

BVGer C-6537/2020 vom 20. November 2020

Bundesverwaltungsgericht, 2020-11-20, FR

Quelle: https://mcp.opencaselaw.ch/entscheid/bvger_C-6537_2020_d20201120

FR: TAF C-6537/2020 du 20 novembre 2020

IT: TAF C-6537/2020 del 20 novembre 2020

Regeste

Droit à la rente | Assurance-invalidité, droit à la rente (décision du 20 novembre 2020)

Erwägungen

E. 1.1

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

E. 1.2

Le Tribunal administratif fédéral examine d'office et avec une pleine cognition sa compétence et les conditions de recevabilité des recours qui lui sont soumis (art. 7 PA ; ATAF 2016/15 consid. 1 ; 2014/4 consid. 1.2). La procédure devant le Tribunal administratif fédéral est en principe régie par la PA (art. 37 LTAF), sous réserve des dispositions particulières de la loi fédérale du 6 octobre 2000 sur la partie générale du droit des assurances-sociales (LPGA, RS 830.1 ; art. 3 let. dbis 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).

E. 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 qu'elle soit annulée ou modifiée, il a qualité pour recourir (art. 59 LPGA). Déposé en temps utile et dans les formes requises par la loi (art. 60 al. 1 LPGA et 52 al. 1 PA), et l'avance sur les frais de procédure ayant été dûment acquittée (art. 63 al. 4 PA ; TAF pce 4), le recours est recevable.

E. 2

L'objet du litige est le bien-fondé de la décision de l'OAIE du 20 novembre 2020 rejetant la demande de rente d'invalidité du recourant au motif que celui-ci ne présente qu'un taux d'invalidité de 11 % un an après l'accident du 24 février 2018.

E. 3

Le Tribunal administratif fédéral applique le droit d'office, sans être lié par les motifs invoqués par les parties (art. 62 al. 4 PA ; ATAF 2013/46 consid. 3.2), ni par l'argumentation juridique développée dans la décision entreprise (Pierre Moor / Etienne Poltier, Droit administratif, vol. II, 3e éd. 2011, no 2.2.6.5 ; Benoît Bovay, Procédure

administrative, 2e éd. 2015, p. 243). L'autorité saisie se limite en principe aux griefs soulevés et n'examine les questions de droit non invoquées que dans la mesure où les arguments des parties ou le dossier l'y incitent (ATF 122 V 157 consid. 1a ; 121 V 204 consid. 6c ; André Moser / Michael Beusch / Lorenz Kneubühler / Martin Kayser, *Prozessieren vor dem Bundesverwaltungsgericht*, 3e éd. 2022, p. 29 no 1.55).

E. 4.1

Selon les principes généraux du droit intertemporel, le droit matériel applicable est en principe celui en vigueur lors de la réalisation de l'état de fait qui doit être apprécié juridiquement ou qui a des conséquences juridiques, sous réserve de dispositions particulières du droit transitoire (ATF 146 V 364 consid. 7.1 ; 144 V 210 consid. 4.3.1 ; 143 V 446 consid. 3.3 ; 136 V 24 consid. 4.3 ; 132 V 215 consid. 3.1.1). Dès lors, la présente cause doit être examinée à l'aune des dispositions en vigueur dans leur teneur jusqu'au 20 novembre 2020, date de la décision litigieuse, qui marque la limite dans le temps du pouvoir d'examen de l'autorité de recours. Les modifications de la LAI et de la LPGA adoptées le 19 juin 2020 (Développement continu de l'AI ; RO 2021 705 ; FF 2017 2363), ainsi que celles du 3 novembre 2021 apportées au RAI (RO 2021 706), entrées en vigueur le 1er janvier 2022, ne sont pas applicables en l'espèce.

E. 4.2

Le juge des assurances sociales apprécie la légalité des décisions attaquées, en règle générale, d'après l'état de fait existant jusqu'au moment où la décision litigieuse a été rendue (en l'espèce, le 20 novembre 2020). Les faits survenus postérieurement, et qui ont modifié cette situation, doivent en principe faire l'objet d'une nouvelle décision administrative (ATF 144 V 210 consid. 4.3.1 ; 130 V 138 consid. 2.1 ; 121 V 362 consid. 1b). Le Tribunal ne peut ainsi prendre en considération que les rapports médicaux établis antérieurement à la décision attaquée, à moins que ceux établis ultérieurement ne permettent de mieux comprendre l'état de santé et la capacité de travail de l'assuré jusqu'à la décision sujette à recours (ATF 130 V 445 consid. 1.2.1, 121 V 362 consid. 1b) et qu'ils soient de nature à influencer l'appréciation du cas au moment où la décision attaquée a été rendue (arrêt du TF 9C_34/2017 du 20 avril 2017 consid. 5.2). Aussi, le Tribunal ne tiendra compte des rapports médicaux postérieurs au 20 novembre 2020 (cf. ci-dessus, let. C.c) que dans la mesure où les conditions précitées sont remplies.

E. 4.3

Le recourant étant un ressortissant allemand, domicilié en Allemagne, ayant travaillé en Suisse et demandant l'octroi de prestations AI suisses, l'affaire présente un aspect transfrontalier (ATF 145 V 231 consid. 7.1 ; 143 V 354 consid. 4 ; 143 V 81 en particulier consid. 8.1 ; 141 V 521 consid. 4.3.2). Est dès lors applicable à la présente cause l'accord du 21 juin 1999 sur la libre circulation des personnes (ALCP, RS 0.142.112.681), dont l'annexe II règle la coordination des systèmes de sécurité sociale (art. 8 ALPC). Dans ce contexte, l'ALCP fait référence depuis le 1er avril 2012 au règlement (CE) n° 883/2004 du Parlement européen et du Conseil du 29 avril 2004 portant sur la coordination des systèmes de sécurité sociale (ci-après : règlement n° 883/2004 [RS 0.831.109.268.1]), ainsi qu'au règlement (CE) n° 987/2009 du Parlement européen et du Conseil du 16 septembre 2009 fixant les modalités d'application du règlement (CE) n° 883/2004 (ci-après : règlement n° 987/2009 [RS 0.831.109.268.11] ; art. 1 al. 1 de l'annexe II en relation avec la section A de l'annexe II). A compter du 1er janvier 2015, sont également applicables dans les relations entre la

Suisse et les Etats membres de l'Union européenne (UE) les modifications apportées notamment au règlement n° 883/2004 par les règlements (UE) n° 1244/2010 (RO 2015 343), n° 465/2012 (RO 2015 345) et n° 1224/2012 (RO 2015 353). Il sied de souligner que l'octroi d'une rente étrangère d'invalidité ne préjuge toutefois pas l'appréciation de l'invalidité selon la loi suisse (arrêt du TF I 435/02 du 4 février 2003 consid. 2). Aussi, même après l'entrée en vigueur de l'ALCP et des règlements de coordination, l'invalidité ouvrant droit à des prestations de l'AI suisse se détermine exclusivement d'après le droit suisse (art. 46 al. 3 du règlement n° 883/2004, en relation avec l'annexe VII dudit règlement ; ATF 130 V 253 consid. 2.4 ; arrêt du TF 9C_573/2012 du 16 janvier 2013 consid. 4).

E. 5.1

Tout requérant, pour avoir droit à une rente ordinaire de l'assurance-invalidité suisse, doit remplir cumulativement les conditions suivantes : d'une part être invalide au sens de la LPGA et de la LAI (art. 8 LPGA ; art. 4, 28 et 29 al. 1 LAI) ; d'autre part compter au moins trois années entières de cotisations lors de la survenance de l'invalidité (art. 36 al. 1 LAI). Dans ce cadre, les cotisations versées à une assurance sociale assimilée à un Etat membre de l'UE ou de l'Association européenne de libre-échange (AELE) peuvent également être prises en considération, à condition qu'une année au moins de cotisations puisse être comptabilisée en Suisse (art. 36 al. 2 LAI en lien avec l'art. 29 al. 1 de la loi fédérale du 20 décembre 1946 sur l'assurance-vieillesse et survivants [LAVS, RS 831.10] ; ATF 131 V 390 ; FF 2005 4215 p. 4291 ; art. 6 et 45 du règlement n° 883/2004). En l'espèce, le recourant a versé des cotisations à l'AVS/AI suisse pendant plus de trois ans au total et remplit par conséquent la condition de la durée minimale de cotisations (cf. ci-dessus, let. A). Reste à examiner s'il est invalide au sens de la législation suisse.

