAF retient 7 heures ce qui correspond à un peu moins d'une journée de travail principalement consacré à ce dossier ; elles incluent l'activité du 5 janvier 2017 de 0h30 à 250 francs l'heure - en lieu et place de 400 francs - pour les motifs déjà expliqués. Les dépens liés avant tout à la rédaction de la réplique s'élèvent ainsi à 1'100 francs (6h30 à 150 francs l'heure et 0h30 à 250 francs l'heure). Enfin, pour la prise de connaissance de la duplique de l'OAIE et la rédaction des observations finales, Me Vecchio invoque, entre les 4 et 18 avril 2017, 1h45 de travail à 150 francs l'heure. Il en résulte des dépens de 262.50 francs que le Tribunal peut confirmer. A ces dépens, le TAF peut encore ajouter pour les appels téléphoniques des 30 janvier et 14 mars 2018 de l'avocat (TAF pces 23 et 24), 0h20 de travail à 150 francs l'heure, soit le montant de 50 francs. Au vu de ce qui précède, les dépens à prendre en charge s'élèvent à 4'512.50 francs (2'750 + 350 + 1'100 + 262.50 + 50). Enfin, le TAF y rajoute une indemnité de débours (cf. art. 9 al. 1 let. b FITAF cité) qu'il évalue, sur la base du dossier, à 100 francs (cf. arrêt du TAF C-5610/2013 du 20 décembre 2016 consid. 10.4). Au total, les frais de représentation indispensable et nécessaire se montent à 4'612.50 francs.

E. 13.2.7

En conclusion, l'OAIE versera au recourant à titre d'indemnité de dépens 1'537.50 francs (1/3 de 4'612.50 francs). En outre, une indemnité à titre d'assistance judiciaire de 3'075 francs (2/3 de 4'612.50 francs) est versée à Me Vecchio par la caisse du Tribunal. Le dispositif se trouve à la page suivante.

Export aus OpenCaseLaw (CC0). Verbindlich ist allein der vom erlassenden Gericht veröffentlichte Originaltext. Quellen-URL siehe oben.