



Cour III
C-332/2020

Arrêt du 7 novembre 2022

Composition

Caroline Bissegger (présidente du collège),
Michael Peterli, Caroline Gehring, juges,
Mattia Bernardoni, greffier.

Parties

A. _____, (Portugal)
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 5 décembre 2019).

Faits :**A.**

A._____ (ci-après : le recourant, l'assuré ou l'intéressé) est un ressortissant portugais, domicilié au Portugal, né le (...) 1973 et au bénéfice d'un CFC de vendeur (OAIE pces 17 p. 2, 18 p. 33 s., 68 et 89). Il a travaillé en Suisse entre 1991 et 2004 et entre 2012 et 2016, en dernier lieu, soit du 7 avril 2015 au 29 janvier 2016, en qualité de couvreur, à 100 %, auprès de l'entreprise B._____ SA à (...) (annexes à TAF pce 6, OAIE pce 25 [questionnaire pour l'employeur du 1^{er} mars 2017]). Lors de son activité lucrative en Suisse, il a cotisé à l'AVS/AI durant 193 mois (annexes à TAF pce 6).

B.

En date du 5 octobre 2016, l'intéressé a déposé une demande de prestations de l'assurance-invalidité (AI) auprès de l'Office de l'assurance-invalidité pour le canton C._____ (ci-après : l'OAI-C._____), en indiquant être en incapacité de travail depuis le 28 janvier 2016 à cause de douleurs à l'épaule gauche entraînant des limitations fonctionnelles (OAIE pces 5 et 8).

B.a Il ressort des pièces présentes au dossier que l'assuré a subi un accident professionnel le 28 janvier 2016, lors duquel l'intéressé, qui marchait sur un toit en portant des tuiles, est tombé en se réceptionnant sur les fesses, puis sur le côté droit, pour ensuite glisser sur le côté gauche sur une dizaine de mètres (OAIE pces 18 p. 120 ss et 42 p. 28). Dans son rapport du 28 janvier 2016 (OAIE pce 42 p. 28 s.), le Dr C._____, (médecin généraliste ; ci-après : le Dr C._____), fait état d'un polytraumatisme et pose les diagnostics de contusion musculaire du trapèze gauche, contusion cervicale et dorsale, et suspicion de lésion du plexus brachial gauche. Le Dr C._____ mentionne également une alcoolisation aiguë objectivée par une mesure de l'alcoolémie. Le rapport du Dr D._____(radiologue ; ci-après : le Dr D._____) du 29 janvier 2016 (CR épaule gauche et CR avant-bras gauche du 28 janvier 2016) met notamment en exergue l'absence de fracture osseuse et des rapports articulaires conservés (OAIE pce 18 p. 103). Dans son rapport du 2 février 2016 (CT-scan cérébral et de la colonne cervicodorsale du 28 janvier 2016), le Dr D._____conclut à l'absence de lésion d'allure traumatique cérébrale et du rachis cervicodorsal et à la présence d'une discopathie protrusive C5 et C6 (OAIE pce 18 p. 102).

B.b La Caisse nationale suisse d'assurance en cas d'accidents (ci-après : la Suva ou l'assureur-accidents) a alloué des prestations pour les suites de l'accident précité, en versant notamment des indemnités journalières à compter du 31 janvier 2016 (OAIE pce 18 p. 131). Il ressort du dossier de la Suva, en particulier de la fiche « soumission au médecin d'arrondissement » du 3 juin 2016, qu'un autre accident avait eu lieu le 21 février 2002 (réf. Suva : 01.31370.02.4), accident ayant déjà impliqué l'épaule gauche (OAIE pce 18 p. 96).

B.c Dans son rapport d'examen de l'IRM de l'épaule gauche du 31 mars 2016 (OAIE pce 18 p. 101), le Dr G. _____ (radiologue ; ci-après : le Dr G. _____) fait état :

- d'une tendinopathie des sous-épineux, sous-scapulaire et sus-épineux,
- d'une possible petite déchirure transfixiante au niveau du sus-épineux pouvant expliquer la présence d'une lame de liquide dans la bourse sous-acromiale, cette dernière semblant présenter également quelques signes inflammatoires de bursite,
- de la présence d'un ganglion cyst au niveau du tiers distal du muscle sus-épineux de 30 mm de longueur,
- d'antécédents de luxations avec lésion de Hill-Sachs.

