



Cour III
C-3302/2020

Arrêt du 8 février 2023

Composition

Caroline Bissegger (présidente du collège),
Madeleine Hirsig-Vouilloz, Michela Bürki Moreni, juges,
Mattia Bernardoni, greffier.

Parties

A. _____, (France),
représenté par Maître Marie-Josée Costa, Etude Costa,
recourant,
contre

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

Objet

Assurance-invalidité, nouvelle demande
(décisions du 22 mai 2020).

Faits :**A.**

A. _____ (ci-après : le recourant, l'assuré ou l'intéressé) est un ressortissant suisse et espagnol domicilié en France, né le (...)1961, sans formation professionnelle (OAIE pces 2, 33 p. 1 s., 43 p. 1, 49, 58 p. 1, 140 p. 1 s., 150). Il a travaillé en Suisse, en tant que vendeur de poissons auprès de la société B. _____, à 100 %, entre octobre 1997 et décembre 2010 (OAIE pces 149 et 150) et, en dernier lieu, entre juin et août 2014 en qualité d'aide de cuisine, à 100 %, auprès du restaurant C. _____ à (...) (OAIE pce 170). Lors de son activité lucrative en Suisse, l'intéressé a cotisé à l'AVS/AI entre 1980 et 2014, soit durant 309 mois (OAIE pce 284 p. 5).

B.

En juillet 2010, l'assuré a déposé une demande de prestations de l'assurance-invalidité (AI) – mesures professionnelles/rente – en indiquant être en incapacité de travail à 100 % dès le 12 octobre 2009, en raison de la déchirure complète du sus-épineux et du long biceps à droite (OAIE pce 25).

B.a Il ressort du rapport du Dr D. _____ du 17 janvier 2011 (médecin physique ; OAIE pce 53), que l'assuré a subi une rupture massive de la coiffe des rotateurs droite (cf. aussi OAIE pce 42) le 10 octobre 2009 (déchirure des tendons sus-épineux, infra-épineux et sous-scapulaire). Comme l'indique le Dr D. _____, une réparation de la coiffe des rotateurs a eu lieu le 7 mai 2010, et l'assuré est retourné travailler à 50 % à partir du 14 novembre 2010. Or, en date du 15 décembre 2010 l'assuré a appris qu'il serait licencié de son travail pour absences répétées, ce qui a entraîné une réaction dépressive importante (cf. OAIE pce 53).

B.b Dans son avis du 5 avril 2012 (OAIE pce 122), le Dr E. _____ médecin auprès du Service médical régional de l'AI (ci-après : le SMR) conclut à l'existence d'une atteinte somatique invalidante due à la rupture de la coiffe des rotateurs et à la présence d'une pathologie psychiatrique causée par un trouble dépressif réactionnel.

B.c Par trois décisions du 3 août 2012 (OAIE pces 132 à 135), 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 octroyé à l'intéressé une demi-rente d'invalidité du 1^{er} janvier 2011 au 31 mai 2011, une rente entière du 1^{er} juin 2011 au 31 mars 2012 et une demi-rente du 1^{er} avril 2012 au 30 avril 2012, en précisant que dès le 1^{er} mai 2012, le droit à la rente s'est éteint. En substance, l'autorité inférieure a fait siennes les conclusions

du médecin du SMR (cf. ci-dessus, let. B.b) et a retenu les incapacités de travail suivantes dans l'exercice de toute activité lucrative :

- pour l'atteinte somatique :
100 % du 10 octobre 2009 au 9 novembre 2010,
50 % du 10 novembre 2010 au 16 janvier 2011,
- pour l'atteinte psychique :
100 % du 22 mars 2011 au 31 décembre 2011,
50 % du 1^{er} janvier 2012 au 14 janvier 2012.

C.

Le 6 juillet 2016, l'assuré a déposé une nouvelle demande AI – mesures professionnelles/rente – en indiquant notamment une perte d'audition, la rupture de la coiffe, un infarctus et des problèmes de dos (OAIE pce 58).

C.a Dans le cadre de cette nouvelle demande, la documentation médicale suivante a en particulier été portée au dossier. Le rapport des Drs F. _____ et G. _____ (cardiologues) du 14 novembre 2014, mentionne un infarctus antérieur datant de moins de 24 heures avec angioplastie de l'artère interventriculaire antérieure et mise en place d'un stent (cf. OAIE pces 142 et 217). Dans son rapport du 9 septembre 2015 (OAIE pce 200), le Dr H. _____ (cardiologue) fait état d'une échocardiographie normale sans dysfonction systolique ou diastolique notable, d'une bonne fonction ventriculaire gauche, de cavités droites non dilatées sans hypertension artérielle pulmonaire notable, de l'absence d'hypertrophie ventriculaire gauche et de l'absence d'ischémie résiduelle.

Le Dr I. _____ (cardiologue) indique, dans son rapport du 20 octobre 2015 (OAIE pce 157), que le patient a été hospitalisé en novembre 2014 pour un syndrome coronarien aigu et qu'il a bénéficié d'une dilatation circonflexe associée à une déthrombose de la coronaire droite avec implantation de deux stents actifs. Le Dr I. _____ ajoute que le bilan cardiovasculaire de repos est sans anomalie, qu'il n'a pas mis en évidence de sténose carotidienne significative et que le holter de rythme est considéré comme normal. Dans son rapport du 10 décembre 2015 (OAIE pce 158), le Dr I. _____ indique qu'il n'y a pas de contre-indication d'ordre cardiovasculaire à la reprise de l'activité professionnelle habituelle.

C.b Le rapport d'IRM des hanches du Dr J. _____ (radiologue) du 31 mai 2016 (OAIE pce 44), fait état d'une IRM en faveur d'une ostéonécrose

aseptique des deux têtes fémorales sans affaissement notable. Une prothèse totale de la hanche droite est réalisée en date du 8 août 2016 (cf. compte-rendu opératoire du même jour ; OAIE pce 218).

C.c Le rapport E213 rédigé par la Dre K. _____ en date du 5 septembre 2016 (OAIE pce 35), relève notamment la présence de lombalgies de plus en plus invalidantes depuis six mois. Le rapport d'IRM du genou droit du 13 décembre 2016 (OAIE pce 177) fait état d'une chondropathie rotulienne externe, isolée.

C.d Le Dr L. _____ (médecin généraliste traitant) mentionne, dans son rapport du 5 mai 2017 (OAIE pce 162), des lombalgies récidivantes invalidantes avec blocage et douleurs à la marche, ainsi qu'une dégradation de l'humeur depuis décembre 2016, ayant nécessité un traitement par antidépresseurs. Le Dr L. _____ ajoute avoir adressé son patient vers un psychiatre en mars 2017 et qu'aucune reprise d'activité professionnelle n'est envisagée.

C.e Le 1^{er} juin 2017, l'assuré a subi une cure de hernie inguinale droite par voie inguinale avec prothèse selon la technique de Lichtenstein (cf. compte-rendu opératoire du 2 juin 2017 ; OAIE pce 178). Le rapport radiologique du 14 octobre 2017 (OAIE pce 204) fait notamment état de l'absence d'anomalie du parenchyme pulmonaire, d'anomalie pleurale, de la rate et des reins, et précise que les testicules sont de taille et d'échostructure normale.

C.f Le 16 octobre 2017, l'intéressé a subi une acromioplastie avec lavage péri-articulaire. Il ressort du compte-rendu opératoire du 17 novembre 2017 y relatif (OAIE pce 254) que le patient présente une douleur chronique de son épaule droite évoluant depuis plusieurs années, la coiffe étant jugée irréparable.

C.g Le rapport du Dr M. _____ (psychiatre) du 28 février 2018 (OAIE pce 187) fait état d'un épisode dépressif majeur constitué début 2017 et d'un traitement ambulatoire qui a eu lieu du 27 avril 2017 au 22 juin 2017. Le psychiatre mentionne une rémission symptomatique partielle, une incapacité de travail complète, un ralentissement idéo-moteur, des troubles cognitifs, anxieux et dépressifs ainsi qu'une altération attentionnelle.

C.h Le rapport d'imagerie médicale du 21 juin 2018 (OAIE pce 211) met en exergue un aspect radiologique habituel de la prothèse de la hanche droite. En ce qui concerne le genou droit, le rapport fait état de l'intégrité de la

trame osseuse, du respect des interlignes articulaires, d'une rotule centrée, sans dysplasie et de l'absence d'épanchement.

En ce qui concerne les séquelles de l'opération inguinale (cf. ci-dessus, let. C.e), le Dr N. _____ (chirurgien général) constate, dans son rapport du 4 juillet 2018 (OAIE pce 221), que les douleurs inguinales semblent avoir disparu.

C.i Un examen médical en psychiatrie et rhumatologie est réalisé auprès de l'OAIE en date du 12 septembre 2018 (OAIE pce 226).

