



Cour III
C-1165/2019

Arrêt du 14 novembre 2023

Composition

Caroline Bissegger (présidente du collège),
David Weiss, Vito Valenti, juges,
Mattia Bernardoni, greffier.

Parties

A. _____, (France)
représenté par Maître Albert J. Graf,
recourant,

contre

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

Objet

Assurance-invalidité, rente temporaire (décision du 15 février
2019).

Faits :**A.**

A._____ (ci-après : le recourant, l'intéressé ou l'assuré) est un ressortissant français, domicilié en France, né le (...) 1962 (AI pce 11). Il a travaillé en Suisse, en tant que frontalier, à 100 %, comme menuisier poseur, jusqu'au 14 juin 2009 (AI pces 14 et 16). Il ressort du relevé des périodes d'assurance et des revenus annexé à la décision litigieuse que l'intéressé a versé des cotisations aux assurances sociales suisses du mois de juillet 1980 au mois de mai 1981, du mois d'août 1982 au mois de juin 2007, du mois d'août 2007 au mois de mai 2013, ainsi que du mois de septembre 2014 au mois d'octobre 2015 (annexe à TAF pce 1). Au total, le recourant a cotisé durant 31 ans et 10 mois.

B.

En date du 16 mars 2010, l'assuré a déposé une demande de prestations de l'assurance-invalidité (AI) – mesures professionnelles/rente – auprès de l'Office de l'assurance-invalidité du canton B._____ (ci-après : l'OAI-B._____), en indiquant être en incapacité de travail à 100 % depuis le 14 juin 2009, à cause d'une fracture de la coiffe de l'épaule gauche, opérée le 26 août 2009 (AI pces 1 et 2 ; cf. également rapport d'intervention chirurgicale du 26 août 2009 [AI pce 17 p. 70]), à la suite d'une chute d'un cerisier (cf. notamment déclaration de sinistre du 20 juillet 2009 [AI pce 17 p. 130 s.]).

B.a Dans son rapport du 29 juillet 2009 relatif à l'arthrographie de l'épaule gauche (AI pce 17 p. 68), le Dr C._____ (radiologue ; ci-après : le Dr C._____) met notamment en exergue la rupture complète de la coiffe des rotateurs touchant le sus- et le sous-épineux. Dans son rapport du 2 septembre 2009 (AI pce 17 p. 106), le Dr D._____ (médecin généraliste ; ci-après : le Dr D._____) se réfère à l'intervention d'acromioplastie effectuée par le Dr E._____ le 26 août 2009 (chirurgien orthopédiste ; ci-après : le Dr E._____ ; AI pce 17 p. 70) et indique la prise d'antalgiques, le port d'une attelle et des séances de kinésithérapie.

B.b Le rapport du 17 juin 2010 des Drs F._____ (radiologue ; ci-après : le Dr F._____), G._____ (radiologue ; ci-après : le Dr G._____) et H._____ (radiologue ; ci-après : le Dr H._____) relatif à l'arthro-IRM de l'épaule gauche du 15 juin 2010 (AI pce 28 p. 200) confirme une nouvelle rupture du sus-épineux et du sous-épineux, ainsi que la rupture de la portion horizontale du long chef du biceps.

B.c Le rapport des Drs I. _____ (rhumatologue ; ci-après : le Dr I. _____) et J. _____ (médecin-assistant ; ci-après : la Dre J. _____) de la Clinique K. _____ – clinique dans laquelle le recourant a séjourné du 18 mai 2010 au 23 juin 2010 – du 26 juillet 2010 (AI pce 27 p. 175 ss) fait notamment état d'une incapacité de travail de 100 % dans l'exercice de la dernière activité lucrative et indique que des mesures de réinsertion professionnelle doivent être assez rapidement mises en place. Par ailleurs, les médecins estiment qu'une capacité de travail totale est attendue dans une activité sans port de charges lourdes, en évitant le travail prolongé au-dessus de l'horizontale et avec les bras en porte-à-faux, ainsi que le travail de force. Et les médecins de la clinique K. _____ d'ajouter que ces limitations fonctionnelles sont définitives. De surcroît, il ressort du rapport susmentionné que l'intéressé, qui est droitier, a subi un accident de la voie publique en 2006, qui a entraîné des fractures multiples des côtes. Selon le rapport, une rupture du tendon achilléen gauche a eu lieu en 2005, étant précisé que le tendon a par la suite été opéré. Pour cette raison, les médecins de la clinique K. _____ constatent une boiterie à la marche.

B.d Dans son rapport du 17 août 2010 (AI pce 30), le Dr L. _____ (médecin généraliste auprès du Service médical régional de l'assurance-invalidité [ci-après : le SMR] ; ci-après : le Dr L. _____) retient une incapacité de travail totale (100 %) dans la dernière activité lucrative exercée, alors qu'une activité adaptée (en évitant les travaux avec le membre supérieur gauche au-dessus de l'horizontale, les travaux lourds avec ce membre ainsi que le port de charges de plus de 10 kg) peut être exercée à 100 % depuis le mois d'août 2010. A l'appui de ses conclusions, le Dr L. _____ se réfère au rapport des médecins de la clinique K. _____ susmentionné.

B.e Il ressort du compte-rendu opératoire du 17 décembre 2010 (AI pce 37 p. 222 s.) que le recourant a été opéré en date du 13 décembre 2010 à cause de la rupture massive de la coiffe des rotateurs. L'intervention, effectuée par le Dr E. _____, a consisté en le transfert du grand dorsal et une réinsertion tendineuse.

B.f Dans son rapport du 17 mai 2011 (AI pce 41 p. 310 ss), le Dr M. _____ (chirurgien et médecin d'arrondissement auprès de Caisse nationale suisse d'assurance en cas d'accidents [ci-après : la Suva ou l'assureur-accidents] ; ci-après : le Dr M. _____) fait état d'un assuré qui est relativement satisfait de la nouvelle intervention de décembre 2010, le recourant ayant davantage de force dans la main gauche, bien que son épaule reste douloureuse et peu mobile. Le médecin de la Suva constate la présence d'une importante amyotrophie de l'épaule gauche avec une

fosse sous-épineuse totalement déshabillée. De surcroît, le Dr M. _____ fait état d'une épaule qui paraît assez enraidie et douloureuse à la mobilisation et ajoute notamment que la force en rotation externe est très réduite, voire inexistante. Et le médecin de la Suva de constater que le bénéfice de l'intervention du 13 décembre 2010 n'est pas évident.

B.g Dans son rapport à l'attention de la Suva du 13 juillet 2011 (AI pce 44 p. 356), le Dr D. _____ se réfère à un accident de la voie publique subi par le recourant le 11 juin 2011 (cf. aussi avis d'arrêt de travail du 17 juin 2011 [AI pce 44 p. 361]) et indique que celui-ci a provoqué des douleurs à l'épaule gauche. Par ailleurs, le médecin fait état d'une raideur, de limitations douloureuses des amplitudes articulaires au niveau de l'épaule gauche et d'un hématome sous scapulaire externe. De surcroît, le Dr D. _____ signale l'absence de lésions osseuses visibles sur la radiographie et l'échographie effectuées (cf. rapport du 21 juin 2011 relatif à la radiographie de l'épaule et de l'omoplate gauches et à l'échographie de l'épaule et de la région dorsale gauches [AI pce 44 p. 352]). Aussi, le médecin retient le diagnostic de conflit sous acromial nécessitant un contrôle échographique rapproché et une consultation orthopédique spécialisée.

B.h Dans son avis du 13 octobre 2011 (AI pce 47), le Dr L. _____ retient une situation stabilisée, à neuf mois de l'intervention de décembre 2010. Ainsi, le médecin du SMR indique que ses conclusions du 17 août 2010 concernant les limitations fonctionnelles et la capacité de travail sont à nouveau valables, ce qui permet la mise en place de mesures d'ordre professionnel.

B.i Dans son rapport du 15 novembre 2011 (AI pce 54 p. 436 ss), le Dr M. _____ constate notamment une importante amyotrophie de l'épaule gauche avec une fosse sous-épineuse totalement déshabillée et fait état d'un patient qui n'arrive pas à freiner la chute de son bras lors de la manœuvre de Jobe. De surcroît, le Dr M. _____ indique que l'accident du mois de juin 2011 n'a pas eu de conséquences importantes. Par ailleurs, le médecin estime que la reprise de la dernière activité lucrative n'est pas envisageable.

B.j Dans son rapport du 28 décembre 2011 (AI pce 170 p. 947 s.), la Dre N. _____ (neurologue ; ci-après : la Dre N. _____) indique que l'électromyographie du 23 décembre 2011 révèle l'absence d'atteinte aiguë et chronique des nerfs de l'épaule et du bras gauches.

B.k Le rapport des Drs I. _____ et O. _____ (médecin hospitalier ; ci-après : le Dr O. _____) de la clinique K. _____ du 31 janvier 2012 indique que le recourant a séjourné auprès de cette clinique du 5 décembre 2011 au 18 janvier 2012 (AI pce 54 p. 385 ss). Comme diagnostic principal les médecins de la clinique K. _____ retiennent des thérapies physiques et fonctionnelles pour douleurs de l'épaule gauche. Comme diagnostic supplémentaire, les médecins mentionnent notamment une stéatose hépatique. Il ressort en particulier de ce rapport qu'un conseilium psychiatrique a eu lieu le 13 décembre 2011 (cf. rapport y relatif de la Dre P. _____ [psychiatre et cheffe de clinique auprès du service de psychosomatique de la clinique K. _____ ; ci-après : la Dre P. _____ ; AI pce 54 p. 402 ss]), qui a permis de retenir le diagnostic de trouble de l'adaptation avec réaction dépressive prolongée (F43.21). Les médecins de la clinique K. _____ indiquent qu'un traitement de Cymbalta a été introduit durant le séjour, associé à un suivi individualisé auprès de psychologues. De surcroît, les médecins relatent que l'étiologie la plus probable de la perturbation des tests hépatiques paraît être une consommation abusive d'alcool. Les Drs I. _____ et O. _____ prévoient, sur le plan professionnel, une reprise à 50 % de l'activité habituelle du recourant à partir du 30 janvier 2012, avec des limitations pour les activités en hauteur et les activités lourdes supérieures à 15 kg. Et les médecins constatent, au terme du séjour à la clinique K. _____, une amélioration de la mobilité de l'épaule gauche, malgré la persistance d'un déficit de force qui sera définitif. En outre, selon les médecins, il n'y a pas d'indication chirurgicale complémentaire.

B.l Le Dr D. _____, dans son rapport du 31 mai 2012 (AI pce 59), met notamment en exergue une réaction dépressive survenue en 2011 et que son patient n'est pas suivi par un psychiatre. Par ailleurs, le médecin indique que l'activité que le patient a reprise à 50 % le 30 janvier 2012 était inadaptée. De plus, le Dr D. _____ fait état d'une impotence douloureuse au niveau de l'épaule gauche. Retenant une incapacité de travail totale dans l'exercice de la dernière activité exercée, le médecin indique la nécessité d'un reclassement professionnel.

B.m Dans son rapport du 13 juillet 2012 (AI pce 68 p. 479 ss), la Dre Q. _____ (neurologue : ci-après : la Dre Q. _____) retient le diagnostic d'épilepsie. Le Dr R. _____ (médecin généraliste traitant [cf. AI pce 69 p. 489] ; ci-après : le Dr R. _____) indique notamment, dans son rapport du 21 juillet 2012 (AI pce 68 p. 482 s.), qu'une activité en position de travail assise est exigible à 100 % et précise que la capacité de concentration et de compréhension ainsi que la résistance du patient sont limitées.

B.n Dans son rapport du 23 juillet 2012 relatif à l'examen médical final de la même date (AI pce 69 p. 487 ss), le Dr M. _____ indique notamment que la capacité de travail de 50 % dès le 30 janvier 2012 dans l'activité habituelle avait été reconnue à la demande du patient. Le médecin de la Suva fait état d'un patient qui se plaint d'une épaule douloureuse, qui le réveille la nuit et avec laquelle il ne peut pas faire des mouvements en hauteur. De surcroît, le Dr M. _____ fait état d'une épaule gauche beaucoup plus souple qu'auparavant, bien que le patient n'arrive pas à freiner la chute de son bras lors de la manœuvre de Jobe et qu'il n'ait aucune force en rotation externe. Et le médecin de conclure que l'assuré peut travailler à plein temps dans une activité légère de type industriel exercée à hauteur de table et d'établi.

C.

C.a Par communication du 20 août 2012 (AI pce 76), l'OAI-B. _____ a informé l'assuré de la mise en place d'un stage d'orientation professionnelle auprès de S. _____ de (...) du 3 septembre 2012 au 8 décembre 2012. Ladite mesure a été prolongée jusqu'au 6 janvier 2013 (cf. communication de l'OAI-B. _____ du 26 novembre 2012 [AI pce 95]). Par communication du 10 décembre 2012 (AI pce 102), l'OAI-B. _____ a informé l'intéressé de l'octroi d'un reclassement professionnel sous forme d'une formation pratique de gestionnaire du commerce de détail effectuée auprès de S. _____ de (...) du 7 janvier 2012 (recte : 2013) au 31 juillet 2013.