E. 6.1

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

E. 6.2

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

E. 6.3

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

E. 6.4

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

E. 7.1

La procédure dans le domaine des assurances sociales fait prévaloir la maxime inquisitoire (art. 43 LPGA ; ATF 138 V 218 consid. 6). Ainsi, le Tribunal administratif fédéral définit les faits et apprécie les preuves d'office et librement (art. 12 PA ; Moor / Poltier, op. cit., no 2.2.6.3). Ce faisant, il ne tient pour existants que les faits qui sont prouvés, cas échéant au degré de la vraisemblance prépondérante (ATF 139 V 176 consid. 5.2 ; 138 V 218 consid. 6). Il ne suffit pas qu'un fait puisse être considéré seulement comme une hypothèse possible ; la vraisemblance prépondérante suppose que, d'un point de vue objectif, des motifs importants plaident pour l'exactitude d'une allégation, sans que d'autres possibilités ne revêtent une importance significative ou n'entrent raisonnablement en considération (ATF 144 V 427 consid. 3.2 ; 139 V 176 consid. 5.3 ; 138 V 218 consid. 6). Partant, l'autorité ne peut renoncer à accomplir des actes d'instruction que si elle est convaincue, au terme d'une appréciation consciencieuse des preuves (ATF 125 V 351 consid. 3a), que certains faits présentent un degré de vraisemblance prépondérante et que d'autres mesures probatoires ne pourraient plus modifier cette appréciation (sur l'appréciation anticipée des preuves : ATF 131 I 153 consid. 3 ; 130 II 425 consid. 2).

E. 7.2

Pour pouvoir déterminer la capacité de travail médico-théorique et évaluer l'invalidité de la personne concernée, l'administration, ou le tribunal en cas de recours, a besoin de documents que le médecin ou éventuellement d'autres spécialistes doivent lui fournir (ATF 117 V 282 consid. 4a) et sur lesquels elle s'appuiera, sous peine de violer le principe inquisitoire (arrêt du TF 8C_623/2012 du 6 décembre 2012 consid. 1). Le Tribunal fédéral a jugé que les données fournies par les médecins constituent un élément utile pour apprécier les conséquences fonctionnelles de l'atteinte à la santé, quand bien même la notion d'invalidité est de nature économique/juridique et non médicale. Précisément, la tâche des médecins consiste à porter un jugement sur l'état de santé et à indiquer dans quelle mesure et pour quelles activités la personne concernée est incapable de travailler, compte tenu de ses limitations (ATF 143 V 418 consid. 6 ; 132 V 93 consid. 4 ; 125 V 256 consid. 4 ; 115 V 133 consid. 2 ; 114 V 310 consid. 3c ; 105 V 156 consid. 1 ; voir également ATF 140 V 193 consid. 3.2 et les références citées). Dans ce contexte, on rappellera qu'il n'appartient pas au

juge de remettre en cause le diagnostic retenu par un médecin et de poser de son propre chef des conclusions qui relèvent de la science et des tâches du corps médical (arrêt du TF 9C_719/2016 du 1er mai 2017 consid. 5.2.1).

E. 7.3

Le principe de la libre appréciation des preuves s'applique de manière générale à toute procédure de nature administrative, que ce soit devant l'administration ou le juge. Si elle n'a jamais entendu créer une hiérarchie rigide entre les différents moyens de preuve disponibles, la jurisprudence a toutefois posé des lignes directrices en matière d'appréciation des rapports médicaux (ATF 125 V 351 consid. 3b et 3c).

E. 7.3.1

Ainsi, le juge des assurances sociales doit examiner de manière objective tous les moyens de preuve, quelle que soit leur provenance, puis décider si les documents à disposition permettent de porter un jugement valable sur le droit litigieux. A cet égard, l'élément déterminant pour reconnaître pleine valeur probante à un rapport médical n'est ni son origine, ni sa désignation, mais son contenu. Avant de conférer pleine valeur probante à un rapport médical, il convient donc de s'assurer que les points litigieux importants ont fait l'objet d'une étude circonstanciée, que le rapport se fonde sur des examens complets, qu'il prend également en considération les plaintes exprimées par la personne examinée, qu'il a été établi en pleine connaissance de l'anamnèse, que la description du contexte médical et l'appréciation de la situation médicale sont claires et enfin que les conclusions du médecin sont dûment motivées (ATF 134 V 231 consid. 5.1 ; 125 V 351 consid. 3a). La valeur probante d'un rapport médical ou d'une expertise est de plus liée à la condition que le médecin qui se prononce dispose de la formation spécialisée nécessaire et de compétences professionnelles dans le domaine d'investigation (arrêts du TF 9C_555/2017 du 22 novembre 2017 consid. 3.1 et les références citées ; 9C_745/2010 du 30 mars 2011 consid. 3.2 ; 9C_59/2010 du 11 juin 2010 consid. 4.1 ; Michel Valterio, Commentaire, Loi fédérale sur l'assurance-invalidité [LAI], 2018, ad art. 57 n° 33).

E. 7.3.2

Il n'est pas interdit à l'administration et aux tribunaux de se fonder uniquement ou principalement sur les prises de position des SMR au sens de l'art. 49 al. 1 et 3 RAI ou du service médical interne de l'OAIE qui ne se fondent pas sur des examens médicaux effectués sur la personne de l'assuré (arrêts du TF 9C_542/2011 du 26 janvier 2012 consid. 4.1 ; 9C_581/2007 du 14 juillet 2008 consid. 3.2 ; 9C_341/2007 du 16 novembre 2007 consid. 4.1). Ces prises de position ont notamment pour but de résumer et de porter une appréciation sur la situation médicale de la personne concernée, ainsi que de faire une recommandation, sous l'angle médical, concernant la suite à donner à la demande de prestations. Ceci implique aussi, en présence de pièces médicales contradictoires, de dire de façon motivée s'il y a lieu de se fonder sur l'une ou l'autre de ces pièces (ATF 137 V 210 consid. 6.2.4; Valterio, op. cit., ad art. 57 n° 43) ou s'il y a lieu de procéder à une instruction complémentaire (ATF 142 V 58 consid. 5.1). Pour avoir valeur probante, ces rapports présupposent donc que le dossier ayant servi de base à leur établissement soit complet (anamnèse, évolution de l'état de santé et status actuel), contienne suffisamment d'appréciations médicales résultant d'un examen personnel de l'assuré et permette l'appréciation d'un état de fait médical stabilisé et non contesté, établi de manière concordante par les médecins (ATF 142 V 58 consid. 5.1 ; 137 V 210 consid. 6.2.4 ; arrêts

du TF 9C_165/2015 du 12 novembre 2015 consid. 4.3 ; 9C_335/2015 du 1er septembre 2015 ; 9C_58/2011 du 25 mars 2011 consid. 3.3 ; 8C_565/2008 du 27 janvier 2009 consid. 3.3.3 ; arrêt du TAF C 2843/2016 du 30 mai 2018 consid. 8.2 ; Valterio, op. cit., ad art. 57 LAI n° 43). Si les pièces au dossier ne permettent pas de trancher les questions contestées, les prises de position médicales internes de l'assureur ne peuvent pas, en règle générale, constituer une évaluation finale, mais doivent donner lieu à une instruction complémentaire (arrêts du TF 9C_165/2015 du 12 novembre 2015 consid. 4.3; 9C_58/2011 du 25 mars 2011 consid. 3.3; arrêt du TAF C 2843/2016 du 30 mai 2018 consid. 8.2).

E. 7.3.3

S'agissant des rapports établis par les médecins traitants, qu'ils soient médecins de famille généralistes ou spécialistes, il convient de les apprécier avec une certaine réserve en raison de la relation de confiance, issue du mandat thérapeutique confié au médecin traitant, qui unit celui-ci à son patient (ATF 125 V 351 consid. 3b/cc et les références citées ; arrêt du TF I 655/05 du 20 mars 2006 consid. 5.4). Toutefois, le simple fait qu'un rapport médical soit établi à la demande d'une partie et soit produit pendant la procédure ne justifie pas en soi des doutes quant à sa valeur probante (arrêt du TF 8C_278/2011 du 26 juillet 2011 consid. 5.3) ; ainsi, on en retiendra des éléments, notamment si ceux-ci, objectivement vérifiables, ont été ignorés dans le cadre d'une expertise indépendante et s'avèrent suffisamment pertinents pour remettre en cause les conclusions de l'expert (ATF 125 V 351 consid. 3b/dd et les références citées ; arrêts du TF 9C_338/2016 du 21 février 2017, publié in : Droit des assurances sociales Jurisprudence [SVR] 2017 IV n° 49 consid. 5.5 ; 9C_876/2009 du 6 juillet 2010 consid. 2.2 ; 9C_24/2008 du 27 mai 2008 consid. 2.3.2 ; 9C_201/2007 du 29 janvier 2008 consid. 3.2 ; Valterio, op. cit., ad. art. 57 LAI nos 48 et 49).

E. 8

En l'espèce, la décision attaquée se fonde précisément sur les prises de position du SMR. Le Tribunal de céans doit ainsi examiner si l'on peut accorder valeur probante aux avis médicaux précités.