Le Dr H. _____ (neurologue ; ci-après : le Dr H. _____) dans son rapport d'ENMG du 19 septembre 2016 (OAIE pce 42 p. 16 s.), mentionne notamment 4-5 luxations traumatiques vers 2000.

Dans son rapport d'examen neurologique du 14 octobre 2016 (OAIE pce 42 p. 14 s.), le Dr H. _____ mentionne une crise d'épilepsie généralisée d'étiologie multifactorielle qui a eu lieu le 14 septembre 2016 et un status après probable AVC ischémique cortical frontal haut à gauche non daté et d'origine indéterminée. Se prononçant sur une IRM cérébrale du 20 septembre 2016, le neurologue affirme que celle-ci démontre une hyperintensité du sillon pré-central et supérieur et de la frontale ascendante gauche, ainsi qu'une gliose dans le centre semi-ovale gauche compatible avec une dégénérescence wallérienne de probable origine ischémique. Aussi, le médecin confirme l'étiologie multifactorielle de la crise d'épilepsie (manque de sommeil, arrêt de la consommation d'alcool et cicatrice corticale) et précise que le risque de refaire une crise peut être diminué en veillant à une bonne hygiène de vie notamment à un sommeil suffisant et

une abstinence d'alcool (ou de consommation régulière). Le médecin propose en particulier de demander l'avis de l'unité d'épileptologie du Centre Hospitalier M._____. Par la suite, il propose de faire un bilan à la recherche de l'étiologie de la lésion ischémique sous forme de bilan thrombophilique, d'un ultrason du cou et d'un Holter, ainsi qu'un bilan lipidique à la recherche d'un diabète et des tests de la fonction thyroïdienne.

B.d Du 14 septembre au 18 octobre 2016, l'assuré a séjourné à la Clinique I._____. (ci-après : I._____), à cause des douleurs et des limitations fonctionnelles de l'épaule gauche. Il ressort du rapport d'hospitalisation du 18 octobre 2016 (OAIE pce 18 p. 18 ss) qu'une arthroscopie avec ténotomie du tendon du long chef du biceps pour luxations gléno-humérales antéro-inférieures récidivantes de l'épaule gauche aurait eu lieu en 1990.

B.e Dans son rapport du 10 janvier 2017, le Dr J._____. (radiologue ; ci-après : le Dr J._____.) conclut à la présence d'une hernie discale L5-S1 paramédiane droite migrant vers le bas en conflit avec la racine S1 droite (OAIE pce 32 p. 7). Le rapport d'IRM de la colonne cervicale du 6 juillet 2017 du Dr K._____. (radiologue ; ci-après : le Dr K._____.) fait notamment état d'un complexe disco-ostéophytique postérieur au niveau C5-C6 (OAIE pce 36 p. 11 s.). Le Dr L._____. (spécialiste en chirurgie orthopédique ; ci-après : le Dr L._____.) propose quant à lui de prendre contact avec le Centre Hospitalier M._____. pour connaître exactement le type d'opération dont a bénéficié l'intéressé en 2001 (cf. rapport de consultation orthopédique du 7 juillet 2017, OAIE pce 36 p. 27 s.).

B.f Une nouvelle hospitalisation a eu lieu à la Clinique I._____. du 20 juin au 12 juillet 2017. Le rapport y relatif (OAIE pce 36 p. 31 s.) mentionne notamment une probable épicondylite du coude gauche, une consommation OH à risque, ainsi que des signes dégénératifs coxo-fémoraux des deux côtés. En ce qui concerne l'arthroscopie précitée (cf. ci-dessus, let. B.d), le rapport indique qu'elle a eu lieu en 2001.

