



Cour III
C-1137/2021

Arrêt du 19 septembre 2025

Composition

Caroline Gehring (présidente du collège),
Selin Elmiger-Necipoglu, Michela Bürki Moreni, juges,
Cécile Bonmarin, greffière.

Parties

A. _____, (France)
représenté par Bloque Nicolas,
recourant,

contre

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

Objet

Assurance-invalidité, droit à la rente
(décision du 8 février 2021).

Faits :**A.**

A.a A._____ (ressortissant français domicilié en France, né le (...) 1966, célibataire, père d'une fille, titulaire d'un certificat d'aptitude professionnelle de mécanicien-tourneur [ci-après : l'assuré, l'intéressé ou le recourant]) a travaillé à 100 % en Suisse en tant que frontalier exerçant successivement les activités de conducteur de machine de type « offset », d'isolateur-fer-blantier, de tuyauteur, puis à partir de 2001 en qualité de collaborateur de production jusqu'en octobre 2009, et à partir de novembre 2009 comme technicien en recherche et développement dans le cadre d'essais pilotes d'installations techniques, au service de B._____ AG sur les sites (...) de 2001 à 2009, (...) et (...) de 2009 jusqu'au 30 juin 2014, puis sur le site (...) du 1^{er} juillet 2014 au 31 décembre 2014, avant d'être libéré de l'obligation de travailler jusqu'à son licenciement avec effet au 31 mai 2015 (AI pces 2 {p. 881 ss du dossier scanné ; la pagination citée ci-après entre crochets correspond à celle du dossier scanné}, 6 {p. 872}, 10 p. 2 {p. 858}, 15 {p. 525, 529}, 6 {p. 872}). Ce faisant, il a cotisé à l'assurance-vieillesse, survivants et invalidité suisse d'octobre 1987 à mai 2015 (AI pce 7 {p. 868}).

A.b A la suite d'une agression dont il est victime le 11 juillet 2008 – alors qu'il rentre de son travail au volant de sa voiture, la route lui est barrée par deux autres véhicules dont les conducteurs le rouent de coups (AI pces 13.173 {p. 852}, 13.170 {p. 847}, 79.42 {p. 138}, 79.41 {p. 135}, 13.128 {p. 782}, 42 p. 8 {p. 409}) –, il subit un traumatisme crânio-facial avec perte de connaissance initiale et légère amnésie des faits, assorti de multiples fractures faciales (cf. rapport du 10 octobre 2008 du Dr B._____, chef du Service des Urgences du Centre hospitalier D._____ [AI pce 13.115 {p. 745}]) nécessitant une septoplastie pratiquée le 21 juillet 2008 sur l'indication d'une fracture des os propres du nez et du zygoma (cf. rapport d'hospitalisation du 1^{er} août 2008 du Dr E._____, oto-rhino-laryngologue [AI pce 13.111 {p. 738}]), puis une septorhinoplastie post traumatique – lipofilling nasal sur l'indication d'un complément de rhinoplastie pratiquée le 23 avril 2010 (cf. compte-rendu opératoire du même jour du Dr F._____, chirurgien plasticien [AI pce 13.108 {p. 734}]), dont le résultat insatisfaisant nécessite un nouveau lipofilling du dos du nez pratiqué le 28 décembre 2010 (cf. rapport du même jour du Dr F._____ [AI pce 13.92 {p. 703}]). L'assureur-accidents du dernier employeur de l'assuré (la Caisse nationale suisse d'assurance en cas d'accidents [ci-après : CNA]) prend en charge les frais médicaux, les indemnités journalières pour perte de gain ainsi qu'une indemnité pour atteinte à l'intégrité de 20% en raison de légers

troubles neuropsychologiques suite au traumatisme crânio cérébral avec contusio cerebri (cf. décision de la CNA du 14 mai 2012 [AI pce 13.32 {p. 607}]; voir également rapport médical du 2 décembre 2011 du Dr G. _____, médecin-conseil CNA spécialisé en chirurgie [AI pce 13.70 {p. 667}]).

A.c A. _____ reprend son travail à 100 % auprès de B. _____ AG le 9 janvier 2009 (AI pces 13.169 {p. 845}, 13.170 p. 2 {p. 848}). Pour des raisons médicales dues principalement à des maux de tête, il présente à répétition des incapacités temporaires de travail, avant d'être licencié pour des motifs économiques (restructuration) avec effet au 31 mai 2015 (AI pces 10 p. 2 {p. 858}, 15 p. 2 {p. 526}, p. 5 {p. 529} et p. 8 {p. 532} ; 43 p. 24 {p. 347} et p. 31 {p. 354}).

B.

Le 25 septembre 2017, A. _____ dépose une demande de prestations d'invalidité, invoquant les séquelles de son agression de 2008 (trois opérations réparatrices du visage, multiples fractures), une capsulite au niveau de l'épaule droite, des crises de migraine, une insomnie et une dépression (AI pce 2 {p. 881 ss}).

B.a Par communication du 3 novembre 2017 (AI pce 16 {p. 520}), l'Office de l'assurance-invalidité du canton de H. _____ (ci-après : l'OAI-H. _____ ou autorité d'instruction) décide qu'aucune mesure d'ordre professionnel n'est envisageable en raison de l'état de santé de l'assuré. En effet, aux termes de la prise de position médicale du 18 octobre 2017 du Dr I. _____ (psychiatre après du Service médical régional (...) [ci-après : SMR]), aucune mesure de réinsertion professionnelle n'est envisageable compte tenu des plaintes de l'assuré (importants troubles de la concentration et de la mémoire, incapacité à se réjouir, troubles du sommeil avec cauchemars, angoisse qu'une agression similaire à celle de 2008 se reproduise, retrait social, douleurs, migraines, troubles de l'équilibre) et de son état de santé qui requiert avant tout un traitement médical, celui mis en place n'étant pas adéquat (AI pce 12 {p. 853 ss}).

B.b Procédant à l'instruction du droit éventuel de l'assuré à une rente, l'autorité d'instruction recueille un « Questionnaire pour l'employeur » établi le 19 octobre 2017 par B. _____ AG (AI pce 15 {p. 525 ss}). Sur le plan médical, elle porte au dossier celui de la CNA (AI pces 13 {p. 539 ss} et 79 {p. 16 ss}), ainsi que les avis des médecins traitants de l'assuré.

B.b.a Suivant la recommandation du SMR (cf. avis du 3 août 2018 du Dr I. _____ [AI pce 28 {p. 485 ss}], elle met en œuvre une expertise bi-disciplinaire en psychiatrie et neurologie (AI pces 29-33 {p. 483-452}) dont les rapports établis consécutivement le 18 juillet 2019 par le Dr J. _____ (psychiatre [AI pce 42 {p. 402 ss}]) et le 31 juillet 2019 par le Dr K. _____ (neurologue [AI pce 43 {p. 324 ss}]) retiennent les principaux constats médicaux suivants :

- sur le plan neurologique, les diagnostics :
 - sans* incidences sur la capacité de travail de :
 - syndrome du canal carpien droit sur :
 - status post syndrome du canal carpien opéré en 2007,
 - status post blessures étendues au niveau du poignet palmaire droit survenu durant l'enfance,
 - sténoses foraminales bilatérales plus marquées à droite avec possible atteinte de la racine L5 surtout à droite (actuellement sans plaintes de douleurs dorsales ni syndrome lombo-vertébral apparent),
 - status post opératoire de la cheville droite sur fracture survenue en 1995,
 - avec* incidences sur la capacité de travail de
 - status post traumatisme crânio-cérébral avec contusion cérébrale survenu le 11 juillet 2008 (1° céphalées post traumatiques persistantes de type migraineux, 2° déficits cognitifs minimes [fatigabilité accrue incluse] tout au plus légers, 3° légers troubles de l'équilibre d'origine centrale) permettant une capacité de travail de 85 % dans l'activité lucrative habituelle et dans une activité lucrative adaptée à l'état de santé exigible deux années après l'agression de 2008 (AI pce 43 p. 40 {p. 363}) ;
- sur le plan psychique, le diagnostic de trouble dépressif récurrent avec épisode actuel léger sans syndrome somatique (ICD-10 F 33.00) entraînant une incapacité de travail de 50 % à partir de juin 2014, puis de 20 % à partir de janvier 2015 (AI pce 42 p. 23-24 {p. 424-425}).

Sur la base de ces diagnostics, les experts considèrent qu'en regard du profil neurologique, l'évaluation partielle de psychiatrie peut être retenue sans réserve en tant qu'évaluation consensuelle interdisciplinaire (AI pce 42 p. 27 {p. 428}).

B.b.b Dans un avis SMR du 17 septembre 2019, le Dr I. _____ indique que l'expertise des Drs K. _____ et J. _____ remplit les réquisits jurisprudentiels de sorte qu'il convient de lui reconnaître pleine valeur probante et, de concert avec celle-ci, retient les diagnostics *sans* incidences sur la capacité de travail de syndrome du canal carpien droit et radiculopathie L5 droite, et ceux avec incidences sur la capacité de travail de troubles dépressifs récurrents légers (F33.0), ainsi que de status post traumatisme crânio-cérébral survenu en 2008, entraînant une incapacité de travail de 50 % depuis juin 2014 puis de 20 % depuis janvier 2015 aussi bien dans l'activité lucrative habituelle de l'assuré que dans une activité lucrative de substitution, cette dernière devant se résumer à une activité routinière sans processus de travail stressants, sans contrainte accrue et constante d'efficacité, sans travail de nuit, ni contacts réguliers avec de la clientèle (AI pce 51 {p. 303 ss}).

B.b.c Par préavis du 16 octobre 2019 fondé sur l'avis du SMR, l'OAI-H. _____ communique son intention de rejeter la demande de prestations d'invalidité pour le motif que l'assuré dispose depuis janvier 2015 d'une capacité de travail de 80 % dans son activité lucrative habituelle ainsi que dans une activité lucrative de substitution, de sorte qu'il ne justifie pas d'une incapacité de travail continue d'au moins 40 % durant une année (AI pce 52 {p. 298 ss}).

B.b.d Par acte du 12 novembre 2019 régularisé le 17 décembre 2019 (AI pces 53-55 {p. 296-284}), l'assuré conteste le préavis et en particulier la capacité de travail de 80 % qui lui est opposée, considérant que ses vertiges ainsi que ses douleurs neurologiques chroniques – lesquelles affectent significativement son état de santé psychique et le contraignent à un suivi psychothérapeutique depuis le 19 mai 2017 et à un lourd traitement médicamenteux – entraînent une incapacité totale de travail. A l'appui de ses conclusions, il produit une documentation médicale complémentaire (AI pces 55-59 {p. 284-265}) incluant notamment le rapport du 10 décembre 2019 du Dr L. _____ (généraliste traitant) qui considère que l'exercice d'un emploi, même léger, est incompatible, du point de vue physique, avec un tableau clinique caractérisé par les séquelles d'une agression (migraines, troubles mnésiques, difficultés de réadaptation au milieu qui l'entoure) nécessitant un suivi psychothérapeutique et un traitement psychotrope et anti-migraineux, une sténose foraminale lombaire en L5-S1, L4-L5 et une discopathie (troubles algiques et paresthésiques des membres inférieurs sous traitement), une rupture du biceps droit opérée le 13 août 2019 (séquelles motrices avec diminution de la mobilité de l'avant-bras droit et des doigts après le déplâtreage, flexion des doigts difficile, canal

carpien surajouté ?), l'aggravation d'un déficit d'abduction du coude gauche (difficultés à la rotation externe) et une hypertension artérielle sous traitement (AI pce 55).

B.b.e Invité à se déterminer sur la documentation complémentaire ainsi produite par l'assuré, le SMR considère que celle-ci ne contient aucun constat médical susceptible de remettre en cause les conclusions du rapport d'expertise bi-disciplinaire des Drs K._____ et J._____ (cf. prises de position des 25 juin 2020 et 3 novembre 2020 du Dr M._____, psychiatre [AI pces 58 {p. 277 ss} et 64 {p. 253}] et prises de position des 24 novembre 2020 et 22 janvier 2021 du Dr N._____, spécialiste en chirurgie orthopédique et traumatologie de l'appareil locomoteur [AI pces 65 {p. 250 ss} et 73 {p. 230 ss}]).

B.b.f Par décision du 8 février 2021, l'Office de l'assurance-invalidité pour les assurés résidant à l'étranger (ci-après : OAIE ou autorité inférieure) confirme le préavis de l'OAI-H._____, précisant que le SMR a examiné la documentation médicale complémentaire produite en procédure d'audition (soit les rapports médicaux établis du 2 janvier 2020 au 11 janvier 2021) et a maintenu son évaluation antérieure (AI pce 77 {p. 216 ss}).

C.

C.a Par envoi posté le 9 mars 2021 (TAF pce 1), A._____ saisit le Tribunal administratif fédéral (ci-après : Tribunal ou TAF) d'un recours contre la décision précitée, dont il réclame implicitement l'annulation. Contestant la capacité de travail de 80 % dès janvier 2015 retenue par l'autorité inférieure, il conclut à l'octroi d'une rente correspondant à une incapacité totale de travail dès le 19 mai 2017 à tout le moins, se fondant sur l'avis de ses médecins traitants. A l'appui de ses conclusions, il produit une abondante documentation médicale figurant en partie déjà au dossier et, pour le reste, complétée comme suit :

- le rapport du 12 novembre 2020 du Dr O._____ (spécialiste en chirurgie de la main et du membre supérieur) (TAF pce 1 annexe 19) ;
- le rapport médical et la prescription médicale du Dr P._____ (psychiatre traitant) du 14 janvier 2021 (TAF pce 1 annexes 24-25) ;
- le rapport d'IRM cérébrale du 20 janvier 2021 du Dr Q._____ (radiologue [TAF pce 1 annexe 26]).

C.b Par réponse du 21 juin 2021, l'OAIE conclut au rejet du recours et à la confirmation de la décision attaquée, se référant à la prise de position de l'OAI-H. _____ du 7 juin 2021. Selon celle-ci, l'exposé des circonstances médicales de l'expertise bi-disciplinaire neurologique et psychiatrique des Drs K. _____ et J. _____ est clair, de même que les conclusions consensuelles tirées par ceux-ci se révèlent médicalement fondées et non contradictoires, de sorte que l'expertise bi-disciplinaire se révèle probante. L'OAI-H. _____ souligne que les arguments médicaux avancés dans le mémoire de recours ne sauraient fonder d'autres conclusions que celles retenues par les experts, à défaut d'indice concret susceptible d'entacher la fiabilité de l'expertise tant sous l'angle psychiatrique que somatique. En particulier, ni le certificat médical ni l'ordonnance du 14 janvier 2021 du psychiatre P. _____, ni le rapport d'IRM du 20 janvier 2021 du Dr Q. _____ ne laissent entrevoir qu'une modification de l'état de santé psychiatrique ou/et somatique serait survenue depuis l'établissement de l'expertise bi-disciplinaire, de sorte qu'il n'y a pas lieu de s'écarter des conclusions de celle-ci, ni de procéder à des clarifications médicales supplémentaires (TAF pce 6).

C.c En complément de son recours (cf. envois des 26 juin 2021 [TAF pce 8] et 15 juillet 2021 [TAF pce 10]), le recourant indique qu'il sera prochainement hospitalisé en service psychiatrique, qu'il déposera, dès réception, un « bulletin de situation » correspondant et produit la documentation médicale suivante :

- l'ordonnance du 23 février 2021 du Dr L. _____ (généraliste traitant) ;
- la page 1 sur 2 du rapport d'électroneuromyogramme de contrôle du 20 mars 2021 de la Dre R. _____ (neurologue) ;
- le test d'audiométrie effectué le 1^{er} avril 2021 et le rapport médical établi le 29 avril 2021 par le Dr S. _____ (oto-rhino-laryngologue [ci-après : ORL]) ;
- le rapport médical et l'ordonnance médicale du 19 mai 2021 du Dr T. _____ (spécialiste en chirurgie de la main et du membre supérieur) ;
- le rapport d'IRM de l'épaule gauche du 27 mai 2021 du Dr U. _____ (radiologue) ;

- les rapports médicaux des 26 avril 2021 et 8 juin 2021 et les ordonnances médicales des 29 mars 2021, 26 avril 2021 et 8 juin 2021 du Dr P._____.

C.d Par duplique du 14 octobre 2021, l'OAIE renouvelle ses conclusions tendant au rejet du recours et à la confirmation de la décision attaquée, se fondant sur la prise de position de l'OAI-H._____ du 4 octobre 2021. Selon celle-ci, aucun signe d'aggravation de l'état de santé de l'assuré n'est constaté depuis l'expertise bi-disciplinaire. En particulier, les nouveaux rapports médicaux produits n'attestent pas d'une recrudescence des atteintes à la santé du recourant depuis l'évaluation consensuelle effectuée lors de l'expertise bi-disciplinaire. Ainsi, les troubles au niveau de l'extrémité supérieure droite décrits dans le rapport du 20 mars 2021 de la Dre R._____ ont déjà été abordés et pris en compte dans l'appréciation des faits médicaux, d'une part dans l'expertise du Dr K._____, d'autre part dans la prise de position SMR du 22 janvier 2021. En outre, le rapport du 29 avril 2021 du Dr S._____ fait état de résultats normaux, tandis que le rapport d'IRM de l'épaule gauche établi le 27 mai 2021 par le Dr U._____ ne révèle pas d'anomalies, hormis une légère arthropathie dégénérative. Les rapports du Dr P._____ des 26 avril 2021 et 8 juin 2021 correspondent pratiquement mot pour mot à celui du 18 septembre 2020, lequel a été évalué du point de vue psychiatrique par le SMR le 3 novembre 2020, la médication indiquée étant également demeurée identique. Enfin, le rapport du 19 mai 2021 du Dr T._____ décrivant des sensations d'engourdissement dans trois doigts de la main droite ne remet pas en cause l'évaluation neurologique complète du Dr K._____, d'autant plus que ce rapport ne contient pas de diagnostic concret et repose essentiellement sur les plaintes subjectives du sujet (TAF pce 12).

