



Arrêt du 2 juin 2025

Composition

Caroline Gehring (présidente du collège),
Philipp Egli, Caroline Bissegger, juges,
Coralie Tavel, greffière.

Parties

A. _____, (France),
représenté par Maître Stephan Erbe,
recourant,

contre

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

Objet

Assurance-invalidité, droit à la rente
(décision du 23 juin 2021)

Faits :**A.**

A. _____ (ressortissant français né le (...) 1967 [ci-après : l'assuré, le patient, l'intéressé ou le recourant]) est domicilié à (...), en France voisine (dossier AI pces 1 p. 1, 11 p. 3). Marié, il est père d'une fille née en 1995 (AI pièces 1 p. 3, 20 p. 4). Il a effectué un apprentissage de pâtissier entre 1981 et 1982 et ne dispose pas de diplômes professionnels (AI pce 1 p. 5). Il a travaillé en Suisse, comme travailleur frontalier, dès l'année 1985, auprès de différents employeurs et a cotisé à l'assurance-vieillesse, survivants et invalidité suisse de juin 1985 jusqu'à décembre 2018 (AI pces 1 p. 1, 12 p. 2-4). En dernier lieu, il a été employé à plein temps par l'entreprise B. _____ AG dès le 1^{er} octobre 2013, en qualité de monteur (travaux de révision de boilers, travaux de montage), pour un revenu annuel de CHF 59'400.- respectivement mensuel de CHF 4'950.- (AI pces 14 p. 2 et p. 3, 15, 20 p. 4, 21). Dès le 19 novembre 2018, il a présenté une incapacité totale de travail (AI pces 1 p. 4, 17 p. 1, 20 p. 3) respectivement perçu des indemnités journalières « perte de gain » servies par l'assurance C. _____ AG – laquelle a demandé la compensation de celles-ci avec d'éventuels paiements rétroactifs de rentes AI (cf. demande du 8 mai 2019 [AI pce 2]) versées dès le 19 novembre 2018 jusqu'au 17 novembre 2020 (AI pces 2, 53 p. 149). Son dernier employeur a résilié leurs rapports de travail au 31 octobre 2019 (AI pces 20 p. 4, 53 p. 102).

B.

B.a Le 14 avril 2019, l'assuré a déposé une demande de prestations d'invalidité auprès de l'Office de l'assurance-invalidité du canton D. _____ (ci-après : l'OAI-D. _____), qui l'a reçue le 18 avril suivant (AI pce 1). Il y a indiqué souffrir d'une « tendinopathie micro calcifiante supra épineuse sans signe de rupture ce jour » et d'une « ténosynovite du long biceps d'allure non récente » (AI pce 1 p. 6).

B.b L'OAI-D. _____ a instruit la demande en recueillant les renseignements médicaux et économiques utiles auprès des médecins traitants (Dr E. _____ [médecin généraliste], Dr F. _____ [chirurgien orthopédiste]) et de l'employeur de l'assuré (cf. questionnaire de l'employeur daté du 28 mai 2019 [AI pce 14]).

B.b.a L'instruction médicale a établi que l'assuré souffrait depuis novembre 2018 de douleurs scapulaires résultant d'une tendinopathie micro calcifiante supra épineuse, alors sans signe de rupture, et d'une ténosynovite du long biceps d'allure non récente (cf. rapport d'échographie

et de radiographie de l'épaule gauche du 3 décembre 2018 établi par le Dr G._____, à la spécialité non mentionnée [AI pce 10 p. 2]) suivie d'une rupture transfixiante supra épineuse distale et d'une dégénérescence graisseuse des coiffes de rotateur de grade II de l'épaule gauche (cf. rapport d'arthroscanner de l'épaule gauche du 22 février 2019 du Dr G._____[AI pce 17 p. 8]) opérée le 8 avril 2019 sur l'indication d'une rupture de la coiffe du rotateur de l'épaule gauche douloureuse et résistant à un traitement médical et physio-thérapeutique bien conduit depuis plusieurs mois (réinsertion trans-osseuse d'un tendon de la coiffe du rotateur par arthroscopie de l'épaule, ténodèse et/ou résection de la portion intra-articulaire du muscle long biceps brachial par arthroscopie (cf. compte rendu opératoire du 8 avril 2019 et courrier du 9 avril 2019 du Dr F._____, chirurgien orthopédiste [AI pce 17 p. 5-7]) entraînant une incapacité totale de travail à compter du 8 avril 2019 au 30 juin 2019, ainsi qu'un certain nombre de limitations fonctionnelles (diminution des mouvements au-dessus de l'épaule, diminution des mouvements répétitifs, diminution du port de charges lourdes (cf. rapport du 24 mai 2019 du Dr F._____, chirurgien orthopédiste [AI pce 18 p. 1-3]). Le 25 octobre 2019, le Dr F._____ a indiqué, à distance d'une rupture de la coiffe du rotateur de l'épaule gauche opérée en avril 2019, que l'assuré signalait des douleurs persistantes, était sous traitement par antalgiques, qu'il était en voie de guérison, que le pronostic était bon, que l'arrêt de travail s'étendait en moyenne à 6 mois post-opératoires, seule une activité lucrative ne sollicitant pas l'épaule étant exigible (cf. rapport du 25 octobre 2019 [AI pce 53 p. 127]).

B.b.b Outre les atteintes à l'épaule gauche, l'assuré souffrait d'une cervicarthrose avec hernie discale C4-C5 et C5-C6, les deux diagnostics entraînant une incapacité totale de travail du 2 au 9 novembre 2018, puis d'une durée indéterminée à partir du 19 novembre 2018 (cf. rapport du 22 mai 2019 du Dr E._____, médecin généraliste traitant [AI pce 17 p. 1]), documentée par :

- un examen radiologique du rachis cervico-dorsal effectué le 13 novembre 2018 par le Dr H._____, à la spécialité non mentionnée, sur l'indication d'une cervico-dorsalgie, révélant une unco-cervico-discarthrose en C5-C6 avec réduction du calibre des trous de conjugaison correspondants ainsi qu'une discrète cunéisation de deux vertèbres de la région dorsale moyenne (AI pce 17 p. 11),
- une imagerie par résonance magnétique (IRM) du rachis cervical effectuée le 3 décembre 2018 par le Dr G._____, à la spécialité non

mentionnée, révélant une hernie disco ostéophytique postéro médiane et foraminale à gauche avec modic de type 2 en C5-C6 et une hernie disco ostéophytique postéro médiane en C4-C5 (AI pce 17 p. 12),

- un rapport de consultation établi le 27 février 2019 sur l'indication de douleurs à l'épaule gauche et de rachialgies cervicales par le Dr I. _____, neurochirurgien, selon lequel le tableau clinique actuel oriente plutôt vers une souffrance au niveau de l'épaule, sans argument clinique en faveur d'une souffrance radiculaire au niveau cervical, l'IRM du rachis cervical ayant révélé une discopathie C4-C5, C5-C6 sans conflit disco-radiculaire ou rétrécissement canalaire majeur, aucune indication neurochirurgicale au niveau cervical n'étant retenue (AI pce 17 p. 10).

B.c Evaluant la possibilité d'une réinsertion professionnelle de l'assuré, l'OAI-D. _____ a conduit un entretien personnel avec lui le 17 septembre 2019 (AI pce 20), suivi l'évolution de son état de santé et finalement retenu, par communication du 11 décembre 2019, qu'aucune mesure de réinsertion professionnelle n'était envisageable pour des raisons médicales, de sorte que le droit à une rente allait être examiné (AI pces 25-31). L'OAI-D. _____ a alors recueilli la documentation médicale suivante :

- Un rapport du 25 avril 2019 du Dr F. _____ qui a indiqué que le patient avait présenté des scapulalgies sur une rupture de la coiffe du rotateur de l'épaule gauche opérée le 8 avril 2019 et qu'il se trouvait sous traitement antalgique, anti-inflammatoire et kinésithérapeutique. Les délais pour une coiffe étaient de trois à douze mois en moyenne (AI pce 53 p. 64-65). Le 12 juillet 2019, le Dr F. _____ a ajouté avoir revu le patient dans le cadre du suivi de sa rupture de la coiffe du rotateur de l'épaule gauche. Il a constaté que les mobilités étaient complètes, mais qu'il persistait des douleurs résiduelles associées à une névralgie cervico-brachiale avec des hernies discales C4-C5. La reprise du travail n'était pas possible à ce stade, l'arrêt de travail habituel pour l'exercice d'un travail physique important étant de 6 mois (AI pce 53 p. 93).
- Un rapport du 18 décembre 2019 du Dr E. _____ (AI pce 40 p. 1-2), médecin généraliste traitant, qui a posé les diagnostics ayant des répercussions sur la capacité de travail suivants : douleur résiduelle à l'épaule gauche suite à l'intervention pour une rupture de la coiffe du rotateur et cervicarthrose avec hernie disco-ostéophytique entraînant