E. 8.1.1

Pour fixer les incapacités de travail (cf. ci-dessus, let. B.j), la médecin du SMR (la Dre F. _____ - cf. OAIE pce 79) a en particulier retenu le diagnostic principal de polytraumatisme (24 février 2018), avec : - Traumatisme du thorax : fractures des côtes à droite avec lésions du poumon et du diaphragme, hémopneumothorax droit, ventilation après trachéotomie dilatée (26 février 2018) jusqu'à décanulation (8 mars 2018), thoracotomie et évacuation de l'hématome, suture du diaphragme et du poumon, reconstruction plastique et stabilisation de la paroi thoracique (1er mars 2018), hernie du flanc droit (prélèvement de l'os iliaque), fermeture de la hernie avec mise en place d'un filet, résection de l'ossification, reconstruction musculaire et aponévrotique de la région abdominale (14 juin 2019). - Traumatisme abdominal avec : blessure au rein droit, contusion du foie, faible hémopéritoine, hématome rétropéritonéal et hémorragies dans les muscles du dos. - Colonne vertébrale : fractures des apophyses transverses L1-5 à droite et L3-5 à gauche (non consolidées en janvier 2019), fractures de l'apophyse épineuse L5, de la portion inférieure L5 à gauche et de la portion supérieure S1 à gauche, traitée de manière conservative. - Fracture de type Weber B à gauche : ostéosynthèse (6 mars 2018). - Neurapraxie du nerf ulnaire à droite : trouble de la sensibilité des doigts et du bord cubital

de la main, persistance des douleurs neuropathiques (pas d'amélioration en juin 2018), contraction de la flexion des articulations médianes des doigts (4/5), atrophie dorsale des interosseux (mars 2019), callosité identique sur les deux mains, fermeture complète des deux poings, contraction de la flexion des articulations médianes des 4e (20°) et 5e doigts (40°), force à droite 17 kg et à gauche 16 kg, diminution de la sensibilité du nerf ulnaire (juin 2020). La médecin du SMR retient aussi, comme diagnostic secondaire ayant une répercussion sur la capacité de travail, une cardiomyopathie dont la genèse n'est pas claire, en soulignant notamment une bonne compensation en février 2019. La Dre F._____ indique les diagnostics secondaires sans répercussion sur la capacité de travail suivants : infection par le VIH, névralgies zostériennes du trijumeau à gauche, oesophage de Barrett, splénomégalie et lymphadénopathie d'étiologie non claire, status après hépatite B et status après néphrolithiase.

E. 8.1.2

De surcroît, la médecin du SMR fait état, dans sa prise de position du 18 mai 2020 (OAIE pce 52) d'un assuré souffrant, à cause de l'événement accidentel du 24 février 2018, de douleurs lombaires et d'une limitation fonctionnelle au niveau des 4e et 5e doigts de la main droite, qui est la main dominante. Par ailleurs, la médecin du SMR met en exergue le fait que l'assuré a partiellement repris sa dernière activité lucrative en octobre 2018, étant précisé que le recourant a augmenté son taux d'occupation à raison de 4 à 5 heures par jour à compter du mois de novembre 2018 (OAIE pce 52 p. 7). Et la médecin de préciser que l'activité reprise est une activité adaptée. En outre, la Dre F._____ souligne que des mesures professionnelles pour une activité adaptée ont toujours été refusées par le patient. La médecin fait aussi état d'autres pathologies dont souffre l'assuré (notamment une maladie cardiaque, une infection par le VIH et une neuropathie), qui ne sont pas suffisamment documentées (« sehr rudimentär dokumentiert ») et ne provoquent pas d'incapacité de travail. Le refus de l'assuré de participer à des mesures de reconversion professionnelle est aussi souligné - avec un point d'exclamation - dans la prise de position de la Dre F._____ du 17 juin 2020 (OAIE pce 56 p. 1). De plus, dans sa prise de position du 11 novembre 2020, la médecin du SMR, se référant à son premier avis du 8 mai 2020, indique entre parenthèses, après avoir écrit que des activités de substitution sont exigibles à 80 % au moins, que l'assuré a refusé de prendre part à des mesures d'ordre professionnel en Allemagne (OAIE pce 79 p. 1).

E. 8.1.3

En procédure de recours, dans sa nouvelle prise de position du 25 mai 2021 (annexe à TAF pce 14), la Dre F._____ se prononce sur le rapport du Dr C._____ du 16 avril 2021 (cf. ci-dessus, let. C.c), mettant notamment en exergue un patient qui ne peut plus marcher plus de 600 mètres, qui ne peut pas rester assis plus d'une heure d'affilé et 20 minutes debout et dont les douleurs perdurent (6-8/10). La médecin du SMR indique qu'aucun médicament antidouleur n'est énuméré et qu'il ressort du rapport précité que le patient prend deux médicaments contre les douleurs neuropathiques (Garbapentin et Lyrica - dont la posologie n'est pas clairement indiquée -, médicaments qui ont les mêmes effets selon la Dre F._____).

E. 8.2

L'autorité inférieure a fait siennes les conclusions de son service médicale (cf. ci-dessus, let. B.1), en insistant sur le fait que le recourant a pu reprendre une activité professionnelle à 50

% depuis le 23 août 2019 auprès du même établissement qui l'employait avant l'accident (TAF pces 7 et 14).

E. 8.3.1

Or, comme le relève à juste titre le recourant, l'appréciation fournie par la médecin du SMR ne saurait convaincre. En effet, la Dre F. _____ - médecin généraliste sans spécialisation dans d'autres branches de la médecine - a fixé une incapacité de travail d'au maximum 20 % dans l'exercice d'une activité lucrative adaptée depuis le 1er novembre 2018, sans expliquer de manière circonstanciée les raisons de son choix ni se prononcer sur l'intégralité des pièces médicales présentes au dossier. En particulier, le Tribunal constate que la médecin du SMR ne prend pas position sur le rapport de la Dre E. _____ du 9 octobre 2019 (cf. ci-dessus, let. B.f), qui retient que la capacité de travail dans une activité adaptée est de moins de 3 heures par jour et qui précise que la pathologie cardiaque conditionne à elle toute seule la capacité de travail limitée du recourant. Bien plutôt, la Dre F. _____ se contente d'affirmer que les affections sans lien avec l'accident ne sont pas suffisamment documentées et qu'elles ne justifient pas d'incapacité de travail, alors même qu'elle classe la cardiomyopathie sous la rubrique des pathologies secondaires avec effet sur la capacité de travail (cf. ci-dessus, consid. 8.1.1 et 8.1.2). Par ailleurs, les doutes exprimés par la Dre F. _____ quant aux médicaments prescrits et pris par le recourant (cf. ci-dessus, consid. 8.1.3) auraient dû pousser l'autorité inférieure à demander des renseignements plus précis, conformément à la maxime inquisitoire (cf. ci-dessus, consid. 7.1).

E. 8.3.2

Le Tribunal de céans cherche en vain les pièces médicales justifiant les incapacités de travail fixées par la médecin du SMR qui s'est prononcée sur le dossier médical sans procéder à un examen sur la personne du recourant. Cette dernière met en relief le fait que le recourant a refusé de prendre part à des mesures d'ordre professionnel (cf. ci-dessus, consid. 8.1.2) et qu'il a été à même de reprendre une activité lucrative partielle auprès de son dernier employeur après l'accident, en travaillant entre 4 et 5 heures par jour dès novembre 2018. Or, de telles constatations ne permettent de tirer aucune conclusion, au degré de la vraisemblance prépondérante, au sujet de la capacité de travail dans une activité lucrative adaptée à l'état de santé de l'intéressé. En effet, en ce qui concerne le refus du recourant de suivre une reconversion professionnelle, l'on ne saurait perdre de vue qu'un spécialiste en réadaptation lui a proposé de participer à des mesures d'ordre professionnel ou de poursuivre son activité dans la restauration à temps partiel dans le respect des limitations fonctionnelles (cf. ci-dessus, let. B.c). En choisissant cette seconde option, le recourant s'est conformé au choix qui lui a été offert, sans que le Tribunal puisse retenir, au degré de la vraisemblance prépondérante et à l'instar de la Dre F. _____, des motivations subjectives expliquant le non-aboutissement de mesures d'ordre professionnel (cf. OAIE pce 56 p. 1). De surcroît, la reprise de l'activité lucrative dans la restauration, qui a notamment pu être exercée à raison de 15 à 20 heures par semaine à compter du 23 août 2019 (cf. questionnaire pour l'employeur du 4 mars 2020 ; OAIE pce 23) - soit à un taux d'activité pouvant atteindre 50 % - ne permet pas au Tribunal de retenir, au degré de la vraisemblance prépondérante, une capacité de travail d'au moins 80 % dans une activité adaptée depuis le 1er novembre 2018, en l'absence de toute pièce médicale justifiant un tel taux. S'il est vrai que la notion de « Minderung der Erwerbsfähigkeit [MdE] » (cf. ci-dessus, let B.d) utilisée par les médecins allemands ne ressortit pas au droit suisse, il n'en demeure pas moins que les rapports médicaux rédigés par ces derniers n'établissement nullement une

capacité de travail de 80 %. Bien plutôt, les différentes affections sur les plans neurologique, orthopédique et cardiologique notamment, constatées par les Drs C._____, B._____, E._____ et D._____, font apparaître un cadre clinique complexe ne pouvant être appréhendé que par une appréciation multidisciplinaire de la situation. En définitive, s'il peut être établi, au degré de la vraisemblance prépondérante, que le recourant ne peut plus exercer son activité habituelle de chef de cuisine depuis le jour de son accident, les pièces médicales au dossier ne permettent pas au Tribunal de céans de fixer la capacité de travail - et son évolution - dans l'exercice d'une activité adaptée à l'état de santé de l'intéressé.