C.e Par ordonnance du 20 octobre 2021, le Tribunal administratif fédéral a transmis la duplique au recourant et clos l'échange d'écritures (TAF pce 13).

C.f Par envois successifs des 14 février 2022, 19 mars 2022 et 6 mai 2022 (TAF pces 14, 16, 18), le recourant produit:

- le rapport médical et l'ordonnance médicale du 4 avril 2022 du Dr P._____,
- deux « Bulletin de situation » et une lettre de liaison du 9 mars 2022 du Dr V._____ (psychiatre auprès de la Clinique W._____) établis à la suite de l'hospitalisation de l'assuré du 10 février 2022 au 10 mars

2022 en la Clinique W. _____ et assortis du compte-rendu des examens biologiques des 18, 19 et 23 février 2022 ainsi que du rapport d'échographie réno-vésico-prostatique du 4 mars 2022 du Dr X. _____ (radiologue) pratiqués dans ce cadre.

(Les autres faits et arguments des parties seront repris, pour autant que nécessaire, dans les considérants en droit ci-après.)

Droit :

1.

1.1 Sous réserve des exceptions – non réalisées en l'espèce – prévues à l'art. 32 de la loi fédérale du 17 juin 2005 sur le Tribunal administratif fédéral (LTAF, RS 173.32), ce dernier 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 contre les décisions au sens de l'art. 5 de la loi fédérale du 20 décembre 1968 sur la procédure administrative (PA, RS 172.021) prises par l'OAIE.

1.2 Selon l'art. 37 LTAF, la procédure devant le Tribunal administratif fédéral est régie par la PA, pour autant que la LTAF n'en dispose pas autrement. En vertu de l'art. 3 let. d^{bis} PA, la procédure en matière d'assurances sociales n'est pas régie par la PA dans la mesure où la loi fédérale du 6 octobre 2000 sur la partie générale du droit des assurances sociales (LPGA, RS 830.1) est applicable. Conformément à l'art. 1 al. 1 LAI en relation avec l'art. 2 LPGA, les dispositions de la LPGA s'appliquent à l'assurance-invalidité (art. 1a à 26^{bis} et 28 à 70 LAI), à moins que la LAI ne déroge expressément à la LPGA.

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

1.4 Déposé en temps utile et dans les formes requises par la loi (art. 60 LPGA et 52 al. 1 PA), le recours est recevable, l'avance sur les frais de procédure présumés d'un montant de 800.- francs ayant été, au demeurant, dûment acquittée (art. 63 al. 4 PA [TAF pce 4]).

2.

En l'espèce, le recourant s'est vu dénier le droit à une rente d'invalidité par décision de l'OAIE du 8 février 2021. Circonscrit par cette dernière et les conclusions du recours, l'objet du présent litige porte sur le droit éventuel de l'assuré à une rente d'invalidité, soit au plus tôt le 1^{er} mars 2018 compte tenu d'une incapacité de travail de 50% de juin 2014 à décembre 2014 et de 20 % à partir de janvier 2015 (cf. art. 28 al. 1 let. b LAI) et du délai de 6 mois suivant le dépôt de la demande en date du 25 septembre 2017 (cf. art. 29 al. 1 LAI).

3.

Dans la mesure où le recourant est un ressortissant français, domicilié en France voisine et assuré à l'assurance-vieillesse, survivants et invalidité suisse (AVS/AI), 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).

3.1 L'art. 40 al. 2 du règlement du 17 janvier 1961 sur l'assurance-invalidité (RAI, RS 831.201) dispose que 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 (1^{ère} phrase). Cette règle s'applique également aux anciens frontaliers pour autant que leur domicile habituel se trouve encore dans la zone frontalière au moment du dépôt de la demande et que l'atteinte à la santé remonte à l'époque de leur activité en tant que frontalier (2^{ème} phrase). L'Office AI pour les assurés résidant à l'étranger notifie les décisions (3^{ème} phrase). L'art. 40 al. 2bis RAI ajoute que lorsque l'assuré domicilié à l'étranger a sa résidence habituelle (art. 13, al. 2, LPGA) en Suisse, l'office AI compétent pour enregistrer et examiner sa demande est celui dans le secteur d'activité duquel l'assuré a sa résidence habituelle (1^{ère} phrase). Si l'assuré abandonne sa résidence habituelle en Suisse pendant la procédure, la compétence passe à l'office AI pour les assurés résidant à l'étranger (2^{ème} phrase). En d'autres termes, si l'assuré domicilié à l'étranger se trouve en Suisse pour une assez longue période ou pour une durée indéterminée, sans y être domicilié (ch. 7022), son cas est traité par l'office AI cantonal ou commun compétent (Circulaire sur la procédure dans l'assurance-invalidité [CPAI] ch. 4005 de la version valable à partir du 1^{er} janvier 2010 [état au 1^{er} janvier 2018] et ch. 7004 de la version valable à partir du 1^{er} janvier 2022 [état au 1^{er} janvier 2022]).

En l'occurrence, le recourant est domicilié en France voisine à (...) et l'atteinte à la santé est survenue alors qu'il exerçait, en tant que frontalier, une activité lucrative en Suisse au service de l'entreprise B. _____ AG de 2001 à 2009 sur le site (...), de 2009 au 30 juin 2014 sur les sites (...) et

(...), puis sur le site (...) du 1^{er} juillet 2014 au 31 décembre 2014, avant d'être libéré de l'obligation de travailler jusqu'à son licenciement avec effet au 31 mai 2015 (AI pces 6 {p. 872} et 15 {p. 529}). Le fait que le traumatisme crânio-cérébral soit intervenu en 2008 et que l'assuré travaillait alors sur le site (...) de B. _____ AG ne saurait remettre en cause la compétence de l'OAI-H. _____ (canton frontalier de la commune française de [...]) pour instruire la demande de rente d'invalidité déposée le 19 septembre 2017 en regard d'une incapacité durable de travail de 50 % à partir de juin 2014, puis de 20 % à partir de janvier 2015. En outre, le fait que le recourant ait travaillé en dernier lieu sur le site (...) d'une filiale de B. _____ AG ne saurait non plus invalider la compétence de l'OAI-H. _____ pour enregistrer et instruire la présente demande de prestations d'invalidité, dès lors que l'assuré a travaillé en (...) en exécution d'un contrat d'une durée limitée à 6 mois. Pour le reste, c'est à juste titre que l'OAIE a notifié la décision litigieuse. Au demeurant, les compétences respectives de l'OAI-H. _____ et de l'OAIE ne sont pas contestées par le recourant, étant précisé, en tout état de cause, que la décision rendue par un office qui n'est pas compétent du point de vue territorial n'est pas nulle, mais peut être annulée et que, pour des raisons d'économie de procédure, les tribunaux peuvent renoncer à annuler la décision attaquée et à la renvoyer à l'autorité compétente si, d'une part, la question de l'incompétence n'est pas soulevée et si, d'autre part, il lui est possible de statuer sur la base des actes figurant au dossier (ATF 143 V 66 consid. 4.2, 142 V 67 consid. 2.1).

3.2 Compte tenu des éléments d'extranéité susmentionnés, est applicable à la présente cause l'Accord du 21 juin 1999 sur la libre circulation des personnes (ALCP, RS 0.142.112.681), conclu entre la Suisse et la Communauté européenne et ses Etats membres, dont l'annexe II règle la coordination des systèmes de sécurité sociale (art. 8 ALCP). Dans ce contexte, l'ALCP fait référence depuis le 1^{er} avril 2012 au règlement (CE) n° 883/2004 du Parlement européen et du Conseil du 29 avril 2004 portant sur la coordination des systèmes de sécurité sociale (ci-après : règlement n° 883/2004, RS 0.831.109.268.1), ainsi qu'au règlement (CE) n° 987/2009 du Parlement européen et du Conseil du 16 septembre 2009 fixant les modalités d'application du règlement (CE) n° 883/2004 (ci-après : règlement n° 987/2009, RS 0.831.109.268.11 ; art. 1 par. 1 de l'annexe II en relation avec la section A de l'annexe II). A compter du 1^{er} 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). Toutefois,

même après l'entrée en vigueur de l'ALCP et des règlements de coordination, l'invalidité ouvrant droit à des prestations de l'assurance-invalidité suisse se détermine exclusivement d'après le droit suisse (art. 46 par. 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), étant précisé que la documentation médicale et administrative fournie par les institutions de sécurité sociale d'un autre Etat membre doit être prise en considération (art. 49 al. 2 du règlement n° 987/2009).

4.

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 de 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 1^{er} mars 2018, éventuelle ouverture du droit à la rente de l'assuré. La modification de la LAI et de la LPGA adoptée le 19 juin 2020 (Développement continu de l'AI ; RO 2021 705 ; FF 2020 5373 ; Message du Conseil fédéral du 15 février 2017 [FF 2017 2363]), ainsi que celle du 3 novembre 2021 apportée au règlement du 17 janvier 1961 sur l'assurance-invalidité (RAI, RS 831.201 ; RO 2021 706), entrées en vigueur le 1^{er} janvier 2022, ne sont par conséquent pas applicables en l'espèce. En revanche, il est admis, selon un principe général, que les règles de procédure sont applicables dès leur entrée en vigueur à tous les cas en cours, sauf dispositions transitoires contraires (ATF 130 V 1 consid. 3.2 ; 129 V 113 consid. 2.2).

4.2 En outre, 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 8 février 2021). 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 et 121 V 362 consid. 1b). Ils doivent néanmoins être pris en considération lorsqu'ils sont étroitement liés à l'objet du litige et de nature à en influencer l'appréciation au moment où la décision attaquée a été rendue (arrêts du TF 9C_758/2020 du 25 mai 2021 consid. 3.2 et 9C_34/2017 du 20 avril 2017

consid. 5.2 et les réf. cit.). En particulier, même s'il a été rendu postérieurement à la date déterminante, un rapport médical doit être pris en considération s'il a trait à la situation antérieure à cette date (arrêts du TF 9C_758/2020 du 25 mai 2021 consid. 3.2 ; 9C_34/2017 du 20 avril 2017 consid. 5.2 et les réf. cit.) respectivement s'il permet de mieux appréhender l'état de santé et la capacité de travail de l'intéressé jusqu'à la décision sujette à recours (ATF 130 V 445 consid. 1.2.1, 121 V 362 consid. 1b).

4.2.1 En l'occurrence, le rapport médical et l'ordonnance médicale du 4 avril 2022 du Dr P._____, les deux « Bulletin de situation » faisant état d'une hospitalisation de l'assuré du 10 février 2022 au 10 mars 2022 en la Clinique W._____, la lettre de liaison du 9 mars 2022 du Dr V._____, les comptes-rendus des examens biologiques des 18, 19 et 23 février 2022 et le rapport d'échographie réno-vésico-prostatique du 4 mars 2022 établis dans ce cadre (cf. *supra* let. C.f) ne sauraient être pris en considération dans la mesure où ils sont établis plus d'une année après que la décision litigieuse a été rendue le 8 février 2021 et en particulier après l'hospitalisation de l'assuré en milieu psychiatrique du 10 février 2022 au 10 mars 2022, de sorte qu'ils ne sauraient favoriser l'appréciation de l'état de santé et de la capacité de travail de ce dernier au moment du prononcé de la décision litigieuse.

4.2.2 Par contre, les rapports établis par le Dr P._____ les 29 mars 2021, 26 avril 2021 et 8 juin 2021 (cf. *supra* let. C.c) seront pris en compte dans la mesure où ils ne font état d'aucune modification de l'état de santé de l'assuré et s'inscrivent dans le tableau clinique présenté par ce dernier jusqu'à la décision sujette à recours. De même, le rapport d'IRM de l'épaule gauche effectuée le 27 mai 2021 par le Dr U._____, le rapport du 19 mai 2021 du Dr T._____, le rapport du 29 avril 2021 du Dr S._____ et le rapport d'électroneuromyogramme du 20 mars 2021 de la Dre R._____ (cf. *supra* let. C.c) sont également pris en compte dans la mesure où ils établissent des constats médicaux dont la progression est antérieure au prononcé de la décision litigieuse.

5.

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 ; PIERRE MOOR/ETIENNE POLTIER, Droit administratif, vol. II, 3^{ème} éd. 2011, ch. 2.2.6.3). Ce faisant, il ne tient pour existants que les faits qui sont prouvés, cas échéant au degré de la vraisemblance prépondérante (ATF 139 V 176 consid. 5.2 et 138 V 218 consid. 6). Par

ailleurs, il applique le droit d'office, sans être lié par les motifs invoqués par les parties (art. 62 al. 4 PA ; ATAF 2013/46 consid. 3.2), ni par l'argumentation juridique développée dans la décision entreprise (MOOR/POLTIER, op. cit., ch. 2.2.6.5 ; BENOÎT BOVAY, Procédure administrative, 2^{ème} éd., 2015, p. 243 ; JÉRÔME CANDRIAN, Introduction à la procédure administrative, 2013, n° 176). 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 et 121 V 204 consid. 6c ; ANDRÉ MOSER/MICHAEL BEUSCH/LORENZ KNEUBÜHLER/MARTIN KAYSER, Prozessieren vor dem Bundesverwaltungsgericht, 3^e éd., 2022, n° 1.55). Les parties ont le devoir de collaborer à l'instruction (art. 13 PA et 43 al. 3 LPGA ; arrêt du TAF C-6134/2017 du 3 avril 2018 consid. 5.4) et de motiver leur recours (art. 52 PA). Au sens de l'art. 49 PA, elles peuvent invoquer devant le Tribunal administratif fédéral la violation du droit fédéral, y compris l'excès ou l'abus du pouvoir d'appréciation (let. a), de même que la constatation inexacte ou incomplète des faits pertinents (let. b) et l'inopportunité de la décision (let. c).

6.

6.1 Pour avoir droit à une rente de l'AI suisse, tout requérant doit remplir cumulativement les conditions suivantes : être invalide au sens de la LPGA et de la LAI (art. 8 LPGA ; art. 4, 28, 29 al. 1 LAI) et compter au moins trois années entières de cotisations (art. 36 al. 1 LAI). Dans ce cadre, les cotisations versées à une assurance sociale assimilée d'un Etat membre de l'Union européenne (UE) ou de l'Association européenne de libre-échange (AELE) peuvent également être prises en considération, à condition qu'une année au moins de cotisations puisse être comptabilisée en Suisse (FF 2005 p 4065 ; art. 6 et 45 du règlement n° 883/2004 ; ATF 131 V 390).

6.2 En l'occurrence, le recourant a versé des cotisations à l'assurance-vieillesse, survivants et invalidité pendant plus de 3 ans (cf. *supra* let. A.a) et remplit par conséquent la condition de la durée minimale de cotisations eu égard au moment de l'ouverture éventuelle du droit à la rente au 1^{er} mars 2018. Il reste à examiner s'il est invalide au sens de la LAI.

7.

7.1 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).

7.1.1 Elle peut résulter d'une infirmité congénitale, d'une maladie ou d'un accident (art. 4 al. 1 LAI) et est réputée survenue dès qu'elle est, par sa nature et sa gravité, propre à ouvrir droit aux prestations entrant en considération (art. 4 al. 2 LAI). 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 l'assuré sur un marché du travail équilibré dans son domaine d'activité, si cette diminution résulte d'une atteinte à sa santé physique, mentale ou psychique et qu'elle persiste après les traitements et les mesures de réadaptation exigibles. 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 l'assuré à accomplir dans sa profession ou son domaine d'activité le travail qui peut raisonnablement être exigé de lui (art. 6, 1^{ère} phrase LPGA). L'assurance-invalidité suisse couvre ainsi seulement les pertes économiques liées à une atteinte à la santé physique ou psychique, et non la maladie en tant que telle (ATF 116 V 246 consid. 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 l'assuré peut aussi relever d'une autre profession ou d'un autre domaine d'activité (art. 6, 2^e phrase LPGA).

7.1.2 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).

7.1.3 L'assuré a droit à un quart de rente s'il est invalide à 40 % au moins, à une demi-rente s'il est invalide à 50 % au moins, à trois quarts de rente s'il est invalide à 60 % au moins et à une rente entière s'il est invalide à 70 % au moins (art. 28 al. 2 LAI). L'art. 29 al. 4 LAI prévoit que les rentes correspondant à un taux d'invalidité inférieur à 50 % ne sont versées qu'aux assurés qui ont leur domicile et leur résidence habituelle (art. 13 LPGA) en Suisse. Toutefois, suite à l'entrée en vigueur de l'ALCP le 1^{er} juin 2002, la restriction prévue à l'art. 29 al. 4 LAI n'est pas applicable lorsque, comme en l'espèce, la personne assurée est une ressortissante suisse ou de l'Union européenne (UE) et réside dans l'un des Etats membres de l'UE (ATF 130 V 253 consid. 2.3 et 3.1 ; art. 4 et 7 du règlement n° 883/2004).

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 (arrêts 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 réf. cit.). 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 1^{er} mai 2017 consid. 5.2.1). En outre, selon le principe de la libre appréciation des preuves, le juge apprécie librement les preuves médicales qu'il a recueillies, sans être lié par des règles formelles, en procédant à une appréciation complète et rigoureuse des preuves. Le principe de la libre appréciation des preuves s'applique de manière générale à toute procédure de nature administrative, que ce soit devant l'administration ou le juge. La jurisprudence a toutefois posé des lignes directrices en matière d'appréciation des rapports médicaux et d'expertise (ATF 125 V 351 consid. 3b et 3c).