B.g Le Dr N._____. (spécialiste en chirurgie orthopédique et médecin d'arrondissement de la Suva ; ci-après : le Dr N._____. ou le médecin de la Suva), qui a notamment examiné l'assuré le 6 septembre 2017, a rendu son rapport le 25 septembre 2017 (OAIE pce 40 p. 2 ss). Les diagnostics suivants y sont mentionnés :

- instabilité de l'épaule gauche,

- status postcure chirurgicale pour luxation récidivante de l'épaule gauche,
- uncarthrose C5-C6 avec canal étroit cervical comprimant la racine C6,
- hernie discale L5-S1 paramédiane droite avec conflit racine S1 droite,
- coxarthrose bilatérale,
- épilepsie,
- status après probable AVC ischémique cortical frontal haut gauche, d'origine indéterminée et non daté,
- traumatisme crânio-cérébral,
- OH chronique.

Le médecin de la Suva estime que la causalité naturelle avec l'accident du 28 janvier 2016 est tout au plus possible pour le problème du rachis cervical (uncarthrose). Par ailleurs, le médecin exclut toute causalité naturelle pour la hernie discale, la coxarthrose bilatérale, l'épilepsie, le status après probable AVC, ainsi que pour l'OH chronique.

B.h Dans le rapport E213 du 17 octobre 2017, le Dr O. _____ (médecin généraliste ; ci-après : le Dr O. _____) mentionne une première crise d'épilepsie en 1998 (OAIE pce 42 p. 3).

Le recourant a été opéré le 23 janvier 2018 d'une stabilisation de l'épaule gauche selon Bankart avec Shift (cf. protocole opératoire du Dr P. _____ [spécialiste en chirurgie orthopédique ; ci-après : le Dr P. _____], OAIE pce 79). L'arthro-IRM de l'épaule gauche du 15 novembre 2018 mettra en évidence une large déchirure partielle du tendon du sus-épineux, s'accompagnant de deux prolongements kystiques, l'un dans le muscle sus-épineux et l'autre latéralement de la gouttière bicipitale (OAIE pce 70 p. 1 s.).

B.i Il ressort de la notice téléphonique de la Suva du 16 novembre 2018 que l'assuré avait été hélicoptéré à l'hôpital la semaine d'avant en raison d'une crise d'épilepsie, la deuxième en un mois (OAIE pce 50 p. 15). A cause des crises, l'intéressé a l'interdiction de conduire.

B.j La Suva, par décision du 10 avril 2019, a notamment refusé le droit à une rente d'invalidité (OAIE pce 57 p. 2 ss). L'assureur-accidents a considéré que l'intéressé, compte tenu des seules séquelles imputables à l'accident, est à même d'exercer à 100 % une activité ménageant le bras gauche et en ne devant pas solliciter l'épaule gauche par le port de charges supérieures à 10 kg ou soulever plus de 5 kg, ni devant travailler avec le bras en élévation ou en rotation. Pour parvenir à cette conclusion, la Suva s'est notamment appuyée sur l'appréciation du Dr Q. _____ (spécialiste en chirurgie générale et traumatologie et médecin d'arrondissement de l'assureur-accidents : ci-après : le Dr Q. _____) qui, dans son rapport d'examen final du 20 février 2019 (OAIE pce 51 p. 4 ss), a conclu à l'exigibilité médicale complète de l'exercice d'une activité lucrative adaptée. En particulier, le Dr Q. _____ s'est référée au rapport du Dr R. _____ (spécialiste en chirurgie orthopédique et traumatologie, de l'épaule, du coude et en orthopédie du sport ; ci-après : le Dr R. _____) du 18 janvier 2019, faisant notamment état d'une coiffe des rotateurs intacte (OAIE pce 51 p. 26).

B.k Le Dr P. _____, dans son rapport à l'attention de l'OAI-C. _____ du 6 juin 2019 (OAIE pce 69), fait notamment état d'un patient qui se plaint depuis longtemps de lombalgies et présente également de fréquentes crises d'épilepsie l'empêchant de conduire, d'avoir une activité normale et de se concentrer. Le médecin ajoute que l'évolution après l'opération de l'épaule gauche n'a pas été favorable, avec une diminution de la mobilité et un manque de force. Sur la base de ses constats, le Dr P. _____ retient un pronostic fortement défavorable sur la capacité de travail, et décrit un patient qui végète, n'ayant pas de ressources qui pourraient être utiles pour sa réinsertion. Aussi, le médecin ne retient aucune capacité de travail dans une activité tenant compte de l'atteinte à la santé.