C.b Il ressort de la déclaration d'accident-bagatelle du 30 mai 2013 que le recourant est tombé d'une échelle en date du 4 mai 2013, accident qui a provoqué la contusion de la cheville gauche (AI pce 121). Dans son rapport du 16 septembre 2013 (AI pce 154 p. 673), le Dr D. _____ pose le diagnostic de tendinopathie du tendon d'Achille gauche à la suite de la chute précitée. Et le médecin d'ajouter que cette pathologie provoque une gêne douloureuse à la marche et à la station debout prolongée.

C.c Le rapport de scintigraphie osseuse du Dr T. _____ (médecin nucléaire ; ci-après : le Dr T. _____) du 2 décembre 2013 (AI pce 154 p. 660) effectué à cause de douleurs de la cheville et du pied gauches – évoluant dans les suites du traumatisme local du mois de mai 2013 – conclut à l'absence de lésion osseuse ou articulaire ainsi qu'à l'absence de signe d'activité algodystrophique associée.

C.d En raison d'une coronaropathie, le recourant a subi un triple pontage en date du 13 juin 2013 (cf. compte rendu opératoire de la même date du

Dr U._____ [chirurgien cardiaque ; ci-après : le Dr U._____ ; AI pce 166 p. 732 s.).

C.e La Dre Q._____ mentionne notamment, dans son rapport du 25 février 2014 (AI pce 166 p. 722 s.), la présence de crises d'épilepsie sur alcoolisme chronique, en mettant en exergue un sevrage d'alcool qui n'est pas complet.

C.f Il ressort du rapport du Dr M._____ du 25 février 2014 relatif à l'examen effectué sur la personne de l'assuré le même jour (AI pce 154 p. 639 ss) que le patient n'est pas complètement remis de l'intervention du 13 juin 2013, celui-ci ayant des douleurs thoraciques résiduelles et se plaignant également de douleurs dans la région latéro-cervicale droite et de céphalées. Objectivement, le médecin constate notamment que l'épaule gauche n'a pas de force et que le tendon d'Achille gauche est nettement épaissi et sensible à la palpation, bien qu'il soit continu et parfaitement fonctionnel.

C.g Dans son rapport du 14 mars 2014 (AI pce 166 p. 721), le Dr V._____ (cardiologue ; ci-après : le Dr V._____) relate qu'il n'y a pas d'argument pour une origine cardiologique ou vasculaire aux différents symptômes présentés par l'assuré, consistant en des sensations pulsatiles au niveau du cou, des douleurs à type de brûlures au niveau des pieds, des douleurs thoraciques pariétales, une tendinite persistante du coude droit et une douleur à l'épaule gauche.

C.h Le rapport des Drs I._____ et W._____ (médecin assistante ; ci-après : la Dre W._____) de la clinique K._____ du 8 mai 2014 indique que le recourant a séjourné auprès de cette clinique du 8 avril 2014 au 7 mai 2014 (AI pce 170 p. 773 ss). Comme diagnostic principal, les médecins de la clinique K._____ retiennent des thérapies physiques et fonctionnelles pour douleurs de la cheville gauche. En tant que comorbidité, les Drs I._____ et W._____ évoquent notamment une épicondylite latérale typique du coude droit. Au sujet des plaintes de l'assuré, les médecins exposent que ce dernier présente des douleurs dans la paroi thoracique antérieure, sur le tendon d'Achille gauche, à l'épicondyle externe du coude droit et à l'épaule gauche. Par ailleurs, le recourant indique que son moral ne va pas très bien, mais l'assuré ne souhaite pas de prise en charge psychiatrique. Les médecins de la clinique K._____ constatent également des incohérences, consistant en une variabilité des mesures articulaires observées d'une semaine à l'autre, étant précisé que le recourant peut enlever et enfiler son t-shirt sans difficulté, alors qu'il décrit l'allodynie comme très intense au niveau sternal. De surcroît, en ce qui

concerne le coude droit, les Drs I._____ et W._____ relatent qu'une infiltration a été pratiquée au mois d'avril 2014 avec un très bon effet.

Retenant une situation stabilisée du point de vue médical, les médecins de la clinique K._____ confirment l'inexigibilité totale de la dernière activité lucrative exercée et retiennent un pronostic favorable de réinsertion dans une activité adaptée (en évitant les activités en hauteur, les activités lourdes supérieures à 10-15 kg et les activités avec le bras en porte-à-faux, la marche en terrain accidenté, les montées et descentes répétées d'échelles et d'escaliers, ainsi que le travail avec accroupissements répétés ou prolongés).

C.i Il ressort du rapport du Dr M._____ du 13 août 2014 relatif à l'examen médical final du même jour (AI pce 170 p. 748 ss) que le patient dit souffrir passablement de l'épaule gauche et, dans une moindre mesure, de la cheville gauche. L'assuré se plaint également de douleurs thoraciques persistantes. Le médecin de la Suva affirme qu'il est difficile de savoir si l'épaule gauche est vraiment enraidie en présence d'une musculature conservée et d'un assuré qui s'autolimité fortement.

C.j Dans son courrier à l'assuré du 12 septembre 2014 (AI pce 178), l'OAI-B._____ mentionne l'interruption des mesures de réadaptation depuis le mois de mai 2013 et précise que l'intéressé s'est dit prêt à recommencer lesdites mesures à un taux de 50 % avec une augmentation progressive pour atteindre le taux de 100 % dans un délai de trois mois. Dans sa communication du 22 décembre 2014 (AI pce 204), l'OAI-B._____ informe l'assuré que le reclassement professionnel est prolongé jusqu'au 31 décembre 2015. Par ailleurs, du 27 avril 2015 au 31 août 2015, l'OAI-B._____ a accepté de prendre en charge les frais pour une initiation à l'informatique (cf. communication du 27 avril 2015 [AI pce 213]).

D.

D.a Il ressort de la déclaration de sinistre du 27 octobre 2015 (AI pce 221) que l'intéressé a subi un nouvel accident le 24 octobre 2015, date à laquelle il est tombé sur son épaule droite. Dans son rapport d'IRM de l'épaule droite du 3 novembre 2015 (AI pce 245 p. 1510 s.), le Dr X._____ (radiologue ; ci-après : le Dr X._____) conclut à une tendinopathie distale des supra- et infra-épineux, siège d'une fine désinsertion distale profonde prédominant sur le supra-épineux. Dans son rapport du 8 décembre 2015 (AI pce 245 p. 1526), le Dr Y._____ (chirurgien orthopédiste ; ci-après : le Dr Y._____) indique notamment que le patient

présente un traumatisme aigu de son unique bras fonctionnel, avec des douleurs importantes et une limitation des amplitudes sévères.

D.b Dans son rapport d'échocardiographie du 29 janvier 2016 (AI pce 245 p. 1486 s.), le Dr Z. _____ (cardiologue ; ci-après : le Dr Z. _____) pose les conclusions suivantes :

- taille des cavités cardiaques et fonction systolique globale du ventricule gauche normale,
- absence de valvulopathies significatives,
- absence d'hypertrophie des parois du ventricule gauche,
- absence de signes indirects d'hypertension ou d'embolie pulmonaire,
- absence de signes indirects de péricardite.

D.c Dans son rapport opératoire du 5 février 2016 (AI pce 235), le Dr Y. _____ – qui fait notamment état d'une lésion SLAP 2 – indique avoir procédé, en date du 3 février 2016, à une arthroscopie de l'épaule droite, à la ténodèse du biceps, à la suture du sus- et du sous-épineux et à une acromioplastie.

D.d Dans son avis du 9 août 2016 (AI pce 254), le Dr AA. _____ (médecin interniste généraliste auprès du SMR ; ci-après : le Dr AA. _____) relève notamment une fonction cardiaque normale à une année du pontage coronarien, raison pour laquelle l'assuré a repris sa formation dès octobre 2014. Par ailleurs, le médecin du SMR indique que le bilan cardiaque du Dr Z. _____ de janvier 2016 est normal.

D.e Dans son rapport du 15 août 2016 (AI pce 257 p. 1617 ss), le Dr AB. _____ (spécialiste en chirurgie et médecin d'arrondissement auprès de la Suva ; ci-après : le Dr AB. _____), qui a examiné l'assuré le même jour, indique notamment que la situation de l'épaule droite n'évolue pratiquement pas depuis l'accident et l'intervention. Le médecin relève aussi que le patient prend un traitement assez lourd pour la cardiopathie ischémique en status après le triple pontage coronarien en 2013.

D.f Dans son rapport du 20 septembre 2016 (AI pce 267 p. 1646), le Dr Y. _____ mentionne en particulier l'apparition de douleurs intenses et l'absence de progression de la mobilité de l'épaule droite ainsi qu'une perte de force. Par ailleurs, le médecin souligne que le patient a fait une très

violente chute le 18 septembre 2016, avec fracture de côtes droites et réception sur l'épaule opérée. Bien qu'un bilan radiologique ne montre pas de fracture, le Dr Y. _____ indique que le patient est en totale impotence fonctionnelle avec son épaule droite. Compte tenu des fortes douleurs, un traitement d'opiacés à dose importante a été prescrit. En ce qui concerne le pronostic de récupération, le médecin indique qu'il est actuellement réservé.

D.g Le Dr AC. _____ (chirurgien orthopédiste ; ci-après : le Dr AC. _____) souligne, dans son rapport du 8 novembre 2016 (AI pce 267 p. 1672 s.), l'échec « cuisant » des différentes interventions au niveau de l'épaule gauche, raison pour laquelle le médecin ne propose pas une reprise chirurgicale à droite.

D.h Dans leur rapport du 30 novembre 2016 (AI pce 267 p. 1660 ss), les Drs I. _____ et AD. _____ (médecin assistant ; ci-après : le Dr AD. _____) de la clinique K. _____ indiquent que l'assuré a séjourné auprès de cette dernière du 18 octobre 2016 au 23 novembre 2016 et posent le diagnostic principal de thérapies physiques et fonctionnelles pour douleurs et limitation fonctionnelle de l'épaule droite. Par ailleurs, les médecins mentionnent une consommation d'alcool parfois exagérée et un bilan hépatique perturbé. Un suivi psychologique, proposé lors du séjour à la clinique K. _____, a été refusé par le patient. Aussi, les médecins de la clinique K. _____ indiquent que les plaintes et limitations fonctionnelles ne s'expliquent pas principalement par les lésions objectives constatées pendant le séjour. En ce qui concerne l'épaule droite, les limitations fonctionnelles provisoires suivantes sont mentionnées dans le rapport précité : éviter les activités au-dessus du plan ombilical maintenues et au-dessus du plan des épaules et le port de charges en porte-à-faux de plus de 5 kg. Et les médecins de la clinique K. _____ d'ajouter que la situation n'est pas stabilisée du point de vue médical et des aptitudes fonctionnelles. Une stabilisation médicale est attendue dans un délai de 2 à 3 mois, soit à une année de l'intervention. De surcroît, aucune nouvelle intervention n'est proposée. Les médecins de la clinique K. _____ estiment que le pronostic de réinsertion dans une activité adaptée est en théorie favorable, le patient ayant participé à des mesures AI.

D.i Dans son rapport du 20 décembre 2016 (AI pce 267 p. 1679 s.), le Dr Y. _____ mentionne une évolution très algique et raide de l'épaule droite. Dans son rapport du 20 février 2017 (AI pce 267 p. 1688 s.), le Dr Y. _____ fait notamment état d'une évolution défavorable, indique un pronostic réservé et un traitement antalgique lourd. Le médecin, dans son

nouveau rapport du 12 juin 2017 (AI pce 270 p. 1730), indique une évolution défavorable de l'intervention de février 2016, marquée par un syndrome algique qui persiste toujours. Et le médecin de constater que le patient est gravement handicapé par sa problématique de deux épaules, pour lesquelles aucune nouvelle intervention n'est indiquée. Par ailleurs, le médecin est d'avis qu'il serait souhaitable de demander une expertise pour statuer sur ce cas, au sujet duquel le Dr Y. _____ ne pense pas qu'il faille attendre de progression depuis plus d'une année et demie d'évolution stationnaire et douloureuse.

D.j Dans son rapport relatif à l'examen final effectué sur la personne de l'assuré en date du 19 juillet 2017 (AI pce 270 p. 1711 ss), la Dre AE. _____ (médecin praticien et médecin d'arrondissement auprès de la Suva ; ci-après : la Dre AE. _____) mentionne notamment l'importante consommation d'alcool. Par ailleurs, l'intéressé a déclaré au médecin de la Suva que, lors de la formation pratique mise en place par l'AI, il faisait tout avec son bras droit, ne pouvant rien faire avec le bras gauche. Retenant une stabilisation sur le plan médical, le médecin de la Suva fait état des limitations fonctionnelles suivantes affectant l'épaule droite : pas de position contraignante pour l'épaule, notamment pas d'activité au-dessus du plan de l'horizontale maintenu ou au-dessus du plan des épaules avec des mouvements répétitifs, pas de port de charges en porte-à-faux de plus de 5 kg. Dans une activité adaptée, la capacité de travail est entière, sans perte de rendement, de l'avis du médecin de la Suva.