7.2.1 En ce qui concerne la valeur probante d'un rapport médical, ce qui est déterminant, c'est que les points litigieux aient 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. Au demeurant, l'élément déterminant pour la valeur probante n'est ni l'origine du moyen de preuve ni sa désignation comme rapport ou comme expertise, mais bel et bien son contenu (ATF 125 V 351 consid. 3a p. 352; 122 V 157 consid. 1c p. 160 et les références). S'agissant d'une expertise mise en oeuvre dans le cadre d'une procédure administrative au sens de l'art. 44 LPG, la jurisprudence a précisé que le tribunal peut lui accorder une pleine valeur probante aussi longtemps qu'aucun indice concret ne

permet de douter de son bien-fondé (ATF 135 V 465 consid. 4.4; 125 V 351 consid. 3b/bb).

7.2.2 S'agissant des rapports établis par les médecins traitants, qu'il ou elle soit médecin de famille généraliste ou spécialiste, 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 ou celle-ci à son ou sa patient·e (ATF 125 V 351 consid. 3b/cc et les réf. cit. ; 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·e (ATF 125 V 351 consid. 3b/dd et les réf. cit. ; 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 ; MICHEL VALTERIO, op. cit., art. 57 LAI n° 48 et 49).

7.2.3 Il n'est pas interdit aux tribunaux des assurances de se fonder uniquement ou principalement sur les rapports des médecins rattachés aux assureurs, mais, en de telles circonstances, l'appréciation des preuves est soumise à des exigences sévères. Une instruction complémentaire sera ainsi requise s'il subsiste des doutes, même minimes, quant au bien-fondé, à la fiabilité et à la pertinence de ces rapports (ATF 139 V 225 consid. 5.2 ; 135 V 465 consid. 4.4 ; 122 V 157 consid. 1d). Les prises de position des services médicaux régionaux (SMR) et du service médical de l'OAIE doivent être appréciées comme des rapports de médecins liés à l'assureur (concernant le SMR, arrêts du TF 9C_159/2016 du 2 novembre 2016 consid. 2.2 ss ; 8C_197/2014 du 3 octobre 2014 consid. 4 ; arrêt du TAF C-2843/2016 du 30 mai 2018 consid. 8.1 et 8.2 ; MICHEL VALTERIO, op. cit., art. 57 LAI n° 7 et 42 ss, art. 59 LAI n° 2).

Les prises de position des services médicaux régionaux (SMR) ou du service médical de l'OAIE au sens de l'art. 49 al. 1 RAI ne se fondent pas sur des examens médicaux effectués sur la personne et ne posent pas de nouvelles conclusions médicales ; elles portent une appréciation sur celles déjà existantes (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). Elles ont notamment pour but, outre celui d'aider les profanes en médecine qui travaillent dans l'administration ou les tribunaux et à qui il appartient de trancher le droit aux prestations, 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 ou s'il y a lieu de procéder à une instruction complémentaire (ATF 142 V 58 consid. 5.1). De telles prises de position, pour avoir valeur probante, ne peuvent suivre les conclusions d'un médecin sans établir les raisons pour lesquelles les conclusions différentes d'autres médecins ne sont pas suivies (ATF 137 V 210 consid. 6.2.4 ; MICHEL VALTERIO, op. cit., art. 57 LAI n° 43). La valeur probante de ces rapports présuppose que le dossier contienne l'exposé complet de l'état de santé de l'assuré (anamnèse, évolution de l'état de santé et status actuel) et qu'il se soit agi essentiellement d'apprécier un état de fait médical non contesté, établi de manière concordante par les médecins (cf. arrêts du TF 9C_335/2015 du 1er septembre 2015 consid. 5.2; 8C_653/2009 du 28 octobre 2009 consid. 5.2; 8C_239/2008 du 17 décembre 2009 consid. 7.2; cf. également arrêt du TF 9C_462/2014 du 16 septembre 2015 consid. 3.2.2 et références). 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).

8.

8.1 A l'appui de la décision litigieuse, l'OAIE se fonde sur l'avis du SMR (cf. prises de position du 17 septembre 2019 du Dr I._____, des 25 juin 2020 et 3 novembre 2020 du Dr M._____, des 24 novembre 2020 et 22 janvier 2021 du Dr N._____) lui-même fondé sur le rapport d'expertise bi-disciplinaire établi le 18 juillet 2019 par le Dr J._____ et le 31 juillet 2019 par le Dr K._____.

8.1.1 Sur le plan psychique, le Dr I._____ (médecin-conseil SMR spécialisé en psychiatrie) retient les diagnostics *sans* effets sur la capacité de travail de syndrome du canal carpien droit et radiculopathie L5 droite, et ceux *avec* effets sur la capacité de travail de troubles dépressifs récurrents actuellement légers (F33.0) et de status post traumatisme crânien /

contusio cerebri survenu en 2008 entraînant une inaptitude au travail dans l'activité lucrative habituelle et dans une activité lucrative de substitution (soit dans une activité routinière sans processus stressant, sans contrainte accrue et constante d'efficacité, sans travail de nuit, sans contact avec de la clientèle) de 50 % depuis juin 2014, puis de 20 % à partir de janvier 2015. A l'appui de ces considérations, le médecin-conseil se fonde sur le rapport d'expertise partielle du 18 juillet 2019 auquel il confère pleine valeur probante, soulignant en particulier que l'expert J. _____ constate l'absence de critères d'exclusion et examine la capacité de travail de l'assuré à la lumière des indicateurs standards jurisprudentiels (cf. prise de position SMR du 17 septembre 2019 [AI pce 51 {p. 303 ss}]). Aux termes d'une prise de position complémentaire établie le 3 novembre 2020 par le Dr M. _____ (médecin-conseil SMR spécialisé en psychiatrie [AI pce 64 {p. 253}]), le SMR ajoute que les nouvelles pièces médicales produites en procédure d'audition par l'assuré, à savoir le certificat médical du Dr P. _____ du 18 septembre 2020, le rapport médical de la Clinique W. _____ du 8 juillet 2020 et les différents documents remis par l'assuré en juin 2020 (AI pce 59 {p. 272 ss}) ne révèlent aucun élément médical nouveau. En particulier, aucune hospitalisation psychiatrique n'est plus survenue depuis celle de 2018 en la Clinique W. _____. En outre, le Dr P. _____ diagnostique les mêmes troubles que dans son rapport du 13 septembre 2017 (AI pce 5 {p. 875}) et prescrit une médication pratiquement inchangée par rapport à celle de juillet 2020 (cf. rapport du 8 juillet 2020 du Dr Y. _____ [AI pce 61 p. 3 ss {p. 260 ss}]), laquelle maintient celle prescrite en considération d'un état dépressif modéré présenté par l'assuré à sa sortie de la Clinique W. _____ en janvier 2018.

8.1.2 Sur le plan somatique, le Dr N. _____ (médecin-conseil SMR spécialisé en chirurgie orthopédique et traumatologie de l'appareil locomoteur) retient qu'aucune des pièces médicales – à savoir le compte-rendu opératoire lié à une suspicion de rupture du biceps brachial droit du 13 août 2019 du Dr T. _____ (AI pce 48 {p. 313}), ainsi que le rapport d'examen SPEC/TDM osseuse du 13 mai 2020 du Dr Z. _____ (AI pce 59 {p. 273}) – établies après la rédaction, le 31 juillet 2019, du rapport d'expertise partielle en neurologie ne constate de perte de fonction importante, de sorte qu'il peut être considéré comme établi au degré de la vraisemblance prépondérante qu'aucune modification de l'état de santé de l'assuré n'est survenue depuis l'expertise partielle en neurologie du 31 juillet 2019. En particulier, le Dr N. _____ explique qu'une opération du tendon du biceps droit est documentée à la mi-août 2019 (AI pce 48 {p. 313}) sans pour autant que le dossier fasse état de complications ou de troubles fonctionnels permanents qui auraient pu suggérer ou démontrer une détérioration

importante de l'état de santé de l'assuré depuis l'expertise neurologique du Dr K. _____ et nécessiter, par conséquent, une évaluation différente de la capacité de travail de l'assuré. Au contraire, les résultats d'un examen ultérieur de médecine nucléaire pratiqué le 13 mai 2020 (AI pce 59 {p. 273}) ne révèlent aucune pathologie déterminante (cf. prise de position SMR du 24 novembre 2020 [AI pce 65 {p. 250}]). Aux termes d'une seconde prise de position établie le 22 janvier 2021 – en considération du compte-rendu de la consultation du 15 octobre 2020 (AI pce 67 {p. 246}), du compte-rendu et du rapport de sortie du 24 octobre 2020 du Dr AA. _____ (AI pce 66 {p. 248-249}), du compte-rendu de l'IRM lombaire du 10 novembre 2020 du Dr Q. _____ (AI pce 68 {p. 244}), du rapport du Dr BB. _____ du 23 octobre [recte : décembre] 2020 (AI pce 72 {p. 235}) et du rapport du 19 novembre 2020 du Dr P. _____ (AI pce 69 {p. 241}) –, le Dr N. _____ indique que les pièces médicales complémentaires concernant l'appareil locomoteur ne font état d'aucune limitation fonctionnelle susceptible de remettre en question l'appréciation découlant de l'expertise bi-disciplinaire en neurologie et psychiatrie. En particulier, le médecin-conseil SMR indique que l'IRM de la colonne lombaire du 10 novembre 2020 du Dr Q. _____ (AI pce 68 {p. 244}) atteste expressément de résultats inchangés par rapport à l'examen précédent, c'est-à-dire qu'en particulier, il n'y a toujours pas de hernies discales notables, ni même de pathologies neuro-compressives et radiculaires. Le rapport en neurologie du Dr BB. _____ du 23 décembre 2020 (AI pce 72 {p. 235}) fait également état de troubles inchangés par rapport à l'expertise neurologique du Dr K. _____ du 31 juillet 2019, aucun résultat probant susceptible de suggérer ou même d'établir une dégradation importante de l'état de santé de l'assuré n'étant visible. Le Dr P. _____ ne mentionne pas non plus de psychopathologies significatives, mais confirme les diagnostics déjà connus, continuant de considérer que l'assuré n'est pas en mesure de reprendre une activité professionnelle et corroborant ainsi l'appréciation subjective de l'assuré. Le Dr N. _____ ajoute que les douleurs dues à la neuropathie axonale du nerf radial – telle que diagnostiquée par le neurologue BB. _____ – et qualifiées expressément de très sévères bien que l'innervation ne soit pas limitée, sont considérées par l'expert K. _____ comme étant sans incidences sur la capacité de travail. Enfin, le spécialiste SMR en neurologie souligne que les douleurs décrites par l'assuré s'inscrivent dans un contexte caractérisé par des incohérences soulignées par l'expert K. _____ (AI pce 43 p. 18 {p. 341}) et par la neuropsychologue CC. _____ (AI pce 43 p. 75-76 {p. 398-399}). En conclusion, le Dr N. _____ considère que l'IRM prévue le 21 janvier 2021 et l'examen neurologique prévu le 23 février 2021 n'apporteront pas de changements décisifs, la persistance des symptômes étant de nature à justifier des diagnostics et des efforts thérapeutiques dont il n'y a

lieu d'attendre aucun résultat significativement différent des constats précédemment établis (AI pce 73 {p. 230}).

A l'appui de ses considérations, le SMR se fonde principalement sur l'expertise bi-disciplinaire conduite par les Drs J. _____ (spécialiste en psychiatrie [ci-après : l'expert J. _____]) et K. _____ (spécialiste en neurologie [ci-après : l'expert K. _____]). Elle se compose du rapport d'expertise partielle en psychiatrie établi le 18 juillet 2019 (AI pce 42 {p. 402 ss}) à la suite d'un examen clinique effectué le 20 mai 2019 (AI pce 42 p. 4 ch. 1.3.3 {p. 404}), du rapport d'expertise partielle en neurologie établi le 31 juillet 2019 (AI pce 43 {p. 324 ss}) à la suite de l'examen clinique du 21 mai 2019 (AI pce 43 p. 1 {p. 324}), ainsi que d'une évaluation consensuelle interdisciplinaire effectuée par entretien téléphonique du 11 juillet 2018 (AI pce 42 p. 27 ss {p. 428 ss}).

8.1.3 Sur le plan *neurologique*, l'expert K. _____ commence par établir le profil professionnel de l'expertisé. Se fondant sur le « Questionnaire pour l'employeur » du 19 octobre 2017, il retient ainsi que l'assuré a travaillé pour B. _____ AG en tant qu'employé de production jusqu'en octobre 2009, puis comme technicien de laboratoire depuis novembre 2009, exécutant 8 heures de travail par jour conformément au temps de travail habituel dans l'entreprise. Ce faisant il a effectué les tâches individuelles suivantes selon les fréquences suivantes: fabrication de modèles à la machine (fréquemment [entre 3 à 5¼ h/jour]), tâches administratives et contrôle de modèles en laboratoire (parfois [entre ½ à 3 h/jour]), travail en position debout [parfois], assise [parfois], travail nécessitant des déplacements [fréquemment], port de charges pouvant atteindre 10 kg [parfois], 25 kg [rarement] ; concentration et attention [exigences et charges mentales quotidiennes moyennes], endurance [exigences et charges mentales quotidiennes faibles], soin [exigences et charges mentales quotidiennes élevées], capacité de compréhension [exigences et charges mentales quotidiennes moyennes] (AI pce 43 p. 3 {p. 326} ; voir également « Questionnaire pour l'employeur » du 19 octobre 2017 [AI pce 15 {p. 525 ss}]).

Retranscrivant ensuite les plaintes de l'assuré, l'expert K. _____ relève (AI pce 43 p. 24 {p. 347}) :

des migraines environ 10 fois par mois (douleurs dans toute la tête, oppressantes, parfois pulsatiles, légèrement plus prononcées à droite, aggravées par l'effort physique, assorties de nausées allant parfois jusqu'au vomissement et d'une hypersensibilité à la lumière et au bruit) ; la prise de Maxalt dès l'apparition des premiers symptômes améliore rapidement la situation, mais ne

supprime pas un absentéisme moyen au travail d'environ 5 à 6 jours par mois causé par les crises migraineuses ;

des troubles de l'équilibre (surtout au lever et en position verticale durant environ 5 secondes) ;

des difficultés de concentration ;

un état d'agitation dans la foule ;

une fatigabilité accrue (que le sujet impute aux médicaments) ;

des troubles résiduels au niveau de l'épaule droite ;

une perte de sensibilité du pouce au majeur de la main droite (entraînant des difficultés pour écrire à la main et au clavier) ;

des cauchemars et des flashbacks en lien avec l'agression subie en 2008.

Sur la base de celles-ci et de l'examen clinique, il retient les diagnostics (Al pce 43 p. 30 {p. 353}) :

- *sans* incidences sur la capacité de travail de :
 - syndrome du canal carpien droit sur :
 - status post syndrome du canal carpien opéré en 2007,
 - status post blessures étendues au niveau du poignet palmaire droit survenu durant l'enfance,
 - sténoses foraminales bilatérales plus marquées à droite avec possible atteinte de la racine L5 surtout à droite (actuellement sans plaintes de douleurs dorsales ni syndrome lombo-vertébral apparent),
 - status post opératoire de la cheville droite sur fracture survenue en 1995,
- *avec* incidences sur la capacité de travail de
 - status post traumatisme crânio-cérébral avec contusion cérébrale survenu le 11 juillet 2008 (1° céphalées post traumatiques persistantes de type migraineux, 2° déficits cognitifs minimes [fatigabilité accrue incluse] tout au plus légers, 3° légers troubles de l'équilibre d'origine centrale).

Il explique que les troubles neurologiques, traités de manière adéquate, ne justifient pas l'inactivité de l'expertisé depuis son licenciement. Néanmoins, les déficits cognitifs d'intensité tout au plus légère (fatigabilité accrue incluse) sont incompatibles avec l'exercice d'activités lucratives mettant

durablement à contribution des exigences cognitives supérieures à la moyenne. Les légers troubles centraux de l'équilibre interdisent l'exercice d'activités à risque telles que sur des toits ou sur des plans inclinés. Enfin, les maux de tête post traumatiques persistants justifient des absences au travail d'au maximum 3 demi-journées par mois. L'expert en déduit une capacité de travail de 85 % exigible au plus tard deux ans après l'agression de 2008, précisant qu'auparavant, l'expertisé n'était pas apte au travail, en particulier immédiatement après l'agression, puis que sa capacité de travail avait été notablement réduite, le déroulement exact de l'évolution des circonstances jusqu'à deux ans après l'agression ne pouvant toutefois plus être reconstitué avec précision. Dans ces circonstances, l'expert considère que l'assuré a subi une incapacité totale de travail dans toute activité lucrative ayant perduré tout au plus durant les deux années ayant suivi l'agression survenue en 2008. Depuis 2010 en revanche, son état de santé autorise une présence quotidienne sur le lieu de travail durant 8½ heures sous réserve d'une diminution d'au maximum 10 % des prestations en raison des déficits neuropsychologiques tout au plus légers d'une part et d'au maximum 3 demi-journées d'absence par mois en raison des maux de tête d'autre part. Il en résulte une capacité de travail d'au minimum 85 % dans l'exercice de l'activité lucrative habituelle de l'assuré autant que dans celui d'une activité lucrative adaptée à son état de santé, celle-ci ne devant impliquer ni mise à contribution durable de capacités cognitives supérieures à la moyenne, ni risque de chute (AI pce 43 p. 40-41 {p. 363-364}).