B.l Confirmant son projet de décision du 8 novembre 2019 (OAIE pce 98), l'Office de l'assurance-invalidité pour les assurés résidant à l'étranger (ci-après : l'OAIE ou l'autorité inférieure), à qui le dossier avait été transmis en cours de procédure par l'OAI-C. _____ en raison du départ de l'assuré pour le Portugal au plus tard le 3 juin 2019 (OAIE pces 67 et 68), a rejeté la demande de prestations par décision du 5 décembre 2019 (OAIE pce 102). Pour rejeter la demande de l'assuré, l'autorité inférieure s'est notamment appuyée sur les prises de position de son médecin-conseil, le Dr S. _____ (médecin généraliste auprès du service médical interne à l'OAIE ; ci-après : le Dr S. _____ ou le médecin du service médical interne de l'OAIE), des 4 octobre 2019 et 30 novembre 2019 (OAIE pces 96 et 101), qui a conclu à une capacité de travail entière dans l'exercice d'une

activité lucrative adaptée à l'état de santé du recourant (en position assise ou alternée, en évitant la rotation du tronc, sans travailler avec les bras au-dessus de la tête, sans se pencher ni porter des charges supérieures à 5 kg, sans monter sur une échelle ou un échafaudage, à l'abri du froid, de l'humidité et des intempéries). La perte de gain ne s'élevant qu'à 7 % (cf. OAIE pce 97), aucune rente AI ne peut être allouée selon l'OAIE.

C.

Le 14 janvier 2020, l'intéressé a interjeté recours par-devant le Tribunal administratif fédéral (ci-après : le Tribunal) contre la décision précitée. Il conclut implicitement à l'annulation de la décision attaquée, à la mise en œuvre d'une expertise médicale et à l'octroi d'une rente AI (TAF pce 1).

Dans sa réponse du 20 avril 2020, l'OAIE conclut au rejet du recours et à la confirmation de la décision attaquée (TAF pce 6).

Le 21 avril 2021, l'autorité inférieure a transmis au Tribunal de céans le courrier du Dr T. _____ (médecin traitant du recourant ; ci-après : le Dr T. _____) du 12 avril 2021 pour suite utile (TAF pce 12).

D.

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 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 la décision attaquée et a un intérêt digne d'être protégé à ce qu'elle soit annulée ou modifiée, il a qualité pour recourir (art. 59 LPGA). Déposé en temps utile et dans les formes requises par la loi (art. 60 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.

L'objet du litige est le bien-fondé de la décision de l'OAIE du 5 décembre 2019 refusant le droit à une rente d'invalidité au motif que la capacité de travail du recourant serait entière dans l'exercice d'une activité lucrative adaptée.

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. 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 5 décembre 2019, date de la décision litigieuse, qui marque la limite dans le temps du pouvoir d'examen de l'autorité de recours. Les modifications de la LAI et de la LPGA adoptées le 19 juin 2020 (Développement continu de l'AI ; RO 2021 705 ; FF 2017 2363), ainsi que celles du 3 novembre 2021 apportées au 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 5 décembre 2019). Les faits survenus postérieurement, et qui ont modifié cette situation, doivent en principe faire l'objet d'une nouvelle décision administrative (ATF 144 V 210 consid. 4.3.1 ; 130 V 138 consid. 2.1 ; 121 V 362 consid. 1b). Le Tribunal ne peut ainsi prendre en considération que les rapports médicaux établis antérieurement à la décision attaquée, à moins que ceux établis ultérieurement ne permettent de mieux comprendre l'état de santé et la capacité de travail de l'assuré jusqu'à la décision sujette à recours (ATF 130 V 445 consid. 1.2.1, 121 V 362 consid. 1b) et qu'ils soient de nature à influencer l'appréciation du cas au moment où la décision attaquée a été rendue (arrêt du TF 9C_34/2017 du 20 avril 2017 consid. 5.2). Aussi, le Tribunal ne tiendra pas compte du courrier du médecin traitant du 12 avril 2021 (cf. ci-dessus, let. C), qui n'influence notamment pas l'appréciation du cas au 5 décembre 2019.