D.k Dans son appréciation du 1^{er} septembre 2017 (AI pce 273), le Dr AA. _____ se réfère au rapport de la Dre AE. _____ du 19 juillet 2017 pour retenir notamment que le cas est stabilisé, que l'examen physique effectué par le médecin de la Suva montre une amélioration par rapport aux amplitudes de l'épaule et qu'une activité adaptée peut être exercée à 100 %, et précise que l'activité de gestionnaire en commerce de détail n'est plus possible. Ainsi, le médecin du SMR retient la date du 24 octobre 2015 comme date du début de l'aggravation de l'état de santé. Une activité légère est exigible à 100 % selon le Dr AA. _____, et ce depuis le 19 juillet 2017, date de l'examen final effectué par la Dre AE. _____. En ce qui concerne les limitations fonctionnelles, le médecin du SMR indique, pour l'épaule droite, la nécessité d'éviter le port de charges de plus de 5 kg, les travaux avec les bras au-dessus des épaules et les travaux répétitifs impliquant les épaules, ainsi que les activités avec une machine vibrante. En ce qui concerne l'épaule et la cheville gauches, le Dr AA. _____ renvoie aux limitations fonctionnelles retenues par les médecins de la clinique K. _____ (cf. ci-dessus, let. C.h). De plus, le médecin du SMR indique un

pronostic mauvais, en raison de la consommation d'alcool dangereuse pour la santé.

D.I Confirmant le projet de décision de l'OAI-B. _____ du 7 décembre 2018 (AI pce 284), l'Office de l'assurance-invalidité pour les assurés résidant à l'étranger (ci-après : l'OAIE, l'autorité inférieure ou l'autorité précédente) a, par décision du 15 février 2019 (annexe à TAF pce 1), octroyé à l'assuré une rente ordinaire entière d'invalidité pour la période du 1^{er} octobre 2016 au 31 octobre 2017.

E.

E.a Le 7 mars 2019, l'intéressé, représenté par Me Albert J. Graf, interjette recours par-devant le Tribunal administratif fédéral (ci-après : le Tribunal ou le Tribunal de céans) contre la décision précitée (TAF pce 1), concluant, principalement, à l'annulation de la décision entreprise et à l'octroi, à compter du 1^{er} novembre 2017, d'une demi-rente d'invalidité au moins et, subsidiairement, au renvoi de la cause à l'autorité précédente pour nouvelle instruction. Faisant notamment grief à l'OAIE d'avoir insuffisamment motivé sa décision et d'avoir apprécié les preuves de manière arbitraire, le recourant met en particulier en exergue ses problèmes aux membres supérieurs et à la cheville ainsi que les atteintes cardiaques, pour faire valoir un degré d'invalidité de 50 % au moins.

E.b Dans sa réponse du 24 mai 2019 (TAF pce 8), l'OAIE conclut au rejet du recours et à la confirmation de la décision attaquée, transmettant au Tribunal de céans la prise de position de l'OAI-B. _____ du 21 mai 2019.

E.c Avec sa réplique du 7 octobre 2019 (TAF pce 14), le recourant produit notamment le rapport médical du Dr AF. _____ (radiologue ; ci-après : le Dr AF. _____) du 15 juillet 2019 concernant l'arthro-CT de l'épaule droite et gauche du 12 juillet 2019 avec le CD-ROM y relatif. En particulier, le recourant conteste l'amélioration de son état de santé à compter du 19 juillet 2017.

E.d Dans sa duplique du 14 novembre 2019 (TAF pce 16), l'OAIE confirme ses précédentes conclusions, et ce sur la base de la prise de position de l'OAI-B. _____ du 7 novembre 2019, qui est notamment d'avis que le rapport du 15 juillet 2019 ne renseigne pas sur la situation antérieure à la décision litigieuse.

E.e Avec sa triplique du 3 février 2020 (TAF pce 20), le recourant transmet au Tribunal de céans le rapport du Dr AG._____ (chirurgien orthopédiste, spécialiste en traumatologie de l'appareil moteur et en médecine du sport : ci-après : le Dr AG._____) du 31 janvier 2020, indiquant en particulier que tout travail nécessitant l'usage des membres supérieurs n'est pas envisageable.

E.f Dans sa quadruplique du 5 mars 2020 (TAF pce 22), l'autorité précédente confirme ses précédentes conclusions, se référant à la prise de position de l'OAI-B._____ du 26 février 2020, qui indique en particulier que le Dr AG._____ renseigne sur la situation postérieure à la décision entreprise.

E.g Par ordonnance du 10 mars 2020 (TAF pce 23), le Tribunal a porté une copie de la quadruplique de l'OAIE du 5 mars 2020 et de son annexe à la connaissance du recourant et a clos l'échange d'écritures, sous réserve d'autres mesures d'instruction.

F.

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

Droit :

1.

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

1.2 Le Tribunal administratif fédéral examine d'office et avec une pleine cognition sa compétence et les conditions de recevabilité des recours qui lui sont soumis (art. 7 PA ; ATAF 2016/15 consid. 1 ; 2014/4 consid. 1.2). La procédure devant le Tribunal administratif fédéral est en principe régie par la PA (art. 37 LTAF), sous réserve des dispositions particulières de la loi fédérale du 6 octobre 2000 sur la partie générale du droit des assurances-sociales (LPGA, RS 830.1 ; art. 3 let. d^{bis} PA). Selon les principes généraux du droit intertemporel, les règles de procédure précitées s'appliquent dans leur version en vigueur ce jour (ATF 130 V 1 consid. 3.2).

1.3 Par ailleurs, il sied de préciser 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. 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. L'OAIE notifie les décisions (art. 40 al. 2 du règlement du 17 janvier 1961 sur l'assurance invalidité [RAI, RS 831.201]). En l'occurrence, domicilié en France voisine et ayant travaillé en Suisse avant son incapacité de travail (cf. ci-dessus, let. A et B), le recourant doit être qualifié de frontalier, si bien que c'est à bon droit que la procédure d'instruction de la demande de prestations AI a été menée par l'OAI-B. _____ et la décision litigieuse notifiée par l'OAIE.

1.4 Dans la mesure où le recourant est directement touché par la décision attaquée et a un intérêt digne d'être protégé à ce qu'elle soit annulée ou modifiée, il a qualité pour recourir (art. 59 LPGA). Déposé en temps utile et dans les formes requises par la loi (art. 60 al. 1 LPGA et 52 al. 1 PA), et l'avance sur les frais de procédure ayant été dûment acquittée (art. 63 al. 4 PA ; TAF pce 4), le recours est recevable.

2.

Le présent litige porte sur le bien-fondé de la décision du 15 février 2019, par laquelle l'OAIE a octroyé une rente entière d'invalidité limitée dans le temps, à savoir du 1^{er} octobre 2016 au 31 octobre 2017, au motif que le recourant peut notamment réaliser une activité adaptée à compter du 19 juillet 2017. Contestant une amélioration de son état de santé depuis cette dernière date (cf. ci-dessus, let. E.c), le recourant conclut principalement au versement d'une demi-rente d'invalidité au moins, et ce à compter du 1^{er} novembre 2017 (cf. ci-dessus, let. E.a). En dépit des conclusions peu claires du recourant, la Tribunal de céans constate que ce dernier ne remet pas en question le droit à une rente d'invalidité pour la période du 1^{er} octobre 2016 au 31 octobre 2017, si bien que c'est à compter du mois d'octobre 2016 que l'intéressé requiert le versement d'une rente AI.

3.

Le Tribunal administratif fédéral applique le droit d'office, sans être lié par les motifs invoqués par les parties (art. 62 al. 4 PA ; ATAF 2013/46 consid. 3.2), ni par l'argumentation juridique développée dans la décision entreprise (PIERRE MOOR/ÉTIENNE POLTIER, Droit administratif, vol. II, 3^e éd. 2011, n° 2.2.6.5 ; BENOÎT BOVAY, Procédure administrative, 2^e éd. 2015, p. 243). L'autorité saisie se limite en principe aux griefs soulevés et

n'examine les questions de droit non invoquées que dans la mesure où les arguments des parties ou le dossier l'y incitent (ATF 122 V 157 consid. 1a ; 121 V 204 consid. 6c ; ANDRÉ MOSER/MICHAEL BEUSCH/LORENZ KNEUBÜHLER/MARTIN KAYSER, Prozessieren vor dem Bundesverwaltungsgericht, 3^e éd. 2022, p. 29 n° 1.55).

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 du droit transitoire (ATF 146 V 364 consid. 7.1 ; 144 V 210 consid. 4.3.1 ; 143 V 446 consid. 3.3 ; 136 V 24 consid. 4.3 ; 132 V 215 consid. 3.1.1). Dès lors, la présente cause doit être examinée à l'aune des dispositions en vigueur dans leur teneur jusqu'au 15 février 2019, date de la décision litigieuse, qui marque la limite dans le temps du pouvoir d'examen de l'autorité de recours. Les modifications de la LAI et de la LPGA adoptées le 19 juin 2020 (Développement continu de l'AI ; RO 2021 705 ; FF 2017 2363), ainsi que celles du 3 novembre 2021 apportées au RAI (RO 2021 706), entrées en vigueur le 1^{er} janvier 2022, ne sont pas applicables en l'espèce.

4.2 Le juge des assurances sociales apprécie la légalité des décisions attaquées, en règle générale, d'après l'état de fait existant jusqu'au moment où la décision litigieuse a été rendue (en l'espèce, le 15 février 2019). Les faits survenus postérieurement, et qui ont modifié cette situation, doivent en principe faire l'objet d'une nouvelle décision administrative (ATF 144 V 210 consid. 4.3.1 ; 130 V 138 consid. 2.1 ; 121 V 362 consid. 1b). Le Tribunal ne peut ainsi prendre en considération que les rapports médicaux établis antérieurement à la décision attaquée, à moins que ceux établis ultérieurement ne permettent de mieux comprendre l'état de santé et la capacité de travail de l'assuré jusqu'à la décision sujette à recours (ATF 130 V 445 consid. 1.2.1, 121 V 362 consid. 1b) et qu'ils soient de nature à influencer l'appréciation du cas au moment où la décision attaquée a été rendue (arrêt du TF 9C_34/2017 du 20 avril 2017 consid. 5.2). Ainsi, le Tribunal ne tiendra compte des rapports médicaux produits par le recourant en date des 7 octobre 2019 et 3 février 2020 (cf. ci-dessus, let. E.c et E.e) que dans la mesure où les conditions précitées sont remplies.

4.3 Le recourant étant un ressortissant français, domicilié en France, ayant travaillé en Suisse et demandant l'octroi de prestations AI suisses, l'affaire

présente un aspect transfrontalier (ATF 145 V 231 consid. 7.1 ; 143 V 354 consid. 4 ; 143 V 81 en particulier consid. 8.1 ; 141 V 521 consid. 4.3.2). Est dès lors applicable à la présente cause l'accord du 21 juin 1999 sur la libre circulation des personnes (ALCP, RS 0.142.112.681), dont l'annexe II règle la coordination des systèmes de sécurité sociale (art. 8 ALPC). Dans ce contexte, l'ALCP fait référence depuis le 1^{er} avril 2012 au règlement (CE) n° 883/2004 du Parlement européen et du Conseil du 29 avril 2004 portant sur la coordination des systèmes de sécurité sociale (ci-après : règlement n° 883/2004 [RS 0.831.109.268.1]), ainsi qu'au règlement (CE) n° 987/2009 du Parlement européen et du Conseil du 16 septembre 2009 fixant les modalités d'application du règlement (CE) n° 883/2004 (ci-après : règlement n° 987/2009 [RS 0.831.109.268.11] ; art. 1 al. 1 de l'annexe II en relation avec la section A de l'annexe II). 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). Il sied de souligner que l'octroi d'une rente étrangère d'invalidité ne préjuge toutefois pas l'appréciation de l'invalidité selon la loi suisse (arrêt du Tribunal fédéral des assurances I 435/02 du 4 février 2003 consid. 2). Aussi, même après l'entrée en vigueur de l'ALCP et des règlements de coordination, l'invalidité ouvrant droit à des prestations de l'AI suisse se détermine exclusivement d'après le droit suisse (art. 46 al. 3 du règlement n° 883/2004, en relation avec l'annexe VII dudit règlement ; ATF 130 V 253 consid. 2.4 ; arrêt du TF 9C_573/2012 du 16 janvier 2013 consid. 4).

5.

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

à examiner si et pendant combien de temps il est invalide au sens de la législation suisse.

6.

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

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

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

6.4 L'évaluation du taux d'invalidité se fait principalement sur la base de trois méthodes : la méthode ordinaire de comparaison des revenus, la méthode spécifique et la méthode mixte. Leur application dépend du statut du bénéficiaire potentiel de la rente. Il faut se demander ce que la personne assurée aurait fait si l'atteinte à la santé n'était pas survenue (voir notamment arrêts du TF 9C_279/2018 du 28 juin 2018 consid. 2.2 ; 9C_552/2016 du 9 mars 2017 consid. 4.2 ; 9C_875/2015 du 11 mars 2016 consid. 6.2).