une incapacité totale de travail du patient dans sa profession du 2 au 9 novembre 2018 et depuis le 19 novembre 2018. Rapportant l'anamnèse de l'assuré, il a évoqué des douleurs cervicales et scapulaires gauches évoluant depuis novembre 2018 avec irradiation dans les membres supérieurs. Il a constaté une récupération de la mobilité de l'épaule gauche, une persistance des douleurs au niveau de l'épaule et une limitation de l'amplitude articulaire du rachis cervical. L'assuré suivait une kinésithérapie. Le Dr E. _____ a renvoyé à un précédent rapport de consultation établi le 20 novembre 2019 dans le cadre du suivi de l'épaule gauche par le Dr F. _____, chirurgien orthopédiste, qui a constaté que l'évolution allait dans le bon sens, que la mobilité était récupérée mais que des douleurs résiduelles, qui devaient s'estomper d'ici quelques mois, persistaient, que la récupération de la force nécessiterait encore quelques mois et que les séances de kinésithérapie étaient prolongées. Le Dr F. _____ a également observé qu'il existait une névralgie cervico-brachiale sur une hernie discale cervicale et un problème d'anévrisme aortique en cours de bilan, avant de prolonger l'arrêt de travail (AI pce 40 p. 3). Le 18 février 2020, le Dr E. _____ a retenu les diagnostics avec incidences sur la capacité de travail de douleur résiduelle à l'épaule gauche suite à l'intervention pour une rupture de la coiffe du rotateur, une limitation de la rotation interne et de l'abduction, une cervicarthrose avec hernie disco-ostéophytique, un anévrisme de l'aorte sinusale. Il a constaté une cervicalgie et scapulalgie gauche avec irradiation dans les membres supérieurs, une récupération de la mobilité de l'épaule gauche avec limitation de la rotation interne et de l'abduction, une limitation de l'amplitude articulaire du rachis cervical. Il a ajouté qu'il n'y avait pas d'indication opératoire pour la hernie cervicale et que la kinésithérapie avait cessé, avant de prolonger l'incapacité totale de travail (AI pce 46).

- Un rapport du 21 janvier 2020 de la Dre J. _____, spécialiste en cardiologie et maladies vasculaires, qui a retenu, d'une part, une maladie coronarienne, une angioplastie avec stent actif de la 1^{ère} marginale depuis le 3 juin 2010, et un anévrisme de l'aorte ascendante depuis le 7 octobre 2019, au chapitre des diagnostics ayant des répercussions sur la capacité de travail, d'autre part, une hypertension artérielle et une hypercholestérolémie au titre de diagnostics sans répercussions sur la capacité de travail. Elle a précisé que l'état de santé était stationnaire et que des mesures professionnelles étaient indiquées et à même d'améliorer la capacité de travail. La Dre J. _____ s'est en outre référée à son compte rendu – également

établi le 21 janvier 2020 – de sa consultation du 7 octobre 2019 avec l'assuré dans lequel elle a rappelé des antécédents de suivi cardiologique effectué auparavant par le Dr K._____, une épreuve d'effort positive sur coronaropathie monotronculaire avec sténose subocclusive de la 1^{ère} marginale traitée par angioplastie avec stent actif le 3 juin 2010, un asthme, une hernie discale cervicale, une chirurgie des deux épaules et une hyperferritinémie. Elle a identifié les facteurs de risque de tabagisme actif à 1 paquet/jour avec passage à la cigarette électronique depuis 2 semaines, une hypertension artérielle, une hypercholestérolémie, un surpoids et une hérédité (triple pontage coronarien chez le père à l'âge de 42 ans, décédé à 68 ans). A l'examen, elle a retenu une stabilité de l'état de santé clinique sur des antécédents de coronaropathie monotronculaire traitée par angioplastie et pose d'un stent actif de la 1^{ère} marginale le 3 juin 2010, une conservation de la fonction systolique du ventricule gauche, un anévrisme de l'aorte sinusale à 52 mm, une aorte ascendante tubulaire à 44 mm, sans bicuspidie ni valvulopathie aortique, ainsi qu'une hypertension artérielle équilibrée et a préconisé le maintien du traitement médicamenteux (Twynsta 40/5 mg, Resitune 75 mg, Atorvastatine 40 mg et Foradil). Enfin, elle a recommandé un sevrage tabagique indispensable, un objectif de lipoprotéines de basse densité (inférieur à 0.7 g/l), une surveillance annuelle de l'anévrisme aortique et une contre-indication aux efforts isométriques (AI pce 43).

- Un rapport du 11 juin 2020 du Dr L._____, pneumologue consulté par l'assuré pour une réévaluation d'un asthme évoluant depuis une vingtaine d'années, qui retient que l'assuré – aux antécédents de tabagisme, d'hernie discale cervicale, d'acouphènes, d'anévrisme aortique – signale une certaine dyspnée d'effort notamment à la montée d'escaliers, présente une prise de poids d'une dizaine de kilos au cours des deux dernières années du fait de l'inactivité et est parvenu au sevrage tabagique en fin d'année 2019. A l'aune des symptômes observés (petite toux productive matinale avec expectorations de muqueuses, dyspnée d'effort de grade 1/5), le Dr L._____ retient le diagnostic d'asthme persistant avec trouble obstructif modéré. Il qualifie de bon, le pronostic pour la pathologie respiratoire et préconise une perte de poids et la reprise d'une activité physique régulière (AI pce 50).

B.d Saisi par l'OAI-D._____, le Service médical régional ([...], ci-après : SMR), par l'intermédiaire de la Dre M._____, spécialiste en médecine du travail, a déclaré le 18 août 2020 qu'il n'était pas possible à cette date

de se prononcer de façon définitive sur le dossier médical de l'assuré. La situation était, en effet, encore instable du fait de l'existence d'un anévrisme de l'aorte devant potentiellement être opéré. Une telle situation pouvait entraîner une incapacité de travail de longue durée. Le SMR a prié l'OAI-D. _____ de s'assurer que le rendez-vous de contrôle cardiologique, prévu en avril 2020, avait bien eu lieu, et, dans l'affirmative, de demander un rapport médical à cet égard. En outre, la description de douleurs résiduelles persistantes au niveau de l'épaule gauche opérée et du rachis cervical, alors que l'imagerie ne montrait aucune compression de racine, nécessitait de demander un rapport médical au médecin de famille (AI pce 54).

B.e Le 27 août 2020, l'assuré a indiqué qu'il n'avait pas encore subi d'intervention chirurgicale sur le plan cardiologique et que le prochain contrôle était prévu le 21 septembre 2020 (AI pce 60 p. 1). En outre, les rapports médicaux suivants ont été portés au dossier :

- Un rapport de la consultation du 17 juillet 2020 établi le 20 juillet 2020 par le Dr N. _____, cardiologue, qui a constaté la stabilité clinique de l'état de santé de l'assuré sur des antécédents de coronaropathie monotronculaire traitée par angioplastie et stent actif de la 1^{ère} marginale le 3 juin 2010, la conservation de la fonction systolique du ventricule gauche, un anévrisme de l'aorte sinusale à 52 mm, une aorte ascendante tubulaire à 44 mm, sans bicuspidie ni valvulopathie aortique. L'échocardiographie révélait une fraction d'éjection normale à 70% et une hypertension artérielle équilibrée. Précisant n'avoir connaissance d'aucun bilan pulmonaire (asthme ou bronchopneumopathie chronique obstructive [BPCO] post tabagique), le cardiologue a ajouté qu'en prévention du risque de rupture ou de dissection de l'aorte pathologique, les efforts isométriques comme les efforts de soulèvements intenses ou répétés étaient contre-indiqués (AI pce 61 p. 9-10).
- Un rapport du 26 août 2020 du Dr E. _____, médecin traitant, qui a posé les diagnostics d'anévrisme de l'aorte sinusale, de rupture de la coiffe du rotateur de l'épaule gauche et de névralgie cervico-brachiale entraînant une incapacité totale de travail de l'assuré dans sa profession de monteur depuis le 19 novembre 2018. Au chapitre des diagnostics sans incidences sur la capacité de travail, il indiquait une insuffisance coronarienne stentée et une insuffisance ventilatoire obstructive (asthme). A l'anamnèse, il a évoqué 1) une cervicalgie avec irradiation dans les membres supérieurs prédominante à droite, une

douleur à l'épaule gauche avec limitation en abduction et rotation de l'épaule depuis novembre 2018, une réparation de la coiffe du rotateur de l'épaule gauche en avril 2019 par le Dr F. _____, une reprise de la douleur à l'épaule gauche avec limitation des amplitudes articulaires depuis quelques semaines et une dysesthésie des doigts et des pieds ; 2) une cervicalgie droite itérative, une douleur à l'épaule gauche accentuée depuis quelques semaines suite à un faux mouvement et une dyspnée d'effort ; 3) une limitation d'amplitude articulaire de l'épaule gauche (90° en abduction et antéflexion, rotation interne haut fesse) avec douleurs et une contraction des muscles cervicaux-scapulaires droits. Ces troubles contre-indiquaient les efforts isométriques, les ports de charges lourdes et les travaux en hauteur. L'assuré suivait une kinésithérapie pour les épaules et son anévrisme de l'aorte sinusale était sous surveillance. Le traitement médicamenteux se composait d'Acide acétylsalicylique 75mg, d'Atorvastatine 40mg, de Telmisartan 40mg, d'Amlodipine 5mg, de Fluticasone furoate 184µg et de Vilanterol 22µg (AI pce 61 p. 1-2).