4.3 Dans la mesure où le recourant est un ressortissant portugais, domicilié au Portugal, ayant travaillé en Suisse et demandant l'octroi d'une rente AI suisse, 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 (voir extrait du compte individuel [annexes à TAF pce 6]). Reste à examiner s'il est invalide au sens de la législation suisse.

6.

6.1 L'invalidité au sens de la LPGA et de la LAI est l'incapacité de gain totale ou partielle qui est présumée permanente ou de longue durée (art. 8 al. 1 LPGA). Elle peut résulter d'une infirmité congénitale, d'une maladie ou d'un accident (art. 4 al. 1 LAI) et est réputée survenue dès qu'elle est, par sa nature et sa gravité, propre à ouvrir 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 aLAI (dans sa version en vigueur jusqu'au 31 décembre 2021), 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.

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 réf. cit.).

Dans ce contexte, on rappellera qu'il n'appartient pas au juge de remettre en cause le diagnostic retenu par un médecin et de poser de son propre chef des conclusions qui relèvent de la science et des tâches du corps médical (arrêt du TF 9C_719/2016 du 1^{er} mai 2017 consid. 5.2.1).

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 réf. cit. ; 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 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 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 ; VALTERIO, op. cit., ad. art. 57 LAI n° 48 et 49).

7.3.3 Concernant les rapports et expertises des médecins rattachés à un assureur, il sied de relever que le fait précisément que ces médecins soient liés à l'assureur, d'un point de vue institutionnel ou par un rapport de travail, ne permet pas, pour ce seul motif, de douter de l'objectivité de leurs appréciations. Le Tribunal fédéral n'y voit pas de motif de partialité ou de subjectivité. La valeur probante de tels rapports dépend bien plutôt de leur contenu : ainsi doivent-ils être jugés pertinents, compréhensibles et cohérents pour avoir valeur de preuve. En outre, il ne doit pas exister d'indice suffisant plaçant contre leur fiabilité. Il n'est donc 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 ; 125 V 351 consid. 3b/ee ; 122 V 157 consid. 1d ; VALTERIO, op. cit., art. 57 n° 43).

Les prises de position du service médical interne de l'OAIE doivent être appréciées comme des rapports de médecins liés à l'assureur. A l'instar des rapports des services médicaux régionaux (SMR) au sens de l'art. 49 al. 1 RAI, ces prises de position ne se fondent pas sur des examens médicaux effectués sur la personne et ne posent pas de nouvelles conclusions médicales, mais 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 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. Pour avoir valeur probante, ces prises de position présupposent donc que le dossier ayant servi de base à leur établissement contient suffisamment d'appréciations médicales résultant d'un examen personnel de l'assuré et permet l'établissement non lacunaire de l'état de santé, par ailleurs stabilisé, de l'assuré (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 ; VALTERIO, op. cit., ad art. 57 LAI n° 43).

8.

8.1 En l'espèce, la décision attaquée se fonde précisément sur les prises de position des 4 octobre 2019 et 30 novembre 2019 du service médical interne de l'autorité inférieure (cf. en particulier la réponse de l'autorité inférieure du 20 avril 2020, TAF pce 6). L'appréciation fournie par le médecin du service médical interne de l'OAIE ne saurait toutefois convaincre.

En effet, le Dr S. _____, qui n'a pas lui-même réalisé d'examen sur la personne de l'assuré, s'est essentiellement contenté de recopier dans ses

appréciations des extraits de documents médicaux et de fixer des taux d'incapacité de travail, ie 100 % pour l'activité habituelle dès le 28 janvier 2016 et 0 % pour une activité adaptée à partir de la même date, sans expliquer de manière circonstanciée les raisons de son choix ni se prononcer sur les pièces médicales présentes au dossier. Si l'incapacité de travail complète de l'assuré dans son activité habituelle n'est pas contestée, il en va autrement du taux d'incapacité de travail dans une activité adaptée fixé par le Dr S._____.