S'agissant d'une personne exerçant une activité lucrative à temps complet, le taux d'invalidité est fixé d'après la méthode ordinaire de comparaison des revenus. Conformément à l'art. 16 LPGa, applicable par le renvoi de l'art. 28a al. 1 LAI, le revenu que la personne assurée aurait pu obtenir si elle n'était pas invalide (revenu sans invalidité) est comparé avec celui qu'elle pourrait obtenir en exerçant l'activité qui peut être raisonnablement exigée d'elle après les traitements et les mesures de réadaptation, sur un marché du travail équilibré (revenu d'invalide). La différence entre ces deux revenus permet de calculer le taux d'invalidité (cf. notamment ATF 137 V 334 consid. 3.1.1 ; arrêt du TF 8C_536/2017 du 5 mars 2018 consid. 5.1).

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

6.6 Si le taux d'invalidité du bénéficiaire de rente subit une modification notable, la rente est, d'office ou sur demande, révisée pour l'avenir, à savoir augmentée ou réduite en conséquence, ou encore supprimée (art. 17 al. 1 LPGa). Une amélioration de la capacité de gain ou de la capacité d'accomplir les travaux habituels de l'assuré n'est déterminante pour la suppression de tout ou partie du droit aux prestations qu'à partir du moment où l'on peut s'attendre à ce que l'amélioration constatée se maintienne durant une assez longue période. Il en va de même lorsqu'un tel changement déterminant a duré trois mois déjà, sans interruption notable et sans qu'une complication prochaine soit à craindre (art. 88a al. 1 RAI). Le fardeau de la preuve quant à cette amélioration de la capacité de travail incombe à l'office AI (arrêts du TF 8C_510/2020 du 15 avril 2021 consid. 2.2 ; 9C_315/2018 du 5 mars 2019 consid. 6.3.2.1, in : SVR 2019 IV n° 76 p. 243 ; 8C_481/2013 du 7 novembre 2013 consid. 3.1, non publié in : ATF 139 V 585, mais in : SVR 2014 UV n° 7 p. 21). Ces dispositions sont applicables, par analogie, lorsqu'un office AI alloue, avec effet rétroactif, une rente d'invalidité temporaire ou échelonnée (ATF 145 V 209 consid. 5.3 ; 131 V 164 consid. 2.2 ; 125 V 413 consid. 2d et les références citées).

7.

7.1 La procédure dans le domaine des assurances sociales fait prévaloir la maxime inquisitoire (art. 43 LPGA ; ATF 138 V 218 consid. 6). Ainsi, le Tribunal administratif fédéral définit les faits et apprécie les preuves d'office et librement (art. 12 PA ; MOOR/POLTIER, op. cit., 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 ; 138 V 218 consid. 6). Il ne suffit pas qu'un fait puisse être considéré seulement comme une hypothèse possible ; la vraisemblance prépondérante suppose que, d'un point de vue objectif, des motifs importants plaident pour l'exactitude d'une allégation, sans que d'autres possibilités ne revêtent une importance significative ou n'entrent raisonnablement en considération (ATF 144 V 427 consid. 3.2 ; 139 V 176 consid. 5.3 ; 138 V 218 consid. 6). Partant, l'autorité ne peut renoncer à accomplir des actes d'instruction que si elle est convaincue, au terme d'une appréciation consciencieuse des preuves (ATF 125 V 351 consid. 3a), que certains faits présentent un degré de vraisemblance prépondérante et que d'autres mesures probatoires ne pourraient plus modifier cette appréciation (sur l'appréciation anticipée des preuves : ATF 131 I 153 consid. 3 ; 130 II 425 consid. 2).

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

Dans ce contexte, on rappellera qu'il n'appartient pas au juge de remettre en cause le diagnostic retenu par un médecin et de poser de son propre

chef des conclusions qui relèvent de la science et des tâches du corps médical (arrêt du TF 9C_719/2016 du 1^{er} mai 2017 consid. 5.2.1).

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

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

7.3.2 Il n'est pas interdit à l'administration et aux tribunaux de se fonder uniquement ou principalement sur les prises de position des SMR au sens de l'art. 49 al. 1 et 3 RAI ou du service médical interne de l'OAIE qui ne se fondent pas sur des examens médicaux effectués sur la personne de l'assuré (arrêts du TF 9C_542/2011 du 26 janvier 2012 consid. 4.1 ; 9C_581/2007 du 14 juillet 2008 consid. 3.2 ; 9C_341/2007 du 16 novembre 2007 consid. 4.1). Ces prises de position ont notamment pour but de résumer et de porter une appréciation sur la situation médicale de la personne concernée, ainsi que de faire une recommandation, sous l'angle médical, concernant la suite à donner à la demande de prestations.

Ceci implique aussi, en présence de pièces médicales contradictoires, de dire de façon motivée s'il y a lieu de se fonder sur l'une ou l'autre de ces pièces (ATF 137 V 210 consid. 6.2.4; VALTERIO, op. cit., ad art. 57 n° 43) ou s'il y a lieu de procéder à une instruction complémentaire (ATF 142 V 58 consid. 5.1). Pour avoir valeur probante, ces rapports présupposent donc que le dossier ayant servi de base à leur établissement soit complet (anamnèse, évolution de l'état de santé et status actuel), contienne suffisamment d'appréciations médicales résultant d'un examen personnel de l'assuré et permette l'appréciation d'un état de fait médical stabilisé et non contesté, établi de manière concordante par les médecins (ATF 142 V 58 consid. 5.1 ; 137 V 210 consid. 6.2.4 ; arrêts du TF 9C_165/2015 du 12 novembre 2015 consid. 4.3 ; 9C_335/2015 du 1^{er} septembre 2015 ; 9C_58/2011 du 25 mars 2011 consid. 3.3 ; 8C_565/2008 du 27 janvier 2009 consid. 3.3.3 ; arrêt du TAF C-2843/2016 du 30 mai 2018 consid. 8.2 ; VALTERIO, op. cit., ad art. 57 LAI n° 43). Si les pièces au dossier ne permettent pas de trancher les questions contestées, les prises de position médicales internes de l'assureur ne peuvent pas, en règle générale, constituer une évaluation finale, mais doivent donner lieu à une instruction complémentaire (arrêts du TF 9C_165/2015 du 12 novembre 2015 consid. 4.3; 9C_58/2011 du 25 mars 2011 consid. 3.3; arrêt du TAF C-2843/2016 du 30 mai 2018 consid. 8.2).

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

8.

8.1 Dans un premier grief, le recourant invoque la violation de son droit d'être entendu, la décision litigieuse étant selon lui insuffisamment motivée (cf. par. III C p. 5 du mémoire de recours [TAF pce 1]).

8.2

8.2.1 En raison du caractère formel de la garantie constitutionnelle du droit d'être entendu, dont la violation entraîne en principe l'annulation de la décision attaquée sans égard aux chances de succès du recours sur le fond, il convient d'examiner ce grief en premier lieu (ATF 135 I 187 consid. 2.2 et ATF 132 V 387 consid. 5.1 ; également BERNHARD WALDMANN/JÜRIG BICKEL, *in* : B. Waldmann/Ph. Weissenberger [Hrsg.], VwVG, Praxiskommentar zum Bundesgesetz über das Verwaltungsverfahren, 2^e éd. 2016, ad art. 29 n^{os} 28 ss et 106 ss).

8.2.2 Tel qu'il est garanti à l'art. 29 al. 2 Cst., le droit d'être entendu comprend notamment le droit pour la personne concernée de s'exprimer sur les éléments pertinents du dossier avant qu'une décision ne soit prise touchant sa situation juridique, le droit de consulter le dossier, de produire des preuves pertinentes, d'obtenir qu'il soit donné suite à ses offres de preuve pertinentes, de participer à l'administration des preuves essentielles ou à tout le moins de s'exprimer sur son résultat, lorsque cela est de nature à influencer sur la décision à rendre (ATF 135 II 286 consid. 5.1 ; 129 II 497 consid. 2.2 et les arrêts cités).

8.2.3 La jurisprudence a également déduit du droit d'être entendu, défini par les dispositions spéciales de procédure (tel l'art. 35 PA), le devoir pour l'autorité de motiver sa décision, afin que le destinataire puisse la comprendre, la contester utilement s'il y a lieu et que l'autorité de recours puisse exercer son contrôle. Ainsi, l'administration doit mentionner, au moins brièvement, les motifs qui l'ont guidée et sur lesquels elle a fondé sa décision. En particulier, lorsque les parties font valoir des griefs pertinents, il doit ressortir de la motivation que l'administration s'est penchée sur les éléments évoqués. Dans ce contexte, on rappellera qu'il n'est pas possible de déterminer de façon générale et abstraite le contenu et la densité que doit présenter une motivation pour être jugée conforme au droit. Bien plutôt, les exigences en matière de motivation seront en relation étroite avec la situation concrète de l'affaire en cause, notamment en ce qui concerne les questions formelles et matérielles soulevées ainsi que celles relevant de l'administration des preuves, précision faite que l'autorité

administrative de première instance doit tenir compte de la pertinence et de la densité de l'argumentaire fourni par l'administré dans le cadre du droit d'être entendu (WALDMANN/BICKEL, op. cit., ad art. 29 n^{os} 102 s.). Le devoir de motivation a pour but de garantir que l'intéressé puisse comprendre la décision en cause et l'attaquer en toute connaissance de cause, en sachant sur quelles circonstances principales il doit fonder son argumentation (WALDMANN/BICKEL, op. cit., ad art. 35 n^o 10, BOVAY, op. cit., p. 364 et 365, LORENZ KNEUBÜHLER, *in* : Ch. Auer/M. Müller/B. Schindler [Hrsg.], *Kommentar zum Bundesgesetz über das Verwaltungsverfahren*, 2^e éd. 2019, ad art. 35 n^{os} 5 ss ; cf. également ATF 141 III 28 consid. 3.2.4 et la jurisprudence citée).

8.2.4 Partant, une motivation insuffisante ne peut ainsi être retenue que si la décision attaquée, sur le point litigieux, n'est aucunement motivée ou si cette motivation est à ce point indigente que la partie recourante n'est pas à même de la contester à bon escient (ATF 133 III 439 consid. 3.3 ; 126 I 97 consid. 2b). La question de savoir si une décision est suffisamment motivée est distincte de celle de savoir si la motivation adoptée est convaincante. Lorsque l'on peut discerner les motifs qui fondent une décision, le droit à une décision motivée est respecté, même si la motivation retenue ne convainc pas le recourant ou est erronée (arrêts du TF 1B_195/2010 du 13 juillet 2010 consid. 2.2 et 1C_35/2009 du 29 mai 2009 consid. 3).

8.2.5 En l'occurrence, dans sa décision du 15 février 2019, l'autorité inférieure expose avoir retenu que le recourant, qui exerçait l'activité de menuisier poseur, a été victime d'un accident touchant l'épaule gauche en date du 14 juin 2009, date à partir de laquelle a commencé l'incapacité de travail, étant précisé qu'une activité adaptée – de type gestionnaire du commerce de détail – était médicalement exigible à 100 % dès août 2010, avec une diminution de la capacité de gain de 11.83 %. La demande AI n'ayant été présentée que le 16 mars 2010, la décision indique qu'aucune rente ne peut être versée à cause de l'accident précitée, la perte de gain étant inférieure à 40 % six mois après le dépôt de la demande. Il ressort également de la décision litigieuse que le recourant a subi une nouvelle atteinte à la santé – consistant en un problème cardiaque – le 13 décembre 2010, qui a entraîné une incapacité totale de travailler dans toute activité lucrative du 13 décembre 2010 au 12 octobre 2011, date à partir de laquelle une pleine capacité de travail a été recouvrée dans une activité adaptée. Cette nouvelle incapacité de travail ayant duré moins qu'une année, la décision entreprise indique qu'aucune rente ne peut être versée. Il est également précisé dans la décision dont est recours qu'un reclassement a été

octroyé à l'intéressé, consistant en une formation pratique de gestionnaire du commerce de détail assortie de cours d'informatique. Or, durant le reclassement, le recourant a subi un nouvel accident – touchant l'épaule droite – au mois d'octobre 2015, provoquant une nouvelle incapacité de travail totale du 23 octobre 2015 au 18 juillet 2017. A compter du 19 juillet 2017, l'OAIE estime que l'assuré peut exercer – à 100 % – une activité adaptée à ses limitations – limitations qui sont mentionnées dans la décision entreprise –, justifiant une perte de gain de 20.64 %. L'autorité inférieure précise aussi que des mesures professionnelles n'ont pas lieu d'être, dès lors que le recourant peut exercer des activités ne nécessitant pas de formation particulière, sans qu'un préjudice économique important ne subsiste.