- Un rapport d'épreuve d'effort du 12 octobre 2020 établi par la Dre J. _____, spécialiste en cardiologie, qui a conclu à une épreuve d'effort significative (86% de fréquence maximale théorique, 180 W, 7 METS), négative (AI pce 65 p. 3).

B.f Saisi par l'OAI-D. _____, le SMR, par l'intermédiaire de la Dre M. _____ (spécialiste en médecine du travail), a pris position sur le dossier médical de l'assuré le 24 novembre 2020 et a retenu les diagnostics *sans* répercussions sur la capacité de travail d'asthme bronchique et cervicobrachialgie sur discopathie C4-C6 sans compression radiculaire ni sténose du canal rachidien (février 2019) et *avec* répercussions sur la capacité de travail d'anévrisme de l'aorte ascendante et rupture de la coiffe du rotateur de l'épaule gauche – sur acromioplastie sans prothèse et réinsertion transosseuse d'un tendon de la coiffe du rotateur par arthroscopie pratiquée en avril 2019 – entraînant une incapacité totale de travail dans l'activité lucrative habituelle de monteur depuis le 19 novembre 2018 et dans une activité lucrative adaptée à l'état de santé depuis le 9 avril 2019 jusqu'au 11 juillet 2019. Depuis le 12 juillet 2019, l'assuré avait recouvré une capacité totale de travail dans une activité lucrative physique légère, favorisant l'alternance des positions, sans tâches au-dessus de la tête, sans efforts de soulèvements intenses ou répétés, ni port de charges lourdes et moyennement lourdes. A l'appui de ces considérations, il a exposé que l'incapacité de travail initiale résultait d'une cervicobrachialgie gauche avec irradiation dans le bras. L'abduction

et l'antéversion de l'épaule gauche étaient limitées par la douleur. Il existait en outre un syndrome sous-acromial et une mobilité réduite du rachis cervical. Une IRM du rachis cervical avait été réalisée avec une évaluation neurochirurgicale. Le 27 février 2019, le Dr I._____, neurochirurgien, avait indiqué qu'il n'y avait aucun signe clinique de symptomatologie radiculaire dans la région cervicale. Il existait en revanche une discopathie C4-C5 et C5-C6, selon l'IRM du 3 décembre 2018, sans compression radiculaire ni rétrécissement du canal rachidien. Il n'y avait donc pas d'indication opératoire. Le 22 février 2019, le scanner avait permis d'observer une lésion de la coiffe du rotateur à gauche, qui avait été opérée par arthroscopie le 9 avril 2019. En raison de tensions musculaires dans l'épaule et dans la nuque, des séances de physiothérapie avaient été mises en place. Dans le cadre de ce suivi, un examen cardiologique avait été entrepris en raison d'une dyspnée d'effort, lequel avait permis de dépister un anévrisme de l'aorte ascendante. Le dernier contrôle cardiologique du 17 juillet 2020 avait révélé une fraction d'éjection ventriculaire gauche normale de 70%. L'anévrisme aortique présentait un diamètre de 52 mm et était traité par antihypertenseur étendu. En raison de l'anévrisme aortique, les efforts isométriques tels que les efforts de soulèvements intensifs ou répétés étaient contre-indiqués selon les cardiologues, car ils pouvaient entraîner une augmentation incontrôlée de la pression artérielle laquelle pouvait conduire à une rupture ou une dissection de l'anévrisme. L'épreuve d'effort était normale. L'anévrisme faisait l'objet d'un contrôle cardiologique régulier. Sur le plan pulmonaire, il avait été diagnostiqué une obstruction modérée dans le cadre d'un asthme bronchique, en cours de traitement. L'activité de monteur avec port répétitif de poids moyens avait été initialement rendue impossible en raison de la lésion de la coiffe du rotateur. Désormais, elle était contre-indiquée en raison principalement de l'anévrisme de l'aorte. Dans une activité adaptée à l'état de santé, l'incapacité de travail avait été totale depuis l'opération de la coiffe du rotateur de l'épaule gauche en avril 2018 jusqu'au 11 juillet 2019. En effet, le Dr F._____ avait constaté le 12 juillet 2019 que la mobilité complète de l'épaule gauche avait été récupérée, de sorte que l'on pouvait supposer que dans une activité lucrative légère, l'assuré disposait à nouveau, depuis cette date, d'une capacité complète de travail (AI pce 68).

B.g Par préavis du 1^{er} décembre 2020, l'OAI-D._____ a fait part à l'assuré de son intention de rejeter sa demande de prestations d'invalidité à l'aune d'un taux d'invalidité de 8% correspondant à une perte de gain de CHF 4'826.- issue d'une comparaison des gains avec et sans atteinte à la santé de CHF 64'350.- respectivement CHF 59'524.-. S'appuyant sur le rapport du SMR du 24 novembre 2020, l'OAI-D._____ a retenu que

depuis le 18 novembre 2019 (recte : 19 novembre 2019), l'assuré était fortement limité dans l'exercice de son activité lucrative habituelle de monteur. Toutefois, une activité lucrative adaptée à son état de santé – à savoir une activité lucrative physiquement légère, favorisant l'alternance des positions, sans tâches au-dessus de la tête, sans ports de charges moyennes ni lourdes, sans efforts de soulèvements intensifs ou répétés – était exigible à plein temps dès le 12 juillet 2019 (AI pce 69).

B.h Sous pli posté le 18 décembre 2020, l'assuré, par l'entremise de son mandataire, a contesté le projet de décision susmentionné, en avançant que son état de santé s'était dégradé (AI pce 71). Il a ensuite produit, en date des 11 février et 4 mars 2021, les documents médicaux suivants :

- Un certificat du 15 décembre 2020 établi par le Dr E. _____, médecin généraliste traitant, faisant état d'une consultation de l'assuré pour une recrudescence des douleurs cervicales et dans les membres supérieurs prédominant à gauche avec limitation des amplitudes cervicales. L'assuré se plaignait également depuis novembre 2020 de lombalgies avec irradiation à la fesse et à la cuisse droite, ainsi que de douleurs du genou droit, et d'acouphènes qui le gênaient considérablement. Une IRM cervicale ainsi qu'une radiographie lombaire et un avis oto-rhino-laryngologique (ORL) avaient été demandés (AI pce 75 p. 7).
- Un rapport de radiographie du rachis cervical, des orbites et du rachis lombaire du 4 janvier 2021 dans lequel le Dr G. _____, à la spécialisation non mentionnée, a constaté quant au rachis cervical une perte complète de la lordose cervicale physiologique, un rétrécissement des trous de conjugaison par uncarthrose surtout au niveau C5-C6 à droite et à gauche (avec l'indication d'un scanner et d'une IRM), la hauteur vertébrale, le mur postérieur et la ligne spino lamaire étant respectés. S'agissant des orbites, aucune image de tonalité métallique n'avait été identifiée, tandis qu'au niveau du rachis lombaire, la hauteur vertébrale était respectée, seul un petit bec ostéophytique vertébral lombaire étagé d'origine arthrosique étant observé (AI pce 75 p. 6).
- Un rapport d'IRM cervicale du 14 janvier 2021 dans lequel le Dr O. _____, à la spécialisation non mentionnée, a diagnostiqué une hernie discale C4-C5 médiane et C5-C6 postéro médiane gauche sur canal lombaire étroit constitutionnel. En particulier, il a observé un canal cervical constitutionnellement étroit et rétréci au niveau de l'espace C3-

C4 par une minime protrusion discale sans caractère compressif, au niveau de l'étage C4-C5 par une petite hernie discale médiane, puis au niveau C5-C6 par une petite hernie discale postéro médiane gauche, sans anomalie du signal de la moelle (AI pce 75 p. 8).

- Un rapport d'examen établi le 22 février 2021 par le Dr P. _____ – spécialiste en oto-rhino-laryngologie consulté sur l'indication d'une hypoacousie progressive depuis plusieurs années, d'acouphènes non latéralisés depuis 20 ans avec accentuation depuis deux ans affectant le sommeil dans un contexte d'exposition chronique aux bruits – qui a relevé que l'otoscopie n'avait donné aucun résultat, que l'audiogramme tonal faisait apparaître une hypoacousie mixte de grade léger avec perte moyenne de 33 dB à droite et 39 dB à gauche, que le tympanogramme était normal et qu'un seuil d'intelligibilité de 25dB pour les oreilles droite et gauche ressortait de l'audiogramme vocal. Un traitement sonore pour l'acouphène et des intégrateurs pour soutenir l'oreille interne avaient été proposés mais l'assuré avait souhaité encore patienter avant d'être appareillé (AI pce 76 p. 3).