C.i.a Le Dr O. _____ (psychiatre auprès de l'OAIE) retient, comme diagnostic avec répercussion sur la capacité de travail, un trouble dépressif récurrent, actuellement en rémission (F33.4 CIM-10). En tant que diagnostics sans répercussion sur la capacité de travail, le psychiatre de l'OAIE mentionne une dysthymie (F34.1 CIM-10), des troubles mentaux et du comportement liés à l'utilisation d'alcool, usage nocif pour la santé (F10.10 CIM-10) et une accentuation de traits de personnalité (Z73.1 CIM-10).

Le Dr O. _____ parvient à la conclusion que toute activité ne requérant pas l'établissement et le maintien de relations étroites et ne requérant pas de capacité d'analyse émotionnelle importante est exigible (OAIE pce 226 p. 19). L'atteinte à la santé a débuté le 2 février 2017, date de la première trace de dégradation de l'état de santé psychique, documenté par la prescription de 10 mg de Deroxat® (cf. rapport du Dr L. _____ du 21 mars 2017 ; OAIE pce 160). A cause de la pathologie psychiatrique, le Dr O. _____ retient une baisse de rendement de 20 % dans l'activité habituelle (vendeur de poissons, aide de cuisine), alors que pour des activités adaptées la baisse de rendement est de 10 % (OAIE pce 226 p. 19).

C.i.b La Dre P. _____ (rhumatologue auprès de l'OAIE) retient, comme diagnostics avec répercussion sur la capacité de travail :

- la rupture de la coiffe des rotateurs de l'épaule droite multi-opérée avec séquelles fonctionnelles et douloureuses,
- une bursite sous acromiodeltoïdienne,
- une omarthrose modérée.

Comme diagnostics associés avec influence sur la capacité de travail, la Dre P. _____ retient une nécrose aseptique des deux têtes fémorales,

avec prothèse totale de hanche droite le 8 août 2016 et des lombalgies chroniques sur troubles dégénératifs.

En tant que diagnostic sans influence sur la capacité de travail, la rhumatologue de l'OAIE mentionne une gonalgie droite avec chondropathie rotulienne, actuellement asymptomatique (OAIE pce 226 p. 36).

La Dre P._____ parvient à la conclusion que les activités de vendeur de poisson et d'aide de cuisine ne sont plus exigibles, la capacité de travail étant nulle, depuis le 23 mai 2016, date de l'IRM qui a objectivé l'ostéonécrose des hanches. La rhumatologue précise que cette incapacité se poursuit ensuite inchangée du fait de l'intervention de prothèse de la hanche droite puis de l'omalgie droite ayant nécessité plusieurs chirurgies en 2017 et 2018. Dans une activité adaptée, la Dre P._____ retient une incapacité de travail de 100 % du 23 mai 2016 au 31 octobre 2016 (période post-opération de la hanche droite), puis une incapacité de 40 % dès le 1^{er} novembre 2016, qui se poursuit du fait de l'atteinte de l'omalgie droite chronique avec impotence fonctionnelle. Pour l'exercice d'une activité adaptée, les limitations fonctionnelles suivantes sont à respecter, du fait de l'omalgie, de la prothèse de la hanche et des lombalgies intermittentes : pas de port de charge répété supérieur à 5 kg, pas de travail sollicitant l'épaule droite et pas de travail au-dessus des épaules, pas de travail avec contrainte sur la hanche droite, pas de flexion, adduction, rotation interne de hanche, pas de position en porte-à-faux, pas de mouvement répété en antéflexion du tronc, pas de travail en terrain irrégulier et nécessité d'alterner les positions (OAIE pce 226 p. 38).

C.i.c Dans leurs conclusions communes (cf. OAIE pce 226 p. 39), les Dr O._____ et P._____ retiennent ainsi une incapacité totale de travail dans l'ancienne activité de vendeur de poissons et ce dès le 23 mai 2016. Dans une activité adaptée aux limitations fonctionnelles rhumatologiques et psychiatriques l'incapacité de travail est de 100 % du 23 mai 2016 au 31 octobre 2016, de 40 % du 1^{er} novembre 2016 au 31 janvier 2017 et de 44 % (recte : 46 % ; « Taux d'activité exigible de 60 % avec une baisse de rendement de 10 % [de ces 60 %] ») à compter du 1^{er} février 2017.

C.j Par projet de décision du 17 janvier 2019 (OAIE pce 229), l'OAIE, faisant siennes les conclusions des Drs O._____ et P._____ et retenant les mêmes incapacités de travail que celles indiquées ci-dessus (let. C.i.c), a reconnu le droit à une demi-rente d'invalidité dès le 1^{er} mai 2017, la perte de gain étant de 50 % à compter du 1^{er} février 2017.

C.k Dans le cadre de la procédure de contestation contre le préavis précité, de nouvelles pièces médicales ont été produites et récoltées.

C.k.a En particulier, le rapport du Dr I. _____ du 13 mars 2019 (OAIE pce 271) fait état d'un patient gêné par son épaule pour laquelle il attend la mise en place d'une prothèse. De plus, le Dr I. _____ mentionne un bilan cardiovasculaire qui retrouve une fonction ventriculaire gauche normale et une auscultation cardiaque normale. Dans son rapport du 3 mai 2019 (OAIE pce 273), le Dr I. _____ se réfère à une scintigraphie myocardique du 11 avril 2019, qui retrouve une hypofixation peu profonde dans un territoire limité inférolatéral en rapport avec les antécédents cardiologiques ayant conduit à l'implantation de plusieurs stents. Le cardiologue indique que ce territoire est très limité et qu'il n'existe pas d'altération de la fonction ventriculaire gauche. De surcroît, le compte-rendu de holter de rythme du 22 janvier 2020 (OAIE pce 267 p. 2), fait notamment état de l'absence de trouble de conduction après arrêt des traitements bradycardisants.

C.k.b Il ressort du compte-rendu opératoire relatif à l'intervention du 21 juin 2019 (mise en place d'une prothèse totale inversée de l'épaule droite ; OAIE pce 246) que l'assuré conserve des séquelles de la rupture massive des tendons de la coiffe des rotateurs avec une arthropathie. Cliniquement, l'épaule est pseudo paralytique. Le Dr Q. _____ (chirurgien orthopédiste) fait état, dans son rapport du 24 septembre 2019 (OAIE pce 250), d'un patient douloureux à trois mois postopératoires, à cause de la mise en tension du deltoïde par la prothèse inversée. Par ailleurs, six mois après l'intervention, le Dr Q. _____ constate, dans son rapport du 10 décembre 2019 (OAIE pce 264) que les suites postopératoires sont progressivement favorables mais longues. Le médecin signale aussi que le patient a des douleurs du rachis et que l'assuré décrit des paresthésies dans la main droite faisant suspecter un syndrome du canal carpien. Compte tenu de la pathologie de l'épaule, le patient ne peut pas reprendre une activité professionnelle manuelle selon le Dr Q. _____.

C.k.c Dans son rapport d'IRM lombaire du 26 novembre 2019 (OAIE pce 262), la Dre R. _____ (radiologue) conclut à une discarthrose étagée plus marquée aux étages T11-T12, L3-L4, L4-L5 associée à une arthrose inter-apophysaire postérieure étagée d'aspect hypertrophique à l'étage L5-S1, ainsi qu'à une saillie discale L4-L5 située au contact avec l'émergence des racines des nerfs L4 de façon bilatérale.

C.k.d Dans son rapport de radiographies et échographie de l'épaule gauche du 27 janvier 2020 (OAIE pce 268), le Dr S. _____ (radiologue)

conclut à la présence d'une tendinopathie du tendon du muscle supraépineux et infra-scapulaire et précise qu'en l'absence d'amélioration sous traitement médical, il est indiqué de procéder à un arthroscanner ou à une arthro-IRM pour ne pas sous-estimer les lésions, avant d'obtenir un avis orthopédique spécialisé.

C.k.e Dans sa prise de position du 31 mars 2020 (OAIE pce 277), La Dre T._____ (médecin généraliste et médecin interne de l'OAIE) estime notamment que la documentation cardiologique reçue permet de confirmer que l'assuré ne présente pas de limitation fonctionnelle du point de vue cardiovasculaire dans l'exercice d'une activité professionnelle adaptée, physiquement légère telle que retenue lors de l'examen médical bidisciplinaire du 12 septembre 2018. Dans son appréciation du 20 avril 2020 (OAIE pce 279), la Dre P._____ retient, compte tenu de la mise en place de la prothèse inversée de l'épaule droite, une incapacité de travail totale dans toute activité du 20 juin 2019 au 24 septembre 2019 (trois mois postopératoires).