8.1.4 Sur le plan *psychique*, il ressort du rapport d'expertise partielle du 18 juillet 2019 de l'expert J. _____ (AI pce 42 {p. 402 ss}) que l'assuré rapporte des symptômes dépressifs apparus dans les suites de l'agression survenue en 2008, sans aucune rémission significative de ces troubles. Depuis lors, il souffre également de vertiges, de troubles de l'équilibre, de migraines fréquentes, de douleurs chroniques au niveau de l'épaule droite, ainsi que de douleurs dans la jambe gauche. L'assuré ajoute qu'après avoir dû transférer son lieu de travail de (...) au début de l'année 2015 [recte : à partir de juin 2014], il a fréquemment ressenti de la tristesse, de la fatigue, une fatigabilité accrue ainsi que des troubles d'adaptation, ne parvenant pas à s'intégrer dans son nouvel environnement professionnel. Après avoir été finalement licencié au milieu de l'année 2015, il n'a pas pu trouver de nouveau travail. A partir du début de l'année 2015 également, il a développé des crises d'agressivité durant son sommeil, lesquelles ont été source de conflits avec sa compagne (ch. 6.2 [AI pce 42 p. 17 {p. 418}] ; voir également ch. 3.2.1 [AI pce 42 p. 8 {p. 409}]).

A l'examen clinique – qui se tient en français (ch. 4.2 [AI pce 42 p. 15 {p. 416}]) –, l'expert constate que l'assuré s'est rendu seul en voiture jusqu'à (...), lieu de l'expertise. Sa tenue est soignée. De constitution athlétique, il entre dans la salle d'examen sans handicap visible et tient la position assise tranquillement sur sa chaise durant les 2h25 minutes d'examen, sans expressions faciales ni gestes attestant d'éventuelles douleurs. Il s'exprime de manière spontanée et volubile. Il répond de manière détaillée, approfondie et directe aux questions qui lui sont posées. La voix est normale et forte, le débit est fluide. Le contact visuel est maintenu sans difficultés. L'expertisé se montre coopératif et ouvert, un rapport affectif facile à établir. La conscience est claire et l'orientation, donnée dans tous les modes (ch. 4.1 [AI pce 42 p. 14 {p. 415}]). Le raisonnement, qui n'est ni inhibé, ni ralenti, ni appauvri, ne présente aucune singularité sur le plan du contenu. La description des douleurs est en partie logique et cohérente, en partie plutôt vague et peu tangible, avec une certaine tendance à l'exagération. Les informations ne sont pas toujours cohérentes et sont parfois contradictoires. L'assuré peut généralement, mais pas toujours, donner des indications temporelles précises. Pendant les 2h25mn qu'a duré l'examen, aucun trouble de la concentration, de l'attention ou de la compréhension, ni aucun signe de fatigue n'ont été détectés d'un point de vue purement clinique. Sur le plan psychomoteur, aucun résultat pathologique n'est constaté. Il n'y a pas non plus d'indices en faveur d'un processus psychotique. L'assuré peut parler de l'agression violente dont il a été victime en 2008, ainsi que de ses cauchemars, sans manifestation psycho-végétative visible. Une hypervigilance ou une nervosité plus prononcée ne sont pas non plus constatées à l'examen (ch. 4.3.1 [AI pce 42 p. 15 {p. 416}]).

A l'issue de celui-ci, l'expert J._____ retient le diagnostic de trouble dépressif récurrent avec épisode actuel léger sans syndrome somatique (ICD-10 F 33.00 [AI pce 42 p. 16 {p. 417}]) permettant une présence au travail de 6 ½ heures par jour respectivement une capacité de travail de 80 %, sans diminution de prestations, dans l'exercice de l'activité lucrative habituelle ainsi que dans celui d'une activité lucrative de substitution ne le contraignant pas à devoir partager le même environnement de travail simultanément avec de nombreuses personnes. Aussi l'assuré a-t-il subi, en raison de troubles psychiques, une incapacité de travail de 50 % dès la moitié de l'année 2014, de 20 % à partir de janvier 2015 et de 100 % du 14 décembre 2017 au 18 janvier 2018 durant son hospitalisation en la Clinique W._____ (AI pce 42 p. 23 ss {p. 424 ss}).

8.1.5 Procédant à une évaluation consensuelle interdisciplinaire par appel téléphonique du 11 juillet 2019 et en connaissance des examens de

laboratoire effectués par le Dr DD._____ aux fins de détecter d'éventuelles prises de psychotropes mais sans tests psychologiques complémentaires (ch. 4.3.2.2), les experts K._____ et J._____ constatent qu'à l'automne 2017, le traitement de la santé de l'expertisé consistait en des consultations neurologiques une fois tous les six mois, en des consultations psychothérapeutiques toutes les quatre semaines, ainsi qu'en la prise de médicaments psychotropes. En octobre 2017, le Dr EE._____ (neurologue traitant) avait recommandé à l'expertisé, qui se plaignait de maux de tête et de migraines, une bonne hygiène du sommeil, des activités physiques adaptées et la recherche d'un emploi en Suisse. A la mi-octobre 2017, le Dr P._____ (psychiatre traitant) avait, pour sa part, diagnostiqué un état de stress post traumatique (ci-après : SSPT) et une dépression sévère, retenu une incapacité totale de travail depuis mai 2017 et proposé une intensification de la psychothérapie et de la pharmacothérapie, ainsi qu'un traitement psychiatrique stationnaire. Procédant à l'évaluation consensuelle interdisciplinaire proprement dite, les experts considèrent que compte tenu du profil neurologique retenu, l'évaluation partielle de psychiatrie peut être reprise sans réserve en tant qu'évaluation consensuelle interdisciplinaire (AI pce 42 p. 27 ss {p. 428 ss}).

9.

Bien que le recourant ne conteste pas la valeur probante du rapport d'expertise bi-disciplinaire, le Tribunal procède d'office à l'examen de celle-ci.

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

9.1.1 Lorsqu'au stade de la procédure administrative, une expertise confiée à un médecin indépendant est établie par une spécialiste reconnue, sur la base d'observations approfondies et d'investigations complètes, de même qu'en pleine connaissance du dossier, et que l'experte aboutit à des résultats convaincants, il y a lieu de reconnaître pleine valeur probante à ces résultats, aussi longtemps qu'aucun indice concret, tel que des contradictions manifestes ou des éléments essentiels ignorés, ne permet de douter de leur bien-fondé et fiabilité (ATF 137 V 210 consid. 2.2.2 ; 135 V 465 consid. 4.4 ; 125 V 351 consid. 3b/bb). Les expertises commandées par un

assureur à des spécialistes indépendant·e·s et externes à cet assureur, en application de l'art. 44 LPGA (dans sa teneur en vigueur jusqu'au 31 décembre 2021), se voient reconnaître une pleine valeur probante, à moins que des indices concrets ne mettent en doute leur fiabilité (ATF 137 V 210 consid. 2.2.2 ; 135 V 465 consid. 4.4). 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 réf. cit. ; 9C_745/2010 du 30 mars 2011 consid. 3.2 et 9C_59/2010 du 11 juin 2010 consid. 4.1 ; MICHEL VALTERIO, Commentaire, Loi fédérale sur l'assurance-invalidité, 2018, art. 57 LAI n° 33).

9.1.2 En cas de maladies psychiques, tels les symptomatologies douloureuses sans substrat organique objectivable, autrement appelées « troubles somatoformes douloureux », les autres affections psychosomatiques assimilées (ATF 140 V 8 consid. 2.2.1.3), ou encore les troubles dépressifs, y compris de degré léger ou moyen (ATF 143 V 409 consid. 4.5.1 et 4.5.2), la capacité de travail réellement exigible de la personne souffrant de ces troubles doit être évaluée sur la base d'une vision d'ensemble, à la lumière des circonstances du cas particulier et sans résultat prédéfini, dans le cadre d'une procédure d'établissement des faits structurée et normative, permettant, d'une part, de mettre en lumière des facteurs d'incapacités et, d'autre part, les ressources de la personne concernée (ATF 141 V 281 consid. 2, 3.4 à 3.6, 4.1 ; 143 V 418 consid. 6 ss). Le point de départ de cet examen, et donc sa condition première, nécessaire à la reconnaissance de l'existence d'une atteinte à la santé psychique, est la présence d'un diagnostic émanant d'un·e expert·e (psychiatre) et s'appuyant, *lege artis*, sur les critères d'un système de classification reconnu, tel le CIM ou le DSM-IV (ATF 141 V 281 consid. 2.1 ; 143 V 418 consid. 6 et 8.1 ; arrêt du TF 9C_815/2012 du 12 décembre 2012 consid. 3). Puis, afin d'évaluer la capacité de travail et le caractère invalidant des affections susmentionnées, le Tribunal fédéral a conçu un catalogue d'indicateurs, classés en deux catégories (ATF 141 V 281 consid. 4.1.3) : la catégorie « degré de gravité fonctionnel » (consid. 4.3), comprenant le complexe « atteinte à la santé » (consid. 4.3.1 : expression des éléments pertinents pour le diagnostic, succès du traitement ou résistance à cet égard, succès de la réadaptation ou résistance à cet égard, comorbidités), le complexe « personnalité » (consid. 4.3.2 : structure et développement de la personnalité, ressources personnelles) et le complexe « contexte social » (consid. 4.3.3) ; ainsi que la catégorie « cohérence » (consid. 4.4 : point de vue du comportement), relative à la limitation uniforme du niveau des activités dans tous

les domaines comparables de la vie (consid. 4.4.1) et au poids des souffrances révélés par l'anamnèse établie en vue du traitement et de la réadaptation (consid. 4.4.2).

9.2

9.2.1 En l'occurrence, le rapport d'expertise bi-disciplinaire a été établi par des spécialistes en neurologie et psychiatrie disposant des connaissances propres à évaluer l'ensemble des troubles somatiques et psychiques concomitamment présentés par le recourant, lesquels ont du reste fait l'objet d'une évaluation consensuelle entre les experts afin de déterminer comment les différentes incapacités de travail et les différentes limitations fonctionnelles s'articulent (arrêt du TF 8C_483/2020 du 26 octobre 2020 consid. 4 1 ; voir aussi ANNE-SYLVE DUPONT, Assurance-invalidité, expertise pluridisciplinaire, incapacité de travail, évaluation globale, Art. 7, 8 et 44 LPGA, 4 LAI : commentaires de l'arrêt du TF 8C_483/2020, Newsletter RC assurances, vol. décembre 2020). A cet égard, le rapport d'expertise bi-disciplinaire précise dûment que l'évaluation consensuelle a été effectuée par entretien téléphonique (cf. ch. 5.1.1 des Lignes directrices pour l'expertise pluridisciplinaire en médecine d'assurance), procédé qui n'est en l'occurrence ni critiqué ni critiquable (cf. ATF 143 V 124) compte tenu du tableau médical présenté par l'assuré et de l'étroite corrélation entre les déficits neurologiques et la pathologie psychiatrique (cf. *infra* consid. 10 et 11, en particulier 11.1 et 11.2).

9.2.2 En outre, la description du contexte médical et l'appréciation de la situation médicale sont claires et les conclusions des experts dûment motivées. Les points litigieux importants font l'objet d'une étude circonstanciée et en connaissance des pièces médicales jusqu'alors produites au dossier AI, dossier CNA inclus. Les experts ont procédé chacun à un examen clinique de l'expertisé, dressé l'anamnèse personnelle, familiale, professionnelle, sociale et médicale de ce dernier, et dûment entendu ses plaintes.

9.2.3 Sur le plan psychique, l'expert psychiatre a en particulier dûment examiné la capacité de travail de l'assuré à la lumière des indicateurs standards jurisprudentiels.

9.2.3.1 Ainsi, l'expert J. _____ constate, à l'anamnèse personnelle, sociale, professionnelle et médicale de l'assuré (ch. 7.1), que celui-ci, sans antécédents psychiatriques héréditaires, grandit comme cadet d'une sœur plus âgée que lui d'une année et d'une demi-sœur maternelle beaucoup plus âgée. Il entretient de très bonnes relations avec cette dernière, mais

pas particulièrement étroites avec sa sœur biologique. Ses parents se séparent quand il a environ sept ans et depuis lors, il n'a pratiquement plus de contact avec son père. En revanche, il développe une bonne relation avec sa mère, qui décède d'un cancer quand il a 18 ans. Depuis 2001 jusqu'à son licenciement fin mai 2015, il travaille chez FF._____, puis plus tard chez B._____AG. En 2009, il est licencié de son emploi à (...), puis travaille à (...) jusqu'à la mi-2014. Egalement licencié de ce dernier emploi, il passe les six derniers mois à (...). L'expert déduit de ces constats, une capacité de fonctionnement psychosocial largement préservée. Sur le plan social, l'assuré semble relativement bien intégré, même s'il n'apprécie guère l'entourage de nombreux inconnus.

9.2.3.2 A propos des thérapies conduites, des chances de guérison ainsi que des mesures de réhabilitation et de réinsertion professionnelle (ch. 7.2), l'expert J._____ relève que l'assuré n'a jamais suivi de traitement psychiatrique, psychothérapeutique ou psychomédicamenteux avant mai 2007 [recte : 2017], date à laquelle une souffrance psychiatrique est avérée. L'expert fait alors l'objet d'une hospitalisation en établissement psychiatrique du 14 décembre 2017 au 18 janvier 2018, laquelle diminue clairement la fréquence des cauchemars nocturnes. La prise des psychotropes prescrits entraîne une perte de libido. Compte tenu de l'évolution constatée, le pronostic du point de vue psychiatrique est jugé ouvert à non défavorable attendu que l'assuré s'estime incapable de reprendre une activité professionnelle en raison de sa peur d'être à nouveau victime d'actes agressifs, de ses troubles de la concentration, de l'attention, de l'équilibre, de ses vertiges et de ses migraines. Une telle limitation de la capacité de travail n'est toutefois pas objectivée du point de vue purement psychiatrique.

9.2.3.3 Sous l'angle de la consistance et de la plausibilité des déclarations de l'assuré (ch. 7.3 p. 22), l'expert J._____ remarque que celles-ci divergent singulièrement de celles ressortant du dossier et manquent ainsi de cohérence. En particulier, l'expert J._____ souligne que l'assuré se plaint de ne pouvoir se concentrer que pendant une demi-heure à une heure au maximum et de se sentir très fatigué ensuite, alors qu'au cours de l'examen clinique de 2h25 mn, il a constamment paru très concentré et attentif, sans signe extérieur de fatigue. De plus, l'assuré se plaint de ne plus pouvoir exécuter simultanément plusieurs tâches, en même temps qu'il admet pouvoir conduire, la conduite automobile requérant une attention portée sur différents sujets à la fois. En outre, l'assuré n'a pas sollicité d'aide psychiatrique, psychothérapeutique ou psycho-médicamenteuse pendant une très longue période après l'accident, soit de juillet 2008 à mai

2017. Une restriction uniforme des activités de l'assuré dans tous les domaines comparables de sa vie ne ressort pas des déclarations de ce dernier, dès lors qu'il se dit capable d'accomplir sans problèmes les tâches quotidiennes qui lui incombent, mais incapable d'exercer une activité professionnelle. Une pareille divergence ne s'explique pas du point de vue psychiatrique.

9.2.3.4 L'évaluation des capacités, des ressources et des contraintes de l'expertisé (ch. 7.4) révèle des ressources et en particulier un fonctionnement psychosocial largement intacts, ainsi que des intérêts variés. L'expertisé s'informe en regardant des émissions d'actualités et d'information, ainsi que des documentaires, avec un regain d'intérêt pour les émissions techniques. La structure de sa personnalité ne présente aucun signe de trouble de la personnalité, le parcours tant professionnel que relationnel attestant d'une certaine constance. L'examen clinique ne met en évidence aucune comorbidité psychiatrique ni aucune psychopathologie graves susceptibles d'interférer négativement dans la relation avec l'expert. Néanmoins, le niveau d'aptitudes, mesuré à l'aide du questionnaire Mini-ICF-APP, doit être considéré, du point de vue strictement psychiatrique, comme légèrement limité sur les plans de la persévérance, de l'aptitude à s'affirmer, de la capacité à travailler en groupe, de la flexibilité et de la capacité d'adaptation. Partant, l'expert J. _____ retient les limitations fonctionnelles propres aux symptômes liés au trouble dépressif récurrent avec épisode léger.

9.3 Dès lors que les points litigieux importants ont ainsi fait l'objet d'une étude circonstanciée, que le rapport d'expertise bi-disciplinaire se fonde sur des examens complets, qu'il prend en considération l'ensemble des plaintes exprimées par la personne examinée, qu'il a été établi en pleine connaissance de l'anamnèse, notamment médicale, du sujet, que la capacité résiduelle de travail de ce dernier a été examinée à la lumière des indicateurs standards, que la description du contexte médical et l'appréciation de la situation médicale sont claires et, enfin, que les conclusions des experts sont dûment motivées, force est de lui reconnaître pleine valeur probante, à l'instar du SMR (cf. prise de position SMR du 17 septembre 2019 du Dr I. _____ [Al pce 51]).

10.

Sur la base des avis du SMR et des experts J. _____ et K. _____, l'OAIE oppose à l'assuré une capacité de travail de 50 % depuis juin 2014 et de 80 % depuis janvier 2015 aussi bien dans son activité lucrative habituelle que dans une activité lucrative de substitution devant se résumer à

une activité routinière sans processus de travail stressants, sans contrainte accrue et constante d'efficacité, sans travail de nuit, sans contacts réguliers avec une clientèle et sans partage de l'environnement de travail simultanément avec de nombreuses personnes. Le recourant conteste cette capacité de travail et se prévaut d'une incapacité de travail totale et durable. Il explique se plier quotidiennement à un très lourd traitement médicamenteux lui provoquant des vertiges très invalidants et incompatibles avec une reprise du travail. Il ajoute qu'un collaborateur de l'OAI-H. _____ lui aurait déclaré, à l'occasion d'un entretien tenu le 18 octobre 2017, que la médication qui lui était prescrite était incompatible avec la reprise d'un travail ainsi qu'avec la mise en œuvre d'éventuelles mesures d'intégration professionnelle dont le bénéfice lui a du reste été dénié. Il ajoute que les douleurs neurologiques chroniques dont il souffre ont une répercussion négative sur son état de santé psychique, raison pour laquelle il a dû entamer un suivi psychothérapeutique depuis le 19 mai 2017. A l'appui de ses considérations, il se fonde sur l'avis de ses médecins traitants. Cela étant, il convient de procéder à l'appréciation de l'état de santé psychique (cf. *infra* consid. 10) puis neurologique (cf. *infra* consid. 11) respectivement de la capacité de travail du recourant à l'aune du rapport d'expertise bi-disciplinaire, de l'avis du SMR et des médecins traitants.