B.i Par prise de position du 18 mai 2021 de la Dre M. _____ (spécialiste en médecine du travail), le SMR a indiqué que les documents médicaux fournis par l'assuré les 11 février 2021 et 4 mars 2021 ne révélaient aucune détérioration de son état de santé depuis le 1^{er} décembre 2020, date du prononcé du préavis de l'OAI-D. _____. Une perte auditive légère due au bruit et des acouphènes pouvaient être traités et n'avaient aucune influence sur la capacité de travail. Les protrusions discales dans la région des vertèbres cervicales ne s'étaient pas modifiées et avaient été prises en compte dans l'avis du SMR du 24 novembre 2020, qui était maintenu. Le SMR a en particulier relevé que le résultat de l'IRM du rachis cervical du 3 décembre 2018 décrivait déjà une protrusion discale C4-C5, C5-C6. Le bilan neurochirurgical réalisé par le Dr I. _____, le 27 février 2019, n'avait pas révélé d'indication opératoire. Le résultat de l'IRM du 14 janvier 2021 correspondait au résultat antérieur du 3 décembre 2018, toujours sans neuro compression. L'examen oto-rhino-laryngologique du Dr P. _____ avait révélé une légère surdité mixte due au bruit. Il était prévu d'équiper l'assuré d'un appareil auditif et de le soumettre à une thérapie sonore pour les acouphènes. L'assuré souhaitait attendre pour l'adaptation de l'appareil auditif. Selon son médecin de famille, l'assuré se plaignait depuis novembre 2020 d'une lombalgie irradiant dans la fesse et la cuisse droites, ainsi que de douleurs au genou droit. Selon le SMR, il ne s'agissait ici que d'indications subjectives, sans résultats d'examens objectifs, à l'exception d'une radiographie de la colonne lombaire qui ne

révélaient qu'une discrète modification dégénérative (petit ostéophyte) (Al pce 80).

B.j Par décision du 23 juin 2021, notifiée à Q. _____ mandaté par l'assuré, l'Office de l'assurance-invalidité pour les assurés résidant à l'étranger (ci-après : l'OAIE) a confirmé le projet de décision de l'OAI-D. _____ fondé sur les appréciations du SMR des 24 novembre 2020 et 18 mai 2021 et ainsi formellement rejeté la demande de prestations d'invalidité de l'assuré compte tenu d'un degré d'invalidité correspondant à une capacité de travail fortement limitée dans l'exercice de l'activité lucrative habituelle de monteur depuis le 18 novembre 2019, ainsi qu'à une capacité totale de travail retrouvée dès le 12 juillet 2019 dans une activité lucrative adaptée à l'état de santé de l'assuré, à savoir dans une activité lucrative favorisant l'alternance des positions, physiquement légère, sans mouvements au-dessus de la tête, sans efforts de ports intensifs ou répétés et sans ports de charges moyennes à lourdes. Se fondant sur l'avis du SMR, il a considéré que la documentation médicale produite en procédure d'audition n'établissait pas d'aggravation de l'état de santé de l'assuré (TAF pce 1 annexe).

C.

C.a Le 9 juillet 2021 (date du timbre postal), le recourant, représenté par Q. _____, a interjeté recours contre la décision précitée par-devant le Tribunal administratif fédéral (ci-après : le TAF ou le Tribunal), arguant en substance d'une aggravation de son état de santé. En outre, il a annoncé la production prochaine de documents médicaux pertinents, une fois ceux-ci en sa possession (TAF pce 1).

C.a.a Par courrier du 28 septembre 2021 (date du timbre postal), il a ainsi porté à la procédure un certificat médical daté du 10 septembre 2021 du Dr E. _____, médecin généraliste traitant, affirmant que le patient présentait un syndrome polyalgique et des signes anxio-dépressifs évoluant depuis plusieurs mois. Des consultations spécialisées étaient prévues, notamment dans les disciplines de la psychiatrie (16 septembre 2021), de la rhumatologie (fin octobre 2021) et de la neurologie (en novembre 2021) (TAF pce 6).

C.a.b Par courrier du 29 septembre 2021 (date du timbre postal), il a produit le rapport d'une consultation du 16 septembre 2021 établi le 17 septembre 2021 par le Dr R. _____, psychiatre, indiquant que le recourant avait développé une pathologie anxio-dépressive avec impulsions suicidaires et tendance aux abus alcooliques en présence de conflit. Le Dr

R._____ a posé le diagnostic CIM-10 de « Trouble anxieux et dépressif mixte (F41.2) » et a prescrit un antidépresseur (Fluoxétine [chlorhydrate] 20 mg cp dispers) avec couverture anxiolytique pour les premières semaines (Alprazolam 0,5 mg cp et Doxylamine succinate 15 mg cp) en raison de l'anxiété forte et de l'impulsivité suicidaire. Des entretiens psychothérapeutiques étaient prévus (TAF pce 7).

C.b Par réponse du 26 octobre 2021, l'OAIE a conclu au rejet du recours et à la confirmation de la décision attaquée. Il s'est référé à la détermination de l'OAI-D._____ du 21 octobre 2021 qu'il a jointe à sa réponse. Dans celle-ci, l'OAI-D._____ a requis le rejet du recours, en se fondant notamment sur l'avis SMR du 19 octobre 2021. Dans ce dernier avis, la Dre M._____ a estimé que la décision du 4 juin 2021 (recte : 23 juin 2021) devait être maintenue sur le vu du certificat médical daté du 27 septembre 2021 du Dr E._____ et du rapport de consultation daté du 17 septembre 2021 du Dr R._____. Selon elle, des troubles ou des diagnostics psychiatriques n'avaient jamais été mentionnés avant l'adoption de la décision du 23 juin 2021. L'anxiété et la dépression avaient été évoquées le 10 septembre 2021 par le médecin de famille E._____, dont la psychiatrie n'était pas la spécialité, et diagnostiquées pour la première fois par le Dr R._____, psychiatre, lors de la première consultation du recourant le 16 septembre 2021. Il n'y avait pas de résultat psychopathologique. La problématique psychiatrique avait été évoquée pour la première fois après la décision attaquée et ne pouvait être prise en compte dans la procédure actuelle. Quant aux examens prévus en neurologie et en rhumatologie en octobre et novembre 2021, ils ne pouvaient justifier une aggravation somatique antérieure à la décision du 23 juin 2021 et ne devaient donc pas être pris en compte (TAF pce 9).

C.c Dans le cadre de son droit de réplique, l'assuré a produit :

- Le rapport de la consultation du 19 octobre 2021 établi le 25 octobre 2021 par la Dre S._____, neurologue, déclarant que le recourant se plaignait de douleurs cervicales et scapulaires relativement intenses et plutôt latéralisées à droite. L'IRM cervicale du 14 janvier 2021, produite par le recourant, objectivait de façon nette un canal cervical étroit à l'étroitesse aggravée par une protrusion disco-ostéophytique en C5-C6 surtout et un peu moins en C4-C5. Cette protrusion discale était latéralisée à gauche alors que le patient se plaignait de douleurs essentiellement à droite. Cependant, à gauche il se plaignait d'une hypoesthésie algique au niveau du pouce et de l'index et du bord radial de l'avant-bras, correspondant au territoire C6. Partant, la hernie discale C5-C6

était pathogène. A l'examen clinique, la Dre S. _____ a constaté de façon tout à fait nette une ténomyalgie des trapèzes qui était bilatérale, plus marquée à droite qu'à gauche, et qui était responsable du tableau douloureux cervical et scapulaire droit. A priori l'atteinte radiculaire à gauche n'était pas douloureuse. L'examen clinique avait été laborieux car le recourant était crispé. Aucun réflexe ostéotendineux n'avait pu être mis en évidence mais il s'agissait d'une hypertonie oppositionniste. Bien que l'exploration électromyographique ait été impossible en raison de l'intolérance dès les premières stimulations, la Dre S. _____ a affirmé que l'assuré n'était pas porteur d'un syndrome du canal carpien et que l'enregistrement du territoire sensitif à gauche éliminait une atteinte au niveau du rameau sensitif du nerf radial. Selon elle, il s'agissait donc bien d'une hypoesthésie C6. Elle n'avait pas pu pousser l'exploration électromyographique plus avant, notamment l'exploration radiculaire. Il semblait nécessaire à la Dre S. _____ de reposer la question au neurochirurgien, dans la mesure où le recourant lui avait dit l'avoir consulté il y avait trois ans et que les choses avaient évolué depuis. Le problème chirurgical au niveau cervical devait être revu compte tenu de cette étroitesse canalaire assez importante et de la protrusion discale à gauche avec une atteinte sensitive C6. Il était important également que le recourant pût bénéficier d'une prise en charge rééducative efficace afin de lutter contre cette importante ténomyalgie des muscles trapèzes qui était responsable du tableau douloureux. Si un kinésithérapeute n'arrivait pas à venir à bout de cette importante ténomyalgie, peut-être que la Dre T. _____ pourrait indiquer un traitement par mésothérapie, sinon le recourant devrait être orienté vers un médecin de médecine physique et rééducation, étant précisé que les séances d'ostéopathie étaient contre-indiquées compte tenu des étroitesse canalaire (TAF pce 10).