Dans ses prises de position (OAIE pces 96 et 101), le Dr S._____ mentionne spécifiquement les documents médicaux suivants en guise de résumé de l'histoire médicale de l'assuré :

- rapport d'IRM lombaire du 10 janvier 2017 du Dr J._____ (cf. ci-dessus, let. B.e), qui a conclu à la présence d'une hernie discale L5-S1 paramédiane droite migrant vers le bas en conflit avec la racine S1 droite (OAIE pce 32 p. 7) ;
- rapport orthopédique du Dr P._____ du 18 janvier 2017, posant les diagnostics de tendinopathie du tendon du sus-épineux et du sous-scapulaire avec une petite déchirure transfixiante du sus-épineux à l'épaule gauche et de lombalgies sur hernie discale L5-S1 paramédiane droite migrant vers le bas en conflit avec la racine S1 droite (OAIE pce 34 p. 38) ;
- rapport du 26 avril 2017 du médecin d'arrondissement de la Suva (OAIE pce 34 p. 8 ss) retenant les diagnostics de :
 - rupture du tendon sus-épineux de l'épaule gauche,
 - hernie discale L5-S1 paramédiane droite, conflit avec racine S1 droite,
 - coxarthrose droite,
 - status post cure chirurgicale luxation récidivante épaule gauche (2001),
 - épilepsie,
 - status après probable AVC ischémique cortical frontal haut à gauche, d'origine indéterminée, non daté,

- traumatisme crânio-cérébral simple,
- OH chronique.

8.2 Or, aucune des pièces mentionnées par le service médical interne de l'autorité inférieure ne contient d'évaluation permettant de conclure, à l'instar du Dr S. _____, à une pleine capacité de travail dans l'exercice d'une activité lucrative adaptée à l'état de santé du recourant. Tout au plus, l'on pourrait inférer de l'appréciation du médecin du service médical interne de l'OAIE que celui-ci fonde ses conclusions sur les constatations du médecin d'arrondissement de la Suva qui, dans son rapport d'examen final du 20 février 2019 a conclu à l'exigibilité médicale complète de l'exercice d'une activité lucrative adaptée (OAIE pce 51 p. 4 ss, cf. ci-dessus, let. B.j). Cependant, les conclusions de la Suva ne sont que d'un maigre secours à l'autorité inférieure, l'assureur-accidents ne devant tenir compte que des séquelles de l'événement accidentel (cf. art. 6 de la loi fédérale du 20 mars 1981 sur l'assurance-accidents [LAA, RS 832.20]). Or, la Suva a exclu tout lien de causalité naturelle entre, d'une part, l'accident du 28 janvier 2016 et, d'autre part, la hernie discale, la coxarthrose bilatérale, l'épilepsie, le status après probable AVC, ainsi que l'OH chronique (cf. ci-dessus, let. B.g). Aussi, il n'incombait pas à la Suva de se prononcer sur l'impact des pathologies précitées sur la capacité de travail de l'assuré. Par contre, les prestations de l'assurance-invalidité ne se limitant pas aux seules séquelles accidentelles (cf. ci-dessus, consid. 6.1), il appartient à l'organe d'application de la LAI de déterminer l'ampleur des suites de l'ensemble des pathologies affectant le recourant dans une approche médicale globale. Ce que l'autorité inférieure n'a en l'espèce pas fait.

8.3 Par ailleurs, le Tribunal de céans constate que le service médical interne de l'OAIE a en particulier omis de discuter le rapport du Dr P. _____ du 6 juin 2019 (OAIE pce 69, cf. ci-dessus, let. B.k), alors même que le Dr S. _____ a mentionné un autre rapport du même médecin du 18 janvier 2017 (cf. ci-dessus, consid. 8.1) pour justifier sa prise de position. Il ressort en particulier du dernier rapport du Dr P. _____ que le recourant ne peut avoir une activité normale ni se concentrer à cause des pathologies dont il souffre, notamment en raison des fréquentes crises d'épilepsie. Une telle appréciation, mettant en exergue l'état d'un patient ne pouvant pas reprendre d'activité lucrative, en particulier une activité lucrative adaptée, ne saurait être passée sous silence. Au contraire, les constats du Dr P. _____ auraient dû inciter le Dr S. _____ à recommander la mise en place d'une expertise médicale pluridisciplinaire

et l'OAIE à entreprendre les mesures d'instruction nécessaires, au lieu de confirmer l'appréciation lacunaire de son service médical interne.