11.

Sur le plan *psychique*, le recourant invoque en particulier l'avis de son psychiatre traitant, le Dr P. _____.

11.1 Aux termes des rapports médicaux qu'il a établis les 13 septembre 2017 (AI pce 5 {p. 875}), 11 octobre 2017 (AI pce 19 {p. 511 ss}) et 24 octobre 2017 (AI pce 18 {p. 517}), le Dr P. _____ indique recevoir l'assuré en consultation depuis le 19 mai 2017 en raison d'un état de stress post traumatique secondaire à une agression physique subie en 2008 et suivie de multiples fractures au niveau du visage ainsi que de troubles de l'équilibre et d'un syndrome migraineux. Malgré une prise en charge psychothérapeutique et psychotrope, l'état de stress post traumatique persiste avec des troubles du sommeil de type parasomnies (cauchemars, flashbacks, hypervigilance, sursaut, hyperprosexie, reviviscence) et s'est compliqué de troubles dépressifs majeurs d'intensité sévère (F32.2 CIM-10) tendant à se chroniciser et à s'aggraver à la suite du licenciement de l'assuré, d'une importante anhédonie, d'une perte de l'élan vital avec apathie et apragmatisme, d'un effondrement de l'estime de soi, de troubles cognitifs avec de grosses difficultés de concentration et d'attention, d'une désorientation temporo-spatiale et d'aboulie. L'état de santé psychiatrique est incompatible avec la reprise d'une activité professionnelle, empêche le patient de

réussir une réinsertion socio-professionnelle et nécessite une intensification de la prise en charge psychothérapeutique et psycho-médicamenteuse au long cours avec notamment une hospitalisation à la Clinique W._____ pour un bilan, mise à l'abri et réajustement thérapeutique. Le pronostic est mauvais en raison du licenciement de l'assuré, de la précarité de sa situation professionnelle et de la tendance à la chronicisation de ses troubles psychiatriques (troubles cognitifs) en comorbidité avec les séquelles neurologiques de l'agression physique (troubles de l'équilibre, syndrome migraineux). Le rapport médical du Dr P._____ du 29 mars 2018 rapporte que malgré l'hospitalisation de l'assuré à la Clinique W._____ du 14 décembre 2017 au 18 janvier 2018, malgré la prise en charge psychothérapeutique et psychotrope au long cours et malgré les réajustements thérapeutiques, l'état de stress post traumatique et les troubles dépressifs évoluent sous forme de rémission partielle avec une tendance à la chronicité, sont incompatibles avec la reprise d'une activité professionnelle, empêchent le patient de réussir une réinsertion socio-professionnelle et nécessitent l'intensification de la prise en charge psychothérapeutique et psycho-médicamenteuse (AI pce 23 p. 6 {p. 501}). Les 22 août 2019 (AI pce 48 {p. 315}), 16 décembre 2019 (AI pce 55 p. 5 {p. 290}), 5 juin 2020 (AI pce 59 p. 5 {p. 276}), 18 septembre 2020 (AI pce 63 p. 2 {p. 255}), 19 novembre 2020 (AI pce 69 {p. 241}), le psychiatre traitant rappelle assurer le suivi psychiatrique de l'assuré depuis le 19 mai 2017 à la suite d'un SSPT compliqué de troubles dépressifs majeurs d'intensité sévère en réaction à une agression dont il a été victime en 2008. Les séquelles neurologiques (troubles de l'équilibre, syndromes migraineux, algies, hypoesthésies du membre supérieur droit [récente rupture spontanée du tendon du biceps]) pourraient être liées à cette agression et exacerbent l'intensité des troubles psychiatriques, l'aggravation de l'état psychiatrique ayant nécessité une hospitalisation du patient à la Clinique psychiatrique W._____. L'état de santé psychiatrique, qui reste instable avec une inaptitude à 100 %, est incompatible avec la reprise d'une activité professionnelle ainsi que la réussite d'une réinsertion socioprofessionnelle et justifie l'intensification de la prise en charge psychologique et psycho-médicamenteuse au long cours. Le 14 janvier 2021, le Dr P._____ répète que le patient bénéficie d'un suivi psychiatrique dans son cabinet depuis le 19 mai 2017 pour un SSPT compliqué de troubles dépressifs majeurs d'intensité sévère, sans signes psychotiques, en réaction à une agression dont il a été victime en 2008 en rentrant du travail ; que malgré la prise en charge psychothérapeutique et psychotrope au long cours, malgré les réajustements thérapeutiques, les séquelles neurologiques et psychologiques font que l'état de santé physique et mental du sujet restent instables avec une inaptitude à

100 % incompatible avec la reprise d'une activité professionnelle ou une éventuelle réinsertion socioprofessionnelle (TAF pce 1 annexe 24).

11.2 Les constats du Dr P. _____ sont partagés par le Dr Y. _____ (psychiatre auprès de la Clinique W. _____) qui indique que l'assuré a été hospitalisé en ladite Clinique du 14 décembre 2017 au 18 janvier 2018 pour la prise en charge d'un trouble dépressif majeur associé à un syndrome de stress post traumatique et à des troubles cognitifs. Durant l'hospitalisation, un traitement de Prazosine a été instauré afin d'atténuer les cauchemars en lien avec le SSPT. Si un bénéfice a été ressenti par le patient sur ce plan, il persiste une tendance à l'hypervigilance. Durant les entretiens avec le patient, des troubles cognitifs ont été confirmés lors de la passation de quelques tests de dépistage (cf. certificat médical du 18 janvier 2018 [AI pce 22 p. 3 {p. 506}] et rapport du 8 juillet 2020 [AI pce 61 p. 3-7 {p. 260 ss}]).

11.3 Le diagnostic d'état de stress post traumatique compliqué de troubles dépressifs majeurs d'intensité sévère entraînant une incapacité totale de travail depuis 2017 retenu par le Dr P. _____ diverge du trouble dépressif récurrent avec épisode actuel léger sans syndrome somatique entraînant une incapacité de travail de 50 % depuis la moitié de l'année 2014, puis de 20 % depuis janvier 2015, retenu par l'expert J. _____.

11.3.1 A l'appui de son diagnostic, l'expert J. _____ expose qu'au cours de l'examen clinique, l'assuré affiche une humeur grave, mais pas déprimée. Il ne transmet pas l'impression d'être anxieux ou peu sûr de lui, mais plutôt d'être déterminé. A aucun moment au cours de l'examen, qui a duré 2h25mn, il n'a eu l'air déprimé-triste ou irrité-agressif, même s'il n'a que rarement affiché un sourire. Sa régulation émotionnelle est dans l'ensemble légèrement restreinte, mais pas sa vitalité. La fatigue, la fatigabilité accrue, ainsi que la diminution de sa capacité de concentration ou d'attention qu'il évoque ne peuvent pas être constatées d'un point de vue clinique. Par contre, un léger trouble de la fonction mnésique est relevé (AI pce 42 p. 17 {p. 418}). Compte tenu de ces éléments ainsi que de la longue durée de la dépression, l'expert J. _____ retient le diagnostic de trouble dépressif récurrent, l'épisode actuel devant être qualifié de léger dès lors que l'assuré est à même d'exécuter sans problèmes les tâches quotidiennes qui lui incombent. De plus, son fonctionnement psychosocial est largement intact dans sa relation avec sa fille de 33 ans, ses deux petits-enfants, sa demi-sœur, mais aussi avec certains de ses voisins, son ancien beau-père et ses compagnes. Sur le plan social, il peut être considéré comme relativement bien intégré (AI pce 42 p. 17-18 {p.418-419}).

A l'encontre du diagnostic de troubles dépressifs majeurs d'intensité sévère retenu par le Dr P._____, l'expert J._____ poursuit en ce sens que selon le psychiatre traitant (cf. rapport du 11 octobre 2017 [AI pce 19 {p. 511 ss}]), l'assuré aurait développé un épisode dépressif grave depuis la résiliation de son contrat de travail avec effet en juin 2014 [recte : mai 2015]. De l'avis de l'expert, le psychiatre traitant procède ainsi à une évaluation rétrospective alors même qu'il est difficile de se fonder sur des déclarations de l'expertisé rétrospectivement fiables quant à la gravité de la dépression. En outre, l'expertisé a continué à travailler jusqu'à son licenciement fin décembre 2014 (cf. « Questionnaire pour l'employeur » établi le 19 octobre 2017 par B._____ AG [AI pce 15 {p. 525 ss}]) et il a investi une relation intime au début de l'année 2015 laquelle a duré jusqu'au début de l'année 2018, ce qu'il aurait difficilement pu faire s'il avait alors souffert de dépression grave.

Par contre, l'expert J._____ constate que l'assuré a entamé un suivi psychothérapeutique le 19 mai 2017, pour le motif invoqué de mouvements inconscients des jambes pendant la nuit apparus pour la première fois vers le début de l'année 2015, et en déduit que le patient a alors présenté une aggravation temporaire des symptômes dépressifs depuis le changement d'emploi à la mi-2014, le degré de gravité de la dépression pouvant être alors qualifié de moyen attendu que l'assuré a été capable d'entamer une nouvelle relation intime, début 2015, ce qui aurait été impossible en cas de dépression grave. L'expert J._____ retient ensuite qu'à défaut de troubles prononcés de la concentration ou de l'attention constatés à l'examen clinique, une nette amélioration de l'état de santé psychique de l'expertisé doit être retenue par rapport aux constats consignés par le Dr P._____ pour la période courant de juin à décembre 2014, cela d'autant que l'anamnèse ne révèle plus aucune anhédonie ni aboulie ni apathie au jour de l'expertise. L'expert J._____ voit un autre signe d'amélioration de l'état de santé psychique de l'assuré dans le fait que depuis son hospitalisation en la Clinique W._____, ses cauchemars – au cours desquels il revit des actes d'agression –, auparavant quotidiens, ne surviennent plus que deux à trois fois par semaine. Dans ces circonstances, l'expert J._____ écarte le diagnostic d'épisode dépressif grave retenu par le psychiatre traitant (AI pce 42 p. 18-19 {p. 419-420}).

Enfin, l'expert psychiatre exclut le diagnostic d'état de stress post traumatique pour le motif que l'assuré est capable de parler de l'agression violente subie en 2008 sans montrer de symptômes psycho-végétatifs visibles et sans qu'aucune hypervigilance, aucune nervosité ni aucune dissociation ne soient observées. De plus, aucun hyper éveil n'est établi. Aucun

comportement d'évitement n'est constaté, l'assuré étant capable de continuer à conduire puisqu'il a rejoint les locaux de l'expertise en conduisant lui-même jusqu'à (...). En outre, l'assuré n'a sollicité aucun secours psychiatrique, psychothérapeutique ou psycho-médicamenteux avant mai 2017 malgré les troubles développés depuis l'agression de 2008 et il a été capable de continuer à travailler jusqu'à fin décembre 2014. En présence d'un trouble de stress post traumatique significatif, cela n'aurait guère été possible. A l'appui de ses conclusions, l'expert J. _____ ajoute qu'aucun trouble de stress post traumatique typique n'est diagnostiqué dans le certificat médical établi le 25 août 2009 (AI pce 13.154 {p. 827}) par la psychologue GG. _____ (AI pce 42 p. 19-20 {p. 420-421}). En outre, l'expert J. _____ se réfère également au rapport établi le 8 avril 2011 par HH. _____ (neuropsychologue [AI pce 13.88 {p. 695}]) qui diagnostique un léger trouble neuropsychologique dans un contexte post contusio cerebri, non pas une dépression ni un SSPT.

11.3.2 Cela étant, le Tribunal constate que l'expert J. _____ motive dûment le diagnostic qu'il retient. En particulier, il exclut d'une manière convaincante qui emporte la conviction de la Cour le diagnostic d'état de stress post traumatique compliqué de troubles dépressifs majeurs d'intensité sévère pour retenir celui de trouble dépressif récurrent avec épisode actuel léger sans syndrome somatique. En revanche, le Dr P. _____ n'explique pas les raisons pour lesquelles le patient ne présente aucune amélioration de sa santé psychique et continue de subir une incapacité totale de travail malgré le suivi psychothérapeutique et psycho médicamenteux conduits depuis mai 2017, et cela alors même que le Dr Y. _____ fait état d'un bénéfice ressenti par le patient à l'issue de son hospitalisation en la Clinique W. _____ (cf. *supra* consid. 11.2). Le psychiatre traitant n'explique pas non plus les motifs pour lesquels malgré le diagnostic de dépression sévère, le suivi psychothérapeutique s'est limité à une consultation toutes les 4 semaines et n'a commencé que le 19 mai 2017 alors qu'aux dires de l'assuré, il aurait présenté des troubles dépressifs graves dans les suites immédiates de l'agression subie en 2008. Il n'explique pas davantage les raisons pour lesquelles le patient a été à même de continuer à travailler depuis cette agression jusqu'à son licenciement avec effet à fin mai 2015 et pour quelles raisons, il ne l'aurait plus été à partir de 2017, étant précisé qu'il est sans incidence sur l'évaluation médicale respectivement sur le sort du litige que le licenciement de l'assuré soit survenu en juin 2014 ou en mai 2015. Le Tribunal souligne encore que le recourant indique dans son recours que ses douleurs neurologiques chroniques ont une répercussion négative sur son état de santé psychique et que ce faisant, il n'attribue ses troubles psychiques ni à son licenciement ni à son inactivité

professionnelle, mais bien plutôt aux troubles neurologiques qui l'ont affecté dès 2008 et nonobstant lesquels il a été à même de travailler jusqu'en 2015. S'agissant au demeurant des limitations fonctionnelles induites par les troubles psychiques, le Dr P._____ retient une incapacité totale de travail qu'il ne motive pas à la lumière des critères standards jurisprudentiels.

Compte tenu du défaut de motivation des avis du Dr P._____, du long temps de latence survenu entre l'événement traumatique du 11 juillet 2008 et la décompensation psychique de 50 % à partir de juin 2014, puis de 20 % à partir de janvier 2015 (lesquelles parlent en défaveur d'un diagnostic de SSPT [cf. arrêts du TF 9C_228/2013 du 26 juin 2016 consid. 4.1.4 et 9C_555/2021 du 23 décembre 2021 consid. 4.2]), ainsi que de la réserve avec laquelle il convient d'apprécier les rapports de ce dernier en raison de la relation de confiance issue du mandat thérapeutique qui l'unit au recourant (cf. *supra* consid. 7.2.2), le Tribunal considère que l'avis divergent du psychiatre traitant, s'agissant du diagnostic autant que des limitations fonctionnelles en découlant, ne sont pas à même de mettre en cause l'évaluation convaincante de la santé psychique du recourant opérée par l'expert von J._____. Celle-ci est de surcroît corroborée par les constats en neuropsychologie figurant au dossier (cf. bilan neuropsychologique établi le 2 juillet 2019 par II._____ et CC._____, neuropsychologues [AI pce 43 p. 75-76 {p. 398}]; voir également les rapports établis par HH._____, psychologue spécialisé en neuropsychologie les 23 mai 2010 [AI pce 13.122 {p. 762}], 26 novembre 2010 [AI pce 13.100 {p. 714}], 8 avril 2011 [AI pce 13.88 {p. 695}], 31 octobre 2011 [AI pce 13.75 {p. 677}] et 29 novembre 2011 [AI pce 13.75 {p. 670}]; cf. *infra* consid. 12.2.1). Enfin, il convient d'ajouter qu'aux dires mêmes du Dr P._____, les rapports médicaux et ordonnances médicales qu'il a établis ultérieurement au rapport d'expertise bi-disciplinaire ne font état d'aucune évolution de l'état de santé psychique de l'assuré, de sorte que l'OAIE pouvait valablement rejeter la demande de prestations d'invalidité sans soumettre ces « nouvelles » pièces à l'expert J._____ et en statuant sur les seules prises de position SMR aux termes desquelles aucune évolution médicale déterminante n'est survenue depuis la reddition du rapport d'expertise bi-disciplinaire.

12.

Sur le plan *neurologique*, l'expert K._____ retient les diagnostics de status post traumatisme crânio-cérébral avec contusion cérébrale survenu le 11 juillet 2008 (1° céphalées post traumatiques persistantes de type migraineux, 2° déficits cognitifs minimes [fatigabilité accrue incluse] tout au plus légers, 3° légers troubles centraux de l'équilibre) entraînant une

diminution de 15 % de la capacité de travail dans l'activité lucrative habituelle et dans une activité lucrative adaptée. Aucun des avis spécialisés émis par les médecins traitants ne sont susceptibles d'ébranler ces considérations qu'ils corroborent bien plutôt, ainsi que les considérants suivants le démontrent.