- Le rapport de la consultation du 25 novembre 2021 établi le 30 novembre 2021 par la Dre T. _____, rhumatologue, selon laquelle l'assuré connaissait depuis environ trois ans des poly arthromyalgies, entraînant des réveils nocturnes. Les douleurs concernaient le rachis avec notamment des lombo-fessalgies fréquentes. Il présentait également des douleurs et des gonflements au niveau des mains, une raideur matinale d'environ trente minutes avec les derniers temps, des céphalées ainsi qu'une polyurie. La Dr T. _____ a souligné qu'une spondylarthrose n'était pas formellement éliminée et devait faire l'objet d'examen complémentaires (TAF pce 14).

C.d Par duplique du 28 janvier 2022, l'OAIE a conclu au rejet du recours et à la confirmation de la décision attaquée. Il s'est référé à la détermination de l'OAI-D. _____ du 25 janvier 2021 qu'il a jointe à sa duplique. Dans celle-ci, l'OAI-D. _____ a maintenu son chef de conclusions tendant au rejet du recours, en se fondant sur sa détermination précédente du 21 octobre 2021 et sur l'avis SMR du 17 janvier 2022. Dans ce dernier avis, la Dre M. _____ a estimé que, d'un point de vue médical, la décision du 28 juin 2021 (recte : 23 juin 2021) devait être maintenue sur le vu des rapports médicaux des Dres S. _____, neurologue, du 25 octobre 2021 et T. _____, rhumatologue, du 30 novembre 2021. L'ensemble des atteintes à la santé, qui existaient au 23 juin 2021, avait été pris en compte dans la décision litigieuse. Le premier examen rhumatologique n'était intervenu que le 30 novembre 2021 et ne pouvait donc pas être retenu. La protrusion discale C5/C6 était connue avant la décision du 23 juin 2021 et il en avait été tenu compte. L'examen neurologique du 25 octobre 2021 avait toutefois révélé que la douleur de la nuque et de l'épaule à droite ne pouvait pas être mise en relation avec la protrusion discale du côté gauche et qu'il s'agissait plutôt d'une ténomyalgie. Une hypoesthésie dans le dermatome C6 était documentée pour la première fois. Même si la consultation neuro-chirurgicale prévue devait révéler une nouvelle atteinte à la santé ou une augmentation de la protrusion discale, cette aggravation serait postérieure à la décision litigieuse (TAF pce 16).

C.e Par courrier du 23 janvier 2023, le recourant a produit une copie de la décision de la Commission des droits et de l'autonomie des personnes handicapées (CDAPH) datée du 13 décembre 2022 lui reconnaissant la qualité de travailleur handicapé à partir de cette date et sans limitation de durée (TAF pce 20).

C.f Par envoi du 27 mars 2023, le mandataire du recourant a informé le Tribunal de la fermeture définitive de son bureau, respectivement de la résiliation du mandat de représentation dès le 14 mars 2013 (recte : 2023 [TAF pce 22]).

C.g Par courrier du 9 octobre 2024, le recourant a indiqué être nouvellement représenté par Me Erbe (TAF pce 24).

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

Droit :**1.**

1.1 Sous réserve des exceptions – non réalisées en l'espèce – prévues à l'art. 32 de la loi fédérale du 17 juin 2005 sur le Tribunal administratif fédéral (LTAF, RS 173.32), ce dernier connaît, en vertu de l'art. 31 LTAF en relation avec l'art. 33 let. d LTAF et l'art. 69 al. 1 let. b de la loi fédérale du 19 juin 1959 sur l'assurance-invalidité (LAI, RS 831.20), des recours interjetés contre les décisions au sens de l'art. 5 de la loi fédérale du 20 décembre 1968 sur la procédure administrative (PA, RS 172.021) prises par l'OAIE.

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

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

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

2.

2.1 Selon les principes généraux du droit intertemporel, le droit matériel applicable est en principe celui en vigueur lors de la réalisation de l'état de fait qui doit être apprécié juridiquement ou qui a des conséquences juridiques, sous réserve de dispositions particulières de droit transitoire (ATF 146 V 364 consid. 7.1 ; 144 V 210 consid. 4.3.1 ; 143 V 446 consid. 3.3 ; 136 V 24 consid. 4.3 ; 132 V 215 consid. 3.1.1). Dès lors, la présente cause doit être examinée à l'aune des dispositions en vigueur dans leur teneur jusqu'au 23 juin 2021, date de la décision litigieuse, qui marque la limite dans le temps du pouvoir d'examen de l'autorité de recours. La modification de la LAI et de la LPGA adoptée le 19 juin 2020

(Développement continu de l'AI ; RO 2021 705 ; FF 2020 5373 ; Message du Conseil fédéral du 15 février 2017 [FF 2017 2363]), ainsi que celle du 3 novembre 2021 apportée au règlement du 17 janvier 1961 sur l'assurance-invalidité (RAI, RS 831.201 ; RO 2021 706), entrées en vigueur le 1^{er} janvier 2022, ne sont pas applicables en l'espèce.

2.2 En revanche, il est admis que, selon un principe général, les règles de procédure sont applicables dès leur entrée en vigueur à tous les cas en cours, sauf dispositions transitoires contraires (ATF 130 V 1 consid. 3.2 ; 129 V 113 consid. 2.2).

2.3 Enfin, 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 23 juin 2021). Les faits survenus postérieurement, et qui ont modifié cette situation, doivent en principe faire l'objet d'une nouvelle décision administrative (ATF 144 V 210 consid. 4.3.1, 130 V 138 consid. 2.1 et 121 V 362 consid. 1b). Ils doivent néanmoins être pris en considération lorsqu'ils sont étroitement liés à l'objet du litige et de nature à influencer l'appréciation au moment où la décision attaquée a été rendue (arrêts du TF 9C_758/2020 du 25 mai 2021 consid. 3.2 et 9C_34/2017 du 20 avril 2017 consid. 5.2 et les réf. cit.).

2.3.1 En l'espèce, durant la procédure de recours, le recourant a produit un rapport de consultation daté du 17 septembre 2021 du Dr R._____, psychiatre, qui a diagnostiqué, à l'occasion de la première consultation de celui-ci, un trouble anxieux et dépressif mixte (F41.2 ; cf. Faits, let. C.a.b *supra*). La problématique psychiatrique y est évoquée pour la première fois postérieurement au prononcé de la décision attaquée alors qu'elle n'avait jamais été invoquée par l'assuré ou mentionnée auparavant dans un quelconque rapport médical. L'indication du 10 septembre 2021 du Dr E._____, médecin généraliste traitant, selon lequel le recourant présente des signes anxio-dépressifs évoluant depuis plusieurs mois (cf. Faits, let. C.a.a *supra*) ne peut se voir conférer pleine valeur probante dans la mesure où celui-ci ne dispose pas de la formation spécialisée nécessaire et des compétences professionnelles requises dans le domaine d'investigation psychiatrique (cf. sur les exigences jurisprudentielles à cet égard, consid. 7.3.1 *infra*). Dès lors que le suivi par un psychiatre n'a débuté qu'après la décision litigieuse, le rapport de consultation du 17 septembre 2021 du Dr R._____ et plus généralement l'appréciation de l'état de santé du recourant sous l'angle psychologique ne peuvent être examinés et pris en compte dans la présente procédure de recours.

2.3.2 Par contre, les rapports médicaux des Dres S._____, neurologue, du 25 octobre 2021 (cf. Faits, let. C.c. *supra*) et T._____, rhumatologue, du 30 novembre 2021 (cf. Faits, let. C.c *supra*), bien que postérieurs à la décision litigieuse, doivent être pris en considération dans la présente procédure de recours. Ces rapports renseignent en effet sur la cervicalgie avec irradiation dans les membres supérieurs prédominante à droite évoquée dès août 2020 (cf. rapport du Dr E._____ du 15 décembre 2020, Faits, let. B.h *supra*). Ils sont par conséquent de nature à influencer l'appréciation de l'état de santé du recourant, en particulier les troubles cervicaux de celui-ci, au moment où la décision attaquée a été rendue, à savoir le 23 juin 2021. On peut d'ailleurs relever que le 18 août 2020, le SMR avait demandé à l'OAI-D._____ de compléter l'instruction médicale du dossier à cet égard (cf. Faits, let. B.d *supra*).

3.

3.1 Au sens de l'art. 49 PA, le recourant peut invoquer devant le Tribunal administratif fédéral la violation du droit fédéral, y compris l'excès ou l'abus du pouvoir d'appréciation (let. a), de même que la constatation inexacte ou incomplète des faits pertinents (let. b) et l'inopportunité de la décision (let. c).