8.3 Il est vrai que la décision litigieuse – qui détaille les différentes périodes d'inaptitude au travail – indique erronément que l'incapacité qui a débuté le 13 décembre 2010 a été causée par un problème cardiaque, alors que cette date correspond à celle de la nouvelle intervention à l'épaule (cf. ci-dessus, let. B.e). Il n'en demeure pas moins que le Tribunal de céans, lequel dispose d'une pleine cognition et peut ainsi revoir aussi bien les questions de droit, les constatations de faits établies par l'autorité de première instance que l'opportunité de la décision (art. 49 PA), considère que, compte tenu du fait que le recourant, représenté par un avocat, a notamment pu s'exprimer sur l'intégralité du dossier de l'autorité inférieure dans le cadre de la procédure de recours, une éventuelle violation du droit d'être entendu par l'autorité précédente a en tout état de cause été guérie devant lui (sur la guérison du vice, cf. notamment BOVAY, op. cit., p. 311 ss, spécialement p. 313, JACQUES DUBEY/JEAN-BAPTISTE ZUFFEREY, *Droit administratif général*, 2014, n^{os} 1986 ss, et KNEUBÜHLER, *in* : Auer/Müller/Schindler [Hrsg.], op. cit., ad art. 35 n^o 21).

8.4 Sur le vu de ce qui précède, le moyen tiré d'une prétendue motivation insuffisante de la décision entreprise doit être écarté.

9.

Il reste ainsi à examiner si l'on peut accorder pleine valeur probante aux appréciations du SMR, sur lesquelles se fonde la décision attaquée.

9.1 A cause de l'accident du 14 juin 2009, le SMR a retenu que la dernière activité lucrative de menuisier poseur ne peut plus être exercée, et ce compte tenu de la rupture massive de la coiffe des rotateurs, lésion qui a été opérée en date du 26 août 2009 (cf. ci-dessus, let. B.a et Al pces 30 et 17 p. 70). Le Tribunal de céans constate que la rupture complète de la

coiffe des rotateurs gauche a notamment été objectivée par arthrographie du 29 juillet 2009 (cf. ci-dessus, let. B.a et AI pce 17 p. 68), ce qui a justifié l'intervention d'acromioplastie en date du 26 août 2009 (cf. notamment AI pce 17 p. 106). De surcroît, les médecins de la clinique K._____, dans leur rapport du 26 juillet 2010, font état de limitations fonctionnelles définitives au niveau de l'épaule gauche (cf. ci-dessus, let. B.c et AI pce 27 p. 175 ss). Compte tenu de ce qui précède, le Tribunal de céans retient comme établi, au degré de la vraisemblance prépondérante, que le recourant ne peut plus exercer son activité lucrative habituelle de menuisier poseur, activité requérant en particulier la pose de meubles et d'appareils électroménagers (cf. questionnaire pour l'employeur du 25 mars 2010 ; AI pce 14).

9.2 A compter du mois d'août 2010, le service médical de l'AI estime que l'intéressé peut exercer, à temps complet, une activité adaptée (cf. ci-dessus, let. B.d et AI pce 30). Comme le relève le Dr E._____, chirurgien qui a opéré le recourant en date du 26 août 2009 – dans son rapport du 14 janvier 2010, l'évolution post-opératoire a été positive, la force motrice étant excellente (AI pce 17 p. 70 s.). Quant aux médecins de la clinique K._____, ceux-ci indiquent, dans leur rapport du 26 juillet 2010, qu'une capacité de travail totale est attendue dans une activité adaptée, respectant les limitations fonctionnelles précitées (cf. ci-dessus, let B.c). Par ailleurs, l'assuré a communiqué à l'OAI-B._____, au mois d'août 2010, que sa mobilité s'était bien améliorée grâce à son séjour auprès de la Clinique K._____ (AI pce 32). Ainsi, le Tribunal retient qu'aucune pièce du dossier ne contredit l'appréciation du SMR, selon lequel une activité adaptée peut être exercée à 100 % depuis le mois d'août 2010, étant rappelé que le recourant ne conteste nullement les incapacités de travail retenues par le service médical de l'AI avant l'accident d'octobre 2015 (cf. en particulier ci-dessus, consid. 2). Par ailleurs, s'il est vrai qu'il ressort du dossier que le recourant a notamment subi un accident de la voie publique en 2006 – entraînant des fractures multiples des côtes – et une rupture du tendon d'Achille gauche en 2005 (cf. ci-dessus, let. B.c et AI pce 27 p. 175 ss), rien au dossier n'indique – et le recourant ne le soutient notamment pas non plus – que de tels événements traumatiques ont entraîné des incapacités de travail de longue durée, étant précisé que l'intéressé a pu travailler auprès de son dernier employeur, du 4 février 2008 au 14 juin 2009 à 100 %, avec une seule absence pour raison de maladie du 20 janvier 2009 au 13 février 2009 (cf. AI pce 14). De surcroît, en ce qui concerne la stéatose hépatique diffuse révélée par échographie abdominale du 21 mai 2010 (cf. ci-dessus, let. B.k ; AI pce 27 p. 181 et AI pce 54 p. 385 ss), aucune pièce au dossier ne fait état d'incapacités de

travail en lien avec cette pathologie – ce que le recourant ne soutient d'ailleurs pas –, si bien que le Tribunal de céans retient, au degré de la vraisemblance prépondérante, que la stéatose est sans répercussion sur la capacité de travail de l'assuré.

Il est ainsi établi au degré de la vraisemblance prépondérante qu'une activité adaptée peut être exercée à temps complet à partir du mois d'août 2010. Il reste à examiner comment a évolué l'état de santé du recourant à compter de cette date.

9.3

9.3.1 A la suite d'une nouvelle rupture de l'épaule gauche, le recourant a subi une nouvelle intervention chirurgicale en date du 13 décembre 2010 (cf. ci-dessus, let. B.b et B.e ; AI pce 28 p. 200 et pce 37 p. 222 s.), dont les bénéfices n'étaient pas évidents au mois de mai 2011 (cf. ci-dessus, let. B.f et AI pce 41 p. 310 ss). Cependant, dans son rapport du 22 mars 2011, le Dr E. _____ fait état d'un patient qui va bien, récupère de la force et éprouve moins de douleur (AI pce 41 p. 321).

En ce qui concerne le nouvel accident subi en date du 11 juin 2011 (cf. ci-dessus, let. B.g) – qui a accentué les douleurs au niveau de l'épaule gauche –, le recourant a affirmé, en date du 8 juillet 2011 que les conséquences de ce traumatisme étaient pratiquement terminées (cf. note relative à l'entretien téléphonique entre un collaborateur de la Suva et l'assuré du 8 juillet 2011 [AI pce 44 p. 350]). Les conséquences peu importantes de l'accident précité ont par ailleurs été confirmées par le Dr M. _____ dans son rapport du 15 novembre 2011 (cf. ci-dessus let B.i et AI pce 54 p. 436 ss) et la Dre N. _____, qui, dans son rapport du 23 décembre 2011 (cf. ci-dessus, let. B.j et AI pce 170 p. 947 s.) mentionne l'absence d'atteinte aiguë et chronique des nerfs de l'épaule et du bras gauches.

Par ailleurs, le rapport du 21 juin 2011 relatif à la radiographie de l'épaule et de l'omoplate gauches et à l'échographie de l'épaule et de la région dorsale gauches met notamment en exergue l'absence de lésion osseuse traumatique, de fissure ou de rupture tendineuse (AI pce 44 p. 352). L'absence de lésion osseuse est également constatée par le Dr D. _____ dans son rapport du 13 juillet 2011 (cf. ci-dessus, let. B.g et AI pce 44 p. 356).

9.3.2 Ainsi, le Tribunal de céans n'a pas de raison de s'écarter de l'appréciation du médecin du SMR du 13 octobre 2011 (cf. ci-dessus, let. B.h et Al pce 47), qui mentionne une situation stabilisée à la suite de l'intervention de décembre 2010, permettant de nouveau l'exercice d'une activité lucrative à temps complet, ménageant l'épaule gauche. Par conséquent, c'est à bon droit que l'autorité précédente a retenu une nouvelle incapacité totale de travailler dans toute activité du 13 décembre 2010 au 12 octobre 2011 seulement, étant rappelé que le recourant ne conteste pas la durée de cette inaptitude au travail.

9.4

9.4.1 Sur le plan psychiatrique, il ressort du rapport de la Dre P. _____ du 19 décembre 2011 relatif au consilium du 13 décembre 2011 (cf. ci-dessus, let. B.k et Al pce 54 p. 402 ss) – qui a retenu le diagnostic de trouble de l'adaptation avec réaction dépressive prolongée (F43.21) – que le recourant présentait, lors du consilium, une symptomatologie dépressive dominée par le sentiment de tristesse et l'importante labilité émotionnelle et l'hyperémotivité dans un contexte mixte d'insécurité professionnelle, et également du deuil récent de l'animal de compagnie. La Dre P. _____ fait notamment état d'un patient qui décrit que, depuis la 2^e intervention du 13 décembre 2010, il se sent globalement beaucoup plus fragile et vulnérable sur le plan émotionnel, bien qu'il ait conservé son élan vital. Par ailleurs, le médecin mentionne une estime de soi, une capacité de motivation, un élan vital et un accès au plaisir préservés. Aussi, la Dre P. _____ fait état d'un patient disposant de bonnes ressources pour la reprise d'une activité professionnelle adaptée à son état de santé, l'intéressé ayant su garder un rythme au quotidien et assumant sans difficulté ses tâches ménagères.

9.4.2 Le SMR n'a pas retenu d'incapacité de travail en lien avec une atteinte psychiatrique, ce que le recourant ne remet pas en question, ce dernier mettant en exergue ses pathologies physiques pour contester l'amélioration de son état de santé à compter du 19 juillet 2017 (cf. ci-dessus, let. E.a et E.c). Le Tribunal de céans constate que, comme l'a relevé le Dr D. _____ dans son rapport du 31 mai 2012 (cf. ci-dessus, let. B.l et Al pce 59), l'intéressé n'a pas été suivi par un psychiatre, le recourant ne souhaitant pas de prise en charge psychiatrique (cf. rapport de la clinique K. _____ du 8 mai 2014 [ci-dessus, let. C.h et Al pce 170 p. 773 ss]). Par ailleurs, dans le rapport de la clinique K. _____ précité, les Drs I. _____ et W. _____ soulignent que le recourant a été vu par le psychiatre de la Clinique K. _____ lors du séjour du 8 avril 2014 au 7 mai 2014, qui n'a pas mis en évidence de psychopathologie décompensée.

9.4.3 Compte tenu de ce qui précède, le Tribunal retient, au degré de la vraisemblance prépondérante, qu'aucune diminution de la capacité de travail pour des raisons psychiatriques ne peut être retenue, en tout cas pas avant la dégradation de l'état de santé du recourant causée par l'accident du 24 octobre 2015 (cf. notamment ci-dessous, consid. 11.2.6). Il ressort en particulier du dossier que le recourant a pu participer aux mesures de réadaptation mises en œuvre par l'OAI-B. _____ à compter du 3 septembre 2012 (cf. ci-dessus, let. C.a), dans un premier temps dans le cadre d'un stage d'orientation professionnelle (AI pce 76) et, par la suite, en prenant part à une formation pratique de gestionnaire du commerce de détail (AI pce 102). Ces mesures ont pu être suivies jusqu'à l'accident du 24 octobre 2015, exceptée une interruption de mai 2013 à septembre 2014 (cf. ci-dessus, let. C.j et AI pce 178), interruption causée par la chute survenue le 4 mai 2013 (cf. ci-dessus, let. C.b et courriel de S. _____ de (...) à l'OAI-B. _____ du 27 mai 2013 [AI pce 120]) et la pathologie cardiaque ayant nécessité l'intervention du 13 juin 2013 (cf. ci-dessus, let. C.d et note d'entretien téléphonique de l'OAI-B. _____ du 13 mai 2013 [AI pce 119]).

Ainsi, le recourant, qui, comme illustré plus haut (consid. 9.4.1), dispose de bonnes ressources pour la reprise d'une activité professionnelle adaptée à son état de santé et est en mesure d'assumer seul son quotidien et ses tâches ménagères, n'a pas eu d'arrêts de travail documentés en lien avec une pathologie psychiatrique et n'a pas suivi de traitement psychiatrique auprès d'un spécialiste. C'est ainsi sans arbitraire que le SMR n'a pas retenu d'atteinte psychiatrique invalidante, ce que le recourant ne conteste nullement. Par ailleurs, la Dre P. _____, dans son rapport susmentionné – dont la valeur probante n'est remise en question par aucune des pièces présentes au dossier ni par l'assuré lui-même – indique que ce dernier, grâce notamment aux bonnes ressources dont il dispose et à la préservation de son élan vital, peut reprendre une activité professionnelle adaptée à son état de santé. Aussi, en mettant en exergue les ressources du recourant – qui est capable de vivre dans un cadre social et professionnel structuré et peut compter sur une estime de soi et une capacité de motivation préservées –, la Dre P. _____ a procédé à une analyse probatoire structurée de l'affection psychiatrique. Sur la base de son analyse, la psychiatre a donc exclu le caractère invalidant du trouble de l'adaptation avec réaction dépressive prolongée (F43.21), à tout le moins jusqu'à l'accident du 24 octobre 2015, étant précisé qu'une analyse probatoire structurée des affections psychiatriques ne consiste pas en une simple liste de contrôle où il suffirait de cocher des rubriques, mais en une

analyse globale tenant compte du cas particulier (ATF 141 V 281 consid. 4.1.1).