12.1 S'agissant des *céphalées*, l'expert explique qu'après le traumatisme de 2008, l'expertisé, qui n'en avait jamais souffert auparavant, a commencé à endurer, 3 à 4 fois par semaine, des maux de tête importants, aggravés par l'effort physique et assortis de nausées, de vomissements et d'une hypersensibilité au bruit et à la lumière. Les diagnostics de maux de tête post traumatiques, puis de céphalées de tension et de migraines ont été posés, un traitement de fond à base de topiramate et de triptans (médicaments spécifiques à la migraine), prescrits. L'expert poursuit en indiquant qu'au jour de l'expertise, le sujet mentionne environ 10 crises de maux de tête légers par mois, sans maux de tête les autres jours, contrôlées par la prise d'au maximum 12 comprimés de Maxalt par mois. L'expert exclut des céphalées dues à une surconsommation de médicaments, les critères n'en étant pas réunis, et retient des maux de tête post traumatiques apparus de manière intense immédiatement après le traumatisme crânio-cérébral. Dès lors que de légers maux de tête persistent plus de 10 ans après le traumatisme de 2008, l'expert en neurologie retient le diagnostic de céphalées post traumatiques persistantes phénotypiques migraineuses. Compte tenu de l'efficacité avérée des médicaments contre les migraines et d'un absentéisme moyen évalué par l'employeur d'une à deux absences par mois en 2010, l'expert K._____ retient une fréquence moyenne d'absences dues aux maux de tête de 2 à 3 fois par mois pour une durée allant de quelques heures à toute une journée.

12.1.1 Les constats de l'expert K._____ relatifs au diagnostic de céphalées post traumatiques persistantes de type migraineux entraînant 2 à 3 absences mensuelles de quelques heures à toute une journée ne sont infirmés par aucune des pièces médicales figurant au dossier, se trouvant même plutôt corroborés par les avis spécialisés suivants émis par :

- le Dr KK._____ (neurologue traitant) diagnostiquant un status post agression avec de multiples coups portés à la tête et au visage survenue le 11 juillet 2008 ; posant les constats de
 - commotion cérébrale / traumatisme crânien léger
 - fracture du nez sur status post septoplastie le 21 juillet 2008

- fracture non déplacée de l'os zygomatique gauche, de la paroi latérale et de la paroi postérieure du sinus maxillaire gauche
- multiples contusions au visage et à la tête
- syndrome post-commotionnel / syndrome psychosomatique organique post traumatisme crânio-cérébral;

indiquant que le diagnostic de syndrome post commotionnel respectivement de syndrome psychosomatique organique se caractérise par des douleurs et des symptômes multiples qui contrastent avec des résultats cliniques discrets, voire totalement absents ; néanmoins, l'existence des troubles ne fait aucun doute, aucun signe d'aggravation n'étant à signaler ; le pronostic à long terme devrait être plutôt favorable, mais il n'est pas possible de donner des indications plus précises à ce sujet ; la capacité de travail du patient n'est pas réduite, celui-ci travaillant à nouveau à 100 % en tant que laborantin (cf. rapport du 24 novembre 2009 [AI pce 13.142 {p. 807}]);

- le Dr LL._____ (radiologue) observant une probable lésion corticale post traumatique dans le gyrus temporal supérieur droit avec dépôts d'hémosidérine adjacents, des dépôts d'hémosidérine supplémentaires adjacents au crâne sur le cortex et une petite anomalie veineuse de développement (DVA) dans le gyrus frontal supérieur droit avec dépôt d'hémosidérine environnant (cf. rapport d'Imagerie par Résonance Magnétique [IRM] et d'Angiographie par Résonance Magnétique [ARM] du neurocrâne du 6 janvier 2010 [AI pce 13.140 {p. 805}]);
- le Dr MM._____ (spécialiste auprès de la Clinique des maladies de la gorge, du nez, des oreilles, et chirurgie de la gorge et du visage de l'Hôpital cantonal NN._____) retenant les diagnostics de
 - traumatisme crânien survenu le 11 juillet 2008 après une agression physique avec de multiples coups portés à la tête et suivi depuis lors de crises de migraines sévères pratiquement quotidiennes et de troubles de l'équilibre centraux, un trouble fonctionnel vestibulaire périphérique étant exclu,
 - modification de la forme du nez avec empreinte du dos nasal et hyperplasie des cornets nasaux,
 - surdité post traumatique à droite avec perte auditive de 14 %, étant précisé que si la perte auditive de 14 % à droite doit être considérée comme définitive, une opération du nez est prévue à titre thérapeutique, ainsi que des mesures de physiothérapie indiquées pour l'équilibre, une longue période de convalescence étant attendue (cf. rapport du 18 janvier 2010 [AI pce 13.138 {p. 795}]);

- le Dr G. _____ (médecin d'arrondissement CNA spécialisé en chirurgie) qui retient, à l'anamnèse, un status post contusion cérébrale avec syndrome psychique organique résiduel après un traumatisme crânio-cérébral suivi de troubles neuropsychologiques légers persistants depuis le 11 juillet 2008, un status post fracture du nez et fracture du crâne gauche survenues le 11 juillet 2008, un status post septorhinoplastie pratiquée le 23 avril 2010, un status post correction plastique du nez opérée le 28 décembre 2010, une capsulite rétractile de l'épaule droite avec arthropathie de l'articulation acromio-claviculaire avec impingement et un syndrome cervical musculaire ; qui diagnostique un trouble neuropsychologique léger consécutif à un traumatisme crânien avec hémorragie temporale droite survenu le 11 juillet 2008 ; qui constate que la thérapie neuropsychologique n'a apporté aucune amélioration sur le plan neuropsychologique, de sorte que l'état de santé actuel doit être considéré comme définitif, les troubles fondant une atteinte à l'intégrité de 20 %; le 23 mars 2012, le Dr G. _____ constate que l'assuré se plaint de souffrir encore fréquemment de maux de tête de type migraineux traités par la prise régulière de médicaments à titre préventif et de médicaments supplémentaires en cas de crises migraineuses soudaines, d'une fatigue accrue avec parfois une légère diminution de la capacité de l'attention, de douleurs à l'oreille droite, de douleurs croissantes depuis septembre 2011 au niveau de l'épaule droite constitutives d'une capsulite et de douleurs au niveau des vertèbres cervicales ; le Dr G. _____ retient les diagnostics d'état post contusion cérébrale avec déficits neuropsychologiques permanents et de status post fractures du visage et du nez ; l'évolution du traumatisme crânio-cérébral ne présente aucune autre particularité à l'exception des maux de tête récurrents ; l'assuré a pu reprendre son travail à temps plein avec une légère baisse des performances, mais subit des jours d'absence répétés en raison de migraines ; actuellement, il travaille à 50 %, les 50 % d'incapacité de travail résultant de l'épaule droite (AI pce 13.39 {p. 618}) ;
- le Dr EE. _____ (neurologue traitant) qui retient que le patient, victime d'une agression avec traumatisme facial en juillet 2008, se plaint depuis lors de céphalées chroniques, sous médicaments ; que la santé de l'assuré s'améliore grâce à la kinésithérapie, l'ostéopathie se révélant également favorable, et que l'examen neurologique reste normal, comme l'année précédente (cf. rapport du 15 octobre 2011 [AI pce 13.25 {p. 600}]) ; qui constate, le 16 novembre 2012, que le patient, victime d'un traumatisme crânien en juillet 2008 responsable d'un syndrome post traumatique, présente des troubles anxieux chroniques,

une migraine et souffre de polyarthralgies prédominant au niveau de l'épaule droite ; que l'examen neurologique clinique post traumatique, l'électroencéphalogramme [EEG] et le scanner cérébral sont dans les limites de la normale et que l'état de santé du patient nécessite un traitement anti-migraineux de fond (AI pce 13.21 {p. 593}) ; qui ajoute, le 3 décembre 2013, que le sujet présente des crises de vertiges, des céphalées itératives et un état de fatigue chronique avec des troubles de l'attention ; que sous traitement, il présente 2 ou 3 crises de céphalées par semaine qu'il décrit comme violentes nécessitant une prise très régulière de Maxalt ; qu'il persiste des vertiges décrits comme étant rotatoires, favorisés par le passage en décubitus latéral droit ou gauche ; que les investigations ORL sont négatives ; que le patient a suivi de très nombreuses séances de rééducation de l'équilibre sans résultat ; que les vertiges ne s'accompagnent pas de nausée, de vomissement, d'acouphène et ne sont pas liés aux céphalées ; que l'examen neurologique reste objectivement normal ; que le problème immédiat est la surconsommation de Maxalt qui risque de provoquer rapidement des céphalées par abus de triptans, de sorte qu'il est impératif que le patient limite sa consommation de Maxalt à 10 cachets par mois au maximum (AI pce 13.15 {p. 585}) ; qui rapporte, le 10 février 2017, des céphalées chroniques évoluant depuis de nombreuses années et associant des céphalées migraineuses avec des céphalées de type tensif d'origine psychogène (AI pce 13.7 {p. 570}) ; qui, le 18 septembre 2017, observe un état de fatigue chronique, des sensations vertigineuses, des troubles du sommeil, des sensations « d'absences », des troubles de l'attention et de la concentration, des oublis, un appétit médiocre ; qui constate que l'IRM de l'encéphale est normale, de sorte qu'il n'y a pas lieu de poursuivre les investigations somatiques plus avant ; qui ne retient pas de diagnostic neurologique hormis une migraine commune « banale », la problématique étant essentiellement psychiatrique (AI pce 14 {p. 537}).

12.1.2 Cela étant, force est de constater que le diagnostic de céphalées post traumatiques persistantes phénotypiques migraineuses – maîtrisées avec succès par le traitement prescrit et correctement suivi par le patient – entraînant une fréquence moyenne d'absentéisme au travail de 2 à 3 fois par mois pour une durée de quelques heures à toute une journée, soit une incapacité de travail d'au maximum 3 demi-journées d'absences par mois, n'est pas critiquable.

12.2 A propos des *déficits cognitifs*, l'expert K. _____ indique qu'ils résultent d'un traumatisme crânio-cérébral survenu en 2008 et suivi de multiples

fractures au niveau du visage, d'une perte de conscience et d'une hémorragie traumatique (contusion cérébrale) dans l'hémisphère cérébral droit, et qu'ils entraînent une diminution de la capacité de travail estimée à 10 % dans l'exercice de l'activité lucrative habituelle de l'assuré. En particulier, l'expert en neurologie expose qu'après que le diagnostic différentiel de léger trouble neuropsychologique a été discuté en 2010, celui de troubles d'origine cérébrale est apparu plus vraisemblable. Une thérapie neuropsychologique mise en place par la CNA (cf. rapports établis par le neuropsychologue HH._____ les 23 mai 2010 [AI pce 13.122 {p. 762}], 26 novembre 2010 [AI pce 13.100 {p. 714}], 8 avril 2011 [AI pce 13.88 {p. 695}], 31 octobre 2011 [AI pce 13.75 {p. 677}] et 29 novembre 2011 [AI pce 13.75 {p. 670}]) a apporté une certaine amélioration, mais sans incidences pour autant sur la capacité de travail de l'assuré. Le nouvel examen neuropsychologique pratiqué en avril 2019 (cf. bilan établi le 2 juillet 2019 par II._____ et CC._____ neuropsychologues [AI pce 43 p. 53-76 {p. 376-399}]) n'a pas permis de mettre en évidence de déficits cognitifs avérés, dès lors qu'il est apparu que l'expertisé manquait de volonté et aggravait son état. Ainsi masqués par le défaut de volonté et une tendance à l'exacerbation, les authentiques déficits cognitifs n'ont pas pu être identifiés lors du dernier examen neuropsychologique d'avril 2019. Aussi l'expert considère-t-il peu probable, plus de dix ans après l'événement traumatisant de 2008, que le déficit cognitif résiduel exerce encore une incidence sur la capacité de travail de l'assuré. Il ajoute que le fait que des déficits cognitifs aient été constatés lors de l'hospitalisation de l'assuré du 14 décembre 2017 au 18 janvier 2018 sur l'indication d'un trouble de stress post traumatique et d'une dépression (cf. certificat médical du 18 janvier 2018 et rapport du 8 juillet 2020 du Dr Y._____, psychiatre auprès de la Clinique W._____ [AI pce 22 p. 3 {p. 506} et pce 61 p. 3-7 {p. 260 ss}]; cf. *infra* consid. 11.2) est très probablement imputable en partie à la maladie psychique. Si l'expert considère admissible que certains déficits cognitifs liés au traumatisme de 2008 persistent à ce stade, il est en revanche d'avis qu'il ne peut s'agir que de troubles tout au plus légers fondant, conformément à l'évaluation retenue précédemment par les médecins traitants, une restriction de la capacité de travail dans l'activité lucrative habituelle de 10 % au maximum.

12.2.1 Le diagnostic de légers déficits neuropsychiques retenus par l'expert K._____ est corroboré par le neuropsychologue HH._____ (cf. rapport de suivi du 26 novembre 2010 p. 7 [AI pce 13.100 {ch. 3 p. 720}]). De même, le constat d'exacerbation des déficits cognitifs est également évoqué au titre de diagnostic différentiel par le neuropsychologue HH._____ (cf. rapport du 23 mai 2010 [AI pce 13.122 {ch. 3 p. 774}]). En

outre, il ressort du bilan neuropsychologique établi le 2 juillet 2019 par les neuropsychologues II. _____ et CC. _____ que malgré des lésions cérébrales organiques documentées, le diagnostic de dysfonctionnements cognitifs probablement simulés selon les critères de Slick et al. doit être posé, de sorte qu'il convient de retenir une probable exacerbation des séquelles cognitives de l'accident. Si les limitations associées à la douleur doivent être considérées comme exagérées à l'aune du MMPI-2-RF (Inventaire Multiphasique de Personnalité du Minnesota – 2 - Forme Restructurée), l'ampleur de cette exagération s'insère encore dans les limites d'un trouble somatoforme. D'éventuels déficits cognitifs authentiques masqués par l'aggravation respectivement les restrictions de la capacité fonctionnelle et de la capacité de travail qui en résultent ne sont par conséquent pas détectables de manière positive. Les informations spontanées fournies par l'assuré sur les déficits cognitifs subis sont en effet restées rares et vagues, voire contradictoires : sur question, il a en effet confirmé des troubles de la concentration, de la mémoire, de l'exploration visuelle et de la vision qui rendaient difficiles les activités à l'écran d'ordinateur, des difficultés avec les chiffres et le calcul, ainsi que des problèmes pour suivre l'intrigue des films, mais uniquement à la maison, pas au cinéma; aucun changement de personnalité ou problème psychique n'a été spontanément évoqué par l'assuré, alors que le MMPI-2-RF en a confirmé l'existence dans une mesure prononcée ; l'assuré se considère comme incapable d'exercer son activité lucrative habituelle sur le marché du travail en raison de ses douleurs et des effets secondaires cognitifs de son traitement médicamenteux et n'a apparemment pas envisagé la reprise d'une activité de référence, ce qui est difficilement compréhensible dès lors qu'il a pu exercer son activité lucrative habituelle avec le même traitement jusqu'à son licenciement pour raisons économiques en 2016 [recte : 2015] ; dans le cadre de l'exploration, l'assuré a fait état de contacts quasi quotidiens et planifiés avec ses collègues, tandis que dans le MMPI-2-RF, il se décrit comme introverti sur le plan social, timide et peu intéressé par les contacts sociaux, ou indique qu'il les évite autant que possible (AI pce 43 p. 53-76 {p. 376-399}).

12.2.2 Quant à la capacité de travail retenue par l'expert K. _____ à hauteur de 90 % en regard des déficits cognitifs, elle est corroborée par le neuropsychologue HH. _____ qui constatait déjà en 2010 que les résultats neuropsychologiques permettaient de retenir une capacité de travail de 90 % dans la profession habituelle de laborantin, une incapacité de travail de 10 % pouvant être retenue en raison des déficits d'attention objectifs, une activité lucrative adaptée devant tenir compte des facteurs de

résistance au stress (pauses, flexibilité), de responsabilité et de contrôles (cf. rapport de suivi du 26 novembre 2010 [AI pce 13.100 {p. 714}]).

12.2.3 Cela étant, le Tribunal considère comme établi au degré de la vraisemblance prépondérante que le recourant présente des déficits cognitifs fondant une incapacité de travail de 10 % dans une activité lucrative habituelle et de substitution.

12.3 S'agissant des symptômes de *vertiges* respectivement de troubles de l'équilibre, l'expert K._____ constate que le diagnostic de troubles fonctionnels vestibulaires périphériques a été exclu par les médecins traitants à la faveur de celui de troubles centraux de l'équilibre consécutifs au traumatisme crânio-cérébral de 2008. A l'examen clinique, l'expert ne dépiste pas non plus d'indices en faveur de troubles vestibulaires périphériques et retient le diagnostic de troubles centraux de l'équilibre compte tenu d'une altération de l'équilibre objectivement constatée et du traumatisme crânio-cérébral avéré. Ces troubles interdisent l'exercice d'activités lucratives nécessitant un système vestibulaire intact, soit en particulier d'activités impliquant un risque de chute. Ces considérations sont corroborées par le Dr KK._____ (neurologue) qui indique qu'un examen ORL consigné dans un rapport du 18 janvier 2010 de l'Hôpital cantonal NN._____ n'a révélé aucun signe de dysfonctionnement vestibulaire périphérique et que les troubles de l'équilibre ont été interprétés comme d'origine centrale (cf. rapport du 2 mars 2010 du Dr KK._____ [AI pce 13.134 {p. 789}]) et par le Dr OO._____ (oto-rhino-laryngologue) qui préconise une rééducation vestibulaire sur l'indication de vertiges, d'instabilité fonctionnelle lors de la marche et des mouvements de tête et d'un syndrome subjectif des traumatismes crâniens (cf. rapport du 13 mai 2009 [AI pce 13.163 {p. 837}]; voir également le rapport du 21 août 2009 du Dr PP._____, spécialiste auprès de la Clinique QQ._____ [AI pce 13.166 {p. 828}] et le certificat du 27 août 2009 du kinésithérapeute RR._____ [AI pce 13.156 {p. 829}]). Le rapport d'IRM cérébrale du 20 janvier 2021 du Dr Q._____ (radiologue), effectuée sur l'indication d'acouphènes, de troubles de l'équilibre et de migraines, indique également que l'IRM cérébrale est normale et qu'en particulier, il n'existe pas d'atteinte démyélinisante, pas de séquelle post ischémique, pas de masse des angles ponto-cérébelleux, pas de labyrinthite cochléo-vestibulaire ni de séquelle otomastoïdite, pas de masse tumorale parenchymateuse cérébrale et méningée, pas d'anévrisme des vaisseaux du polygone de Willis (TAF pce 1 annexe 26). Enfin, un bilan audiométrique effectué le 1^{er} avril 2021 ainsi qu'un rapport d'examen du 29 avril 2021 établis par le Dr S._____ (otorhinolaryngologue) confirme que l'examen ORL et le bilan vestibulaires sont normaux et que l'instabilité

ressentie par l'intéressé est sans rapport avec une atteinte cochléo vestibulaire (TAF pce 8). Compte tenu des troubles de l'équilibre ainsi constatés, l'expert K._____ retient de manière cohérente et convaincante l'incapacité d'exercer des activités lucratives nécessitant un système vestibulaire intact, soit en particulier des activités impliquant un risque de chute.

