



## Arrêt du 10 juin 2020

---

Composition

Viktoria Helfenstein (présidente du collège),  
Vito Valenti, Madeleine Hirsig-Vouilloz, juges,  
Nicole Ricklin, greffière.

---

Parties

**A.** \_\_\_\_\_, (France),  
représenté par Maître Charles Flory, C.P.T.F.E.,  
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 10 février  
2016).

**Faits :****A.**

A.\_\_\_\_\_ (ci-après : recourant), ressortissant français domicilié en France, né le (...), a un diplôme français de technicien supérieur en chimie (AI pce 8 pages 1 à 4). Il a travaillé en Suisse à partir de 2001 et payé des cotisations à l'AVS/AI suisse (AI pce 4), en dernier lieu dès juillet 2006 comme laboratin pour B.\_\_\_\_\_. Le salaire prévu en 2010 était de CHF 83'646.- plus une gratification pour 2009 de CHF 5'790.- (AI pce 6 page 3).

**B.**

Le 22 avril 2010, le recourant a présenté une demande de prestations auprès de l'Office de l'assurance-invalidité du canton C.\_\_\_\_\_, compétent pour examiner la demande puisque le recourant, frontalier, exerçait en dernier lieu une activité lucrative dans le Canton C.\_\_\_\_\_. Il a indiqué qu'il souffrait d'un rétrécissement du canal rachidien dû à une excroissance osseuse entraînant de multiples hernies discales lombaires et qu'il était en incapacité de travail à 100% dès le 21 août 2009 et à 70% dès le 8 février 2010 (AI pce 2). Au cours de l'instruction, les documents médicaux suivants ont été versés au dossier:

- un rapport IRM du Dr D.\_\_\_\_\_, dont la spécialité n'est pas connue, du 2 septembre 2009 concernant une hernie discale L4/L5 (AI pce 9 page 3),
- un rapport du Dr E.\_\_\_\_\_, neurochirurgien, du 20 octobre 2009 concernant une hospitalisation du 8 au 17 octobre 2009 avec opération d'une hernie discale L4-L5 le 9 octobre 2009 (AI pce 9 pages 1 et 2),
- un rapport médical du Dr. E.\_\_\_\_\_ du 5 août 2010 mentionnant comme diagnostics une lombosciatique L5 gauche sur étroitesse canalaire L4/L5 gauche décompensée sur une hernie discale majorée évoluant depuis juillet 2009 et indiquant que le dernier contrôle a eu lieu le 30 novembre 2009 et que la reprise de l'activité lucrative à 100% était prévue en janvier 2010 (AI pce 15),
- un questionnaire concernant les douleurs, qui selon le recourant a été discuté le 20 octobre 2010 avec le Dr F.\_\_\_\_\_, spécialiste en anesthésie (AI pce 18),
- un rapport du Dr G.\_\_\_\_\_, spécialiste en neurochirurgie du centre de la douleur de la Clinique H.\_\_\_\_\_ (Allemagne) du 16 février 2011 mentionnant comme diagnostics des douleurs chroniques au niveau de

toute la colonne vertébrale avec lombalgies chroniques (M54.5), douleurs chroniques de la colonne thoracique (M54.6), douleurs chroniques de la colonne cervicale (M54.2) et status après opération des disques intervertébraux L4/5 en octobre 2009 (Z98.8) et recommandant de procéder à une IRM des colonnes lombaire et thoracique (AI pce 20 pages 2, 3 et 22)

- un rapport du Dr I.\_\_\_\_\_, directeur médical de la clinique pour psychiatrie et psychothérapie de la Clinique H.\_\_\_\_\_(Allemagne), du 13 avril 2011 mentionnant un trouble d'adaptation avec réaction dépressive prolongée (F43.21), un trouble douloureux chronique avec facteurs somatiques et psychiques (F45.41), une instabilité des segments L3 à S1 (M53.27), status après opération des disques intervertébraux L4/5 en octobre 2009 (Z98.8) et mentionnant que le recourant a été hospitalisé du 8 février au 13 avril 2011 pour psychothérapie stationnaire (AI pce 21).

### **C.**

Le 19 septembre 2011, l'Office AI, le recourant et son employeur ont signé un accord visant à réintégrer le recourant à sa place de travail (AI pce 27). Par communication du 4 octobre 2011, l'OAI du canton C.\_\_\_\_\_ a indiqué au recourant qu'il lui accordait conseil et soutien pour conserver sa place actuelle de travail (AI pce 28). Du 1<sup>er</sup> septembre au 31 décembre 2011, le recourant a bénéficié d'un entraînement au travail dans le sens d'une réinsertion à sa place de travail chez B.\_\_\_\_\_ avec augmentation progressive du taux d'occupation (décision du 4 novembre 2011, AI pce 33) et touché des indemnités journalières de l'assurance-invalidité d'un montant de CHF 23'851.- (décision du 20 janvier 2012, AI pce 34). Dans sa communication du 20 avril 2012, l'OAI du canton C.\_\_\_\_\_ a constaté que les mesures de réintégration à la place de travail habituelle avec un taux d'occupation de 100% avaient abouti avec succès et que le recourant recevrait une décision séparée concernant la rente (AI pce 35).