3.2 La procédure dans le domaine des assurances sociales fait prévaloir la maxime inquisitoire (art. 43 LPGA ; ATF 138 V 218 consid. 6). Ainsi, le Tribunal administratif fédéral définit les faits et apprécie les preuves d'office et librement (art. 12 PA ; PIERRE MOOR/ÉTIENNE POLTIER, Droit administratif, vol. II, 3^{ème} éd. 2011, ch. 2.2.6.3). Ce faisant, il ne tient pour existants que les faits qui sont prouvés, cas échéant au degré de la vraisemblance prépondérante (ATF 139 V 176 consid. 5.2 et 138 V 218 consid. 6). Par ailleurs, il applique le droit d'office, sans être lié par les motifs invoqués par les parties (art. 62 al. 4 PA ; ATAF 2013/46 consid. 3.2), ni par l'argumentation juridique développée dans la décision entreprise (MOOR/POLTIER, op. cit., ch. 2.2.6.5 ; BENOÎT BOVAY, Procédure administrative, 2^{ème} éd., 2015, p. 243 ; JÉRÔME CANDRIAN, Introduction à la procédure administrative, 2013, n° 176). L'autorité saisie se limite en principe aux griefs soulevés et n'examine les questions de droit non invoquées que dans la mesure où les arguments des parties ou le dossier l'y incitent (ATF 122 V 157 consid. 1a et 121 V 204 consid. 6c ; ANDRÉ MOSER/MICHAEL BEUSCH/LORENZ KNEUBÜHLER/MARTIN KAYSER, Prozessieren vor dem Bundesverwaltungsgericht, 3^e éd., 2022, n° 1.55). Les parties ont le devoir de collaborer à l'instruction (art. 13 PA et 43 al. 3 LPGA ; arrêt du TAF C-6134/2017 du 3 avril 2018 consid. 5.4) et de motiver leur recours (art. 52 PA).

4.

En l'espèce, le recourant s'est vu nier le droit à une rente d'invalidité par décision de l'OAIE du 23 juin 2021. Circonscrit par cette dernière et le recours, l'objet du présent litige porte sur le droit éventuel de l'assuré à une rente d'invalidité.

5. Le recourant étant un ressortissant français, domicilié en France voisine et ayant travaillé en Suisse (cf. Faits, let. A *supra*), la procédure présente un aspect transfrontalier.

5.1 Partant, la cause doit être tranchée non seulement au regard des normes du droit suisse mais également à l'aune des dispositions de 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 ALCP). Dans ce contexte, l'ALCP fait référence depuis le 1^{er} avril 2012 au règlement (CE) n° 883/2004 du Parlement européen et du Conseil du 29 avril 2004 portant sur la coordination des systèmes de sécurité sociale (ci-après : règlement (CE) 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 (RS 0.831.109.268.11 ; cf. 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 (CE) 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).

Même après l'entrée en vigueur de l'ALCP et des règlements de coordination, l'invalidité ouvrant droit à des prestations de l'assurance-invalidité suisse se détermine exclusivement d'après le droit suisse (art. 46 al. 3 du règlement (CE) n° 883/2004 *a contrario* ; ATF 130 V 253 consid. 2.4 ; arrêt du TF 9C_573/2012 du 16 janvier 2013 consid. 4 et réf. cit.). Partant, il ne sera pas tenu compte de la décision de la Commission des droits et de l'autonomie des personnes handicapées (CDAPH) datée du 13 décembre 2022 reconnaissant à l'assuré la qualité de travailleur handicapé, dès lors que les autorités suisses ne sont pas liées par l'appréciation étrangère du degré d'invalidité de l'intéressé.

5.2 En outre, l'art. 40 al. 2 du règlement du 17 janvier 1961 sur l'assurance-invalidité (RAI, RS 831.201) dispose que l'office AI du secteur d'activité dans lequel le frontalier exerce une activité lucrative est compétent pour

enregistrer et examiner les demandes présentées par les frontaliers. Cette règle s'applique également aux anciens frontaliers pour autant que leur domicile habituel se trouve encore dans la zone frontière 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'office AI pour les assurés résidant à l'étranger notifie les décisions.

Attendu que le recourant est domicilié en France voisine et que l'atteinte à la santé est survenue alors qu'il exerçait, en tant que frontalier, une activité lucrative en Suisse, dans le canton (...), c'est à juste titre que l'OAI-D. _____ a enregistré et instruit la demande de prestations déposée par le recourant et que l'OAIE a notifié la décision litigieuse.

6.

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

6.2 En l'espèce, le recourant a versé des cotisations à l'assurance-vieillesse, survivants et invalidité pendant plus de 3 ans (cf. Faits, let. A *supra*) et remplit donc la condition de la durée minimale de cotisations eu égard au moment de l'ouverture éventuelle du droit à la rente, soit au plus tôt le 19 novembre 2019 compte tenu d'une incapacité totale de travail survenue le 19 novembre 2018 (cf. art. 28 al. 1 let. b LAI). Il reste à examiner s'il est invalide au sens de la LAI.

7.

7.1 L'invalidité au sens de la LPGA et de la LAI est l'incapacité de gain totale ou partielle qui est présumée permanente ou de longue durée (art. 8 al. 1 LPGA). Elle peut résulter d'une infirmité congénitale, d'une maladie ou d'un accident (art. 4 al. 1 LAI) et est réputée survenue dès qu'elle est, par sa nature et sa gravité, propre à ouvrir droit aux prestations entrant en considération (art. 4 al. 2 LAI). Selon l'art. 7 al. 1 LPGA, est réputée incapacité de gain toute diminution de l'ensemble ou d'une partie des possibilités de gain de l'assuré sur un marché du travail équilibré dans son domaine d'activité, si cette diminution résulte d'une atteinte à sa santé

physique, mentale ou psychique et qu'elle persiste après les traitements et les mesures de réadaptation exigibles. Par incapacité de travail, on entend toute perte, totale ou partielle, résultant d'une atteinte à la santé physique, mentale ou psychique, de l'aptitude de l'assuré à accomplir dans sa profession ou son domaine d'activité le travail qui peut raisonnablement être exigé de lui (art. 6, 1^{ère} phrase LPGA). L'assurance-invalidité suisse couvre ainsi seulement les pertes économiques liées à une atteinte à la santé physique ou psychique, et non la maladie en tant que telle (ATF 116 V 246 consid. 1b). En d'autres termes, l'objet assuré n'est pas l'atteinte à la santé, mais l'incapacité de gain probablement permanente ou de longue durée qui en résulte et qui n'est pas objectivement surmontable (art. 7 al. 2 LPGA). En cas d'incapacité de travail de longue durée, l'activité qui peut être exigée de l'assuré peut aussi relever d'une autre profession ou d'un autre domaine d'activité (art. 6, 2^e phrase LPGA).

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

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. La jurisprudence a toutefois posé des lignes directrices en matière d'appréciation des rapports médicaux et d'expertise (ATF 125 V 351 consid. 3b et 3c).

7.3.1 Ainsi, avant de conférer pleine valeur probante à un rapport médical, il convient de s'assurer que les points litigieux importants ont fait l'objet d'une étude circonstanciée, que le rapport se fonde sur des examens complets, qu'il prend également en considération les plaintes exprimées par la

personne examinée, qu'il a été établi en pleine connaissance de l'anamnèse, que la description du contexte médical et l'appréciation de la situation médicale sont claires et enfin que les conclusions du médecin sont dûment motivées (ATF 134 V 231 consid. 5.1 ; 125 V 351 consid. 3a). La valeur probante d'un rapport médical ou d'une expertise est de plus liée à la condition que le médecin qui se prononce dispose de la formation spécialisée nécessaire et de compétences professionnelles dans le domaine d'investigation (arrêts du TF 9C_555/2017 du 22 novembre 2017 consid. 3.1 et les réf. cit. ; 9C_745/2010 du 30 mars 2011 consid. 3.2 et 9C_59/2010 du 11 juin 2010 consid. 4.1 ; MICHEL VALTERIO, Commentaire, Loi fédérale sur l'assurance-invalidité [LAI], 2018, art. 57 LAI n° 33).

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

7.3.3 Selon la jurisprudence, il n'est pas interdit aux tribunaux des assurances de se fonder uniquement ou principalement sur les rapports des médecins rattachés aux assureurs, mais, en de telles circonstances, l'appréciation des preuves est soumise à des exigences sévères. Une instruction complémentaire sera ainsi requise s'il subsiste des doutes, même minimes, quant au bien-fondé, à la fiabilité et à la pertinence de ces rapports (ATF 139 V 225 consid. 5.2 ; 135 V 465 consid. 4.4 ; 122 V 157 consid. 1d). Les prises de position des services médicaux régionaux (SMR) et du service médical de l'OAIE doivent être appréciées comme des rapports de médecins liés à l'assureur (concernant le SMR, arrêts du TF 9C_159/2016 du 2 novembre 2016 consid. 2.2 ss ; 8C_197/2014 du

3 octobre 2014 consid. 4 ; arrêt du TAF C-2843/2016 du 30 mai 2018 consid. 8.1 et 8.2 ; MICHEL VALTERIO, op. cit., art. 57 LAI n° 7 et 42 ss, art. 59 LAI n° 2).