C.l Par trois décisions du 22 mai 2020 (annexe 1 TAF pce 1), l'OAIE, confirmant son projet de décision du 24 avril 2020 (OAIE pce 280), a octroyé une demi-rente AI du 1^{er} mai 2017 au 31 mai 2019, une rente entière du 1^{er} juin 2019 au 31 décembre 2019 et une demi-rente dès le 1^{er} janvier 2020. En substance, l'autorité inférieure a retenu une incapacité totale de travail dans la dernière activité de vendeur de 100 % dès le 23 mai 2016. Pour ce qui est de l'exercice d'une activité lucrative adaptée, les limitations fonctionnelles suivantes ont été retenues : pas de port de charge répété supérieur à 5 kg, pas de travail sollicitant l'épaule droite et pas de travail au-dessus des épaules, pas de travail avec contrainte sur la hanche droite, pas de flexion, adduction, rotation interne de hanche, pas de position en porte-à-faux, pas de mouvement répété en antéflexion du tronc, pas de travail en terrain irrégulier, en évitant les travaux à responsabilité ou nécessitant de la flexibilité ou des contacts étroits avec des tierces personnes.

Dans le respect des limitations fonctionnelles précitées, des activités adaptées peuvent être exercées à 60 % dès le 1^{er} novembre 2016 et à 56 % (recte : 54 %) dès le 1^{er} février 2017 (« taux d'activité exigible de 60 % avec une baisse de rendement de 10 % [de ces 60 %] »), avec une diminution de la capacité de gain de 46 % dès le 1^{er} novembre 2016 et de 50 % (recte : 52 %) à compter du 1^{er} février 2017. Par ailleurs, une incapacité totale de travail dans toute activité est reconnue par l'OAIE du 20 juin 2019 au 24 septembre 2019, date à partir de laquelle une activité adaptée est de nouveau exigible à 56 %.

En particulier, pour justifier sa position, l'autorité inférieure indique que les suites postopératoires de l'intervention du mois de juin 2019 ont été progressivement favorables et que le rapport de radiographies et d'échographie de l'épaule gauche du 27 janvier 2020 n'apporte pas d'élément médical susceptible de modifier les conclusions de l'examen personnel du 12 septembre 2018, le rapport d'imagerie n'étant corrélé à aucune anamnèse, ni status. Par ailleurs, l'OAIE indique que le status [des urgences] du 24 octobre 2019 ne décrit pas de déficit neurologique (cf. OAIE pce 257) et que la suspicion de syndrome du petit pectoral évoquée dans le rapport du 24 septembre 2019 (cf. OAIE pce 250) n'a pas été confirmée par la suite et ne peut donc pas être considérée comme incapacitante. En ce qui concerne la suspicion du tunnel carpien droit décrite dans le rapport du 10 décembre 2019, l'OAIE indique qu'il ne s'agit pas d'un diagnostic incapacitant.

D.

D.a Le 26 juin 2020, l'intéressé, représenté par Me Marie-José Costa, a interjeté recours contre les décisions du 22 mai 2020 précitées (TAF pce 1), concluant, principalement, à l'octroi d'une rente entière d'invalidité à compter du 1^{er} janvier 2017 et, subsidiairement, à l'annulation des décisions litigieuses et au renvoi de la cause à l'OAIE pour réalisation d'une expertise neutre et indépendante. En substance, le recourant estime que les conclusions médicales sur lesquelles reposent les décisions litigieuses sont lacunaires, contredites par les éléments au dossier, ne sont pas motivées et violent le principe inquisitoire. En particulier, l'intéressé conteste la date du début de l'incapacité de travail fixée par l'OAIE (23 mai 2016), l'ostéonécrose mise en évidence par l'IRM de mai 2016 existant avant cette dernière date selon le recourant. En ce qui concerne l'intervention de juin 2019 (mise en place de la prothèse inversée de l'épaule droite), le recourant souligne que la dégradation de la capacité de travail en lien avec le membre supérieur droit s'est produite plusieurs mois avant l'opération du mois de juin. Par ailleurs, l'intéressé insiste sur le fait qu'aucune amélioration de l'épaule droite n'a eu lieu trois mois après l'intervention, contrairement à ce qu'a retenu l'autorité inférieure. Et le recourant d'ajouter que l'atteinte de l'épaule gauche a été niée à tort par l'autorité inférieure.

Dans le cadre de la procédure de recours, de nouveaux documents médicaux ont été produits. En particulier, dans son rapport du 28 janvier 2019 (annexe 21 TAF pce 1), le Dr Q. _____ fait état d'une épaule droite douloureuse et d'une instabilité dynamique antéro-supérieure séquellaire d'une rupture massive et irréparable de la coiffe des rotateurs supérieure.

Dans un autre rapport du 25 avril 2019 (annexe 22 TAF pce 1), le Dr Q._____ indique que l'épaule droite est pseudo paralytique et douloureuse. Le rapport d'arthro-IRM de l'épaule gauche du 28 mai 2020 (annexe 29 TAF pce 1), fait état d'une désinsertion des fibres profondes du sous-scapulaire avec tendinopathie secondaire du long biceps, d'une désinsertion des fibres profondes du sus épineux et d'une bursite sous-acromiale. Le rapport du 15 juin 2020 du Dr L._____ (annexe 30 TAF pce 1), met notamment en exergue des douleurs des deux épaules et l'existence très probable d'un syndrome du canal carpien bilatéral (EMG en cours) avec avis neurologique. Le bilan fonctionnel de Mme U._____ (kinésithérapeute) du 19 juin 2020 (annexe 31 TAF pce 1), qui suit le patient pour une rééducation du membre supérieur gauche, indique une douleur quasi permanente et la nécessité de l'intervention d'une tierce personne pour pouvoir effectuer les gestes de la vie quotidienne.

D.b Dans sa réponse du 7 décembre 2020 (TAF pce 8), l'autorité précédente propose que les décisions du 22 mai 2020 soient réformées en ce sens que le droit à la rente entière ne court que du 1^{er} septembre 2019 au 31 décembre 2019. Pour le surplus, l'OAIE confirme les décisions attaquées et conclut au rejet du recours.

A l'appui de sa réponse, l'autorité inférieure a produit les prises de position de son service médical interne.

La Dre T._____, dans son avis du 10 novembre 2020 (annexe TAF pce 8), énumère et discute les nouvelles pièces produites en procédure de recours et parvient à la conclusion que celles-ci ne sont pas de nature à modifier, sur le plan somatique, les conclusions de l'examen personnel du 12 septembre 2018 et de l'appréciation de la Dre P._____ du 20 avril 2020. En ce qui concerne la date de début de l'incapacité de travail, soit le 23 mai 2016 – correspondant, selon l'examen du 12 septembre 2018, à la date de l'IRM montrant l'ostéonécrose des têtes fémorales –, la Dre T._____ souligne qu'il n'y a pas d'autres documents probants au dossier concernant le début de l'atteinte des têtes fémorales. Cependant, le médecin de l'OAIE modifie la date précitée pour le 13 mai 2016, date de l'IRM lombaire suspectant l'ostéonécrose des têtes fémorales et mentionnée dans le rapport E213 du 5 septembre 2016. La Dre T._____ souligne que l'évolution de l'opération du 8 août 2016 (prothèse totale de la hanche droite) a été favorable.

D.c Dans sa réplique du 25 février 2021 (TAF pce 12), le recourant conteste de nouveau la date de début de l'incapacité de travail, qui ne pourrait

pas correspondre à la date de l'IRM du 13 mai 2016. L'assuré insiste aussi sur le fait que l'aggravation de l'incapacité de travail due à l'épaule droite est antérieure à l'intervention du 21 juin 2019. Par ailleurs, le recourant conteste aussi la durée retenue par l'autorité inférieure concernant les incapacités de travail causées par les opérations de la hanche et de l'épaule droites. Pour ce qui est de l'épaule gauche, le recourant conteste la position de l'OAIE, aux yeux duquel l'aggravation de l'incapacité de travail causée par l'atteinte à l'épaule gauche serait postérieure à la date des décisions entreprises et devrait donc faire l'objet d'une demande de révision. Aussi, le recourant confirme intégralement les conclusions de son recours du 26 juin 2020 et transmet au Tribunal de céans le rapport d'IRM lombaire du 13 janvier 2021, mettant en exergue une discopathie D11-D12 avec protrusion latéralisée à droite, une discopathie L4-L5 avec petite protrusion latéralisée à gauche et une ébauche d'arthrose inter-articulaire postérieure basse sur hyperlordose lombaire.

D.d Dans sa duplique du 19 mai 2021 (TAF pce 16), l'OAIE confirme ses conclusions du 7 décembre 2020 (cf. ci-dessus, let. D.b) et se réfère à la nouvelle prise de position de la Dre T. _____ du 14 mai 2021 (annexe TAF pce 16), qui souligne en particulier que le rapport d'IRM lombaire du 13 janvier 2021 n'est corrélé à aucun examen médical fonctionnel actuel et qu'il mentionne des troubles dégénératifs discrets qui ne sont pas de nature à provoquer un déficit fonctionnel invalidant. Le médecin de l'OAIE confirme ainsi que le rapport d'IRM précité ne décrit pas d'atteinte dégénérative lombaire plus importante que celle figurant dans les rapports d'IRM déjà présents au dossier.