9.5

9.5.1 Il ressort également du dossier que le recourant a présenté des crises comitiales (cf. ci-dessus, let. C.e et Al pce 166 p. 722 s.), justifiant la pose du diagnostic d'épilepsie (cf. rapport de la Dre Q. _____ du 13 juillet 2012 [Al pce 68 p. 479 ss] ; ci-dessus, let. B.m). Or, le Tribunal de céans constate que cette pathologie n'a pas été retenue par le SMR pour évaluer l'incapacité de travail de l'intéressé – ce que ce dernier ne conteste pas – et cela à juste titre. En effet, la neurologue précitée n'indique pas, dans ses rapports des 13 juillet 2012 et 25 février 2014 (cf. ci-dessus, let. C.e et Al pce 166 p. 722) que l'épilepsie réduit la capacité de travail du recourant, étant précisé que, dans ce dernier rapport, la Dre Q. _____ indique que les crises d'épilepsie sont prévenues par l'antiépileptique KEPBRA à 500 mg matin et soir.

9.5.2 Sur le vu de ce qui précède, le Tribunal de céans constate que l'épilepsie – traitée par médicaments – n'a pas d'impact sur la capacité de travail du recourant, ce qui n'est pas remis en question par ce dernier, étant précisé que son médecin traitant, dans son rapport du 21 juillet 2012 (constituant la 5^e page du rapport de la Dre Q. _____ du 13 juillet 2012 susmentionné) indique en particulier qu'une activité en position de travail assise est exigible à 100 % et que des activités en position de travail debout peuvent également être exercées à 50 % (cf. ci-dessus, let. B.m et Al pce 68 p. 482 s.). Pour ce qui est des limitations en lien avec la capacité de concentration, de compréhension et de résistance (cf. ci-dessus, let. B.m), le Tribunal de céans retient, au degré de la vraisemblance prépondérante, que celles-ci n'entravent pas l'exercice d'activités simples et répétitives respectant les limitations fonctionnelles causées notamment par l'atteinte à l'épaule et à la cheville (cf. ci-dessus, let. C.h), étant précisé que le Dr R. _____, dans son rapport du 21 juillet 2012, n'indique pas l'étendue des limitations de concentration, de compréhension et de résistance et ne contredit ainsi pas les conclusions de la Dre Q. _____.

9.6

9.6.1 En ce qui concerne la cheville gauche du recourant, qui a subi une contusion à la suite de l'accident-bagatelle du 4 mai 2013 (cf. ci-dessus, let. C.b et Al pce 121), le rapport de radiographie et d'échographie du 31 mai 2013 concernant l'articulation précitée (Al pce 154 p. 646) des Drs

C._____, AH._____, (radiologue ; ci-après : la Dre AH._____) et AI._____ (radiologue ; ci-après : le Dr AI._____) indique en particulier une nette tendinopathie du tendon d’Achille avec un diamètre du double par rapport au côté opposé et un aspect de tendinopathie nodulaire chronique. Dans leur rapport, les radiologues mentionnent également l’absence de lésion ostéochondrale, de séquelle de fracture, d’arrachement osseux et de cicatrice pathologique. La tendinopathie précitée a en particulier provoqué de la douleur à la marche et à la station debout prolongée (cf. rapport du Dr D._____ du 16 septembre 2013 [ci-dessus let. C.b et AI pce 154 p. 673]). Dans son rapport du 26 novembre 2013, le Dr D._____ précise que, à cause de la pathologie affectant la cheville gauche, la marche est limitée à un périmètre inférieur à 400 mètres (cf. AI pce 164 p. 664). De surcroît, la scintigraphie réalisée le 2 décembre 2013 (cf. ci-dessus, let. C.c et AI pce 154 p. 660) ne révèle aucune lésion osseuse ou articulaire et aucun signe d’algodystrophie. Par ailleurs, dans son rapport du 25 février 2014, le médecin de la Suva constate qu’objectivement, le tendon d’Achille gauche est parfaitement fonctionnel, malgré une nette épaisseur et une sensibilité à la palpation (cf. ci-dessus, let. C.f et AI pce 154 p. 639 ss). En outre, dans son rapport précité, le Dr M._____ se réfère à l’IRM de la cheville gauche effectuée en janvier 2014 (AI pce. 154 p. 643), confirmant une tendinopathie du tendon d’Achille d’allure chronique, sans prise de contraste, après injection de gadolinium.

De plus, les médecins de la clinique K._____ constatent notamment, dans leur rapport du 8 mai 2014 (cf. ci-dessus, let. C.h et AI pce 170 p. 773 ss), une bonne varisation du pied gauche en position sur la pointe des pieds, une palpation du tendon d’Achille déclarée douloureuse et une diminution de la souplesse de ce tendon lors de la flexion dorsale-plantaire du pied. Les médecins de la clinique K._____ signalent l’absence d’instabilité de la cheville gauche, et ajoutent que les mouvements de circumduction sont légèrement moins amples à gauche. Confrontés à un patient qui cote sa douleur jusqu’à 10/10, alors que l’impression globale des médecins ne correspondent pas à une telle cotation (AI pce 170 p. 777), ces derniers reconnaissent, pour la cheville gauche, des limitations fonctionnelles pour la marche en terrain accidenté, les montées et descentes répétées d’échelles et d’escaliers, ainsi que le travail avec accroupissement répétés ou prolongés.

9.6.2 Sur le vu de ce qui précède, le Tribunal de céans retient, au degré de la vraisemblance prépondérante, que l’atteinte à la cheville gauche n’empêche pas l’intéressé d’exercer une activité lucrative adaptée à 100 % – et ce en tout cas jusqu’à la dégradation de son état de santé causée par

l'accident de 2015 – dans le respect des limitations fonctionnelles précitées, étant rappelé que le recourant ne conteste pas les incapacités de travail retenues par le SMR avant le nouvel événement traumatique de 2015. C'est ainsi à bon droit que, sur la base des conclusions du Service médical régional – qui sont corroborées par les pièces présentes au dossier (cf. consid. précédent) – l'autorité inférieure n'a pas retenu que l'affection à l'articulation en question empêche l'intéressé de travailler dans un métier adapté (ménageant la pied gauche), pour le moins jusqu'au nouvel accident précité.

9.7 Il convient maintenant de se pencher sur la pathologie cardiaque, ayant nécessité un triple pontage en date du 13 juin 2013 (cf. ci-dessus, let. C.d et AI pce 166 p. 732 s.).

9.7.1 Dans son rapport de suivi du 16 septembre 2013 (AI pce 166 p. 727 s.), le Dr V._____ affirme ne pas retrouver de signes inquiétants ou de complications post-opératoires. Le cardiologue ajoute que les douleurs pariétales ressenties par l'assuré sont en lien avec l'intervention chirurgicale récemment subie, douleurs pouvant durer jusqu'à six mois après l'opération, selon l'expérience du Dr V._____. En outre, le cardiologue met en exergue une auscultation cardio-pulmonaire normale – sans souffle ni frottement –, un électrocardiogramme également normal et une échographie cardiaque montrant notamment une très bonne fonction ventriculaire gauche, l'absence d'épanchement péricardique, de dilatation des cavités droites et de valvulopathie.

Dans son rapport subséquent du 19 novembre 2013 (AI pce 166 p. 724 s.), le Dr V._____ précise en particulier que, à l'examen clinique cardiovasculaire, il n'y a pas d'anomalie cardiothoracique, les pouls fémoraux étant perçus sans souffle et le cardiologue, qui ne perçoit pas les pouls pédieux, souligne que les pouls tibio-postérieurs sont très bien frappés. Pour ce qui est des douleurs thoraciques pariétales post-prélèvements mammaires et pontages dont se plaint le patient, le cardiologue affirme qu'elles n'apparaissent absolument pas inquiétantes sur le plan cardiologique, en raison de leur caractère transitoire.

Par ailleurs, bien que le recourant ait aussi fait part de ses douleurs thoraciques résiduelles au Dr M._____, lors de son examen du 25 février 2014 (cf. ci-dessus, let. C.f et AI pce 154 p. 639 ss), le Dr V._____ confirme, dans son rapport du 14 mars 2014 (cf. ci-dessus, let. C.g et AI pce 166 p. 721), que les douleurs ressenties par le recourant n'ont pas d'origine cardiologique. Et le cardiologue d'ajouter que le doppler des

troncs supra-aortiques est normal avec un simple et banal épaississement pariétal, sans sténose ou anomalie le long des deux axes carotidiens et vertébraux.

9.7.2 Sur la base des pièces médicales précitées – corroborées par l'échocardiographie réalisée en date du 29 janvier 2016 (cf. ci-dessus, let. D.b et AI pce 245 p. 1486 s.), ne faisant pas état d'une atteinte cardiologique invalidante – le Tribunal de céans retient pour établi, au degré de la vraisemblance prépondérante, que l'affection au cœur n'a pas causé d'incapacité de travail invalidante et durant plus d'une année, en tout cas pas avant le nouvel accident du 24 octobre 2015, ce que le recourant ne soutient par ailleurs pas. Par conséquent, le Tribunal confirme l'appréciation médicale du SMR en lien avec l'atteinte précitée – non invalidante –, à tout le moins jusqu'à la date de l'accident susmentionné. Il convient également de préciser que l'évaluation de la Dre AJ. _____ (médecin généraliste ; ci-après : la Dre AJ. _____), qui, dans son rapport du 11 juillet 2014 (AI pce 166 p. 717 ss), retient le diagnostic avec effet sur la capacité de travail de coronaropathie sévère, existant depuis juin 2013 et limitant l'exercice physique – en particulier le port de charges –, n'est pas de nature à remettre en question ce qui précède, une activité physiquement légère restant pleinement exigible jusqu'au mois d'octobre 2015, ce qui est incontesté par l'intéressé.

9.8 En ce qui concerne l'épicondylite du coude droit (cf. notamment ci-dessus, let. C.h et AI pce 170 p. 773 ss), celle-ci a été traitée par une infiltration de Depo-Medrol 40 mg en avril 2014 avec un très bon effet, comme l'indiquent les médecins de la clinique K. _____ dans leur rapport du 8 mai 2014 (AI pce 170 p. 773 ss). Par ailleurs, ces derniers font état d'une mobilité complète du coude en question. De ce fait, c'est à bon droit que l'autorité inférieure, se fondant sur l'avis du SMR, n'a pas retenu d'incapacité de travail en lien avec la pathologie précitée et le Tribunal de céans considère comme étant prouvé, au degré de la vraisemblance prépondérante, le caractère non invalidant de l'épicondylite – à tout le moins jusqu'à l'accident d'octobre 2015 –, ce que le recourant ne conteste nullement.

9.9 Sur le vu de ce qui précède, le Tribunal de céans confirme les incapacités de travail retenues par l'autorité inférieure jusqu'au 24 octobre 2015, les prises de position du SMR pouvant se voir accorder pleine valeur probante. Il s'agit par conséquent de déterminer si c'est à bon droit qu'aucune rente d'invalidité n'a été reconnue avant le 1^{er} octobre 2016, étant rappelé que l'intéressé ne réclame pas de prestations AI avant cette date (cf. ci-dessus, consid. 2).

10.

10.1 Comme il a été illustré ci-dessus, le début de l'incapacité de travail complète dans toute activité lucrative a été fixée au 14 juin 2009 (consid. 9.1 s.) – à cause d'un accident ayant causé la rupture de la coiffe des rotateurs gauche –, alors qu'une activité adaptée pouvait être exercée – à 100 % – à compter du mois d'août 2010. Dès cette dernière date, la perte de gain calculée par l'autorité inférieure est de 11.83 % (cf. ci-dessus, consid. 8.2.5). Cette diminution de la capacité de gain n'a pas été contestée par le recourant. Le Tribunal n'identifie pas d'éléments du calcul qui l'inciteraient à procéder à un examen approfondi de celui-ci, lequel est dès lors correct (cf. ci-dessus, consid. 3, dernière phrase). Comme l'indique à bon droit l'autorité inférieure, aucune rente d'invalidité ne peut être versée pour cette incapacité totale de travailler qui a duré du 14 juin 2009 au mois d'août 2010 – soit durant une période supérieure à une année (cf. ci-dessus, consid. 6.2) – en raison de l'art. 29 al. 1 LAI (cf. ci-dessus, consid. 6.5). En effet, six mois après le dépôt de la demande, soit au mois de septembre 2010 (cf. ci-dessus, let. B), la perte de gain était inférieure à 40 %, excluant le versement d'une rente AI (cf. ci-dessus, consid. 6.2), ce que l'intéressé ne conteste pas.