### **D.**

Dans sa prise de position du 10 août 2012, le Dr J.\_\_\_\_\_, spécialiste en médecine générale et du travail, médecin du SMR, a indiqué comme diagnostics ayant une influence sur la capacité de travail : lumboischialgies avec hernie discale L4-L5 opérée le 9 octobre 2009, trouble d'adaptation avec réaction dépressive prolongée, trouble douloureux chronique avec facteurs somatiques et psychiques, instabilité des segments L3 à S1. Ce médecin a relevé que le recourant ne présentait plus d'incapacité de travail

dans l'activité habituelle de laborantin depuis le 1<sup>er</sup> janvier 2012 et était intégré à son poste de travail (AI pce 37).

#### **E.**

Par projet de décision du 22 octobre 2012 (AI pce 40), l'OAI du canton C.\_\_\_\_\_ a communiqué au recourant qu'il prévoyait de lui octroyer une demi-rente d'invalidité pour la période du 1<sup>er</sup> octobre 2010 au 28 février 2011, une rente entière pour la période du 1<sup>er</sup> mars 2011 au 31 août 2011 et une demi-rente pour la période du 1<sup>er</sup> septembre 2011 au 30 novembre 2011, rente compensée par les indemnités journalières touchées pendant cette période. Le recourant n'a pas produit de prise de position pendant le délai de 30 jours. Par décision du 14 janvier 2013 (AI pce 42), l'Office de l'assurance-invalidité pour les assurés résidant à l'étranger (ci-après : OAIE), compétent pour notifier la décision vu le domicile du recourant en France, a octroyé au recourant les prestations de rente comme prévu dans le projet de décision du 22 octobre 2012.

#### **F.**

Le 4 février 2013, il s'est avéré que le recourant ne pouvait plus que travailler à 50% pour les mêmes raisons médicales que par le passé (AI pce 44). Le service du personnel de B.\_\_\_\_\_ a donc conseillé au recourant de s'adresser à l'Office AI en joignant un nouveau certificat médical (AI pce 43). Dans son courrier du 12 février 2013 à cet office, le recourant a fait valoir que la diminution des douleurs lombaires, qui avaient complètement disparu entre temps, avait permis de reprendre le travail à 100% début 2012, mais qu'à présent à cause de divers symptômes il souffrait d'un épuisement constant, ne pouvait pas être plus de 3 à 5 heures sans se coucher ou faire une sieste, qu'il avait communiqué ces éléments à son employeur le 8 janvier 2013 déjà, ce qui avait conduit à le mettre en incapacité de travail à 50% dès fin janvier 2013 (AI pce 45 page 1). Le recourant a joint à son courrier les pièces suivantes :

- un rapport du Dr K.\_\_\_\_\_, urologue, du 7 février 2013 mentionnant qu'il a examiné le recourant les 30 janvier et 5 février 2013 à cause d'un état après microhématurie et que tous les résultats (reste d'urine, examen de la prostate, échographie des reins) sont normaux (AI pce 45 pages 2 et 3),
- une description des symptômes, dont l'auteur est probablement le recourant (AI pce 45 page 4),

- une attestation de la Dresse L.\_\_\_\_\_, médecin généraliste, du 1<sup>er</sup> février 2013 concernant une réduction du temps de travail du 1<sup>er</sup> au 28 février 2013 pour maladie (AI pce 45 page 5),
- un rapport de la Dresse M.\_\_\_\_\_, médecin de la clinique pour psychiatrie et psychothérapie de la Clinique H.\_\_\_\_\_(Allemagne), du 8 avril 2011 mentionnant un séjour stationnaire du 8 février au 13 avril 2011 pour traitement psychothérapeutique (AI pce 45 page 6),
- un rapport du Dr I.\_\_\_\_\_, du 13 avril 2011 figurant déjà au dossier (AI pce 45 pages 7 à 13),

En février 2013, l'Office AI prévoyait d'organiser une nouvelle table ronde dans les prochaines semaines (AI pces 46 et 47). Le 4 avril 2013, le recourant s'est renseigné par courriel sur les possibilités de mesures professionnelles comme un reclassement (AI pce 49). L'OAI du canton C.\_\_\_\_\_ lui a indiqué que la situation médicale devait d'abord être éclaircie car la place actuelle de travail semblait jusqu'à présent idéale (AI pce 51). Au cours de l'instruction, des rapports d'analyses sanguines du 11 avril 2013 ont été versés au dossier (AI pces 56 et 77). Les 18 avril et 14 juin 2013, des rencontres entre les responsables de B.\_\_\_\_\_ et de l'AI ont eu lieu pour examiner les possibilités qui existaient afin que le recourant puisse garder un emploi à temps partiel (AI pces 58 page 3 et pce 66). Le 12 juillet 2013, divers certificats d'employeurs ont été versés au dossier (AI pce 65). Le 15 juillet 2013, le recourant a fait parvenir à l'OAI du canton C.\_\_\_\_\_ une description de ses diverses places de travail chez B.\_\_\_\_\_ et son CV (AI pce 60).