8.4 A cela, il convient d'ajouter que les autres éléments présents au dossier ne permettent pas de confirmer la décision de l'autorité inférieure du 5 décembre 2019, la capacité de travail du recourant dans une activité adaptée ne pouvant pas être établie au degré de la vraisemblance prépondérante (cf. ci-dessus, consid. 7.1).

8.4.1 Il ressort du dossier que le recourant avait déjà subi un autre accident le 21 février 2002, accident qui a aussi impliqué l'épaule gauche (cf. ci-dessus, let. B.b). Au sujet de cet événement accidentel, un rapport d'IRM de l'épaule gauche du 27 février 2002 est présent au dossier (OAIE pce 71). Dans ce rapport signé par le Dr F. _____ (radiologue ; ci-après : le Dr F. _____), il est indiqué que l'assuré est tombé en date du 21 février 2002 (« chute avec choc direct et impression de luxation intérieure de l'épaule »). L'IRM du 27 février 2002 a objectivé une encoche osseuse dans la partie postéro-supéro-externe de la tête humérale. Dans le rapport d'IRM, il est aussi question d'un volumineux épanchement intra-articulaire associant une fine lame liquidienne dans la bourse sous-acromio-deltoïdienne.

Il est fait état de luxations antérieures à l'accident du 28 janvier 2016 dans d'autres documents présents au dossier. Dans le rapport d'ENMG du 19 septembre 2016 (OAIE pce 42 p. 16 s.), le Dr H. _____ indique 4-5 luxations traumatiques de l'épaule gauche vers 2000 (cf. ci-dessus, let. B.c), ayant nécessité une ténotomie du tendon du long chef du biceps au Centre Hospitalier M. _____. Dans le rapport d'hospitalisation du 18 octobre 2016 (OAIE pce 18 p. 18 ss – cf. ci-dessus, let B.d), il est mentionné qu'une arthroscopie avec ténotomie du tendon du long chef du biceps pour luxations gléno-humérales antéro-inférieures récidivantes de l'épaule gauche aurait eu lieu en 1990. En tout état de cause, le dossier est lacunaire, les pièces relatives aux luxations subies avant l'accident du 28 janvier 2016 doivent être récoltées (notamment auprès du recourant, de la Suva et du corps médical) pour pouvoir apprécier l'impact de ces luxations sur l'état de santé actuel.

8.4.2 Sur le plan neurologique, le Dr S. _____, qui n'est pas neurologue, n'explique nullement pour quelle raison l'épilepsie n'augmente pas, à l'heure actuelle, l'incapacité de travail de l'assuré (« non aumentata al momento l'incapacità al lavoro », OAIE pce 101 p. 3). Or, un examen spécialisé est nécessaire pour connaître l'impact des crises d'épilepsie sur

la capacité de travail du recourant, étant précisé que le Dr H. _____ avait indiqué, en 2016, que l'avis de l'unité d'épileptologie du Centre Hospitalier M. _____ aurait été utile (cf. ci-dessus, let. B.c). Sur ce point également, le dossier est lacunaire et ne permet pas de se prononcer au degré de la vraisemblance prépondérante. L'on ignore notamment à quelle fréquence ont lieu les crises d'épilepsie, qui auraient commencé en 1998 (OAIE pce 42 p. 3, cf. ci-dessus, let. B.h) et quelle en est l'origine.

8.4.3 D'autres pièces au dossier font état d'un status après probable AVC ischémique cortical frontal haut à gauche non daté et d'origine indéterminée (OAIE pces 42 p. 14 et 40 p. 7 ; cf. ci-dessus, let. B.c et B.g). Le Tribunal ne saurait se rallier aux conclusions du Dr S. _____, qui classe l'ischémie cérébrale parmi les « diagnostics associés sans répercussion sur la capacité de travail » (cf. OAIE pce 101 p. 1). En effet, sur la base des documents présents au dossier, l'on ne peut discerner l'ampleur de ce « probable » AVC ni son éventuel impact sur la capacité de travail du recourant. Le dossier est partant lacunaire sur cet aspect également et ne permet pas au Tribunal de statuer.