E. 8.4

En résumé, le SMR ne pouvait se baser sur les pièces médicales au dossier pour se prononcer en l'espèce, ni l'autorité inférieure sur les appréciations du SMR pour justifier, dans la décision dont est recours, le rejet de la demande de prestations de l'assurance-invalidité. Pour déterminer les circonstances médicales pertinentes, l'OAIE s'est en effet contenté de solliciter l'appréciation documentaire du médecin du SMR, qui s'est prononcé sans disposer de la documentation médicale complète, laquelle ne permet pas, en l'état, l'établissement non lacunaire de l'état de santé de l'assuré.

E. 9.1

Au vu de ce qui précède, le Tribunal constate que la documentation versée au dossier n'est pas suffisante pour porter un jugement valable sur le droit litigieux et établir, au degré de la vraisemblance prépondérante, l'état de santé du recourant, les limitations fonctionnelles qu'il subit et leurs conséquences sur sa capacité de travail, notamment dans une activité adaptée. Il s'avère ainsi nécessaire de clarifier les faits de la cause, étant précisé que le rapport du Dr C._____ du 16 avril 2021 produit en procédure de recours (cf. ci-dessus, let. C.c), dans la mesure où il doit être pris en compte car il porte sur l'état de santé du recourant tel qu'il était avant la date de la décision litigieuse, n'apporte pas d'éléments ayant valeur probante permettant d'apprécier la capacité de travail du recourant dans l'exercice d'une activité adaptée (cf. ci-dessus, consid. 4.2). En effet, ce rapport, qui met notamment en exergue l'aggravation de la capacité de mobilité et confirme l'incapacité de travail dans l'activité habituelle de cuisinier, ne se prononce pas clairement sur les limitations fonctionnelles du recourant et leur impact sur l'exercice d'une activité lucrative plus légère.

E. 9.2

Selon l'art. 61 al. 1 PA, l'autorité de recours statue elle-même sur l'affaire ou exceptionnellement la renvoie avec des instructions impératives à l'autorité inférieure. Le Tribunal fédéral a précisé que le renvoi de l'affaire à l'autorité inférieure se justifie notamment lorsqu'il s'agit d'enquêter sur une situation médicale qui n'a pas encore fait l'objet d'un examen complet, respectivement lorsque l'autorité inférieure n'a nullement instruit une question déterminante pour l'examen du droit aux prestations ou lorsqu'un éclaircissement, une précision ou un complément d'expertise s'avère nécessaire (ATF 137 V 210 consid. 4.4.1.4 ; arrêt du TF 8C_633/2014 du 11 décembre 2014 consid. 3.2 et 3.3). Dans le cas concret, il se justifie dès lors, en application de l'art. 61 al. 1 PA, de renvoyer la cause à l'autorité inférieure afin qu'elle procède aux mesures d'instruction nécessaires, puis se prononce à nouveau, dans une nouvelle décision, sur le droit du recourant à des prestations de l'AI.

E. 9.3

L'instruction à venir concernera l'état de santé de l'intéressé dans son ensemble. Donc, après avoir versé au dossier les nouvelles pièces médicales existantes (en particulier, le rapport du Dr C. _____ du 11 août 2020 mentionné dans le mémoire de recours du 24 décembre 2020 [TAF pce 1]), l'OAIE mettra en oeuvre une expertise médicale pluridisciplinaire en Suisse (cf. art. 44 LPGA) dans les domaines de la médecine interne, l'orthopédie, la neurologie, la cardiologie et la psychiatrie, ainsi que dans toute autre discipline jugée nécessaire par les experts (ATF 139 V 349 consid. 3.3). En particulier, la question de savoir comment les différentes incapacités de travail et les différentes limitations fonctionnelles s'articulent fera l'objet d'une discussion consensuelle entre les experts (ATF 143 V 124 consid. 2.2.4).

E. 10

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

E. 11.1

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

E. 11.2

Selon l'art. 64 al. 1 PA, l'autorité de recours peut allouer, d'office ou sur requête, à la partie ayant entièrement ou partiellement obtenu gain de cause une indemnité pour les frais indispensables et relativement élevés qui lui ont été occasionnés. Les parties qui ont droit aux dépens et les avocats commis d'office doivent faire parvenir au tribunal, avant le prononcé, un décompte de leurs prestations (art. 14 al. 1 du règlement du 21 février 2008 concernant les frais, dépens et indemnités fixés par le Tribunal administratif fédéral [FITAF, RS 173.320.2]). A défaut de décompte, le tribunal fixe l'indemnité sur la base du dossier (art. 14 al. 2, 2e phrase FITAF). Les honoraires du représentant sont fixés, selon l'appréciation de l'autorité, en raison de l'importance et de la difficulté du litige, ainsi que d'après le travail et le temps que le représentant a dû y consacrer. En l'espèce, il apparaît équitable d'allouer au recourant, à charge de l'OAIE, une indemnité à titre de dépens fixée à Fr. 2'000.- (frais compris; cf. art. 9 al. 1 FITAF), son mandataire ayant rédigé un recours de trois pages (TAF pce 1), un courrier d'une demie page (TAF pce 9) et une réplique d'une page (TAF pce 12).

E. 15

kg et limitant le port et le soulèvement de charges en général). C'est pour cette seconde alternative qu'a opté le recourant. B.d Dans son rapport d'expertise du 9 juillet 2019, le Dr C. _____ conclut à une réduction de la capacité de gain (Minderung der Erwerbsfähigkeit [MdE]), sur le plan orthopédique et compte tenu des séquelles accidentelles, de 40 % dès le 24 août 2019 (OAIE pce 38 p. 46). Cette réduction de la capacité de gain pourrait être de 30-40 % trois ans après l'accident selon le médecin. B.e Dans son rapport d'expertise du 13 septembre 2019 (OAIE pce 40), le Dr D. _____ (neurologue ; ci-après : le Dr D. _____) conclut à une réduction de la capacité de gain de 20 % à compter du 9 septembre 2019 sur

le plan neurologique, compte tenu d'une lésion sensomotrice incomplète du nerf ulnaire droit, d'un syndrome douloureux neuropathique léger et d'une probable légère lésion du nerf cutané fémoral latéral droit. Par ailleurs, le médecin précise que la réduction de la capacité de gain pourrait être de 15-20 % trois ans après l'accident. Le Dr D. _____ ajoute que l'assuré présente des limitations fonctionnelles, à cause des atteintes neurologiques, en ce qui concerne le port de poids de plus de 5-10 kg et le maniement de couteaux. Selon le médecin, une activité à temps partiel respectant les limitations précitées pourrait être réalisée. B.f Dans son rapport du 9 octobre 2019 (OAIE pce 14), la Dre E. _____ (ci-après : la Dre E. _____) mentionne les diagnostics suivants : - cardiomyopathie dilatée avec fonction cardiaque gauche sévèrement diminuée et mise en place d'un stimulateur cardiaque à trois chambres (I42.10 CIM-10), - maladie coronarienne des deux vaisseaux (I25.12 CIM-10), - polytraumatisme (24 février 2018) avec de multiples blessures (T07 CIM-10), - infection par le VIH, - infection par hépatite B, - œsophage de Barrett, - névralgies causées par l'herpès zoster. La Dre E. _____ retient que la capacité de travail dans une activité adaptée (« in einer dem Leistungsbild entsprechenden Tätigkeit ») est de moins de 3 heures par jour, et ce depuis le 24 février 2018, étant précisé qu'une

C-6537/2020 Page 4 amélioration de la capacité de travail est possible. En particulier, la médecin souligne que la pathologie cardiaque conditionne à elle toute seule la capacité de travail du recourant. B.g Dans son rapport du 2 mars 2020 (OAIE pce 47), le Dr C. _____ fait notamment état d'une aggravation des suites accidentelles dans la région lombo-pelvienne droite. De plus, le médecin indique que le patient a participé à une mesure de réadaptation (« ABE-Massnahme ») dans le cadre de sa dernière activité de cuisinier à raison de 2 à 3 heures par jour depuis le 1er octobre 2018, étant précisé que cette mesure, qui a pu par la suite être exercée à raison de 4 à 5 heures par jour, a été interrompue en date du 26 janvier 2019 à cause de douleurs postopératoires (cf. OAIE pce 47 p. 5). Par ailleurs, au niveau psychique, le Dr C. _____ mentionne l'absence de peurs posttraumatiques et de cauchemars, alors que des peurs sont présentes lors de descentes en voiture sur le lieu de l'accident (OAIE pce 47 p. 8). En conclusion, le médecin indique que la dernière activité de cuisinier – exercée à temps complet – n'est pas adaptée à l'état de santé de l'assuré, qui ne peut exercer que des activités légères à temps partiel – au maximum à raison de 15 heures par semaine – en tant que cuisinier auprès de son employeur actuel (OAIE pce 47 p. 15). Par ailleurs, le Dr C. _____ écrit que le patient, qui est content de l'activité légère actuellement exercée dans le domaine de la restauration, ne souhaite pas participer à des mesures d'ordre professionnel. B.h Il ressort du questionnaire pour l'employeur du 4 mars 2020 (OAIE pce 23) que le recourant travaillait à 100 % depuis le 1er juillet 2017 en tant que chef de cuisine (« Koch Leitender »), activité moyennement lourde exposée au stress, au bruit, au froid, au chaud et à la vapeur et que le recourant a dû interrompre en date du 24 février 2018 (jour de son accident). L'employeur indique que l'intéressé a repris une activité plus légère (en limitant la marche et l'exposition à la chaleur, la main droite du recourant ne percevant pas le chaud), auprès du premier, à 50 % (15-20 heures par semaine) dès le 23 août 2019 en tant qu'aide dans la cuisine froide. B.i Dans son rapport d'expertise du 12 juin 2020 (OAIE pce 73), le Dr C. _____ rappelle notamment que l'accident subi par l'assuré le 24 février 2018 a provoqué des traumatismes au niveau du thorax, de l'abdomen, de la colonne vertébrale, de la cheville gauche (Weber B) et du nerf ulnaire droit. De surcroît, le Dr C. _____ fait état d'un patient qui se plaint d'une symptomatologie douloureuse chronique au flanc droit et au niveau du bassin irradiant à la colonne lombaire, de limitations fonctionnelles af-