7.3.4 Les prises de position des services médicaux régionaux (SMR) ou du service médical de l'OAIE au sens de l'art. 49 al. 1 RAI ne se fondent pas sur des examens médicaux effectués sur la personne et ne posent pas de nouvelles conclusions médicales ; elles portent une appréciation sur celles déjà existantes (arrêts du TF 9C_542/2011 du 26 janvier 2012 consid. 4.1 ; 9C_581/2007 du 14 juillet 2008 consid. 3.2 ; 9C_341/2007 du 16 novembre 2007 consid. 4.1). Elles ont notamment pour but, outre celui d'aider les profanes en médecine qui travaillent dans l'administration ou les tribunaux et à qui il appartient de trancher le droit aux prestations, de résumer et de porter une appréciation sur la situation médicale de la personne concernée, ainsi que de faire une recommandation, sous l'angle médical, concernant la suite à donner à la demande de prestations. Ceci implique aussi, en présence de pièces médicales contradictoires, de dire de façon motivée s'il y a lieu de se fonder sur l'une ou l'autre de ces pièces ou s'il y a lieu de procéder à une instruction complémentaire (ATF 142 V 58 consid. 5.1). De telles prises de position, pour avoir valeur probante, ne peuvent suivre les conclusions d'un médecin sans établir les raisons pour lesquelles les conclusions différentes d'autres médecins ne sont pas suivies (ATF 137 V 210 consid. 6.2.4 ; MICHEL VALTERIO, op. cit., art. 57 LAI n° 43). 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 général, constituer une évaluation finale, mais doivent donner lieu à une instruction complémentaire (arrêts du TF 9C_165/2015 du 12 novembre 2015 consid. 4.3 ; 9C_58/2011 du 25 mars 2011 consid. 3.3 ; arrêt du TAF C-2843/2016 du 30 mai 2018 consid. 8.2).

8.

8.1 La décision querellée repose sur les avis SMR des 24 novembre 2020 (cf. Faits, let. B.f *supra*) et 18 mai 2021 (cf. Faits, let. B.i *supra*) établis par la Dre M. _____, spécialiste en médecine du travail. Ces prises de position ayant une importance prépondérante sur le sort de la présente cause, il convient d'en examiner la valeur probante, étant précisé que, dans ses écritures, le recourant n'a formulé aucun grief précis à leur encontre.

8.2 D'emblée, le Tribunal constate que les diagnostics invalidants retenus en l'espèce et liés aux affections cardiologiques et à la rupture de la coiffe du rotateur de l'épaule gauche le sont de manière unanime par les avis médicaux spécialisés figurant au dossier. Ainsi, sur le plan cardiologique, il

a été tenu compte des rapports du 21 janvier 2020 de la Dre J. _____ et du 20 juillet 2020 du Dr N. _____, tous deux cardiologues, qui ont constaté un anévrisme de l'aorte, ont retenu la stabilité de l'état de santé du recourant avec contre-indication des efforts isométriques (cf. Faits, let. B.c et B.de *supra*). Par ailleurs, la stabilité de l'état de santé du recourant eu égard à la rupture de la coiffe du rotateur de l'épaule gauche, et donc la récupération entière de sa capacité de travail à cet égard, est confirmée par le rapport de consultation du 12 juillet 2019 du Dr F. _____, chirurgien orthopédiste, qui dans le cadre du suivi postopératoire de l'épaule gauche de l'assuré, constate que les mobilités sont complètes malgré la persistance de douleurs résiduelles (cf. Faits, let. B.c *supra*). De même, aucun des avis médicaux précités ne met en cause le fait que les diagnostics invalidants précités entraînent une incapacité totale et définitive de travail de l'assuré dans la profession de monteur et permettent, dès le 12 juillet 2019, une capacité totale de travail dans une activité lucrative adaptée à son état de santé, consistant en une activité physique légère à position alternée, sans tâches au-dessus la tête, sans efforts de soulèvements intensifs ou répétés et sans ports de charges moyennes ou lourdes (cf. en particulier la prise de position médicale du SMR du 24 novembre 2020 [Faits let. B.f *supra*]).

8.3 Outre les atteintes susmentionnées, le SMR s'est prononcé sur les troubles cervicaux du recourant, auxquels il a nié tout caractère incapacitant aux termes de ses prises de position des 24 novembre 2020 (cf. Faits let. B.f *supra*) et 18 mai 2021 (cf. Faits let. B.i *supra*).

8.3.1 En particulier, le SMR a retenu, dans sa prise de position du 24 novembre 2020, que l'incapacité de travail initiale du recourant résultait d'une cervicobrachialgie gauche avec irradiation dans le bras. L'abduction et l'antéversion de l'épaule gauche étaient limitées par la douleur. Il existait en outre un syndrome sous-acromial et une mobilité réduite du rachis cervical. Une IRM du rachis cervical réalisée le 3 décembre 2018 avait révélé une discopathie C4-C5 et C5-C6, sans compression radiculaire ni rétrécissement du canal rachidien et l'évaluation neurochirurgicale du 27 février 2019 n'avait relevé aucun signe clinique de symptomatologie radiculaire dans la région cervicale et n'avait pas retenu d'indication opératoire. Le 22 février 2019, le scanner avait permis de constater une lésion de la coiffe des rotateurs à gauche, qui avait été opérée par arthroscopie le 9 avril 2019. En raison de tensions musculaires dans la région de l'épaule et de la nuque, une physiothérapie avait été mise en place.

Dans sa prise de position du 18 mai 2021, le SMR a précisé son point de vue en indiquant que les protrusions discales dans la région des cervicales ne s'étaient pas modifiées et avaient été prises en compte dans son précédent avis du 24 novembre 2020 qui devait être maintenu. Le SMR a en particulier relevé que le résultat de l'IRM du 14 janvier 2021 correspondait au résultat antérieur du 3 décembre 2018, toujours sans neuro-compression.

Durant l'instance de recours, le SMR a ajouté, dans sa prise de position du 17 janvier 2022, que la protrusion discale C5-C6 était connue avant la décision du 23 juin 2021 et qu'il en avait été tenu compte dans celle-ci. En outre, l'examen neurologique du 25 octobre 2021 avait révélé que la douleur de la nuque et de l'épaule à droite ne pouvait pas être mise en relation avec la protrusion discale du côté gauche et qu'il s'agissait plutôt d'une ténomyalgie. Une hypoesthésie dans le dermatome C6 était documentée pour la première fois. Même si la consultation neurochirurgicale prévue devait révéler une nouvelle atteinte à la santé ou une augmentation de la protrusion discale, cette aggravation devait être considérée comme postérieure à la décision litigieuse.

8.3.2 Le Tribunal ne saurait suivre la position du SMR dès lors que d'un point de vue temporel, la cervicalgie avec irradiation aux membres supérieurs prédominante à droite sont documentées depuis juillet 2019. En effet, dès juillet 2019, le Dr F. _____, lors du suivi postopératoire de l'épaule gauche, distingue en effet les douleurs liées à cette opération de celles liées à une névralgie cervico-brachiale avec hernies discales C4-C5 (cf. Faits, let. B.c *supra*). Le rapport du 26 août 2020 du Dr E. _____ (cf. Faits, let. B.e *supra*) fait également état d'une cervicalgie avec irradiation dans les membres supérieurs prédominante à droite.

8.3.3 Le rapport de la Dre S. _____ du 25 octobre 2021 et plus particulièrement le diagnostic de ténomyalgie des muscles trapèzes, le constat du caractère pathogène de la hernie discale C5-C6 et la nécessité d'une consultation neurochirurgicale (cf. Faits, let. C.c *supra*) achèvent de remettre en cause la fiabilité de l'appréciation portée par le SMR les 24 novembre 2020 et 18 mai 2021 sur les troubles cervicaux du recourant.

8.4 Dans ces circonstances, force est de constater que des doutes subsistent sur le caractère invalidant des troubles cervicaux développés par l'assuré antérieurement au prononcé de la décision litigieuse, de sorte que les prises de position SMR établies sur dossier les 24 novembre 2020 et 18 mai 2021 ne pouvaient constituer une évaluation finale fiable de l'état

de santé cervical respectivement de la capacité corrélative de travail de l'assuré. Le caractère éventuellement invalidant des troubles cervicaux n'ayant pas été dûment clarifié, le Tribunal ne saurait retenir, à cet égard, comme établie au degré de la vraisemblance prépondérante, la récupération par l'assuré d'une capacité totale de travail dans une activité lucrative adaptée à partir du 12 juillet 2019. Compte tenu des doutes frappant l'évolution de la pathologie du recourant, respectivement sa capacité résiduelle de travail dans une activité adaptée à son état de santé, l'autorité inférieure ne pouvait pas statuer sur la demande de prestations d'invalidité de l'assuré sur la base des seules prises de position médicale SMR, mais aurait dû procéder à une instruction complémentaire du dossier. A ce défaut, l'autorité inférieure n'a pas pris toutes les mesures d'instruction ni recueilli tous les renseignements nécessaires à l'établissement complet des faits déterminants sur le plan médical afin de pouvoir statuer en connaissance de cause sur la demande de prestations d'invalidité du recourant, cela en violation de l'art. 43 LPGA. A cet effet, il convient de procéder à un renvoi du dossier à l'autorité inférieure afin que celle-ci procède à un complément d'instruction en ce sens.