12.4 S'agissant de la *rupture du biceps du bras droit* survenue en juillet 2019 et des *troubles de sensibilité au niveau de la main droite*, l'expert K._____ explique n'avoir observé aucune indication en faveur d'une cause centrale ou radiculaire de la colonne cervicale, les constats cliniques suggérant la présence d'un syndrome du canal carpien. Il explique que les examens neurophysiologiques pratiqués en octobre 2016 ont révélé un tel syndrome, mais bilatéral et plus prononcé à gauche. L'expertisé ne signalant pas de problème du côté gauche lors de l'expertise, l'expert K._____ considère qu'une erreur concernant l'indication du côté concerné ne peut être exclue. Les derniers examens réalisés en 2019 ont certes mis en lumière les signes électroneuromyographiques d'une lésion du nerf médian ; toutefois, le sujet a pu retrouver une innervation complète après plusieurs tentatives et aucune atrophie ni contracture n'ont été constatées à l'examen clinique. Néanmoins, le sujet exprime des difficultés et un ralentissement à l'écriture, en particulier manuscrite. Au vu des constatations cliniques, l'expert considère que ces plaintes sont tout à fait concevables, mais ne sauraient toutefois exercer une incidence notable sur la capacité de travail de l'expertisé dans son activité lucrative habituelle.

12.4.1 Ces constats ont été dressés en connaissance des rapports médicaux suivants recueillis par l'autorité d'instruction :

- le rapport de radiographie du 13 décembre 2011 de la Dre SS._____ constatant des épaules droite et gauche sans anomalie ostéo-articulaire (AI pce 13.57 {p. 648}) ;
- le rapport d'IRM de l'épaule droite du 17 janvier 2012 des Drs U._____ et TT._____ concluant à une arthropathie acromio-claviculaire et pincement de l'espace sous acromial, de bursite sous coracoïdienne avec une disposition en faveur d'un conflit antéro-médial (AI pce 13.52 {p. 643}) ;
- le rapport du 23 février 2012 du Dr UU._____ (spécialiste en chirurgie orthopédique et de la main) indiquant que le patient souffre de l'épaule droite de façon particulièrement pénible depuis 6 mois au décours d'une agression survenue en juillet 2008 ; constatant une

capsulite rétractile extrêmement sévère avec rotation externe coude au corps nulle; soulignant que cette capsulite relève pour l'instant d'un traitement médical associant antalgiques aussi puissants que nécessaires, anti-inflammatoires, une ou deux infiltrations radio-guidées et une kinésithérapie prolongée ; précisant que la capsulite relève à ce stade d'un traitement conservateur et que rares sont les cas dans lesquels les capsulites nécessitent une arthrolyse chirurgicale (AI pce 13.47 {p. 634}) ;

- le rapport du 12 mars 2012 du Dr T. _____ (spécialiste en chirurgie de la main) constatant que l'assuré présente une raideur douloureuse de l'épaule droite depuis quelques mois ; indiquant ne pas retrouver de traumatisme de l'épaule proprement dit mais un traumatisme contemporain d'une agression au niveau crânio-facial il y a plusieurs années dont découle la capsulite de l'épaule droite ; précisant que ce type de capsulite évolue habituellement autour de 18 mois, qu'aucun geste infiltratif ou interventionnel n'est envisagé et que seule la rééducation doit être poursuivie, éventuellement avec une aide psychologique extérieure pour gérer le traumatisme (AI pce 13.46 {p. 633}) ;
- le rapport d'IRM de l'épaule droite effectuée le 19 mai 2012 sur l'indication de scapulalgies par le Dr VV. _____ constatant l'absence de lésion osseuse de nature traumatique repérable et l'absence de signe de rupture de la coiffe des rotateurs ; retenant une tendinopathie non calcifiante du tendon supra épineux et des remaniements dégénératifs acromio-claviculaires (AI pce 79.71 {p. 213}) ;
- le rapport du 31 mai 2012 de WW. _____ (masseur kinésithérapeute) indiquant suivre l'assuré pour une rééducation de l'épaule droite (capsulite rétractile depuis décembre 2011), précisant que la rééducation a pour objectif de diminuer les douleurs encore très présentes ainsi que de récupérer les amplitudes articulaires de l'épaule droite ; observant que depuis quelques mois, l'assuré se plaint d'une tendinopathie du sus épineux de l'épaule gauche traitée par des exercices d'abaissement de la tête humérale et de la mobilisation douce (AI pce 79.70 {p. 212}) ; voir également le rapport du 9 août 2013 indiquant que l'épaule droite fait encore l'objet d'une rééducation depuis le 23 mai 2013 [AI pce 79.61 {p. 201}]] ;
- le rapport du 15 janvier 2019 du Dr XX. _____ (médecin-conseil de la CNA spécialisé en chirurgien orthopédique et traumatologie de l'appareil locomoteur) qui constate que le 11 juillet 2008, alors qu'il circulait

au volant de son automobile particulière, l'assuré a été bloqué par deux autres véhicules puis roué de coups par les conducteurs de ceux-ci et a subi

- une fracture du nez avec lésion du septum
- une contusion cérébrale avec lésion du gyros temporal supérieur droit et dépôt d'hémosidérine
- une opération de la fracture du nez avec correction du septum le 21 juillet 2008
- une correction plastique du nez le 28 décembre 2010
- une fracture de l'orbite gauche et une fracture au niveau du sinus maxillaire

qui ajoute que depuis le dernier examen effectué par le médecin d'arrondissement le 23 mars 2012, l'assuré se plaint toujours de maux de tête, de vertiges et de problèmes de concentration ; qui observe, à l'examen, une certaine faiblesse dans la main droite au niveau du pouce lors de la fermeture du poing ; qui considère que les douleurs à l'épaule droite ne présentent pas de lien de causalité avec l'agression du 11 juillet 2008, les symptômes étant apparus bien après l'accident ; qui explique qu'en effet, la situation au niveau de l'épaule droite était probablement déjà modifiée avant l'événement du 11 juillet 2008 en raison d'une calcification du tendon du sus-épineux et d'une dégénérescence de l'articulation acromio-claviculaire (AI pce 79 {p. 142 ss}) ;

- le rapport du 25 février 2019 du Dr YY. _____ (neurologue) qui retient les diagnostics de
 - status post traumatisme crânio-cérébral à tout le moins moyen survenu le 11 juillet 2008 avec fractures du visage
 - status post opération d'une fracture du nez le 21 juillet 2008
 - status post correction plastique du nez le 28 décembre 2010
 - défaut de substance post traumatique dans la zone du gyrus temporal supérieur droit
 - céphalées persistantes
 - vertiges persistants
 - troubles cognitifs
- troubles psychogènes de la motricité et de la sensibilité de la main droite sur fond d'une ancienne lésion du nerf médian droit

qui expose que les troubles sensitifs et moteurs de la main droite sont en grande partie d'origine psychogène ; qui observe que les doigts de la main droite sont en position de repos, que l'examen musculaire initial révèle une nette diminution de l'innervation, mais qu'après plusieurs sollicitations, le patient parvient à innover complètement les muscles ; qui ne constate pas de contractures ou de restriction des mouvements ; qui ajoute que l'électromyographie révèle une importante altération neurogène chronique du muscle abducteur court du pouce droit, tandis que l'électromyographie du muscle interosseux dorsal droit est normal ; qui conclut que ces troubles sont les séquelles d'une lésion antérieure étendue du poignet droit qui n'a pas pu être complètement compensée après le traumatisme, un trouble psychogène s'étant développé secondairement (AI pce 43 p. 42-46 {p. 365-369}).

12.4.2 Ultérieurement à la reddition du rapport d'expertise bi-disciplinaire, le recourant a en outre produit la documentation médicale complémentaire suivante :

- le compte-rendu de l'acte opératoire pratiqué le 13 août 2019 par le Dr T. _____ (spécialiste en chirurgie de la main, du poignet, du coude et de l'épaule) sur l'indication d'une suspicion de rupture du biceps brachial droit (AI pce 48 {p. 313}) ;
- le rapport médical du 6 décembre 2019 de la Dre R. _____ (neurologue) qui indique être consultée à la suite d'une rupture du tendon du biceps droit suivie d'une chirurgie en août 2019 et d'une douleur similaire au niveau du membre supérieur gauche, une capsulite étant redoutée ; qui préconise un avis rhumatologique sur l'indication d'une pathologie de la coiffe des rotateurs sur déficit sensitif dans le territoire radial à droite (post chirurgie?), d'un déficit d'abduction du coude à gauche et d'une difficulté à la rotation externe du coude gauche (AI pce 55 p. 6 {p. 291}) ;
- le rapport d'examen SPEC/TDM osseuse du 13 mai 2020 du Dr Z. _____, effectué sur l'indication de douleurs persistantes du membre supérieur droit après une rupture du tendon du biceps opérée en juillet 2019, concluant à l'absence d'algodystrophie ou de lésion osseuse visible au niveau du membre supérieur droit, ainsi qu'à l'absence d'anomalie de fixation du membre supérieur gauche, mais observant un foyer tissulaire modéré à la racine du pouce droit en faveur d'une tendinopathie (AI pce 59 p. 2 {p. 273}) ;

- le rapport du 15 juillet 2020 du Dr T._____, neurologue (développé ci-dessous [AI pce 61 p. 8 {p. 265}]) ;
- un rapport du 12 novembre 2020 du Dr O._____(spécialiste en chirurgie de la main et du membre supérieur), consulté sur l'indication de paresthésies des doigts de la main droite et surtout d'une hypoesthésie très marquée de la pulpe des trois premiers doigts, indiquant que le patient présente de lourds antécédents au niveau du membre supérieur droit étant donné qu'il a été traité pour une capsulite rétractile, pour une rupture distale du biceps brachial droit et pour une vaste plaie de la face antérieure du poignet droit ; observant une hypoesthésie très marquée des trois premiers doigts avec un signe de Tinel à la percussion de la face antérieure du poignet droit ainsi que de la gouttière épitrochléo olécrânienne et préconisant un électromyogramme, un début d'amyotrophie du premier espace interosseux étant envisagé (TAF pce 1 annexe 19) ;
- le rapport du 23 décembre 2020 du Dr BB._____, neurologue (développé ci-dessous [AI pce 72 {p. 235}]) ;
- le rapport d'électroneuromyogramme de contrôle du 20 mars 2021 de la Dre R._____, effectué sur l'indication d'une symptomatologie persistante dans les suites d'une chirurgie de la rupture du tendon du biceps droit en juillet 2019 et de troubles sensitivo-moteurs de la main droite, concluant que l'examen, comparé à celui d'avril 2020, atteste un canal carpien sensitivo moteur droit modéré, une lésion du nerf radial droit au niveau de la gouttière aisselle-coude et une atteinte chronique séquellaire dans le territoire radial (brachio radial et extenseur des doigts) (TAF pce 8) ;
- le rapport médical et l'ordonnance médicale du 19 mai 2021 du Dr T._____, spécialiste en chirurgie de la main et du membre supérieur) développé ci-dessous [TAF pce 8]).

12.4.3

12.4.3.1 Cela étant, le Tribunal retient d'emblée que les troubles de l'épaule droite (capsulite rétractile sévère) diagnostiqués en 2012 ont fait l'objet de traitements conservateurs (cf. rapport du 23 février 2012 du Dr UU._____[AI pce 13.47 {p. 634}], rapport du 12 mars 2012 du Dr T._____[AI pce 13.46 {p. 633}]) et qu'ils n'ont pas empêché le recourant de poursuivre l'exercice de son activité lucrative habituelle jusqu'à fin 2014.

12.4.3.2 S'agissant des troubles sensitifs et moteurs de la main droite, le Tribunal constate qu'ils sont attribués en grande partie à une origine psychogène (cf. rapport du 25 février 2019 du Dr YY. _____ [AI pce 43 p. 42-46 {p. 365-369}]) et que le recourant a fait l'objet d'une évaluation psychiatrique, puis consensuelle interdisciplinaire entre les experts en neurologie et psychiatrie. En outre, les constats de l'expert K. _____ selon lesquels le patient a retrouvé une innervation complète après plusieurs tentatives et ne présente aucune atrophie ni contracture au niveau de la main droite sont corroborés par le neurologue YY. _____ qui ne constate pas de contractures ou de restrictions des mouvements et qui observe qu'après plusieurs sollicitations, le patient parvient à innover complètement les muscles (cf. rapport du 25 février 2019 [AI pce 43 p. 42-46 {p. 365-369}]). Ainsi, le neurologue traitant ne retient pas de limitations fonctionnelles durables empêchant l'exercice de l'activité lucrative habituelle du recourant. Partant, les conclusions de l'expert K. _____ selon lesquelles la lésion du nerf médian n'a aucune incidence notable sur la capacité de travail de l'expertisé dans son activité lucrative habituelle ne sont pas critiquables.

12.4.4 Ces constats ne sont pas mis en cause par les avis médicaux émis par les médecins traitants de l'assuré ultérieurement à la reddition du rapport d'expertise bi-disciplinaire.

En effet, le 15 juillet 2020, le Dr T. _____ (spécialiste en chirurgie de la main et du membre supérieur) indique avoir revu le patient opéré en 2019 d'une rupture du tendon bicipital droit, les suites opératoires ayant été marquées par une paralysie radiale puis par une récupération de la motricité intervenue quelques semaines plus tard ; à ce jour, le patient présente des paresthésies nocturnes, des douleurs ascendantes jusqu'aux cervicales, une notion de lâchages d'objets et de paresthésies au téléphone ; il existe une hypoesthésie au niveau de la première commissure et une rétraction des fléchisseurs des doigts longs et du pouce ; l'électromyogramme confirme un syndrome du canal carpien et une récupération incomplète au niveau du nerf radial ; une partie des symptômes est en rapport avec le canal carpien, de sorte qu'une orthèse nocturne est prescrite ; l'hypoesthésie de haut niveau de la première commissure est probablement séquellaire de la paralysie radiale mais l'évolution peut se poursuivre jusqu'à 18 mois ; la rétraction des fléchisseurs peut être consécutive à l'épisode de capsulite rétractile survenue voilà plusieurs années, de sorte que des séances de rééducation de la main sont prescrites (AI pce 61 p. 8 {p. 265}).

Le 23 décembre 2020, le neurologue BB. _____ expose que le patient n'exploite pas toute la force qu'il pourrait normalement développer, de sorte

qu'une prise en charge kinésithérapeutique voire ergothérapeutique est préconisée ; que le nerf ulnaire est proche de la norme mais que les muscles sont mal utilisés et requièrent une kinésithérapie ; qu'une neuropathie axonale du nerf radial droit modérément sévère probablement également réinnervée devrait engendrer une force normale, ce qui n'est pas le cas au testing, de sorte que le Dr BB._____ préconise une kinésithérapie intensive et de l'ergothérapie en vue d'un travail moteur et d'un travail d'amplitude articulaire (AI pce 72 {p. 235}).

Ces constats ne se distinguent pas significativement de ceux émis 5 mois plus tard par le Dr T._____ qui indique, le 19 mai 2021, que le patient se plaint de paresthésies des doigts de la main droite et surtout d'une hypoesthésie très marquée de la pulpe des trois premiers doigts; qui rappelle que le sujet a été traité en 2011 pour une capsulite rétractile, en 2019 pour une rupture distale du biceps brachial droit et en 1994 pour une vaste plaie de la face antérieure du poignet droit avec semble-t-il des lésions des tendons fléchisseurs sans qu'il soit possible de préciser plus avant ; qui constate, cliniquement, que l'examen est rendu difficile par les séquelles de 1994, qu'il existe une hypoesthésie très marquée des trois premiers doigts avec un signe de Tinel à la percussion de la face antérieure du poignet droit ainsi que de la gouttière épitrochléo olécrânienne ; qui conclut qu'il existe des doutes sur un éventuel début d'amyotrophie du premier espace interosseux, le patient étant adressé en consultation auprès du Dr BB._____ afin de réaliser un électromyogramme, et qui prescrit, pour le reste, 10 séances de rééducation du coude gauche ainsi qu'une orthèse du poignet gauche (TAF pce 8).