C-6537/2020 Page 5 fectionnant la main droite (contracture en flexion des 4e et 5e doigts), de difficultés à monter les escaliers, de douleurs au repos (5/10) et à la charge (6-7/10). Sur la base de son examen clinique, du dossier médical à sa disposition et de la littérature médicale (cf. OAIE pce 73 p. 48), le Dr C. _____ conclut à une réduction de la capacité de gain (Minderung der Erwerbsfähigkeit) de 40 % sur le plan de la chirurgie traumatique. Par ailleurs, le médecin souligne qu'une modification de la diminution de la capacité de gain ne devrait pas avoir lieu à court ou moyen terme (OAIE pce 73 p. 42). En outre, le Dr C. _____ précise que la dernière activité lucrative de cuisinier n'est médicalement pas exigible, ladite activité impliquant notamment le port et le soulèvement de poids jusqu'à 20 kg (OAIE pce 73 p. 47). De plus, le Dr C. _____ mentionne que l'assuré, qui n'a pas souhaité participer à des mesures de réadaptation, a travaillé en tant qu'aide-cuisine seulement 15 heures par semaine jusqu'à la fermeture de l'établissement au 31 mars 2020. Et le médecin d'ajouter que le degré total de l'incapacité de gain pourra être fixé une fois que le rapport d'expertise neurologique aura été produit (OAIE pce 73 p. 48). B.j Dans ses prises de position des 18 mai 2020, 4 juin 2020 et 17 juin 2020 (OAIE pces 52, 54 et 56), la Dre F. _____ (médecin généraliste auprès du Service médical régional de l'AI [SMR] ; ci-après : la Dre F. _____) retient notamment une incapacité de travail de 100 % dès le 24 février 2018 dans l'activité habituelle, alors que des activités adaptées sont exigibles à 50 % dès le 1er octobre 2018 et à 80 % au moins à compter du 1er novembre 2018. B.k Il ressort de la comparaison des revenus effectuée par l'Office de l'assurance-invalidité pour les assurés résidant à l'étranger (ci-après : l'OAIE, l'autorité inférieure ou l'autorité précédente) en date du 24 juin 2020 (OAIE pce 57) que ce dernier a calculé les pertes de gain suivantes : 100 % dès le 24 février 2018, 45 % dès le 1er octobre 2018 et 11 % à compter du 1er novembre 2018. B.l Par décision du 20 novembre 2020 (annexe à TAF pce 1), l'OAIE, confirmant son projet de décision du 26 juin 2020 (OAIE pce 58) a rejeté la demande de prestations AI de l'assuré du 16 juillet 2019. En substance, l'autorité inférieure a retenu une capacité de travail nulle dans la dernière activité exercée de chef de cuisine, et ce à compter du 24 février 2018. En revanche, l'incapacité de travail dans des activités adaptées (en épargnant la main droite, sans nécessité de sensibilité des doigts de la main droite, pas de travail au-dessus de la tête, sans soulever de poids, sans rotation du tronc, sans devoir monter sur des échelles ou des échafaudages, en

C-6537/2020 Page 6 limitant la marche, sans marcher sur des terrains irréguliers, sans devoir se pencher, pas de travail à genoux ou accroupi, en alternant les positions) est de 100 % dès le 24 février 2018, de 50 % dès le 1er octobre 2018 et de

E. 20

novembre 2020 (cf. ci-dessus, let. C.c) que dans la mesure où les conditions précitées sont remplies. 4.3 Le recourant étant un ressortissant allemand, domicilié en Allemagne, ayant travaillé en Suisse et demandant l'octroi de prestations AI suisses, l'affaire présente un aspect transfrontalier (ATF 145 V 231 consid. 7.1 ; 143 V 354 consid. 4 ; 143 V 81 en particulier consid. 8.1 ; 141 V 521 consid. 4.3.2). Est dès lors applicable à la présente cause l'accord du

E. 21

juin 1999 sur la libre circulation des personnes (ALCP, RS 0.142.112.681), dont l'annexe II règle la coordination des systèmes de sécurité sociale (art. 8 ALPC). Dans ce contexte, l'ALCP fait référence depuis le 1er avril 2012 au règlement (CE) n° 883/2004 du Parlement

européen et du Conseil du 29 avril 2004 portant sur la coordination des systèmes de sécurité sociale (ci-après : règlement n° 883/2004 [RS 0.831.109.268.1]), ainsi qu'au règlement (CE) n° 987/2009 du Parlement européen et du Conseil du 16 septembre 2009 fixant les modalités d'application du règlement (CE) n° 883/2004 (ci-après : règlement n° 987/2009 [RS 0.831.109.268.11] ; art. 1 al. 1 de l'annexe II en relation avec la section A de l'annexe II). A compter du 1er janvier 2015, sont également applicables dans les relations entre la Suisse et les Etats membres de l'Union européenne (UE) les modifications apportées notamment au règlement n° 883/2004 par les règlements (UE) n° 1244/2010 (RO 2015 343), n° 465/2012 (RO 2015 345) et n° 1224/2012 (RO 2015 353). Il sied de souligner que l'octroi d'une rente étrangère d'invalidité ne préjuge toutefois pas l'appréciation de l'invalidité selon la loi suisse (arrêt du TF I 435/02 du 4 février 2003 consid. 2). Aussi, même après l'entrée en vigueur de l'ALCP et des règlements de coordination, l'invalidité ouvrant droit à des prestations de l'AI suisse se détermine exclusivement d'après le droit suisse (art. 46 al. 3 du règlement n° 883/2004, en relation avec l'annexe VII dudit règlement ; ATF 130 V 253 consid. 2.4 ; arrêt du TF 9C_573/2012 du 16 janvier 2013 consid. 4). 5. 5.1 Tout requérant, pour avoir droit à une rente ordinaire de l'assurance- invalidité suisse, doit remplir cumulativement les conditions suivantes : d'une part être invalide au sens de la LPGA et de la LAI (art. 8 LPGA ; art. 4, 28 et 29 al. 1 LAI) ; d'autre part compter au moins trois années entières de cotisations lors de la survenance de l'invalidité (art. 36 al. 1 LAI). Dans ce cadre, les cotisations versées à une assurance sociale assimilée à un Etat membre de l'UE ou de l'Association européenne de libre-échange (AELE) peuvent également être prises en considération, à condition qu'une

C-6537/2020 Page 10 année au moins de cotisations puisse être comptabilisée en Suisse (art. 36 al. 2 LAI en lien avec l'art. 29 al. 1 de la loi fédérale du 20 décembre 1946 sur l'assurance-vieillesse et survivants [LAVS, RS 831.10] ; ATF 131 V 390 ; FF 2005 4215 p. 4291 ; art. 6 et 45 du règlement n° 883/2004). En l'espèce, le recourant a versé des cotisations à l'AVS/AI suisse pendant plus de trois ans au total et remplit par conséquent la condition de la durée minimale de cotisations (cf. ci-dessus, let. A). Reste à examiner s'il est invalide au sens de la législation suisse. 6. 6.1 L'invalidité au sens de la LPGA et de la LAI est l'incapacité de gain totale ou partielle qui est présumée permanente ou de longue durée (art. 8 al. 1 LPGA). Elle peut résulter d'une infirmité congénitale, d'une maladie ou d'un accident (art. 4 al. 1 LAI) et est réputée survenue dès qu'elle est, par sa nature et sa gravité, propre à ouvrir le droit aux prestations entrant en considération (art. 4 al. 2 LAI). Selon l'art. 7 al. 1 LPGA, est réputée incapacité de gain toute diminution de l'ensemble ou d'une partie des possibilités de gain de la personne assurée sur un marché du travail équilibré dans son domaine d'activité, si cette diminution résulte d'une atteinte à sa santé physique, mentale ou psychique et qu'elle persiste après les traitements et les mesures de réadaptation exigibles. Par incapacité de travail, on entend toute perte, totale ou partielle, résultant d'une atteinte à la santé physique, mentale ou psychique, de l'aptitude de la personne assurée à accomplir dans sa profession ou son domaine d'activité le travail qui peut raisonnablement être exigé d'elle (art. 6, 1ère phrase LPGA). L'AI suisse couvre ainsi seulement les pertes économiques liées à une atteinte à la santé physique ou psychique, et non la maladie en tant que telle (ATF 116 V 246 consid. 1b). En d'autres termes, l'objet assuré n'est pas l'atteinte à la santé, mais l'incapacité de gain probablement permanente ou de longue durée qui en résulte et qui n'est pas objectivement surmontable (art. 7 al. 2 LPGA). En cas d'incapacité de travail de longue durée, l'activité qui peut être exigée de la personne assurée peut aussi relever d'une autre profession ou d'un autre domaine d'activité