D.e Par ordonnance du 28 mai 2021 (TAF pce 17), le Tribunal a transmis au recourant un double de la duplique de l'autorité inférieure du 19 mai 2021 et de la prise de position du service médical interne de l'OAIE du 14 mai 2021 et a clos l'échange d'écritures, d'autres mesures d'instruction demeurant toutefois réservées.

D.f Par courrier spontané du 18 février 2022 (TAF pce 18), l'avocat du recourant s'est renseigné auprès du Tribunal quant à la suite de la procédure et a transmis à ce dernier le décompte des prestations réalisées. Dans son courrier du 24 février 2022 (TAF pce 19), le Tribunal de céans a notamment informé le représentant du recourant que les causes sont en principe traitées selon l'ordre chronologique de leur entrée.

E.

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 Dans la mesure où le recourant est directement touché par les décisions attaquées et a un intérêt digne d'être protégé à ce qu'elles soient annulées ou modifiées, 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 des trois décisions du 22 mai 2020, par lesquelles l'OAIE a octroyé une demi-rente AI du 1^{er} mai 2017 au 31 mai 2019, une rente entière du 1^{er} juin 2019 au 31 décembre 2019 et une demi-rente dès le 1^{er} janvier 2020, au motif que le recourant peut notamment réaliser, à temps partiel, une activité adaptée du 1^{er} novembre 2016 au 19 juin 2019, ainsi qu'à compter du 25 septembre 2019. Le recourant prétend à une rente entière AI depuis le 1^{er} janvier 2017.

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 (MOOR/POLTIER, Droit administratif, vol. II, 3^e éd. 2011, ch. 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 ; MOSER/BEUSCH/KNEUBÜHLER, Prozessieren vor dem Bundesverwaltungsgericht, 2^e éd. 2013, p. 25 n^o 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 22 mai 2020, date des décisions litigieuses, 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 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.

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 22 mai 2020). Les faits survenus postérieurement, et qui ont modifié cette situation, doivent en principe faire l'objet d'une nouvelle décision administrative (ATF 144 V 210 consid. 4.3.1 ; 130 V 138 consid. 2.1 ; 121 V 362 consid. 1b). Le Tribunal ne peut ainsi prendre en considération que les rapports médicaux établis antérieurement à la décision attaquée, à moins que ceux établis ultérieurement ne permettent de mieux comprendre l'état de santé et la capacité de travail de l'assuré jusqu'à la décision sujette à recours (ATF 130 V 445 consid. 1.2.1, 121 V 362 consid. 1b) et qu'ils soient de nature à influencer l'appréciation du cas au moment où la décision attaquée a été rendue (arrêt du TF 9C_34/2017 du 20 avril 2017 consid. 5.2). Aussi, le Tribunal ne tiendra compte des rapports médicaux postérieurs au

22 mai 2020 (cf. ci-dessus, let. D.a et D.c) que dans la mesure où les conditions précitées sont remplies.

4.3 Le requérant étant un ressortissant suisse et espagnol, 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 TF I 435/02 du 4 février 2003 consid. 2). Aussi, même après l'entrée en vigueur de l'ALCP et des règlements de coordination, l'invalidité ouvrant droit à des prestations de l'AI suisse se détermine exclusivement d'après le droit suisse (art. 46 al. 3 du règlement n° 883/2004, en relation avec l'annexe VII dudit règlement ; ATF 130 V 253 consid. 2.4 ; arrêt du TF 9C_573/2012 du 16 janvier 2013 consid. 4).

5.

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, pendant combien de temps et à quel taux 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^{ère} phrase LPGA). L'AI suisse couvre ainsi seulement les pertes économiques liées à une atteinte à la santé physique ou psychique, et non la maladie en tant que telle (ATF 116 V 246 consid. 1b). En d'autres termes, l'objet assuré n'est pas l'atteinte à la santé, mais l'incapacité de gain probablement permanente ou de longue durée qui en résulte et qui n'est pas objectivement surmontable (art. 7 al. 2 LPGA). En cas d'incapacité de travail de longue durée, l'activité qui peut être exigée de la personne assurée peut aussi relever d'une autre profession ou d'un autre domaine d'activité (art. 6, 2^e phrase LPGA).

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

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

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

6.5 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; MICHEL 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_58/2011 du 25 mars 2011 consid. 3.3 ; 8C_565/2008 du 27 janvier 2009 consid. 3.3.3 ;

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

7.3.3 S'agissant des rapports établis par les médecins traitants, qu'ils soient médecins de famille généralistes ou spécialistes, il convient de les apprécier avec une certaine réserve en raison de la relation de confiance, issue du mandat thérapeutique confié au médecin traitant, qui unit celui-ci à son patient (ATF 125 V 351 consid. 3b/cc et les références citées ; arrêt du TF I 655/05 du 20 mars 2006 consid. 5.4). Toutefois, le simple fait qu'un rapport médical soit établi à la demande d'une partie et soit produit pendant 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 ; MICHEL VALTERIO, op. cit., ad. art. 57 LAI n^{os} 48 et 49).

7.3.4 Cela étant, la jurisprudence a établi des directives sur l'appréciation de certaines formes de rapports ou d'expertises médicaux (ATF 125 V 351 consid. 3b ; cf. également arrêt du TF 9C_55/2016 du 14 juillet 2016 consid. 3). Ainsi, le juge ne s'écarte en principe pas sans motifs impérieux (« zwingende Gründe ») des conclusions d'une expertise judiciaire, la tâche de l'expert étant précisément de mettre ses connaissances spéciales à la disposition de la justice afin de l'éclairer sur les aspects médicaux d'un état de fait donné (ATF 135 V 465 consid. 4.4 ; 125 V 351 consid. 3b/aa ; 118 la 144). Lorsqu'une appréciation repose sur une évaluation médicale complète, il appartient partant à la partie recourante, si elle entend remettre en cause l'évaluation d'un expert, de faire état d'éléments objectivement vérifiables ignorés dans le cadre de l'expertise et suffisamment pertinents pour en remettre en cause les conclusions ou en établir le caractère

objectivement incomplet (arrêt du TF 9C_809/2014 du 7 juillet 2015 consid. 4.1). Selon la jurisprudence, peut constituer une raison de s'écarter d'une expertise judiciaire le fait que celle-ci contient des contradictions, ou qu'une surexpertise ordonnée par le tribunal en infirme les conclusions de manière convaincante. En outre, lorsque d'autres spécialistes émettent des opinions contraires aptes à mettre sérieusement en doute la pertinence des déductions de l'expert, on ne peut exclure, selon les cas, une interprétation divergente des conclusions de ce dernier par le juge ou, au besoin, une instruction complémentaire sous la forme d'une nouvelle expertise médicale (ATF 125 V 352 consid. 3b/aa et les références).

7.3.5 En ce qui concerne les expertises psychiatriques, depuis l'ATF 143 V 418 consid. 6 s., en règle générale, toutes les affections psychiques doivent faire l'objet d'une procédure probatoire structurée au sens de l'ATF 141 V 281 afin d'établir l'existence d'une incapacité de travail et de gain invalidante. Le point de départ de cet examen, et donc sa condition première, nécessaire à la reconnaissance de l'existence d'une atteinte à la santé psychique, est l'existence d'un diagnostic émanant d'un médecin psychiatre s'appuyant *lege artis* sur les critères d'un système de classification reconnu, tel la CIM-10 ou le DSM (ATF 141 V 281 consid. 2.1, 143 V 418 consid. 6 et 8.1). Puis, afin d'évaluer la capacité de travail et le caractère invalidant des affections retenues, le Tribunal fédéral a conçu un catalogue d'indicateurs, base de l'analyse (ATF 141 V 281 consid. 4.1.3). Bien plus que le diagnostic, c'est la question des effets fonctionnels d'un trouble qui importe. Toutefois, une telle évaluation est superflue lorsque l'incapacité de travail est niée sur la base de rapports probants établis par des médecins spécialistes et que d'éventuelles appréciations contraires n'ont pas de valeur probante du fait qu'elles proviennent de médecins n'ayant pas une qualification spécialisée ou pour d'autres raisons (ATF 143 V 418 consid. 7.1 in fine; 143 V 409 consid. 4.5 et 5.1; MICHEL VALTERIO, *op. cit.*, ad art. 4 n° 22).

Dans l'ATF 148 V 49, le Tribunal fédéral a précisé qu'un trouble dépressif de degré léger à moyen sans interférence notable avec des comorbidités psychiatriques ne peut généralement pas être défini comme une maladie mentale grave. S'il existe en outre un potentiel thérapeutique significatif, le caractère durable de l'atteinte à la santé est notamment remis en question. Dans ce cas, il doit exister des motifs importants pour que l'on puisse néanmoins conclure à une maladie invalidante.

8.