9.

9.1 Aux termes de l'art. 61 al. 1 PA, l'autorité de recours statue elle-même sur l'affaire ou exceptionnellement la renvoie avec des instructions impératives à l'autorité inférieure. Le Tribunal fédéral a précisé à cet égard que le renvoi de l'affaire à l'autorité inférieure se justifie notamment lorsqu'il s'agit d'enquêter sur une situation médicale qui n'a pas encore fait l'objet d'un examen complet, respectivement lorsque l'autorité inférieure n'a nullement instruit une question déterminante pour l'examen du droit aux prestations ou lorsqu'un éclaircissement, une précision ou un complément d'expertise s'avère nécessaire (ATF 137 V 210 consid. 4.4.1.4 ; arrêt du TF 8C_633/2014 du 11 décembre 2014 consid. 3.2 et 3.3), ce qui est le cas en l'occurrence.

9.2 Afin d'évaluer la capacité de travail de l'assuré au-delà du 12 juillet 2019, il conviendra de mettre en œuvre une expertise pluridisciplinaire (sur la délimitation entre les différentes catégories d'expertise et la mise en œuvre en particulier d'une expertise pluridisciplinaire voir ATF 139 V 349 consid. 3.2), à tout le moins dans les disciplines de la cardiologie, rhumatologie, neurologie, neurochirurgie et psychiatrie – avec tests neuropsychologiques si besoin est –, le Dr R. _____, spécialiste en psychiatrie, ayant diagnostiqué le 17 septembre 2021 un trouble anxieux et dépressif mixte (cf. Faits, let. C.a.ab *supra*) (art. 44 LPGA ; ATF 139 V 349

consid. 3.2 ; arrêt du TAF C-2102/2020 du 27 janvier 2022 consid. 7.10 et 7.11). Le cas échéant, les experts recueilleront l'avis d'autres spécialistes, étant rappelé qu'il leur incombe en premier lieu de déterminer l'étendue des investigations médicales indispensables dans le cas d'espèce (ATF 139 V 349 consid. 3.3 ; arrêt du TF 8C_124/2008 du 17 octobre 2008 consid. 6.3.1). Ils seront invités à se prononcer de façon précise et appropriée sur l'évolution de l'état de santé et de la capacité de travail de l'assuré dans la profession jusque-là exercée ainsi que dans une activité lucrative raisonnablement exigible jusqu'au moment de l'établissement de leur rapport. La question de savoir comment les différentes incapacités de travail et les différentes limitations fonctionnelles s'articulent fera l'objet d'une discussion consensuelle entre les experts (arrêt du TF 8C_483/2020 du 26 octobre 2020 consid. 4 1 ; ANNE-SYLVIE DUPONT, Assurance-invalidité, expertise pluridisciplinaire, incapacité de travail, évaluation globale, art. 7, 8 et 44 LPGA, 4 LAI : commentaires de l'arrêt du TF 8C_483/2020, Newsletter RC assurances, vol. décembre 2020). Les experts seront désignés en application de la plateforme d'attribution aléatoire SuisseMED@P au sens de l'art. 72^{bis} al. 2 RAI (cf. ATF 139 V 349 consid. 5.2.1) et les droits procéduraux du recourant devront être respectés (cf. ATF 137 V 210 consid. 3.4.2.9). En outre, cette expertise devra répondre aux exigences de la jurisprudence du Tribunal fédéral en matière de maladies psychiques (ATF 141 V 281 ; 143 V 409 ; 143 V 418). L'expertise sera pratiquée en Suisse, l'organisme mandaté devant maîtriser les principes d'évaluation prévalant dans la médecine d'assurance suisse (cf. arrêt TF 9C_235/2013 consid. 3.2 du 10 septembre 2013), et le mandat dûment exécuté sous réserve d'inexigibilité temporaire du voyage. Le recourant étant domicilié en France voisine, l'on ne voit pas de motifs pour lesquels l'exécution en Suisse de cette expertise pourrait se révéler une mesure disproportionnée.

10.

Sur le vu de ce qui précède, le recours du 9 juillet 2021 se révèle bien fondé.

11.

Il reste à se prononcer sur les frais et dépens de la présente procédure de recours.

11.1 La procédure de recours est soumise à des frais judiciaires (art. 69 al. 1^{bis} en lien avec l'art. 69 al. 2 LAI), la partie qui succombe devant en principe supporter ceux-ci (art. 63 al. 1, 1^{ère} phrase, PA). Selon la jurisprudence du Tribunal fédéral, la partie qui a formé recours est réputée avoir obtenu gain de cause lorsque la cause est renvoyée à l'administration pour

instruction complémentaire et nouvelle décision, indépendamment du fait qu'une conclusion ait ou non été formulée à cet égard, à titre principal ou subsidiaire (ATF 137 V 210 consid. 7.1 ; arrêts du TF 8C_473/2017 du 21 février 2018 consid. 6 et 8C_75/2017 du 24 octobre 2017 consid. 6). Aucun frais de procédure n'est mis à la charge des autorités inférieures, ni des autorités fédérales recourantes et déboutées (art. 63 al. 2, 1^{ère} phrase, PA).

Etant donné l'issue du litige, le recourant, qui obtient gain de cause, ne supporte pas de frais de procédure. L'avance de frais de CHF 800.- versée (TAF pce 4) lui sera restituée dès l'entrée en force du présent arrêt. Aucun frais de procédure n'est mis à la charge de l'OAIE.

11.2 Conformément aux art. 64 al. 1 PA et 7 al. 1 du règlement du 21 février 2008 concernant les frais, dépens et indemnités fixés par le Tribunal administratif fédéral (FITAF ; RS 173.320.2), le Tribunal peut allouer à la partie ayant entièrement ou partiellement obtenu gain de cause une indemnité pour les frais indispensables et relativement élevés qui lui ont été occasionnés. Le Tribunal fixe l'indemnité d'office dans le cas où il n'a pas reçu de décomptes (cf. art. 14 al. 2 FITAF; arrêts du TF 2C_730/2017 du 4 avril 2018 consid. 3.4; 2C_422/2011 du 9 janvier 2012 consid. 2), en considérant l'importance et la difficulté du litige, ainsi que le travail et le temps que le représentant du recourant a dû y consacrer.

En l'occurrence, le Tribunal considère que le recourant, nouvellement assisté par un avocat depuis le 9 octobre 2024, a été représenté depuis l'introduction du recours jusqu'au 14 mars 2023 par un mandataire qui n'exerçait pas la profession d'avocat, que les frais de représentation ont été faibles puisque les écritures de recours n'ont pas dépassé une page (TAF pces 1, 6, 7, 20) et que Q. _____ avait représenté le recourant déjà devant l'autorité inférieure (cf. Faits let. B.j *supra*) et connaissait par conséquent le dossier. Enfin, il sied de remarquer que la procédure était soumise à la maxime inquisitoire (cf. consid. 3.2). En conséquence, il convient d'allouer au recourant, à charge de l'OAIE, une indemnité à titre de dépens fixée à CHF 500.- (frais compris; cf. art. 9 al. 1 let. c FITAF).

(Le dispositif est porté à la page suivante.)

Par ces motifs, le Tribunal administratif fédéral prononce :

1.

Dans la mesure où il est recevable, le recours est admis en ce sens que la décision de l'OAIE du 23 juin 2021 est annulée et la cause renvoyée à l'OAIE pour instruction complémentaire dans le sens des considérants et nouvelle décision.

2.

Il n'est pas perçu de frais de procédure. L'avance de frais de CHF 800.- versée par le recourant lui sera restituée dès l'entrée en force du présent arrêt.

3.

Une indemnité de CHF 500.- est allouée au recourant à titre de dépens et mise à la charge de l'OAIE.

4.

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

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

La présidente du collège :

La greffière :

Caroline Gehring

Coralie Tavel

Indication des voies de droit :

Pour autant que les conditions au sens des art. 82 ss, 90 ss et 100 ss LTF soient remplies, la présente décision peut être attaquée devant le Tribunal fédéral, Schweizerhofquai 6, 6004 Lucerne, par la voie du recours en matière de droit public, dans les trente jours qui suivent la notification. Ce délai est réputé observé si les mémoires sont remis au plus tard le dernier jour du délai, soit au Tribunal fédéral soit, à l'attention de ce dernier, à La Poste Suisse ou à une représentation diplomatique ou consulaire suisse (art. 48 al. 1 LTF). Le mémoire doit 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 :