(art. 6, 2e phrase LPGA). 6.2 Conformément à l'art. 28 al. 1 LAI, l'assuré a droit à une rente si sa capacité de gain ou sa capacité d'accomplir ses travaux habituels ne peut être rétablie, maintenue ou améliorée par des mesures de réadaptation raisonnablement exigibles (let. a) ; s'il a présenté une incapacité de travail (art. 6 LPGA) d'au moins 40 % en moyenne durant une année sans

C-6537/2020 Page 11 interruption notable (let. b) ; et si, au terme de cette année, il est invalide (art. 8 LPGA) à 40 % au moins (let. c). 6.3 Aux termes de l'art. 28 al. 2 LAI, l'assuré a droit à un quart de rente s'il est invalide à 40 % au moins, à une demi-rente s'il est invalide à 50 % au moins, à trois quarts de rente s'il est invalide à 60 % au moins et à une rente entière s'il est invalide à 70 % au moins. 6.4 Selon l'art. 29 al. 1 LAI, le droit à la rente prend naissance au plus tôt à l'échéance d'une période de six mois à compter de la date à laquelle l'assuré a fait valoir son droit aux prestations conformément à l'art. 29 al. 1 LPGA, mais pas avant le mois qui suit le 18e anniversaire de l'assuré. 7. 7.1 La procédure dans le domaine des assurances sociales fait prévaloir la maxime inquisitoire (art. 43 LPGA ; ATF 138 V 218 consid. 6). Ainsi, le Tribunal administratif fédéral définit les faits et apprécie les preuves d'office et librement (art. 12 PA ; MOOR / POLTIER, op. cit., no 2.2.6.3). Ce faisant, il ne tient pour existants que les faits qui sont prouvés, cas échéant au degré de la vraisemblance prépondérante (ATF 139 V 176 consid. 5.2 ; 138 V 218 consid. 6). Il ne suffit pas qu'un fait puisse être considéré seulement comme une hypothèse possible ; la vraisemblance prépondérante suppose que, d'un point de vue objectif, des motifs importants plaident pour l'exactitude d'une allégation, sans que d'autres possibilités ne revêtent une importance significative ou n'entrent raisonnablement en considération (ATF 144 V 427 consid. 3.2 ; 139 V 176 consid. 5.3 ; 138 V 218 consid. 6). Partant, l'autorité ne peut renoncer à accomplir des actes d'instruction que si elle est convaincue, au terme d'une appréciation consciencieuse des preuves (ATF 125 V 351 consid. 3a), que certains faits présentent un degré de vraisemblance prépondérante et que d'autres mesures probatoires ne pourraient plus modifier cette appréciation (sur l'appréciation anticipée des preuves : ATF 131 I 153 consid. 3 ; 130 II 425 consid. 2). 7.2 Pour pouvoir déterminer la capacité de travail médico-théorique et évaluer l'invalidité de la personne concernée, l'administration, ou le tribunal en cas de recours, a besoin de documents que le médecin ou éventuellement d'autres spécialistes doivent lui fournir (ATF 117 V 282 consid. 4a) et sur lesquels elle s'appuiera, sous peine de violer le principe inquisitoire (arrêt du TF 8C_623/2012 du 6 décembre 2012 consid. 1). Le Tribunal fédéral a jugé que les données fournies par les médecins

C-6537/2020 Page 12 constituent un élément utile pour apprécier les conséquences fonctionnelles de l'atteinte à la santé, quand bien même la notion d'invalidité est de nature économique/juridique et non médicale. Précisément, la tâche des médecins consiste à porter un jugement sur l'état de santé et à indiquer dans quelle mesure et pour quelles activités la personne concernée est incapable de travailler, compte tenu de ses limitations (ATF 143 V 418 consid. 6 ; 132 V 93 consid. 4 ; 125 V 256 consid. 4 ; 115 V 133 consid. 2 ; 114 V 310 consid. 3c ; 105 V 156 consid. 1 ; voir également ATF 140 V 193 consid. 3.2 et les références citées). Dans ce contexte, on rappellera qu'il n'appartient pas au juge de remettre en cause le diagnostic retenu par un médecin et de poser de son propre chef des conclusions qui relèvent de la science et des tâches du corps médical (arrêt du TF 9C_719/2016 du 1er mai 2017 consid. 5.2.1). 7.3 Le principe de la libre appréciation des preuves s'applique de manière générale à toute procédure de nature administrative, que ce soit devant

l'administration ou le juge. Si elle n'a jamais entendu créer une hiérarchie rigide entre les différents moyens de preuve disponibles, la jurisprudence a toutefois posé des lignes directrices en matière d'appréciation des rapports médicaux (ATF 125 V 351 consid. 3b et 3c). 7.3.1 Ainsi, le juge des assurances sociales doit examiner de manière objective tous les moyens de preuve, quelle que soit leur provenance, puis décider si les documents à disposition permettent de porter un jugement valable sur le droit litigieux. A cet égard, l'élément déterminant pour reconnaître pleine valeur probante à un rapport médical n'est ni son origine, ni sa désignation, mais son contenu. Avant de conférer pleine valeur probante à un rapport médical, il convient donc de s'assurer que les points litigieux importants ont fait l'objet d'une étude circonstanciée, que le rapport se fonde sur des examens complets, qu'il prend également en considération les plaintes exprimées par la personne examinée, qu'il a été établi en pleine connaissance de l'anamnèse, que la description du contexte médical et l'appréciation de la situation médicale sont claires et enfin que les conclusions du médecin sont dûment motivées (ATF 134 V 231 consid. 5.1 ; 125 V 351 consid. 3a). La valeur probante d'un rapport médical ou d'une expertise est de plus liée à la condition que le médecin qui se prononce dispose de la formation spécialisée nécessaire et de compétences professionnelles dans le domaine d'investigation (arrêts du TF 9C_555/2017 du 22 novembre 2017 consid. 3.1 et les références citées ; 9C_745/2010 du 30 mars 2011 consid. 3.2 ;

C-6537/2020 Page 13 9C_59/2010 du 11 juin 2010 consid. 4.1 ; MICHEL VALTERIO, Commentaire, Loi fédérale sur l'assurance-invalidité [LAI], 2018, ad art. 57 n° 33). 7.3.2 Il n'est pas interdit à l'administration et aux tribunaux de se fonder uniquement ou principalement sur les prises de position des SMR au sens de l'art. 49 al. 1 et 3 RAI ou du service médical interne de l'OAIE qui ne se fondent pas sur des examens médicaux effectués sur la personne de l'assuré (arrêts du TF 9C_542/2011 du 26 janvier 2012 consid. 4.1 ; 9C_581/2007 du 14 juillet 2008 consid. 3.2 ; 9C_341/2007 du 16 novembre 2007 consid. 4.1). Ces prises de position ont notamment pour but de résumer et de porter une appréciation sur la situation médicale de la personne concernée, ainsi que de faire une recommandation, sous l'angle médical, concernant la suite à donner à la demande de prestations. Ceci implique aussi, en présence de pièces médicales contradictoires, de dire de façon motivée s'il y a lieu de se fonder sur l'une ou l'autre de ces pièces (ATF 137 V 210 consid. 6.2.4; VALTERIO, op. cit., ad art. 57 n° 43) ou s'il y a lieu de procéder à une instruction complémentaire (ATF 142 V 58 consid. 5.1). Pour avoir valeur probante, ces rapports présupposent donc que le dossier ayant servi de base à leur établissement soit complet (anamnèse, évolution de l'état de santé et status actuel), contienne suffisamment d'appréciations médicales résultant d'un examen personnel de l'assuré et permette l'appréciation d'un état de fait médical stabilisé et non contesté, établi de manière concordante par les médecins (ATF 142 V 58 consid. 5.1 ; 137 V 210 consid. 6.2.4 ; arrêts du TF 9C_165/2015 du 12 novembre 2015 consid. 4.3 ; 9C_335/2015 du 1er septembre 2015 ; 9C_58/2011 du 25 mars 2011 consid. 3.3 ; 8C_565/2008 du 27 janvier 2009 consid. 3.3.3 ; arrêt du TAF C-2843/2016 du 30 mai 2018 consid. 8.2 ; VALTERIO, op. cit., ad art. 57 LAI n° 43). Si les pièces au dossier ne permettent pas de trancher les questions contestées, les prises de position médicales internes de l'assureur ne peuvent pas, en règle générale, constituer une évaluation finale, mais doivent donner lieu à une instruction complémentaire (arrêts du TF 9C_165/2015 du 12 novembre 2015 consid. 4.3; 9C_58/2011 du 25 mars 2011 consid. 3.3; arrêt du TAF C-2843/2016 du 30 mai 2018 consid. 8.2). 7.3.3 S'agissant des rapports établis par les médecins traitants, qu'ils soient médecins de famille

généralistes ou spécialistes, il convient de les apprécier avec une certaine réserve en raison de la relation de confiance, issue du mandat thérapeutique confié au médecin traitant, qui unit celui-ci à son patient (ATF 125 V 351 consid. 3b/cc et les références citées ; arrêt du TF I 655/05 du 20 mars 2006 consid. 5.4). Toutefois, le simple fait qu'un rapport médical soit établi à la demande d'une partie et soit produit pendant