10.2 Le recourant a présenté une nouvelle incapacité de travail totale dans toute activité entre le 13 décembre 2010 et le 12 octobre 2011 (cf. ci-dessus, consid. 9.3.2), date à partir de laquelle une activité adaptée était de nouveau exigible à 100 %. Cette nouvelle incapacité de travail inférieure à une année a été causée par une nouvelle rupture de la coiffe des rotateurs gauche – non accidentelle – survenue postérieurement à l'accident de juin 2009. Par ailleurs, avant cette nouvelle incapacité de travail, aucune rente d'invalidité n'a été versée. C'est ainsi à bon droit que l'autorité inférieure n'a pas appliqué l'art. 29^{bis} RAI, prévoyant que si la *rente a été supprimée* du fait de l'abaissement du degré d'invalidité et que l'assuré, dans les trois ans qui suivent, présente à nouveau un degré d'invalidité ouvrant le droit à la rente *en raison d'une incapacité de travail de même origine*, on déduira de la période d'attente que lui imposerait l'art. 28 al. 1 let. b LAI, celle qui a précédé le premier octroi.

10.3 Sur le vu de ce qui précède, le Tribunal de céans retient que c'est à juste titre que l'autorité précédente n'a pas reconnu de droit à une rente d'invalidité avant le nouvel accident d'octobre 2015, étant rappelé que le recourant conclut au versement d'une rente postérieurement à cette dernière date.

11.

Il sied maintenant de se pencher sur la période postérieure à l'accident subi au mois d'octobre 2015 – lorsque le recourant a trébuché lors d'une balade (AI pce 221) – et de déterminer si les appréciations du SMR peuvent également se voir accorder pleine valeur probante au sujet de la nouvelle atteinte à l'épaule droite.

11.1

11.1.1 L'accident précité a occasionné un traumatisme aigu du seul bras fonctionnel et dominant du recourant, entraînant d'importantes douleurs et une sévère limitation des amplitudes, comme le mentionne le Dr Y. _____ dans son rapport du 8 décembre 2015 (cf. ci-dessus, let. B.c et D.a ; AI pce 245 p. 1526). Ce médecin se réfère en particulier à un bilan radiologique confirmant une lésion aiguë de la coiffe des rotateurs. De surcroît, le chirurgien orthopédiste mentionne une élévation et une abduction à droite ne dépassant pas 80°, une rotation externe coude au corps de 30° et une rotation interne au niveau de L5.

Dans son rapport du 22 juin 2016 (AI pce 253 p. 1587 s.), le Dr Y. _____ – qui a opéré le recourant le 3 février 2016 (cf. ci-dessus, let. D.c) – fait état d'une évolution défavorable de l'épaule droite, et met en exergue la présence de douleurs très importantes et de raideurs. Par ailleurs, le médecin indique un pronostic réservé. Une telle évolution défavorable de l'épaule en question a été confirmée par le Dr AB. _____ dans son rapport du 15 août 2016 (cf. ci-dessus, let. D.e et AI pce 257 p. 1617 ss), mettant notamment en exergue la persistance de douleurs qui augmentent de manière importante à la moindre sollicitation et qui réveillent le patient toutes les nuits, plusieurs fois par nuit.

En outre, dans son rapport du 20 septembre 2016 (cf. ci-dessus, let. D.f et AI pce 267 p. 1646), le Dr Y. _____ fait état d'une évolution catastrophique de l'intervention du 3 février 2016 et d'une violente chute survenue le 18 septembre 2016 avec réception sur l'épaule opérée. L'échec de l'intervention au niveau de l'épaule droite est également souligné par le Dr AC. _____, dans son rapport du 8 novembre 2016 (cf. ci-dessus, let. D.g et AI pce 267 p. 1672 s).

En date du 30 novembre 2016, les médecins de la clinique K. _____ font notamment état, dans leur rapport du même jour (cf. ci-dessus, let. D.h et AI pce 267 p. 1660 ss), d'un patient très algique aux deux épaules – sur lesquelles il ne peut pas dormir – surtout au niveau de l'épaule droite.

L'évolution très algique de l'épaule droite est confirmée par le Dr Y. _____ dans son rapport du 20 décembre 2016 (cf. ci-dessus, let. D.i et AI pce 267 p. 1679 s), ajoutant qu'il faut s'attendre à la persistance de douleurs chroniques.

11.1.2 L'aggravation de l'état de santé, provoquée par l'accident du 24 octobre 2015 et qui a notamment occasionné un traumatisme aigu de l'unique bras fonctionnel du recourant (cf. notamment ci-dessus, let D.a), a été prise en compte par le SMR. Ce dernier a en particulier souligné l'état douloureux du patient, l'empêchant de reprendre toute activité lucrative (cf. rapport du Dr AA. _____ du 18 avril 2017 [AI pce 268]), et a reconnu la valeur probante des appréciations du Dr Y. _____ (cf. avis du Dr AA. _____ du 9 août 2016 ; AI pce 254).

Au vu de ce qui précède, le Tribunal de céans ne voit aucun motif de s'écarter des avis du SMR, lorsque ce dernier conclut à l'absence de capacité de travail – dans l'exercice de toute activité lucrative – entre l'accident d'octobre 2015 et le mois de juillet 2017. En effet, aucune des pièces au dossier ne contredit une telle appréciation, étant précisé que l'importante atteinte à l'épaule droite est venue s'ajouter à un cadre clinique dominé par l'impotence de l'épaule gauche notamment. A la suite de l'accident précité, il peut ainsi être retenu au degré de la vraisemblance prépondérante, que le recourant – qui est droitier (cf. ci-dessus, let. B.c) – ne peut plus compter sur la fonctionnalité de ses membres supérieurs. Ainsi, les affections invalidantes objectivement documentées justifient une incapacité de travail totale (100 %) dans l'exercice de toute activité professionnelle à compter du mois d'octobre 2015.

11.2 A compter du 19 juillet 2017, le SMR retient une amélioration de l'état de santé du recourant, permettant à ce dernier d'exercer une activité lucrative adaptée à 100 % (cf. ci-dessus, let. D.k et AI pce 273). De son côté, l'intéressé conteste une telle amélioration (cf. ci-dessus, consid. 2). Le Tribunal de céans doit ainsi déterminer si, à compter de la date précitée, la capacité de travail de l'assuré s'est améliorée.

11.2.1 Pour justifier son appréciation, le service médical de l'AI se réfère au rapport de la Dre AE. _____ du 19 juillet 2017 (cf. ci-dessus, let. D.k et AI pce 270 p. 1711 ss). Ainsi, mettant en exergue la stabilisation du cas et une amélioration des amplitudes de l'épaule droite, le Dr AA. _____ estime que, à la date précitée, le recourant a recouvré une capacité de travail totale dans une activité respectant les limitations fonctionnelles susmentionnées (cf. ci-dessus, let. C.h et D.k).

Dans son rapport du 19 juillet 2017 (AI pce 270 p. 1711 ss), le médecin d'arrondissement de la Suva souligne que, lors de l'examen du Dr Y. _____ du 12 juin 2017 (recte : 2 juin 2017 ; AI pce 270 p. 1730), la mobilité au niveau de l'épaule droite ne dépassait pas 43° d'élévation en actif et à peine 90° en passif. Par contre, le médecin de la Suva constate, lors de son examen, une mobilité avec une flexion à 70° et une abduction à 65° en actif.

11.2.2 Or, contrairement à l'avis du SMR, le Tribunal de céans ne saurait retenir, sur la base du rapport de la Dre AE. _____ précité, une amélioration des amplitudes de l'épaule droite, justifiant une amélioration de la capacité de travail de l'intéressé. En effet, si les constatations du médecin de la Suva susmentionnées laissent croire, à première vue, que la mobilité s'est améliorée par rapport à l'examen du Dr Y. _____ du mois de juin 2017, l'on ne saurait perdre de vue que la Dre AE. _____ indique, à la page 3 de son rapport, avoir testé la mobilité des épaules *en passif*. La flexion à 70° à droite ne permet donc de tirer aucune conclusion quant à la mobilité en actif. De plus, la Dre AE. _____ relève que les tests de la coiffe des rotateurs n'ont pas pu être réalisés au vu des problèmes de mobilité de l'assuré (cf. p. 5 du rapport), ce qui permet difficilement d'affirmer, à l'instar du Dr AA. _____, que l'amélioration des amplitudes est telle qu'une activité adaptée peut être exercée à 100 %, depuis le 19 juillet 2017. Les conclusions du SMR sont par ailleurs contredites par les constatations de la Dre AE. _____ du 19 juillet 2017, qui relate que la rotation externe est quasi nulle de chaque côté, l'assuré gardant les bras serrés contre le corps, sans rotation des épaules (cf. p. 3 du rapport).

11.2.3 De surcroît, à supposer qu'une amélioration (limitée) de la mobilité de l'épaule droite se soit produite en juillet 2017, le Tribunal constate que les douleurs du recourant n'ont pas disparu lors de l'examen de la Dre AE. _____ du 19 juillet 2017. Cette dernière fait notamment état d'un patient qui se plaint de douleurs toujours constantes au niveau de l'épaule droite, avec un fond douloureux au repos à 7-8/10, douleurs qui augmentent si l'intéressé porte des charges d'environ 3 à 4 kg, lorsqu'il fait les courses ou lorsqu'il utilise les bras (cf. AI pce 270 p. 1712 s.). La persistance des douleurs – à propos desquelles le médecin de la Suva ne fait pas état de signes d'exagération – continuent ainsi de gêner l'assuré, qui doit prendre une dose très importante d'opiacés sous forme de Tramal (cf. p. 5 du rapport de la Dre AE. _____ du 19 juillet 2017), étant rappelé que c'est en raison des fortes douleurs au membre supérieur droit que le SMR a affirmé, en date du 18 avril 2017 (cf. ci-dessus, consid. 11.1.2 et AI pce 268), que le recourant ne pouvait pas exercer d'activité lucrative adaptée.

11.2.4 Il découle de ce qui précède que le SMR ne pouvait se contenter du rapport d'examen final du médecin d'arrondissement de la Suva du 19 juillet 2017 pour conclure à une pleine capacité de travail dans une activité adaptée à l'état de santé du recourant depuis cette dernière date, étant rappelé que ni le Dr AA. _____ ni la Dre AE. _____ ne sont spécialisés en orthopédie et rhumatologie. Devant un cadre pathologique aussi complexe, caractérisé notamment par une atteinte aux deux épaules, une affection à la cheville gauche et une consommation excessive d'alcool, l'autorité inférieure ne pouvait par conséquent pas s'appuyer sur l'appréciation du Service médical régional pour octroyer une rente limitée dans le temps, étant rappelé que, si la rente est supprimée en raison d'une amélioration de la capacité de travail de l'assuré, le fardeau de la preuve incombe à l'administration (cf. ci-dessus, consid. 6.6).

11.2.5 De surcroît, bien que postérieurs à la décision entreprise (cf. ci-dessus, consid. 4.2), les rapports des Drs AF. _____ et AG. _____ des 15 juillet 2019 et 31 janvier 2020 (cf. ci-dessus, let. E.c et E.e et TAF pces 14 et 20) ne permettent pas de retenir, au degré de la vraisemblance prépondérante, une amélioration de l'état de l'épaule droite de l'assuré durant une assez longue période (cf. art. 88a al. 1 RAI ; ci-dessus, consid. 6.6), lui permettant la reprise d'une activité adaptée, le Dr AG. _____ insistant notamment sur l'atteinte invalidante des épaules. Dans son rapport précité, le Dr AF. _____ mentionne notamment, au niveau de l'épaule droite, une suspicion de déchirure transfixiante focale inférieure à 10 mm ainsi qu'une déchirure labrale antéro-supérieure. Aussi, en cas de doute quant à une amélioration de la capacité de travail du recourant, justifiant la suppression de la rente AI, il eût incombé à l'autorité inférieure de mettre en œuvre une expertise médicale, comme cela fut suggéré par le Dr Y. _____ (chirurgien orthopédiste) dans son rapport du 12 juin 2017 (cf. ci-dessus, let. D.i et AI pce 270 p. 1730), en présence de douleurs risquant de se chroniciser à la suite des événements traumatiques des 24 octobre 2015 et 18 septembre 2016 (cf. notamment AI pce 267 p. 1679 s).