En l'occurrence, l'autorité inférieure s'est notamment basée sur les constatations de l'examen personnel en psychiatrie et rhumatologie réalisé auprès de l'OAIE en date du 12 septembre 2018 (cf. ci-dessus, let C.i) pour statuer sur le droit aux prestations AI. De son côté, le recourant conteste le contenu et les conclusions de cet examen. Il s'agit ainsi d'examiner, dans un premier temps, si l'on peut conférer pleine valeur probante au rapport médical du 12 septembre 2018 et si l'on peut retenir les incapacités de travail figurant dans ledit rapport, compte tenu de l'ensemble des pathologies.

8.1 Pour parvenir à ses conclusions, le Dr O. _____ (psychiatre auprès de l'OAIE ; cf. ci-dessus, let. C.i.a), qui a examiné l'assuré durant 2 heures et 20 minutes, a notamment tenu compte des éléments d'anamnèse somatique pertinents (surdité moyenne à sévère bilatérale nécessitant un appareillage, rupture de coiffe de l'épaule droite, maladie coronarienne, prothèse de hanche droite ; cf. OAIE pce 226 p. 3). Le psychiatre de l'autorité inférieure s'est aussi penché sur l'anamnèse personnelle spontanée, dont il ressort que l'assuré dit avoir trop de problèmes, avoir d'importantes douleurs au niveau de son membre supérieur droit et ajoute que ses relations avec ses deux fils sont extrêmement difficiles et qu'avec sa famille d'origine la communication a été totalement rompue. Selon l'anamnèse dirigée, la vie de l'assuré aurait changé du tout au tout depuis un infarctus fin 2014 (apparition de plusieurs symptômes dépressifs, persistant jusqu'au jour de l'examen auprès de l'autorité inférieure ; cf. OAIE pce 226 p. 3). Le psychiatre indique aussi que, peu après le rétablissement de son infarctus, l'assuré aurait commencé à consommer de l'alcool, mais aurait arrêté spontanément en 2017 (cf. OAIE pce 226 p. 3). De surcroît, l'assuré a rapport  présenter parfois des idées suicidaires passagères, n'a pas mentionné de troubles de l'appétit, ni de perte de poids récente, et a dit avoir des difficultés de sommeil (OAIE pce 226 p. 3 s.). En outre, il ressort du rapport d'examen que l'intéressé s'est plaint de troubles de la mémoire, bien qu'il puisse se concentrer facilement lors de discussions complexes (OAIE pce 226 p. 4). Le psychiatre de l'autorité inférieure mentionne également l'enfance difficile de l'assuré (décès du père lorsqu'il avait quatre ans, placement chez un oncle qui le battait avec une ceinture et placement dans un internat ; OAIE pce 226 p. 6). Il ressort par ailleurs du rapport d'examen que l'assuré a dit avoir de bons contacts avec les voisins, son beau-frère et sa belle-s eur du côté de sa femme (OAIE pce 226 p. 6 s.).

En ce qui concerne les premiers signes de pathologie psychiatrique, le Dr O. _____ indique que l'atteinte à la santé psychiatrique de l'assuré a

commencé d'une part lorsqu'il s'est retrouvé en incapacité de travail prolongée après ses problèmes à l'épaule droite et suite à son licenciement de la Société B. _____ en 2010, et d'autre part lorsque ses enfants ont commencé à s'émanciper et avaient besoin d'attention afin de poursuivre leurs développements (OAIE pce 226 p. 13). Cependant, le Dr O. _____ retient que, suite à un traitement de soutien par le médecin généraliste et un traitement médicamenteux, l'épisode dépressif s'est amélioré et l'assuré a pu reprendre une activité professionnelle (cf. ci-dessus, let. A). Par la suite, l'infarctus de novembre 2014 aurait une nouvelle fois entraîné des symptômes dépressifs, mais qui n'ont pas été documentés avant 2017 (cf. OAIE pce 226 p. 13). Et le Dr O. _____ d'ajouter que cette rechute dépressive a été documentée par le médecin traitant, qui a adressé son patient vers un psychiatre en mars 2017 (cf. ci-dessus, let. C.d). Le Dr O. _____ fait état des symptômes dépressifs suivants :

- une symptomatologie qui dure depuis plusieurs années,
- des symptômes de manie et d'hypomanie qui n'ont pas été décelés à l'anamnèse,
- une humeur dépressive qui ne dure pas toute la journée et est influençable par les conditions extérieures,
- une diminution d'intérêt et de joie dans les activités et une diminution de l'élan vital et de la fatigabilité,
- une diminution de l'estime de soi, l'assuré exprimant des idées noires, ce de façon fluctuante et impulsive,
- des plaintes de troubles de la mémoire et de la concentration, non objectivé lors de l'examen effectué par le Dr O. _____,
- des plaintes de troubles du sommeil,
- l'absence de plaintes de troubles de l'appétit et de culpabilité excessive.

Le Dr O. _____ souligne que l'entier des symptômes dépressifs observés lors de son examen sont à comprendre au sein du diagnostic de dysthymie (F34.1 CIM-10). Dès lors, le psychiatre de l'OAIE retient que le trouble dépressif récurrent est actuellement en rémission. Le Dr O. _____ explique que le point cardinal de l'appréciation litigieuse (par rapport au rapport médical du psychiatre traitant, qui indique que le trouble dépressif majeur est incapacitant à 100 % ; cf. ci-dessus, let. C.g) est en l'intensité du syndrome dépressif. Aussi, le psychiatre de l'autorité inférieure retient que l'ensemble des symptômes dépressifs évoqués ci-dessus appartiennent à la dysthymie et il apparaît, d'après le train de vie et les ressources de l'assuré, qu'il n'est pas compatible avec un état dépressif ni même léger (OAIE pce 226 p. 14).

Par ailleurs, le psychiatre a abordé la question des indicateurs standards en lien avec les diagnostics retenus. Le Dr O. _____ fait état d'un accès restreint, mais pas impossible, à la psychothérapie de la part d'un assuré qui présente des traits de personnalité pathologique, étant précisé que les traitements pharmacologiques ont eu un effet positif (OAIE pce 226 p. 16). Pour ce qui est du succès ou de la résistance à la réadaptation, le psychiatre affirme que les diagnostics psychiatriques retenus ne permettent pas de comprendre pourquoi l'assuré ne s'est pas réadapté. En ce qui concerne le complexe « personnalité », le psychiatre de l'OAIE souligne que l'assuré ne présente pas de troubles de la personnalité, mais qu'il présente des distorsions de sa perception de lui-même et de sa relation aux autres. Le Dr O. _____ ajoute que le contexte social et économique est habituellement stable, l'assuré vivant avec son épouse, qui travaille. Par ailleurs, l'intéressé bénéficie de plusieurs relations amicales et a des activités quotidiennes hédoniques solitaires et avec d'autres personnes (cf. OAIE pce 226 p. 14). Aussi, le psychiatre de l'OAIE a constaté que l'assuré dispose de ressources personnelles et relationnelles, lui permettant notamment de respecter les règles et les tâches de routine, de planifier et structurer les tâches, de s'affirmer, d'établir des relations avec des tiers, d'évoluer en groupe et de se déplacer (cf. OAIE pce 226 p. 17 ss). Or, le Dr O. _____ retient que des limitations de moyennes à sévères existent en ce qui concerne la flexibilité et l'aptitude aux changements, l'attitude à porter un jugement et à prendre des décisions et l'aptitude à entretenir des relations étroites (cf. OAIE pce 226 p. 17 s.). En ce qui concerne la consommation d'alcool, le Dr O. _____ souligne que celle-ci repose uniquement sur les dires de l'assuré, aucun rapport médical ne mentionnant cette consommation ne se retrouve au dossier.

8.1.1 Dans le cadre de la procédure de recours, le Dr O. _____, dans sa prise de position du 25 novembre 2020 (annexe TAF pce 8), met notamment en exergue le fait qu'aucune nouvelle pièce médicale n'a été produite dans le cadre de la procédure de recours sur le plan psychiatrique et qu'aucun document médical n'est ainsi venu contredire l'examen personnel du 12 septembre 2018. Le psychiatre de l'OAIE souligne en outre que le rapport du Dr M. _____ du 28 février 2018 fait état d'une rémission partielle de la symptomatologie datée et est concordant avec le début d'une rémission symptomatique du trouble dépressif récurrent, observée lors de l'examen du 12 septembre 2018. Aussi, le Dr O. _____ ajoute qu'il n'était pas nécessaire de requérir un rapport supplémentaire (cf. par. 24 p. 10 du recours ; TAF pce 1). En ce qui concerne les allégations suicidaires (cf. par. 26 p. 11 du recours ; TAF pce 1), le médecin précise que celles-ci ne permettent pas en soi de qualifier l'état de sévérité d'un état dépressif. Au sujet

de la problématique alcoolique (cf. par. 27 p. 11 du recours ; TAF pce 1), le Dr O. _____ rappelle que celle-ci a été investiguée exhaustivement et qu'un diagnostic correspondant de trouble mental et du comportement en lien avec l'utilisation d'alcool (usage nocif pour la santé) a été retenu. Par ailleurs, le psychiatre de l'OAIE insiste sur le fait que l'impact de ce diagnostic selon les indicateurs standards et les limitations fonctionnelles a été apprécié dans l'examen personnel du 12 septembre 2018, dont le Dr O. _____ confirme le contenu et les conclusions.