C-6537/2020 Page 14 la procédure ne justifie pas en soi des doutes quant à sa valeur probante (arrêt du TF 8C_278/2011 du 26 juillet 2011 consid. 5.3) ; ainsi, on en retiendra des éléments, notamment si ceux-ci, objectivement vérifiables, ont été ignorés dans le cadre d'une expertise indépendante et s'avèrent suffisamment pertinents pour remettre en cause les conclusions de l'expert (ATF 125 V 351 consid. 3b/dd et les références citées ; arrêts du TF 9C_338/2016 du 21 février 2017, publié in : Droit des assurances sociales – Jurisprudence [SVR] 2017 IV n° 49 consid. 5.5 ; 9C_876/2009 du 6 juillet 2010 consid. 2.2 ; 9C_24/2008 du 27 mai 2008 consid. 2.3.2 ; 9C_201/2007 du 29 janvier 2008 consid. 3.2 ; VALTERIO, op. cit., ad. art. 57 LAI nos 48 et 49). 8. En l'espèce, la décision attaquée se fonde précisément sur les prises de position du SMR. Le Tribunal de céans doit ainsi examiner si l'on peut accorder valeur probante aux avis médicaux précités. 8.1 8.1.1 Pour fixer les incapacités de travail (cf. ci-dessus, let. B.j), la médecin du SMR (la Dre F. _____ – cf. OAIE pce 79) a en particulier retenu le diagnostic principal de polytraumatisme (24 février 2018), avec : - Traumatisme du thorax : • fractures des côtes à droite avec lésions du poumon et du diaphragme, • hémopneumothorax droit, • ventilation après trachéotomie dilatée (26 février 2018) jusqu'à décanulation (8 mars 2018), • thoracotomie et évacuation de l'hématome, suture du diaphragme et du poumon, reconstruction plastique et stabilisation de la paroi thoracique (1er mars 2018), • hernie du flanc droit (prélèvement de l'os iliaque), • fermeture de la hernie avec mise en place d'un filet, résection de l'ossification, reconstruction musculaire et aponévrotique de la région abdominale (14 juin 2019). - Traumatisme abdominal avec : • blessure au rein droit, • contusion du foie, • faible hémopéritoine, • hématome rétropéritonéal et hémorragies dans les muscles du dos.

C-6537/2020 Page 15 - Colonne vertébrale : • fractures des apophyses transverses L1-5 à droite et L3-5 à gauche (non consolidées en janvier 2019), • fractures de l'apophyse épineuse L5, de la portion inférieure L5 à gauche et de la portion supérieure S1 à gauche, • traitée de manière conservatrice. - Fracture de type Weber B à gauche : • ostéosynthèse (6 mars 2018). - Neurapraxie du nerf ulnaire à droite : • trouble de la sensibilité des doigts et du bord cubital de la main, • persistance des douleurs neuropathiques (pas d'amélioration en juin 2018), • contraction de la flexion des articulations médianes des doigts (4/5), atrophie dorsale des interosseux (mars 2019), • callosité identique sur les deux mains, fermeture complète des deux poings, contraction de la flexion des articulations médianes des 4e (20°) et 5e doigts (40°), force à droite 17 kg et à gauche 16 kg, diminution de la sensibilité du nerf ulnaire (juin 2020). La médecin du SMR retient aussi, comme diagnostic secondaire ayant une répercussion sur la capacité de travail, une cardiomyopathie dont la genèse n'est pas claire, en soulignant notamment une bonne compensation en février 2019. La Dre F. _____ indique les diagnostics secondaires sans répercussion sur la capacité de travail suivants : infection par le VIH, névralgies zostériennes du trijumeau à gauche, œsophage de Barrett, splénomégalie et lymphadénopathie d'étiologie non claire, status après hépatite B et status après néphrolithiase. 8.1.2 De surcroît, la médecin du SMR fait état, dans sa prise de position du 18 mai 2020 (OAIE pce 52) d'un assuré souffrant, à cause de l'événement

accidentel du 24 février 2018, de douleurs lombaires et d'une limitation fonctionnelle au niveau des 4e et 5e doigts de la main droite, qui est la main dominante. Par ailleurs, la médecin du SMR met en exergue le fait que l'assuré a partiellement repris sa dernière activité lucrative en octobre 2018, étant précisé que le recourant a augmenté son taux d'occupation à raison de 4 à 5 heures par jour à compter du mois de novembre 2018 (OAIE pce 52 p. 7). Et la médecin de préciser que l'activité reprise est une activité adaptée. En outre, la Dre F._____ souligne que des mesures professionnelles pour une activité adaptée ont toujours été refusées par le patient. La

C-6537/2020 Page 16 médecin fait aussi état d'autres pathologies dont souffre l'assuré (notamment une maladie cardiaque, une infection par le VIH et une neuropathie), qui ne sont pas suffisamment documentées (« sehr rudimentär dokumentiert ») et ne provoquent pas d'incapacité de travail. Le refus de l'assuré de participer à des mesures de reconversion professionnelle est aussi souligné – avec un point d'exclamation – dans la prise de position de la Dre F._____ du 17 juin 2020 (OAIE pce 56 p. 1). De plus, dans sa prise de position du 11 novembre 2020, la médecin du SMR, se référant à son premier avis du 8 mai 2020, indique entre parenthèses, après avoir écrit que des activités de substitution sont exigibles à 80 % au moins, que l'assuré a refusé de prendre part à des mesures d'ordre professionnel en Allemagne (OAIE pce 79 p. 1). 8.1.3 En procédure de recours, dans sa nouvelle prise de position du 25 mai 2021 (annexe à TAF pce 14), la Dre F._____ se prononce sur le rapport du Dr C._____ du 16 avril 2021 (cf. ci-dessus, let. C.c), mettant notamment en exergue un patient qui ne peut plus marcher plus de 600 mètres, qui ne peut pas rester assis plus d'une heure d'affilé et 20 minutes debout et dont les douleurs perdurent (6-8/10). La médecin du SMR indique qu'aucun médicament antidouleur n'est énuméré et qu'il ressort du rapport précité que le patient prend deux médicaments contre les douleurs neuropathiques (Gabapentin et Lyrica – dont la posologie n'est pas clairement indiquée –, médicaments qui ont les mêmes effets selon la Dre F._____). 8.2 L'autorité inférieure a fait siennes les conclusions de son service médicale (cf. ci-dessus, let. B.1), en insistant sur le fait que le recourant a pu reprendre une activité professionnelle à 50 % depuis le 23 août 2019 auprès du même établissement qui l'employait avant l'accident (TAF pces 7 et 14). 8.3 8.3.1 Or, comme le relève à juste titre le recourant, l'appréciation fournie par la médecin du SMR ne saurait convaincre. En effet, la Dre F._____ – médecin généraliste sans spécialisation dans d'autres branches de la médecine – a fixé une incapacité de travail d'au maximum 20 % dans l'exercice d'une activité lucrative adaptée depuis le 1er novembre 2018, sans expliquer de manière circonstanciée les raisons de son choix ni se prononcer sur l'intégralité des pièces médicales présentes au dossier. En particulier, le Tribunal constate que la médecin du SMR ne prend pas position sur le rapport de la Dre E._____ du 9 octobre 2019 (cf. ci-dessus, let. B.f), qui