12.4.5 A l'aune de ce qui précède, il apparaît que les pièces médicales complémentaires concernant l'appareil locomoteur ne font état d'aucune limitation fonctionnelle susceptible de remettre en question l'appréciation découlant de l'expertise bi-disciplinaire. En particulier, le médecin-conseil SMR souligne de manière convaincante que les douleurs dues à la neuropathie axonale du nerf radial – telle que diagnostiquée par le neurologue BB._____ dans son rapport du 23 décembre 2020 – et qualifiées expressément de très sévères bien que l'innervation ne soit pas limitée, sont considérées par l'expert K._____ comme étant sans incidences sur la capacité de travail (cf. prise de position SMR du 22 janvier 2021 [AI pce 73 {p. 230}]). En outre, les symptômes mentionnés dans le rapport d'électroneuromyogramme de contrôle du 20 mars 2021 de la neurologue traitante R._____ (canal carpien sensitivo moteur droit modéré, lésion du nerf radial droit au niveau de la gouttière aisselle-coude, atteinte chronique séquellaire dans le territoire radial [brachio radial et extenseur des doigts])

ont été évalués par l'expert K. _____ (cf. syndrome du canal carpien et lésion du nerf radial [AI pce 43 p. 37-38 {p. 360-361}]) et par le Dr N. _____ (cf. prise de position SMR du 22 janvier 2021 [AI pce 73, p. 3]), ainsi que l'autorité inférieure le souligne à juste titre dans sa duplique du 14 octobre 2021 (voir également la prise de position de l'OAI-H. _____ du 4 octobre 2021 [TAF pce 12]).

Cela étant, les constats médicaux émis après ceux de l'expert K. _____ ne font pas état d'une évolution ou d'une modification significative de la symptomatologie persistante dans les suites d'une chirurgie de la rupture du tendon du biceps droit en juillet 2019 et des troubles sensitivo-moteurs de la main droite. En particulier, ils ne constatent aucune limitation fonctionnelle incompatible avec l'exercice de l'activité lucrative habituelle du recourant. Aussi ne s'est-il agi que d'apprécier un état de fait médical non contesté et établi de manière concordante par les médecins, de sorte que l'OAIE pouvait trancher la demande de prestations d'invalidité sur la base de la prise de position SMR du 22 janvier 2021 sans ordonner de complément d'instruction (cf. *supra* consid. 7.2.3).

12.5 A propos des *douleurs dorsales*, l'expert K. _____ indique qu'en octobre 2016, une IRM de la colonne lombaire a été réalisée sur l'indication de douleurs dorsales et de dysesthésies au niveau de la jambe gauche. Cet examen a révélé des sténoses foraminales bilatérales, plus marquées à droite, avec une possible atteinte de la racine L5, en particulier à droite. Lors de l'examen clinique pratiqué par l'expert K. _____, le sujet n'a pas ou plus signalé de douleurs dorsales et aucun constat clinique notable n'a été observé au niveau de l'axe vertébral, en particulier lombaire, hormis une hypoesthésie diffuse et minime au niveau de la jambe droite, toutefois sans limitation de force lors des réflexes musculaires symétriques. Cette hypoesthésie n'est pas imputable à une cause neurologique et n'a pas d'incidence sur la capacité de travail de l'expertisé.

12.5.1 L'instruction médicale des troubles précités a recueilli la documentation suivante :

- le rapport d'IRM lombaire établi le 4 octobre 2018 sur l'indication de dysesthésies au niveau du membre inférieur gauche par les Drs ZZ. _____ et AAA. _____ (radiologues) qui observent un alignement et une hauteur des corps vertébraux qui se révèlent préservés, un canal lombaire rétréci à 11 mm en moyenne, un cône terminal de dimension, de calibre et de signal normaux, l'absence de trouble trophique, une hydratation globalement conservée des disques

intervertébraux à l'exception de l'espace L5-S1 qui présente une discopathie protrusive avec empreinte discale sur la face antérieure du fourreau dural ainsi qu'une arthrose inter apophysaire postérieure, l'ensemble entraînant une sténose foraminale bilatérale à prédominance droite avec d'éventuelles radiculalgies en L5 ; les Drs ZZ._____ et AAA._____ retiennent une sténose foraminale plutôt droite en L4-L5 susceptible d'être à l'origine de cruralgies droites (Al pce 31 p. 21 ss {p. 474}) ;

- le rapport du 18 octobre 2018 par la Dre R._____ (neurologue traitante) qui indique que l'assuré, ausculté dans les suites d'une agression subie en 2008, exprime des migraines avec aura ophtalmique (cécité transitoire, flashes devant les yeux) et, depuis 2-3 ans, des paresthésies et une hypoesthésie de la main droite entraînant des difficultés à la pince et des dysesthésies de l'hémicorps gauche ; qui constate que l'assuré rapporte une thymie correcte, sans trouble du sommeil avec prise d'hypnotique, sans perte de poids ni trouble franc de l'appétit, et décrit des symptômes de fatigue chronique, des sensations vertigineuses, des céphalées quasi quotidiennes, des troubles de l'attention et de la concentration, des flashes devant les yeux, des troubles érectiles et des douleurs diffuses ; qui ne constate pas d'anomalie significative à l'examen neurologique; qui signale qu'au niveau des membres inférieurs, l'électromyogramme met en évidence un tracé d'allure pauvre en L4, L5 et S1 à gauche en faveur d'une souffrance radiculaire, tandis qu'au niveau des membres supérieurs, on note un canal carpien sensitif gauche marqué et un canal carpien sensitif droit débutant ; qui précise que l'IRM lombaire du 4 octobre 2018 montre une sténose foraminale plutôt droite en L4-L5 pouvant être à l'origine de cruralgies, tandis qu'en L5-S1, on note la présence d'une discopathie protrusive avec empreinte discale sur la face antérieure du fourreau dural, l'ensemble créant une sténose foraminale bilatérale, plus marquée à droite, potentiellement responsable de cruralgies en L5 ; qui ajoute que l'IRM cérébrale du 21 août 2018 (cf. rapport du 21 août 2018 du Dr BBB._____ [Al pce 79 {p. 194}]) ne met pas en évidence d'accident vasculaire cérébral (AVC), de micro bleed ou de processus expansif ; qui retient les diagnostics de 1) probable état de stress post traumatique dans les suites d'une agression avec prise en charge psychiatrique en cours, 2) migraines avec aura et 3) douleurs au niveau des membres inférieurs possiblement en rapport avec les sténoses foraminales lombaires, ainsi que des troubles sensitifs au niveau des mains probablement liés au canal carpien bilatéral; qui souligne une discordance entre la latéralité de la plainte du patient et le côté le plus atteint

radiologiquement ou électriquement, constat renforçant la participation psychologique dans le ressenti des symptômes (AI pce 31 p. 2-3 {p. 455});

12.5.2 A l'aune de ces pièces, force est de constater que l'expert K. _____ et les médecins traitants s'accordent sur le fait que les troubles lombaires présentés par l'assuré n'entraînent aucune limitation de sa capacité de travail. Les constats retenus par l'expert K. _____ sont ultérieurement corroborés par le rapport d'IRM lombaire du 10 novembre 2020 établi par le Dr Q. _____ (radiologue) sur l'indication de lombalgies basses chroniques, d'irradiation postérieure et de douleurs plantaires bilatérales, qui conclut à l'absence de hernie discale et à l'absence de conflit disco-radiculaire ; qui observe un minime bulging discal L5-S1 rétro-corporel intra-canalair médian dont la faible importance n'explique pas une éventuelle irritation radicaire, sans étroitesse canalair et foraminaire significative, ainsi que des remaniements arthrosiques inter apophysaires postérieurs en L5-S1, sans listhésis, pouvant éventuellement entraîner des lombalgies basses ; qui ne constate pas d'évolution par rapport à l'examen antérieur d'octobre 2018 (AI pce 68 {p. 244}). A cet égard, le médecin-conseil SMR confirme que l'IRM de la colonne lombaire du 10 novembre 2020 du Dr Q. _____ atteste expressément de résultats inchangés par rapport à l'examen précédent, c'est-à-dire qu'en particulier, il n'y a toujours pas de hernies discales notables, ni même de pathologies neuro-compressives et radicales (cf. prise de position SMR du 22 janvier 2021 (AI pce 73 {p. 230})).

12.6 Enfin, s'agissant du *membre supérieur gauche*, le rapport du 31 mai 2012 de WW. _____ (masseur kinésithérapeute) indique que depuis quelques mois, l'assuré se plaint d'une tendinopathie du sus épineux de l'épaule gauche traitée par des exercices d'abaissement de la tête humérale et de la mobilisation douce (AI pce 79.70 {p. 212}). Le 6 décembre 2019, la Dre R. _____ (neurologue) indique être consultée à la suite d'une rupture du tendon du biceps droit suivie d'une chirurgie en août 2019 et d'une douleur similaire au niveau du membre supérieur gauche, une capsulite étant redoutée et préconise un avis rhumatologique sur l'indication d'une pathologie de la coiffe des rotateurs sur déficit sensitif dans le territoire radial à droite (post chirurgie?), d'un déficit d'abduction du coude à gauche et d'une difficulté à la rotation externe du coude gauche (AI pce 55 p. 6 {p. 291}). Le rapport d'examen SPEC/TDM osseuse du 13 mai 2020 du Dr Z. _____ concluant à l'absence d'anomalie de fixation du membre supérieur gauche (AI pce 59 p. 2 {p. 273}). Enfin, le 19 mai 2021, le Dr T. _____ (spécialiste en chirurgie de la main et du membre supérieur) prescrit 10 séances de rééducation du coude gauche ainsi qu'une orthèse

du poignet gauche (TAF pce 8). Il résulte de ce qui précède que les constats médicaux concernant le membre supérieur gauche consignés au dossier ne sont aucunement de nature à mettre en doute les conclusions du rapport d'expertise bi-disciplinaire opposant à l'assuré, de surcroît droitier (AI pce 43 p. 29 {p. 352}, pce 31 p. 2 {p. 455}), une capacité de travail de 80 % dans son activité lucrative habituelle ainsi que dans une activité lucrative adaptée à son état de santé.

12.7 Compte tenu de tout ce qui précède, le Tribunal considère comme établi au degré de la vraisemblance prépondérante que le recourant présente un status post traumatisme crânio-cérébral avec contusion cérébrale survenu le 11 juillet 2008 (1° céphalées post traumatiques persistantes de type migraineux, 2° déficits cognitifs minimes – tout au plus légers – incluant une fatigabilité accrue, 3° légers troubles centraux de l'équilibre) ainsi qu'un trouble dépressif récurrent avec épisode actuel léger sans syndrome somatique (ICD-10 F 33.00) entraînant une incapacité de travail de 50 % depuis juin 2014 puis de 20 % depuis janvier 2015 dans son activité lucrative habituelle, ainsi que dans une activité lucrative de substitution, à savoir dans une activité routinière sans processus de travail stressants, sans contrainte accrue et constante d'efficacité, sans travail de nuit, sans contacts avec de la clientèle, sans exposition à un environnement professionnel à partager avec de nombreuses personnes et sans risque de chute.

13.

13.1 Il reste à calculer le degré d'invalidité du recourant.

13.1.1 Le degré d'invalidité des personnes exerçant une activité lucrative doit être déterminé en application de la méthode ordinaire de comparaison des revenus, conformément à l'art. 16 LPGa, en lien avec l'art. 28a al. 1 LAI (dans sa teneur en vigueur jusqu'au 31 décembre 2021). Ainsi, le revenu que l'assuré aurait pu obtenir s'il n'était pas invalide (revenu sans invalidité) est comparé avec celui qu'il pourrait obtenir en exerçant l'activité qui peut être raisonnablement exigée de lui après les traitements et les mesures de réadaptation, sur un marché du travail équilibré (revenu avec invalidité). La différence entre ces deux revenus détermine alors le degré d'invalidité (méthode générale de comparaison des revenus ; ATF 130 V 343 consid. 3.4.2 ; arrêt du TF 8C_536/2017 du 5 mars 2018 consid. 5.1). Une comparaison chiffrée des revenus n'est pas de rigueur dans tous les cas, une simple comparaison en pourcentages étant admissible, en particulier lorsque la personne assurée peut continuer à exercer son activité lucrative habituelle. Dans ce cas, le revenu hypothétique pouvant être réalisé sans invalidité est alors évalué à 100 %, tandis que le

revenu d'invalidé est estimé à un pourcentage proportionnellement plus faible ; sous réserve d'une réduction du revenu d'invalidé, le degré d'invalidité résulte de la différence en pourcentage. En cas de comparaison des pourcentages, l'abattement du revenu d'invalidé déterminé sur la base des salaires statistiques est également applicable (arrêt TF 9C_380/2022 du 25 septembre 2023 consid. 4.4.4 ; voir également arrêt TAF C-121/2021 consid. 9.3).

13.1.2 Dans certains cas, le revenu d'invalidé 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 ou 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 employé·e·s ne souffrant pas d'invalidité, sur le marché ordinaire de l'emploi. Pour fixer la hauteur de cet abattement, il convient d'examiner dans un cas concret et de manière globale si des indices permettent de conclure qu'à cause de l'une ou l'autre des caractéristiques précitées, la personne assurée n'est en mesure d'utiliser sa capacité résiduelle de travail sur le marché ordinaire de l'emploi que contre une rémunération inférieure au salaire moyen correspondant. La hauteur de l'abattement dépend de chaque cas d'espèce, une réduction automatique n'étant pas admissible et ne pouvant pas dépasser 25 % du salaire statistique (ATF 142 V 178 consid. 1.4, 135 V 297 consid. 5.2, 134 V 322 consid. 5.2, 126 V 75 consid. 5b, 124 V 321 consid. 3b/aa ; arrêts du TF 8C_82/2019 du 19 septembre 2019 consid. 6.2.2, 9C_677/2015 du 25 janvier 2016 consid. 3.3). L'abattement résulte d'une évaluation et doit être brièvement motivé par l'administration. Le juge des assurances sociales, pour sa part, ne peut, sans motif pertinent, substituer son appréciation à celle de l'administration. Il doit s'appuyer sur des circonstances de nature à faire apparaître sa propre appréciation comme la mieux appropriée (ATF 126 V 75 consid. 6 ; arrêt du TF 8C_103/2018 du 25 juillet 2018 consid. 4).

13.1.3 Pour procéder à la comparaison des revenus, il convient de se placer au moment de la naissance (hypothétique) du droit à la rente ; les revenus avec et sans invalidité doivent être déterminés par rapport à un même moment, et les 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 129 V 222 consid. 4.1 et 4.2 ; arrêt du TF 8C_84/2018 du 1^{er} février 2019 consid. 6.2). En outre, lorsqu'il s'agit d'évaluer le degré d'invalidité d'une personne résidant à l'étranger, la comparaison des revenus déterminants pour ce faire doit s'effectuer sur le

même marché du travail, car la disparité des niveaux de rémunération et des coûts de la vie d'un pays à l'autre ne permet pas de procéder à une comparaison objective des revenus en question (ATF 137 V 20 consid. 5.2.3.2 ; 110 V 273 consid. 4b ; arrêt du TF 8C_300/2015 du 10 novembre 2015 consid. 7.1).

13.2 En l'occurrence, le recourant a déposé la présente demande de prestations d'invalidité en date du 25 septembre 2017, de sorte que le droit éventuel de l'assuré à une rente prendrait naissance, le cas échéant, le 1^{er} mars 2018. Dans ces circonstances, l'incapacité de travail de 50 % subie de juin à décembre 2014 n'est pas déterminante en l'espèce. En revanche, il convient d'examiner si l'incapacité de travail de 20 % médicalement retenue à partir de janvier 2015 est ou non susceptible d'ouvrir à l'assuré le droit à une rente. Or, tel n'est pas le cas. Étant donné que l'exercice de l'activité lucrative habituellement exercée par le recourant reste exigible à 80 %, l'incapacité de travail corrélative de 20% estimée sur la base de critères médico-théoriques correspond à un degré d'invalidité de 20 %, de sorte qu'il n'est pas nécessaire de procéder à une comparaison chiffrée des revenus, aucun abattement du revenu d'invalidité ne se justifiant en l'espèce. Dans ces circonstances le degré d'invalidité présenté par le recourant ne lui ouvre pas de droit à la rente. Sur ces considérations, le recours se révèle mal fondé.

14.

Il reste à statuer sur les frais et dépens.

14.1 Le recourant, qui succombe, doit s'acquitter des frais de justice fixés, compte tenu de la charge liée à la procédure, à CHF 800.- (art. 63 al. 1 PA ; voir également art. 69 al. 1^{bis} et 2 LAI). Ils sont prélevés sur l'avance de frais du même montant dont il s'est acquitté au cours de l'instruction (TAF pce 4).

14.2 Vu l'issue du litige, il n'est alloué de dépens ni au recourant, qui succombe (art. 64 al. 1 PA et 7 al. 1 et 2 du règlement du 21 février 2008 concernant les frais, dépens et indemnités fixés par le Tribunal administratif fédéral [FITAF, RS 173.320.2]), ni à l'autorité inférieure, les autorités fédérales et, en règle générale, les autres autorités parties n'ayant pas droit aux dépens (art. 7 al. 3 FITAF).

(Le dispositif figure à la page suivante)

Par ces motifs, le Tribunal administratif fédéral prononce :

1.

Le recours est rejeté.

2.

Les frais de procédure d'un montant de 800.- francs sont mis à la charge du recourant. et prélevés sur l'avance de frais du même montant versée en cours de procédure.

3.

Il n'est pas alloué de dépens.

4.

Le présent arrêt est adressé au recourant, à l'autorité inférieure et à l'OFAS.

La présidente du collège :

La greffière :

Caroline Gehring

Cécile Bonmarin

Indication des voies de droit :

La présente décision peut être attaquée devant le Tribunal fédéral, Schweizerhofquai 6, 6004 Lucerne, par la voie du recours en matière de droit public, dans les trente jours qui suivent la notification (art. 82 ss, 90 ss et 100 LTF). Ce délai est réputé observé si les mémoires sont remis au plus tard le dernier jour du délai, soit au Tribunal fédéral soit, à l'attention de ce dernier, à La Poste Suisse ou à une représentation diplomatique ou consulaire suisse (art. 48 al. 1 LTF). Le mémoire doit indiquer les conclusions, les motifs et les moyens de preuve, et être signé. La décision attaquée et les moyens de preuve doivent être joints au mémoire, pour autant qu'ils soient en mains de la partie recourante (art. 42 LTF).

Expédition :