8.1.2 Compte tenu de ce qui précède, le Tribunal de céans constate que le médecin psychiatre de l'OAIE a fourni un rapport complet et probant à la suite d'un examen personnel, en tenant en particulier compte des points litigieux importants. En effet, le Dr O. _____ a expliqué pour quelle raison il ne peut pas retenir, à l'instar du Dr M. _____ (cf. ci-dessus, let C.g) une incapacité de travail complète. Après avoir procédé à une anamnèse exhaustive et tenu compte des plaintes exprimées par l'assuré, le Dr O. _____ a fait état des symptômes dépressifs qu'il a constatés, pour conclure notamment à la rémission du trouble dépressif et au diagnostic de dysthymie.

Par ailleurs, conformément à la jurisprudence (cf. ci-dessus, consid. 7.3.5) le psychiatre de l'OAIE, qui a examiné le recourant, a procédé à une analyse probatoire structurée, visant à déterminer le caractère invalidant des affections retenues. C'est ainsi dans le respect des réquisits jurisprudentiels que le Dr O. _____ a tenu compte des ressources personnelles et relationnelles de l'assuré – qui ne présente pas de troubles de la personnalité – , de son accès possible à une thérapie adéquate, de la stabilité de la situation sociale et économique. Le Tribunal retient aussi, pour ce qui a trait à la consommation d'alcool, que l'assuré a affirmé, lors de l'examen personnel, en avoir arrêté la consommation une année auparavant (cf. OAIE pce 226 p. 3).

8.2 En ce qui concerne le volet rhumatologique de l'examen du 12 septembre 2018, pour parvenir à ses conclusions, la Dre P. _____, qui a examiné l'assuré durant 1 heure et 50 minutes (cf. OAIE pce 226 p. 21), s'est penchée notamment sur les diverses pièces médicales figurant au dossier et a procédé à l'anamnèse, d'où il ressort en particulier que les douleurs de l'épaule droite ont commencé lorsqu'il travaillait en tant que vendeur, quand, au moment de couper un poisson, la pointe de son couteau a tapé contre la vitrine et il a ressenti un craquement et une douleur à l'épaule droite. Par ailleurs, en 2012, ces douleurs sont revenues progressivement et, depuis 2017, elles ont diffusé au rachis cervical et à la face

dorsale de l'avant-bras droit (cf. OAIE pce 226 p. 23). Il est aussi indiqué dans la partie « anamnèse » que les douleurs de l'épaule ne sont pas insomniantes et qu'elles sont diurnes et mécaniques. En ce qui concerne les hanches, il est indiqué qu'il n'y a pas de gêne au niveau de la prothèse droite et qu'à gauche les fessalgies sont supportables et intermittentes, étant précisé que l'assuré marche sans canne (cf. OAIE pce 226 p. 24). Il ressort également de l'anamnèse que l'assuré a des lombalgies chroniques irradiant dans la fesse droite avec antécédent de blocage et que les épisodes de blocage surviennent deux fois par an, et sont traitées par un ostéopathe. Il est par ailleurs précisé qu'il n'y a pas d'irradiation dans les membres inférieurs (cf. OAIE pce 226 p. 24). Concernant les gonalgies, il est indiqué dans l'anamnèse que l'assuré n'a plus de gêne au jour de l'examen auprès de l'autorité inférieure. Au niveau cardiologique, la rhumatologue écrit notamment, dans l'anamnèse, que l'assuré n'a pas eu le temps de revoir son cardiologue récemment.

De surcroît, au niveau neurologique, l'assuré a signalé, lors de l'examen, une sensation vertigineuse avec trouble visuel à type de « trou noir » surtout en se levant, des céphalées temporales, ainsi qu'une sensation de paresthésies de la main droite le matin.

A l'appui de ses conclusions diagnostiques, la rhumatologue mentionne notamment ce qui suit dans la partie « appréciation du cas » (OAIE pce 226 p. 36 s.). Au plan ostéoarticulaire, l'atteinte principale est une omalgie droite chronique avec rupture massive de la coiffe des rotateurs en 2009, opérée à plusieurs reprises, dont la douleur est quotidienne et mécanique. Et la Dr P. _____ d'ajouter que la hanche droite est indolore lors de l'examen, alors que les douleurs à gauche sont intermittentes et supportables. Concernant les lombalgies sur troubles dégénératifs, les douleurs surviennent seulement deux fois par an et sont soulagées par un ostéopathe. Pour la gonalgie droite sur chondropathie rotulienne, celle-ci est asymptomatique. Concernant l'hypoesthésie tactile grossière diffuse de l'hémicorps droit, la rhumatologue n'a pas d'argument clinique ni sur les différentes imageries pour une atteinte radiculaire.

8.2.1 De surcroît, dans son appréciation du 20 avril 2020 (OAIE pce 279), la Dre P. _____ souligne en particulier que les lombalgies sur troubles dégénératifs ont déjà été prises en compte dans l'examen personnel du 12 septembre 2018 et que l'IRM du 26 novembre 2019 décrit des lésions dégénératives n'apportant pas d'élément nouveau.

8.2.2 Ayant pris position sur la base d'un dossier complet et après avoir examiné le recourant, la rhumatologue de l'OAIE a fourni une appréciation probante et cohérente de l'état de santé de l'assuré, si bien que le Tribunal de céans ne peut que confirmer la valeur probante de son examen.

8.2.3 En ce qui concerne le début de l'incapacité de travail totale, correspondant à la date de l'IRM ayant objectivé l'ostéonécrose des hanches, le Tribunal ne saurait se rallier à la conclusion du recourant, selon lequel une date antérieure au 13 mai 2016 devrait être retenue, la nécrose existant avant sa mise en évidence par IRM. Or, le Tribunal de céans constate, à l'instar de la Dre T. _____ (cf. ci-dessus, let. D.b), l'absence d'autres documents probants au dossier concernant le début de l'atteinte des têtes fémorales. En effet, quoi qu'en dise le recourant, en droit des assurances sociales, il n'existe pas de principe selon lequel l'administration ou le juge devrait statuer, dans le doute, en faveur de l'assuré (ATF 126 V 319 consid. 5a). Pour cette même raison, le Tribunal de céans se rallie à l'appréciation de l'autorité inférieure, selon laquelle l'incapacité de travail totale dans toute activité lucrative causée par la nécrose des têtes fémorales a cessé dans les trois mois suivant l'intervention du 8 août 2016. En effet, comme le rappelle la Dre T. _____ dans son appréciation du 14 mai 2021 (cf. ci-dessus, let. D.d), l'évolution post-opératoire a été favorable, aucun document médical ne contredisant cela et, comme le souligne le médecin de l'OAIE, la durée générale de la convalescence post-opératoire a été estimée par la spécialiste en rhumatologie, avant la reprise d'une activité professionnelle légère et adaptée, cela au vu de l'examen personnel objectif de l'assuré du 12 septembre 2018 et suite à l'appréciation de l'intégralité des documents médicaux versés au dossier.

8.2.4 Aussi, le Tribunal de céans considère comme étant prouvée, au degré de la vraisemblance prépondérante, l'amélioration de l'affection au niveau des hanches à partir du 31 octobre 2016.

8.2.5 Par ailleurs, l'ensemble des atteintes somatiques ont été abordées et discutées par le service médical interne de l'OAIE. En ce qui concerne l'aspect cardiologique, la Dre T. _____ confirme à juste titre, dans sa prise de position du 31 mars 2020 (cf. ci-dessus, let. C.k.e), que l'assuré ne présente pas de limitation fonctionnelle dans l'exercice d'une activité adaptée (cf. également les rapports médicaux cités sous let. C.a et C.k.a). Par ailleurs, le médecin de l'autorité inférieure rappelle correctement, dans sa prise de position du 10 novembre 2020 (annexe TAF pce 8) que l'atteinte de la tête fémorale gauche est connue depuis l'IRM de mai 2016 et a été prise en compte par l'examen rhumatologique du 12 septembre 2018 (cf.

OAIE pce 226 p. 34 s.), contrairement à l'affirmation de l'assuré formulée dans le recours (cf. par. 41 p. 13 TAF pce 1).