C-6537/2020 Page 17 retient que la capacité de travail dans une activité adaptée est de moins de 3 heures par jour et qui précise que la pathologie cardiaque conditionne à elle toute seule la capacité de travail limitée du recourant. Bien plutôt, la Dre F._____ se contente d'affirmer que les affections sans lien avec l'accident ne sont pas suffisamment documentées et qu'elles ne justifient pas d'incapacité de travail, alors même qu'elle classe la cardiomyopathie sous la rubrique des pathologies secondaires avec effet sur la capacité de travail (cf. ci-dessus, consid. 8.1.1 et 8.1.2). Par ailleurs, les doutes exprimés par la Dre F._____ quant aux médicaments prescrits et pris par le recourant (cf. ci-dessus, consid. 8.1.3) auraient dû pousser l'autorité inférieure à demander des renseignements plus précis,

conformément à la maxime inquisitoire (cf. ci-dessus, consid. 7.1). 8.3.2 Le Tribunal de céans cherche en vain les pièces médicales justifiant les incapacités de travail fixées par la médecin du SMR qui s'est prononcée sur le dossier médical sans procéder à un examen sur la personne du recourant. Cette dernière met en relief le fait que le recourant a refusé de prendre part à des mesures d'ordre professionnel (cf. ci-dessus, consid. 8.1.2) et qu'il a été à même de reprendre une activité lucrative partielle auprès de son dernier employeur après l'accident, en travaillant entre 4 et 5 heures par jour dès novembre 2018. Or, de telles constatations ne permettent de tirer aucune conclusion, au degré de la vraisemblance prépondérante, au sujet de la capacité de travail dans une activité lucrative adaptée à l'état de santé de l'intéressé. En effet, en ce qui concerne le refus du recourant de suivre une reconversion professionnelle, l'on ne saurait perdre de vue qu'un spécialiste en réadaptation lui a proposé de participer à des mesures d'ordre professionnel ou de poursuivre son activité dans la restauration à temps partiel dans le respect des limitations fonctionnelles (cf. ci-dessus, let. B.c). En choisissant cette seconde option, le recourant s'est conformé au choix qui lui a été offert, sans que le Tribunal puisse retenir, au degré de la vraisemblance prépondérante et à l'instar de la Dre F._____, des motivations subjectives expliquant le non-aboutissement de mesures d'ordre professionnel (cf. OAIE pce 56 p. 1). De surcroît, la reprise de l'activité lucrative dans la restauration, qui a notamment pu être exercée à raison de 15 à 20 heures par semaine à compter du 23 août 2019 (cf. questionnaire pour l'employeur du 4 mars 2020 ; OAIE pce 23) – soit à un taux d'activité pouvant atteindre 50 % – ne permet pas au Tribunal de retenir, au degré de la vraisemblance prépondérante, une capacité de travail d'au moins 80 % dans une activité adaptée depuis le 1er novembre 2018, en l'absence de toute pièce médicale justifiant un tel taux. S'il est vrai que la notion de « Minderung der Erwerbsfähigkeit

C-6537/2020 Page 18 [MdE] » (cf. ci-dessus, let B.d) utilisée par les médecins allemands ne ressortit pas au droit suisse, il n'en demeure pas moins que les rapports médicaux rédigés par ces derniers n'établissent nullement une capacité de travail de 80 %. Bien plutôt, les différentes affections sur les plans neurologique, orthopédique et cardiologique notamment, constatées par les Drs C._____, B._____, E._____ et D._____, font apparaître un cadre clinique complexe ne pouvant être appréhendé que par une appréciation multidisciplinaire de la situation. En définitive, s'il peut être établi, au degré de la vraisemblance prépondérante, que le recourant ne peut plus exercer son activité habituelle de chef de cuisine depuis le jour de son accident, les pièces médicales au dossier ne permettent pas au Tribunal de céans de fixer la capacité de travail – et son évolution – dans l'exercice d'une activité adaptée à l'état de santé de l'intéressé. 8.4 En résumé, le SMR ne pouvait se baser sur les pièces médicales au dossier pour se prononcer en l'espèce, ni l'autorité inférieure sur les appréciations du SMR pour justifier, dans la décision dont est recours, le rejet de la demande de prestations de l'assurance-invalidité. Pour déterminer les circonstances médicales pertinentes, l'OAIE s'est en effet contenté de solliciter l'appréciation documentaire du médecin du SMR, qui s'est prononcé sans disposer de la documentation médicale complète, laquelle ne permet pas, en l'état, l'établissement non lacunaire de l'état de santé de l'assuré. 9. 9.1 Au vu de ce qui précède, le Tribunal constate que la documentation versée au dossier n'est pas suffisante pour porter un jugement valable sur le droit litigieux et établir, au degré de la vraisemblance prépondérante, l'état de santé du recourant, les limitations fonctionnelles qu'il subit et leurs conséquences sur sa capacité de travail, notamment dans une activité adaptée. Il s'avère ainsi nécessaire de clarifier les faits de la cause, étant précisé que le rapport du Dr C._____ du 16 avril 2021 produit en

procédure de recours (cf. ci-dessus, let. C.c), dans la mesure où il doit être pris en compte car il porte sur l'état de santé du recourant tel qu'il était avant la date de la décision litigieuse, n'apporte pas d'éléments ayant valeur probante permettant d'apprécier la capacité de travail du recourant dans l'exercice d'une activité adaptée (cf. ci-dessus, consid. 4.2). En effet, ce rapport, qui met notamment en exergue l'aggravation de la capacité de mobilité et confirme l'incapacité de travail dans l'activité habituelle de cuisinier, ne se prononce pas clairement sur les limitations fonctionnelles

C-6537/2020 Page 19 du recourant et leur impact sur l'exercice d'une activité lucrative plus légère. 9.2 Selon l'art. 61 al. 1 PA, l'autorité de recours statue elle-même sur l'affaire ou exceptionnellement la renvoie avec des instructions impératives à l'autorité inférieure. Le Tribunal fédéral a précisé que le renvoi de l'affaire à l'autorité inférieure se justifie notamment lorsqu'il s'agit d'enquêter sur une situation médicale qui n'a pas encore fait l'objet d'un examen complet, respectivement lorsque l'autorité inférieure n'a nullement instruit une question déterminante pour l'examen du droit aux prestations ou lorsqu'un éclaircissement, une précision ou un complément d'expertise s'avère nécessaire (ATF 137 V 210 consid. 4.4.1.4 ; arrêt du TF 8C_633/2014 du 11 décembre 2014 consid. 3.2 et 3.3). Dans le cas concret, il se justifie dès lors, en application de l'art. 61 al. 1 PA, de renvoyer la cause à l'autorité inférieure afin qu'elle procède aux mesures d'instruction nécessaires, puis se prononce à nouveau, dans une nouvelle décision, sur le droit du recourant à des prestations de l'AI. 9.3 L'instruction à venir concernera l'état de santé de l'intéressé dans son ensemble. Donc, après avoir versé au dossier les nouvelles pièces médicales existantes (en particulier, le rapport du Dr C. _____ du 11 août 2020 mentionné dans le mémoire de recours du 24 décembre 2020 [TAF pce 1]), l'OAIE mettra en œuvre une expertise médicale pluridisciplinaire en Suisse (cf. art. 44 LPG) dans les domaines de la médecine interne, l'orthopédie, la neurologie, la cardiologie et la psychiatrie, ainsi que dans toute autre discipline jugée nécessaire par les experts (ATF 139 V 349 consid. 3.3). En particulier, la question de savoir comment les différentes incapacités de travail et les différentes limitations fonctionnelles s'articulent fera l'objet d'une discussion consensuelle entre les experts (ATF 143 V 124 consid. 2.2.4). 10. Il résulte de ce qui précède que le recours doit être admis et la décision du 20 novembre 2020 annulée. La cause est renvoyée à l'autorité inférieure pour instruction complémentaire dans le sens des considérants et nouvelle décision. 11. 11.1 Etant donné l'issue du litige, il n'y a pas lieu de percevoir de frais de procédure, dès lors que le recourant obtient gain de cause par le renvoi de l'affaire à l'OAIE pour instruction complémentaire et nouvelle décision (art.

C-6537/2020 Page 20 63 al. 1 PA ; ATF 132 V 215 consid. 6.1). Partant, l'avance de frais versée par le recourant à hauteur de Fr. 800.- (TAF pce 4) lui sera restituée dès l'entrée en force du présent arrêt. Au demeurant, aucun frais de procédure ne peut être mis à la charge de l'autorité inférieure (art. 63 al. 2, 1re phrase PA). 11.2 Selon l'art. 64 al. 1 PA, l'autorité de recours peut allouer, d'office ou sur requête, à la partie ayant entièrement ou partiellement obtenu gain de cause une indemnité pour les frais indispensables et relativement élevés qui lui ont été occasionnés. Les parties qui ont droit aux dépens et les avocats commis d'office doivent faire parvenir au tribunal, avant le prononcé, un décompte de leurs prestations (art. 14 al. 1 du règlement du 21 février 2008 concernant les frais, dépens et indemnités fixés par le Tribunal administratif fédéral [FITAF, RS 173.320.2]). A défaut de décompte, le tribunal fixe l'indemnité sur la base du dossier (art. 14 al. 2, 2e phrase FITAF). Les honoraires du représentant sont fixés, selon l'appréciation

de l'autorité, en raison de l'importance et de la difficulté du litige, ainsi que d'après le travail et le temps que le représentant a dû y consacrer. En l'espèce, il apparaît équitable d'allouer au recourant, à charge de l'OAIE, une indemnité à titre de dépens fixée à Fr. 2'000.- (frais compris; cf. art. 9 al. 1 FITAF), son mandataire ayant rédigé un recours de trois pages (TAF pce 1), un courrier d'une demie page (TAF pce 9) et une ré- plique d'une page (TAF pce 12).

C-6537/2020 Page 21

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