### **G.**

Selon le rapport du 3 juin 2013 du Dr N.\_\_\_\_\_, praticien hospitalier du Pôle de médecine physique, réadaptation et rhumatologie du Centre hospitalier O.\_\_\_\_\_, le recourant présentait un tableau de lombalgies chroniques pour lesquelles il n'y avait pas de traitement en dehors de la kinésithérapie et d'exercices d'auto-rééducation (AI pce 63 page 2). Le Dr P.\_\_\_\_\_, spécialiste en orthopédie, qui traite le recourant depuis le 29 juillet 2013, a indiqué dans son rapport du 5 septembre 2013, les diagnostics suivants :

- troubles fonctionnels segmentaux (M99.89),
- douleurs chroniques (F45.41),

- syndrome d'échec de chirurgie du dos (M96.1),
- statut après opération d'hernie discale L4-L5 (M51.1),
- douleur dans tout le corps (R52.2),
- trouble somatoforme douloureux (F45.40),
- trouble d'adaptation douloureux (F62.80),
- trouble du sommeil (F51.9),
- dépression (F32.9),
- problème avec les conditions de travail (Z56).

Le Dr P.\_\_\_\_\_ a indiqué qu'une reprise de l'activité habituelle à plus de 50% devrait être possible quand la situation somatique et psychique serait stable (AI pce 67 pages 1 à 5).

Dans sa prise de position du 18 octobre 2013, le Dr Q.\_\_\_\_\_, spécialiste en psychiatrie et psychothérapie du SMR, a relevé que le recourant ne présentait pas d'incapacité de travail du point de vue psychiatrique pour l'activité de laborantin car il s'agissait d'une activité légère permettant des changements de position, à condition qu'il n'y ait pas d'exigences spéciales concernant la vitesse, la performance, la résistance émotionnelle, les compétences sociales et le travail de nuit (AI pce 73). Le Dr R.\_\_\_\_\_, spécialiste en orthopédie et réhabilitation, médecin du SMR, a indiqué dans son rapport du 25 octobre 2013 que la cause médicale de l'incapacité de travail depuis janvier ou février 2013 n'était pas claire et qu'il fallait procéder à des examens orthopédique, rhumatologique, radiologique, psychiatrique, psychosomatique ainsi que de médecine générale et interne (AI pce 79). Le 17 octobre 2013, une nouvelle table ronde a eu lieu avec le recourant ainsi que les responsables de B.\_\_\_\_\_ et de l'OAI du canton C.\_\_\_\_\_ où les participants ont constaté que la capacité de travail était toujours de 50% et qu'une expertise était prévue (AI pce 85). Une analyse de sang et urine du 18 novembre 2013 a été versée au dossier (AI pce 86 page2). Un rapport IRM lombaire du Dr S.\_\_\_\_\_ du 17 décembre 2013 a relevé une protrusion L4-L5 globale avec une petite composante foraminale gauche majorée par une arthrose inter apophysaire postérieure ainsi qu'une structure kystique de 1,9cm en regard de S1 correspondant à un kyste radiculaire (AI pce 86 page3). De nouvelles tables rondes ont eu lieu les 10 décembre 2013 et 10 janvier 2014 où les participants ont constaté

que les mesures professionnelles étaient terminées et qu'il fallait examiner le droit à une rente (AI pce 88). Dans sa prise de position du 13 février 2014, le Dr R. \_\_\_\_\_ a recommandé de procéder à une expertise bidisciplinaire avec un volet rhumatologique auprès du Dr T. \_\_\_\_\_ et un volet psychiatrique auprès du Dr U. \_\_\_\_\_ (AI pce 90).