8.2.6 De surcroît, la Dre T. _____ souligne à juste titre, dans son appréciation du 10 novembre 2020 précitée, que l'examen rhumatologique du 12 septembre 2018 a également retenu les limitations liées aux atteintes de l'épaule droite à la date de la reprise possible d'une activité adaptée à temps partiel le 1^{er} novembre 2016, avec des limitations fonctionnelles dans une activité adaptée liées principalement aux limitations de l'épaule droite (cf. par. 35 p. 12 du recours ; TAF pce 1). En ce qui concerne les opérations de hernie inguinale, la Dre T. _____ indique qu'elles ne motivent pas d'incapacité de travail significative, de même que les infiltrations à but antalgique pratiquées au niveau du genou ou de l'épaule. Pour ce qui est du genou droit (cf. par. 42 p. 13 du recours ; TAF pce 1), la Dre T. _____ précise justement que les gonalgies droites ont été prises en compte lors de l'examen rhumatologique du 12 septembre 2018, état rappelé que cette atteinte n'est pas invalidante et que l'assuré n'a pas présenté de symptômes lors de l'examen personnel précité. Au sujet des lombalgies (cf. par. 43 p. 13 du recours ; TAF pce 1), la Dre T. _____ se réfère notamment à l'IRM lombaire du 26 novembre 2019, qui montre des troubles dégénératifs lombaires pris en compte par l'examen rhumatologique du 12 septembre 2018 et par la prise de position rhumatologique du 20 avril 2020. Concernant les problèmes auditifs de l'assuré, la Dre T. _____ souligne que l'hypoacousie appareillée connue depuis novembre 2004 n'a pas empêché l'assuré d'effectuer son activité professionnelle et que l'examen personnel du 12 septembre 2018 s'est déroulé sans difficultés de compréhension notables.

8.3 Les constatations médicales des Dres T. _____ et P. _____ portant sur les pathologies somatiques, dûment motivées et corroborées par les pièces du dossier et l'examen personnel, ne prêtent pas le flanc à la critique pour ce qui concerne la période allant jusqu'à l'examen médical du 12 septembre 2018.

8.4 Au vu de ce qui précède, et conformément aux conclusions de l'examen personnel du 12 septembre 2018, auquel une pleine valeur probante doit être reconnue, le Tribunal confirme une incapacité de travail totale (100 %) dans les dernières activités de vendeur de poissons et d'aide de cuisine dès le 13 mai 2016. Une activité lucrative adaptée – respectant les limitations fonctionnelles précitées (cf. ci-dessus, let. C.I) – est exigible à 60 % à compter du 1^{er} novembre 2016 et à 60 %, mais avec une baisse de rendement de 10 %, à partir du 1^{er} février 2017. Aussi, et contrairement à

ce qui figure dans les décisions entreprises, la capacité de travail dans une activité lucrative adaptée à l'état de santé est de 54 % (60 % - [60 x 10 : 100]) depuis le 1^{er} février 2017, ce qui signifie que l'incapacité de travail est de 46 % et non pas de 44 %.

9.

Il s'agit maintenant d'examiner comment a évolué la situation médicale de l'assuré et ses incapacités de travail postérieurement à l'examen personnel du 12 septembre 2018. Selon l'autorité inférieure, une incapacité de travail totale temporaire dans toute activité lucrative doit être retenue du 20 juin 2019 au 24 septembre 2019, à cause de l'opération de prothèse inversée de l'épaule droite. Aux yeux du recourant, l'état de l'épaule droite s'est dégradé avant l'intervention chirurgicale précitée, soit au moins à compter de janvier 2019 (cf. par. 58 p. 14 du recours ; TAF pce 1), et aucune amélioration n'a eu lieu à partir du 24 septembre 2019.

9.1 Le Tribunal de céans retient que, s'il est vrai que le Dr Q. _____, dans son rapport du 28 janvier 2019 (annexe 21 TAF pce 1), fait état d'une épaule droite douloureuse, c'est en date du 25 avril 2019 (cf. annexe 22 TAF pce 1) que le chirurgien orthopédiste souligne que l'épaule droite est pseudo paralytique. Par ailleurs, la nécessité de l'opération de prothèse inversée ressort du rapport du Dr I. _____ du 13 mars 2019 (OAIE pce 271). Le Tribunal retient ainsi établi, au degré de la vraisemblance prépondérante, qu'une aggravation de l'état de santé, justifiant une incapacité de travail totale dans l'exercice de toute activité, s'est produite au mois de mars 2019, date à partir de laquelle l'épaule du membre supérieur dominant (cf. en particulier annexe 21 TAF pce 1) justifiait notamment la pose d'une prothèse.

9.1.1 En ce qui concerne la période postérieure à l'intervention du 21 juin 2019, l'autorité inférieure a conclu à une amélioration de la capacité de travail, justifiant une réduction de la rente d'invalidité, à compter du 24 septembre 2019 (cf. ci-dessus, let. C.I). En effet, comme le souligne la Dre T. _____ dans sa prise de position du 10 novembre 2020 (annexe TAF pce 8) cette intervention ne motiverait qu'une incapacité de travail totale dans l'activité de substitution adaptée du 20 juin 2019 (date de l'hospitalisation) au 24 septembre 2019, date du rapport orthopédique de suivi du Dr Q. _____. Le médecin de l'OAIE soutient qu'en règle générale, le rétablissement et la convalescence après prothèse d'épaule inversée prennent entre 2 et 4 mois.

9.1.2 Le Tribunal ne saurait partager l'avis de l'autorité inférieure quant à une prétendue amélioration de la capacité de travail du recourant au 24 septembre 2019, étant rappelé qu'il incombe à l'OAIE de prouver qu'une telle amélioration a eu lieu (cf. ci-dessus, consid. 6.5). En particulier, comme le souligne à juste titre le recourant (cf. par. 58 et 59 p. 14 s. du recours ; TAF pce 1), le Dr Q._____ ne fait nullement état d'une quelconque amélioration ou stabilisation de l'épaule dans ses rapports des 24 septembre et 10 décembre 2019 (cf. ci-dessus, let. C.k.b). Bien au contraire, le Dr Q._____ dépeint, dans ce dernier rapport, un patient qui ne peut pas reprendre une activité professionnelle manuelle (cf. OAIE pce 264 p. 2). Aussi, aucune amélioration de l'état de santé ne s'étant produite au 24 septembre 2019, c'est de manière contraire au droit fédéral que l'autorité inférieure a réduit la rente entière d'invalidité à partir du 1^{er} janvier 2020, étant précisé que le service médical interne de l'OAIE n'a pas revu l'assuré après l'examen personnel du 12 septembre 2018.

9.1.3 Par ailleurs, l'autorité inférieure ne pouvait se limiter à réduire la rente d'invalidité pour une prétendue amélioration de la capacité de travail survenue le 24 septembre 2019, date à laquelle l'assuré avait 58 ans. En effet, selon la jurisprudence, si l'assuré a déjà atteint à l'âge de 55 ans au moment de la suppression ou de la réduction de la rente d'invalidité, on ne peut en principe pas s'attendre à une réadaptation par soi-même (ATF 141 V 5). En tout état de cause, la question de la réadaptation par soi-même peut rester ouverte, une amélioration de l'état de santé ne s'étant pas produite, au degré de la vraisemblance prépondérante, à partir du 24 septembre 2019.

9.1.4 De surcroît, le Tribunal de céans ne peut pas se rallier à l'appréciation de l'OAIE concernant l'aggravation de l'état de santé causée par la problématique de l'épaule gauche. Aux yeux de l'autorité inférieure, ce n'est qu'à compter du 28 mai 2020, soit postérieurement à la date des décisions litigieuses, qu'une incapacité de travail de 100 % peut être retenue pour toute activité (cf. prise de position de la Dre T._____ du 10 novembre 2020 ; annexe TAF pce 8). La date du 28 mai 2020 correspond à celle de l'arthro-IRM de l'épaule gauche (cf. ci-dessus, let. D.a). Or, le rapport de radiographies et échographie de l'épaule gauche du Dr S._____ 27 janvier 2020 (OAIE pce 268), met clairement en exergue une tendinopathie du tendon du muscle supraépineux et infra-scapulaire et la nécessité de procéder à un arthroscanner ou à une arthro-IRM en l'absence d'amélioration sous traitement médical. Ce rapport, mentionné dans la motivation des décisions litigieuses (cf. ci-dessus, let. C.l), aurait dû à tout le moins inciter l'OAIE à mener des enquêtes médicales supplémentaires, conformément à la

maxime inquisitoire (cf. ci-dessus, consid. 7.1), compte tenu notamment de la brièveté du laps de temps écoulé entre la prétendue amélioration de l'état de l'épaule droite et cette nouvelle atteinte à l'autre épaule. Aussi, le droit fédéral a également été violé en ce qui a trait à la problématique de l'épaule droite.

9.2 Au vu de ce qui précède, le Tribunal de céans retient une incapacité de travail totale, dans l'exercice de toute activité lucrative à compter du 13 mars 2019, sans qu'il ne soit nécessaire de se prononcer sur les autres documents médicaux postérieurs à cette dernière date et invoqués par le recourant (cf. notamment ci-dessus, let. D.a et D.c).

10.