8.4.4 Pour ce qui est de la consommation excessive d'alcool (cf. notamment ci-dessus, let. B.a), le service médical interne de l'autorité inférieure indique que l'assuré doit l'éviter, cela afin de pouvoir exercer une activité adaptée à 100 % (cf. OAIE pce 101 p. 3).

Selon l'ATF 145 V 215, les syndromes de dépendance, comme en l'espèce l'abus d'alcool, doivent en principe faire l'objet, comme toutes les autres maladies psychiques, d'une procédure probatoire structurée au sens de l'ATF 141 V 281 (consid. 5 et 6.2 ; changement de jurisprudence). En l'espèce, tel n'a jamais été le cas. Sur ce point également, l'instruction devra être complétée.

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

9.

9.1 Au vu de ce qui précède, le Tribunal constate que la documentation versée au dossier n'est pas suffisante pour porter un jugement valable sur le droit litigieux et établir, au degré de la vraisemblance prépondérante, l'état de santé du recourant, les limitations fonctionnelles qu'il subit et leurs conséquences sur sa capacité de travail, notamment dans une activité adaptée. Il s'avère ainsi nécessaire de clarifier les faits de la cause.

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

9.3 L'instruction à venir concernera l'état de santé de l'intéressé dans son ensemble, soit également la problématique psychiatrique, compte tenu de l'abus d'alcool. Donc, après avoir versé au dossier les pièces médicales manquantes (cf. ci-dessus, consid. 8.4.1), l'OAIE mettra en œuvre une expertise médicale pluridisciplinaire en Suisse (cf. art. 44 LPGa) dans les domaines de la médecine interne, l'orthopédie, la neurologie, la psychiatrie, ainsi que dans toute autre discipline jugée nécessaire par les experts (ATF 139 V 349 consid. 3.3). En ce qui concerne la psychiatrie, l'expertise devra répondre en particulier aux exigences de la jurisprudence du Tribunal fédéral en matière de maladies psychiques (ATF 141 V 281 ; 143 V 409 ; 143 V 418 ; 145 V 215). En particulier, la question de savoir comment les différentes incapacités de travail et les différentes limitations fonctionnelles s'articulent fera l'objet d'une discussion consensuelle entre les experts (ATF 143 V 124 consid. 2.2.4).

10.

Il résulte de ce qui précède que le recours doit être admis et la décision du 5 décembre 2019 annulée. La cause est renvoyée à l'autorité inférieure

pour instruction complémentaire dans le sens des considérants et nouvelle décision.

11.

Etant donné l'issue du litige, il n'y a pas lieu de percevoir de frais de procédure, dès lors que le recourant obtient gain de cause par le renvoi de l'affaire à l'OAIE pour instruction complémentaire et nouvelle décision (art. 63 al. 1 PA ; ATF 132 V 215 consid. 6.1). Partant, l'avance de frais versée par le recourant à hauteur de Fr. 800.- (TAF pce 4) lui sera restituée dès l'entrée en force du présent arrêt. Au demeurant, aucun frais de procédure ne peut être mis à la charge de l'autorité inférieure (art. 63 al. 2, 1^{re} phrase PA). Il n'est par ailleurs pas alloué de dépens (art. 64 al. 1 PA et art. 7 ss du règlement du 21 février 2008 concernant les frais, dépens et indemnités fixés par le Tribunal administratif fédéral [FITAF, RS 173.320.2]).

Par ces motifs, le Tribunal administratif fédéral prononce :

1.

Le recours est admis en ce sens que la décision de l'autorité inférieure du 5 décembre 2019 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 sur les frais présumés de procédure de Fr. 800.- sera remboursée au recourant avec l'entrée en force du présent arrêt.

3.

Il n'est pas alloué de dépens.

4.

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 :

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 :