11.2.6 Or, selon la jurisprudence, les évaluations rétrospectives de la capacité – ou de l'incapacité – de travail sont difficiles et les expertises correspondantes devraient ainsi satisfaire à des exigences plus élevées. Les experts doivent – en tant que de besoin – tenir compte de toutes les sources d'information disponibles, telles que les rapports médicaux des médecins traitants, les anamnèses sociales détaillées des expertisés et des tiers et les dossiers complets des assureurs sociaux et des autorités impliqués (cf. arrêt du Tribunal fédéral des assurances I 200/03 du 26 juillet 2004 consid. 4.5 ; arrêt du TAF C-1005/2021 consid. 4.7). En l'espèce,

l'autorité inférieure justifiant l'amélioration de la capacité de travail en insistant notamment sur l'amélioration de la mobilité de l'épaule droite en date du 19 juillet 2017, aurait immédiatement après cette date dû réaliser une expertise pour objectiver, par des examens complets, les amplitudes de l'épaule et appréhender non seulement les séquelles de l'accident d'octobre 2015, mais également les interactions entre les différentes affections et leur impact combiné tant au niveau physique que sur le plan psychique, compte tenu notamment de l'importante consommation d'alcool et du diagnostic de trouble de l'adaptation avec réaction dépressive prolongée. Au moment de rendre sa décision, soit le 15 février 2019, plus d'une année et demie s'était écoulée depuis les constatations de la Dre AE._____. Ainsi, une évaluation rétrospective de la capacité de travail, aurait été difficile et n'aurait pas permis, au degré de la vraisemblance prépondérante, de déterminer en particulier quelles étaient les amplitudes de l'épaule droite en juillet 2017.

11.3 Sur le vu de ce qui précède, c'est à tort que l'autorité précédente a retenu une amélioration de la capacité de travail du recourant en date du 19 juillet 2017, la preuve d'une telle amélioration n'ayant pas été apportée.

12.

Par surabondance, il convient de souligner que le 19 juillet 2017 le recourant, qui est né le (...) 1962 (cf. ci-dessus, let. A) avait accompli sa 55^e année.

12.1

12.1.1 Bien qu'il incombe de règle générale à la personne assurée de s'intégrer de son propre chef dans le marché du travail (cf. notamment ATF 138 I 205 consid. 3) et qu'en principe, une amélioration de la capacité de travail médicalement documentée permet d'inférer une amélioration de la capacité de gain (arrêts du TF 9C_178/2014 du 29 juillet 2014 consid. 7.1.2.1 ; 9C_254/2011 du 15 novembre 2011 consid. 7.1.2.1 ; 9C_368/2010 du 31 janvier 2011 consid. 5.2.2.1 et 9C_163/2009 du 10 septembre 2010 consid. 4.2.2), la jurisprudence admet des situations exceptionnelles.

12.1.2 Ainsi, il est présumé qu'une réadaptation par soi-même ne peut pas, en principe, être exigée d'une personne assurée qui au moment de la réduction ou de la suppression de la rente (ATF 141 V 5 consid. 4) était âgée de 55 ans révolus ou avaient bénéficié d'une rente depuis 15 ans au moins. Dans ces circonstances, des mesures d'ordre professionnel

préalables sont en règle générale nécessaires afin que la personne assurée puisse faire valoriser économiquement sa capacité de travail attestée d'un point de vue médical (cf. arrêt du TF 9C_228/2010 du 26 avril 2011 consid. 3.3 et 3.5, in SVR 2011 IV n° 73 p. 220 ; voir également arrêts du TF 9C_178/2014 du 29 juillet 2014 consid. 7.1.2.2 ; 9C_920/2013 du 20 mai 2014 consid. 4.4 et 9C_254/2011 cité consid. 7.1.2.2; PETRA FLEISCHANDERL, Behandlung der Eingliederungsfrage im Falle der Revision einer langjährig ausgerichteten Invalidenrente, in: SZS 2012 pp. 360 ss). Autrement dit, dans ces cas, en raison de l'âge de la personne assurée et/ou de la longue absence du marché du travail en raison du versement de la rente, une mesure de réadaptation présente en général une condition sine qua non de la réduction ou suppression de la rente (cf. notamment arrêts du TF 9C_707/2018 du 26 mars 2019 consid. 5.1 ; 9C_368/2010 cité consid. 5.1.2 et 5.2.2).

12.1.3 Plus encore, le Tribunal fédéral reconnaît qu'en raison de l'âge avancé et des circonstances concrètes de la personne concernée, la capacité de travail résiduelle de celle-ci n'est plus demandée sur le marché du travail même équilibré (ATF 145 V 2 consid. 5.3.1 ; 138 V 457 consid. 3.1). Lorsque la personne assurée se trouve proche de l'âge de la retraite, il faut se demander si, de manière réaliste et en appréciant la situation dans son ensemble, celle-ci est en mesure d'exploiter économiquement sa capacité de gain résiduelle (cf. art. 7 et 16 LPGA ; notamment arrêt du TF 9C_188/2019 du 10 septembre 2019 consid. 7.2) ; l'on ne saurait se fonder sur des possibilités de travail irréalistes (notamment arrêts TF 9C_329/2015 du 20 novembre 2015 consid. 7.2 ; 9C_651/2008 du 9 octobre 2009 consid. 6.2.2.1). Concrètement, lorsqu'une personne assurée approche de l'âge de la retraite, il convient de déterminer si un employeur potentiel consentirait objectivement à engager la personne assurée, compte tenu des activités qui restent exigibles de sa part en raison d'affections physiques ou psychiques, de l'adaptation éventuelle de son poste de travail à son handicap, de son expérience professionnelle et de sa situation sociale, de ses capacités d'adaptation à un nouvel emploi et du salaire et des contributions patronales à la prévoyance professionnelle obligatoire à verser (ATF 145 V 2 consid. 5.3.1 ; 138 V 457 consid. 3.1 ; arrêt du TF 9C_188/2019 du 10 septembre 2019 consid. 7.2). En particulier, la mise en valeur économique de la capacité résiduelle de travail d'une personne dépend de la durée prévisible des rapports de travail, surtout lors d'un changement professionnel (ATF 138 V 457 consid. 3.2 : arrêt du TF 9C_437/2008 du 19 mars 2009 consid. 4.2).

12.2

12.2.1 En l'occurrence, le recourant – ancien frontalier participant à des mesures de réadaptation en Suisse et, partant, assujéti au système de sécurité sociale suisse (cf. ATF 145 V 266 pour la question de la qualité d'assuré) – fait notamment valoir, à l'appui de son recours, l'impact de son âge sur les atteintes à la santé et l'absence d'expérience professionnelle dans des domaines autres que sa dernière profession, profession qu'il n'a plus exercée depuis 2009 (TAF pce 1). De son côté, l'autorité précédente met en particulier en relief le fait que l'intéressé n'est pas resté inactif depuis la première atteinte en 2009, dans la mesure où il a bénéficié d'une formation pratique entre 2013 et 2015 et dispose de diverses expériences et compétences, selon la lettre de postulation du 22 décembre 2015 (recte : 26 octobre 2015 [cf. AI pce 231]) et le CV annexé à cette lettre. L'Office AI retient ainsi que l'âge et les limitations fonctionnelles du recourant ont été suffisamment pris en compte dans le cadre de la réduction – de 10 % – du revenu d'invalidité (TAF pce 8).

12.2.2 Il est établi que le recourant – titulaire d'un CAP en menuiserie (AI pce 1 p. 5) – a interrompu l'activité qu'il exerçait depuis 2004 de menuisier poseur, à la suite de l'accident de 2009 (cf. ci-dessus, let A s.) et que cette activité n'est plus médicalement exigible (cf. notamment ci-dessus, consid. 9.1). Une tentative de reprise à 50 % de l'activité habituelle précitée a eu lieu le 30 janvier 2012, malgré le fait que l'activité demeurerait inexigible, ce qui est incontesté par l'autorité inférieure (cf. ci-dessus, let. B.I ss et TAF pce 1). Par la suite, l'intéressé a pris part, dès 2013, à un reclassement professionnel sous forme d'une formation pratique de gestionnaire du commerce de détail, formation qui a pu être suivie jusqu'à l'accident d'octobre 2015, avec une interruption de mai 2013 à septembre 2014 (cf. ci-dessus, consid. 9.4.3).

12.2.3 Lors de la notification de la décision litigieuse du 15 février 2019 – décision rendue plus d'une année et demie après l'examen médical du 19 juillet 2017 sur la base duquel l'autorité précédente a supprimé la rente d'invalidité – le recourant avait presque 57 ans. Comme illustré au considérant précédent, avant cette date, soit jusqu'en octobre 2015, le recourant suivait une formation pratique organisée par l'AI, devant lui permettre de travailler en tant que gestionnaire du commerce de détail. Or, à la suite du nouvel accident d'octobre 2015, cette dernière activité lucrative, pour laquelle presque trois ans de formation ont été nécessaires, n'était plus médicalement exigible, comme l'indique l'autorité inférieure dans la décision dont est recours. Contrairement à ce que semble soutenir l'autorité

précédente, la formation suivie par le recourant ne lui est que d'un très faible secours, l'intéressé n'ayant pu acquérir que des bases pratiques dans le domaine du commerce de détail, compte tenu des grandes difficultés qu'il rencontrait dans l'apprentissage théorique (cf. note d'entretien AI du 31 octobre 2014 [AI pce 193]). Par conséquent, au vu des atteintes invalidantes affectant les membres supérieurs et la cheville gauche notamment, le Tribunal de céans considère comme très peu probable qu'un employeur potentiel soit prêt à engager une personne de 57 ans (aujourd'hui de 61 ans) – inactif depuis octobre 2015 – ayant exercé depuis 2004 au moins des activités que son état de santé ne lui permet plus d'accomplir. En particulier, ne disposant pas d'un diplôme reconnu augmentant ses chances d'exercer une activité lucrative plus intellectuelle que manuelle, l'assuré – qui a fait preuve de vouloir réintégrer le monde du travail (cf. notamment lettre de postulation du 26 octobre 2015 précitée [consid. 12.2.1]) – n'était plus apte à se réadapter par lui-même lors de la notification de la décision litigieuse.

12.3 Sur le vu de ce qui précède, à supposer qu'une amélioration de la capacité de travail ait eu lieu le 19 juillet 2017 – ce que le Tribunal de céans a écarté (cf. ci-dessus, consid. 11.3) – c'est à tort que l'autorité inférieure a considéré le recourant comme étant en mesure de réintégrer par ses propres moyens le marché du travail, sans autres mesures d'ordre professionnel.

13.

Une amélioration de la capacité de travail du recourant ne pouvant notamment pas être retenue au degré de la vraisemblance prépondérante à compter du mois de juillet 2017, c'est à tort que l'autorité précédente n'a versé qu'une rente limitée dans le temps jusqu'au 31 octobre 2017. La nouvelle atteinte invalidante affectant l'épaule droite s'étant produite en octobre 2015, une rente entière d'invalidité, sans interruption, doit être versée dès le 1^{er} octobre 2016 (cf. art. 28 al. 1 LAI). Par ailleurs, le recourant ayant travaillé à 100 % avant le début de son incapacité de travail (cf. AI pce 14), c'est à bon droit que l'autorité précédente a appliqué la méthode ordinaire de comparaison des revenus (cf. ci-dessus, consid. 6.4).

14.

Partant, le recours est admis, la décision du 15 février 2019 étant réformée en ce sens que le recourant a droit à une rente entière d'invalidité, sans interruption, à compter du 1^{er} octobre 2016, le dossier étant retourné à l'autorité inférieure afin qu'elle détermine le montant global de la rente, sous suite d'intérêts moratoires (art. 26 al. 2 LPGGA).

15.

15.1 Vu l'issue du litige, et dans la mesure où aucun frais de procédure n'est mis à la charge de l'autorité inférieure, il n'est pas perçu de frais de procédure (art. 63 al. 1 et 2 PA). L'avance de frais de Fr 800.- versée par la partie recourante (TAF pce 4) lui sera remboursée dès l'entrée en force du présent arrêt, sur le compte qu'elle aura désigné au Tribunal administratif fédéral.

15.2 En outre, conformément aux art. 64 al. 1 PA et 7 al. 1 du règlement du 21 février 2008 concernant les frais, dépens et indemnités fixés par le Tribunal administratif fédéral (FITAF, RS 173.320.2), le Tribunal peut allouer à la partie ayant obtenu gain de cause une indemnité pour les frais indispensables et relativement élevés qui lui ont été occasionnés par le litige. Il se justifie en l'espèce d'allouer des dépens à la partie recourante, laquelle a mandaté un représentant pour la défense de ses intérêts. En l'absence d'un décompte de prestations de la part du mandataire, le tribunal fixe l'indemnité sur la base du dossier (art. 14 FITAF). Ainsi, il convient d'allouer à la partie recourante, à la charge de l'autorité inférieure, une indemnité de dépens de Fr. 2'800.-.

Par ces motifs, le Tribunal administratif fédéral prononce :

1.

Le recours est admis et la décision de l'autorité inférieure du 15 février 2019 est réformée en ce sens que le recourant a droit à une rente entière d'invalidité, sans interruption, à compter du 1^{er} octobre 2016.

2.

Le dossier est retourné à l'autorité inférieure afin qu'elle rende une nouvelle décision sur le montant de la rente AI au sens du chiffre 1 ci-dessus, sous suite d'intérêts moratoires.

3.

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

4.

Il est alloué au recourant une indemnité de dépens de Fr. 2'800.- à charge de l'autorité inférieure.

5.

Le présent arrêt est adressé au recourant, à l'autorité inférieure et à l'Office fédéral des assurances sociales.

L'indication des voies de droit se trouve à la page suivante.

La présidente du collège :

Le greffier :

Caroline Bissegger

Mattia Bernardoni

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 :