Force est ainsi de retenir les incapacités de travail suivantes (cf. consid. 8.3 et 9.2) :

- dans les dernières activités de vendeur de poissons et d'aide de cuisine : 100 % dès le 13 mai 2016,
- dans des activités adaptées : 40 % dès le 1^{er} novembre 2016,
46 % dès le 1^{er} février 2017,
100 % dès le 13 mars 2019.

10.1 En ce qui concerne le calcul de la perte de gain effectué par l'OAIE en date du 8 janvier 2019 (OAIE pce 228), celui-ci n'est pas contesté par le recourant. Pour le surplus, 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). Toutefois, compte tenu de la modification apportée par le Tribunal à la capacité de travail dans une activité adaptée exigible du 1^{er} février 2017 au 12 mars 2019 (cf. ci-dessus, consid. 8.3 et 10), il convient de rectifier la comparaison des revenus précitée concernant cette dernière période. La capacité de travail étant de 54 % (et non pas de 56 %), le revenu d'invalidé s'élève à Fr. 2'404.92 (et non pas à Fr. 2'493.99). La perte de gain, pour la période du 1^{er} février 2017 au 12 mars 2019 est ainsi de 51.56 % $([4'964.80 - 2'404.92] \times 100 : 4'964.80)$, soit, arrondie, de 52 %. Par surabondance, le Tribunal souligne que, si l'on devait retenir une capacité de travail de 50 % à compter du 1^{er} février 2017 (60 % - 10 %), le revenu d'invalidé s'élèverait à Fr. 2'226.78 $(4'453.56 : 2)$. La perte de gain serait ainsi, du 1^{er} février 2017 au 12 mars 2019 de 55.14 % $([4'964.80 - 2'226.78] \times 100 : 4'964.80)$, soit arrondie, de 55 %, justifiant en tout état de cause l'octroi d'une demi-rente.

11.

En définitive, le recours est partiellement admis, les décisions attaquées étant réformées en ce sens que le recourant a droit à une demi-rente d'invalidité dès le 1^{er} mai 2017 (une année après le début de l'incapacité de travail ; cf. art. 28 al. 1 et 2 LAI) et à une rente entière, sans interruption, à compter du 1^{er} juin 2019 (trois mois après l'aggravation de l'état de santé constatée au mois de mars 2019 ; cf. art. 88a al. 2 RAI). Le dossier est retourné à l'autorité inférieure afin qu'elle détermine le montant global de la rente, sous suite d'intérêts moratoires (art. 26 al. 2 LPGA).

12.

12.1 Etant donné l'issue du litige, il y a lieu de percevoir des frais de procédure réduits, dès lors que le recourant obtient partiellement gain de cause (art. 63 al. 1 PA ; arrêt de principe du Tribunal C-455/2020 du 12 janvier 2022 consid. 7.2.1). Partant, l'avance de frais versée par le recourant à hauteur de Fr. 800.- (TAF pce 4) lui sera restituée à hauteur de Fr. 750.- dès l'entrée en force du présent arrêt.

12.2 Selon l'art. 64 al. 1 PA, l'autorité de recours peut allouer, d'office ou sur requête, à la partie ayant entièrement ou partiellement obtenu gain de cause une indemnité pour les frais indispensables et relativement élevés qui lui ont été occasionnés. Les parties qui ont droit aux dépens et les avocats commis d'office doivent faire parvenir au tribunal, avant le prononcé, un décompte de leurs prestations, sur la base duquel le Tribunal fixera les dépens (art. 14 al. 1 et 2 du règlement du 21 février 2008 concernant les frais, dépens et indemnités fixés par le Tribunal administratif fédéral [FITAF, RS 173.320.2]). Ceux-ci comprennent les frais de représentation, en particulier les honoraires d'avocat, le remboursement des débours (frais de photocopie de documents, frais de port et de téléphone, etc.) et les éventuels autres frais nécessaires de la partie (art. 8 et art. 9 al. 1 let. a et b FITAF).

Les honoraires d'avocat pour lesquels une indemnité est allouée sont calculés en fonction du temps nécessaire à la défense de la partie représentée, le tarif horaire pris en compte pour un avocat étant de Fr. 200.- au moins et de Fr. 400.- au plus (art. 10 FITAF). Selon la pratique du Tribunal, le taux horaire est fixé à Fr. 250.- de l'heure. La jurisprudence précise que ces honoraires sont, en règle ordinaire, fixés en fonction de l'importance et

de la difficulté du litige, ainsi que d'après le travail et le temps que le mandataire a dû y consacrer (arrêt du TF I 30/03 du 22 mai 2003). Par ailleurs, en matière d'assurances sociales, l'autorité doit tenir compte du fait que la procédure est régie par la maxime d'office, ce qui facilite le travail des avocats (ATF 119 V 48 consid. 4a; arrêt du TF 9C_484/2010 du 16 septembre 2010 consid. 3).

12.3 En l'espèce, le Tribunal a rendu un jugement plus favorable au recourant que la décision attaquée. De plus, la conclusion du recourant selon laquelle une rente AI entière doit lui être octroyée à compter du 1^{er} janvier 2017 n'a pas occasionné de frais supplémentaires au Tribunal, puisque le droit, d'une part, à une demi-rente AI à partir de mai 2017 et, d'autre part, à une rente AI entière depuis le 1^{er} juin 2019 lui a été reconnu. Le recourant peut ainsi prétendre à une pleine indemnité de dépens (art. 64 al. 1 PA ; arrêt de principe du Tribunal C-455/2020 du 12 janvier 2022 consid. 7.2.2).

12.4

12.4.1 L'avocat du recourant a adressé au Tribunal un recours de 17 pages et un bordereau de pièces de 31 documents numérotés (TAF pce 1), puis une réplique de 4 pages accompagnée d'un rapport médical (TAF pce 12). Il a indiqué dans son décompte d'honoraires du 25 février 2021 avoir comptabilisé pour la période du 15 juin 2020 au 24 février 2021, 16.65 heures au tarif horaire de Fr. 400.- (TAF pce 18), pour des entretiens avec le client et des tiers, la rédaction de courriers, courriels, fax et actes judiciaires, la lecture et l'analyse du dossier, le choix de la stratégie et des pièces à produire, les téléphones, le traitement de la correspondance et des documents reçus.

12.4.2 Le décompte d'honoraires produit – d'un montant total de Fr. 6'660.- (16.65 x 400) – s'avère trop élevé au regard du nombre total d'heures facturées et quant au tarif horaire en comparaison d'affaires de complexité équivalente en la matière. En application de l'art. 14 al. 2 FITAF, il appartient au Tribunal de céans de fixer les dépens. En particulier, il appert du dossier et de sa difficulté que le temps comptabilisé dépasse ce qui peut paraître nécessaire à la défense des intérêts du recourant dans le cadre des aspects médicaux de l'AI et du droit à la rente de l'assuré. Un temps de travail global au plus de 11 heures paraît correct pour les prestations diverses et de rédaction effectuées et aussi pour communiquer le présent arrêt à son client (cf. par comparaison l'arrêt du TF I 30/03 du 22 mai 2003 consid. 6.3 relativement à une affaire AI appréciée ne posant pas de ques-

tions de droit complexes pour laquelle 14 heures prestées [recours, répliques et 2 prises de position] ont été considérées présentant un temps de travail trop élevé).

De surcroît, le taux horaire de Fr. 400.- appliqué par le mandataire apparaît, au vu des circonstances, comme excessif. Le simple fait que le tarif horaire usuel à Genève est de Fr. 400.- (cf. TAF pce 18) n'oblige pas le Tribunal à admettre ce tarif, applicable aux causes les plus complexes devant ce tribunal.

Il sied ainsi de fixer les dépens à la charge de l'autorité inférieure, au vu du travail accompli et nécessaire en l'espèce, et de la difficulté relative de l'affaire, par la prise en compte de 11 heures de travail au tarif horaire de Fr. 250.-, sans TVA, le recourant étant domicilié en France (art. 1^{er} et 8 de la loi fédérale du 12 juin 2009 régissant la taxe sur la valeur ajoutée [LTVA, RS 641.20], soit Fr. 2'750.-. A cela s'ajoutent les frais d'un montant de Fr. 50.-. Aussi, il apparaît équitable d'allouer au recourant, à charge de l'OAIE, une indemnité à titre de dépens fixée à Fr. 2'800.-.

Par ces motifs, le Tribunal administratif fédéral prononce :

1.

Le recours est partiellement admis dans la mesure de sa recevabilité et les décisions attaquées du 22 mai 2020 sont réformées dans le sens qu'il est alloué au recourant une demi-rente d'invalidité dès le 1^{er} mai 2017 et une rente entière d'invalidité à compter du 1^{er} juin 2019.

2.

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

3.

Il est perçu des frais judiciaires à hauteur de Fr. 50.-. Le solde de l'avance sur les frais présumés de procédure de Fr. 750.- sera remboursé 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 :