#### H.

En août 2014, le recourant s'est soumis à une expertise bidisciplinaire. Tandis que le Dr U. \_\_\_\_\_, spécialiste en psychiatrie et psychothérapie, s'est occupé du volet psychiatrique le 11 août 2014, l'expertise rhumatologique a été effectuée le 27 août 2014 par le Dr T. \_\_\_\_\_, spécialiste en rhumatologie et médecine interne. Selon le rapport d'expertise du 8 septembre 2014, il n'y avait pas d'incapacité de travail du point de vue rhumatologique dans une activité adaptée comme celle de laborantin car une activité légère à moyenne avec port de charge jusqu'à 10kg, rarement 15kg, restait possible à 100%. Les diagnostics rhumatologiques mentionnés dans l'expertise n'avaient, selon les experts, pas d'influence sur la capacité de travail :

- Syndrome douloureux chronique lombovertébral à lombosacral avec status après symptomatique irritative sensomotrice L5 à gauche avec hernie discale L4/5 selon IRM de la colonne lombaire du 2 septembre 2009 (M54.5),
- Fenêtrage et discectomie L4/5 à gauche en octobre 2009 avec radiculopathie (M51.1),
- Début d'ostéochondrosis L4/5 et légère chondrosis L5/S1 ainsi que spondylarthrite L3/4, L4/5 et L5/S1 des deux côtés sans signe d'une instabilité selon radios du 27 août 2009, dysfonctionnement clinique segmentaire avec déséquilibre myostatique avec insuffisance de la fonction de maintien lombaire,
- Généralisation de la douleur avec parts d'un syndrome de fibromyalgie (M79.7),
- Index de fibromyalgie avec localisation de la douleur dans 15 des 19 points, avec symptômes très marqués ainsi que symptomatique végétative et fonctionnelle,
- Signes de perception dysfonctionnelle de la douleur avec aggravation,

- Début des symptômes après opération de la colonne vertébrale en octobre 2009,
- Ablation d'un grain de beauté en 1985,
- Tachycardie du sinus, actuellement 100 pulsations/min.

Les experts ont précisé que les autres troubles tels que le manque de force avec picotements dans la partie gauche du corps ainsi que les douleurs du bas ventre avec irritation de la vessie et les nombreux troubles végétatifs et fonctionnels ainsi que l'état d'épuisement, le manque de récupération par le sommeil et le manque de concentration devaient être interprétés dans le cadre du trouble douloureux généralisé avec de nombreuses parts d'un syndrome de fibromyalgie. Ils ont mentionné que cette perception était réelle pour le recourant et conduisait à un comportement d'évitement par peur et à un retrait social. Les experts ont encore relevé que, du point de vue rhumatologique, les troubles non somatiques étaient majoritaires et allaient plus loin qu'un pur syndrome de fibromyalgie et qu'il fallait chercher leur origine dans le domaine psychiatrique.

Du point de vue psychiatrique, le recourant présentait selon l'expertise les diagnostics suivants ayant une influence sur la capacité de travail :

- Épisodes dépressifs récurrents, actuellement de degré moyen (F33.1),
- Trouble somatoforme douloureux persistant avec parts somatiques et psychiques (F45.4).

Il n'y avait pas de diagnostic psychiatrique sans influence sur la capacité de travail. Les experts ont précisé que le trouble dépressif renforçait les douleurs, alors que les douleurs renforçaient le trouble dépressif, ce qui formait un cercle vicieux, et que le trouble somatoforme douloureux persistant ne remplissait pas tous les critères de Förster. Les experts ont estimé que l'incapacité de travail dans l'activité habituelle était de 30% du point de vue psychiatrique sur la base des handicaps fonctionnels et en retenant un effort de volonté exigible. Ils ont fixé le début de cette capacité de travail depuis le début de l'année 2014 et ont relevé qu'ils ne pouvaient pas se prononcer pour la période avant 2014 (AI pce 101).

#### I.

Le 7 novembre 2014, le Dr R.\_\_\_\_\_ a constaté qu'on pouvait se baser sur l'expertise bidisciplinaire, que le recourant présentait une incapacité de travail de 30% pour des raisons psychiatriques depuis le début 2014 dans

l'activité habituelle de laborantin ou une autre activité adaptée, qu'une psychothérapie hebdomadaire serait bénéfique et qu'une expertise neurologique ne s'imposait pas car il n'y avait pas de symptomatologie neurologique (AI pce 117).

#### **J.**

Par communications des 21 novembre 2014 et 3 février 2015, l'OAI du canton C.\_\_\_\_\_ a accordé au recourant la prise en charge de 15 heures de coaching pour trouver un nouvel emploi (AI pces 124 et 138). Le recourant a perdu son poste auprès de B.\_\_\_\_\_ en mars 2015 (AI pce 160 page 5). L'OAIE a mis fin au reclassement le 25 octobre 2015 (AI pce 201).

#### **K.**

Dans son rapport du 18 décembre 2014, le Dr V.\_\_\_\_\_, spécialiste de la médecine du travail, du service médical de B.\_\_\_\_\_ a conseillé, après avoir pris connaissance de l'expertise bidisciplinaire, de soumettre le recourant à un examen neurologique (AI pce 128). Dans sa prise de position supplémentaire du 10 février 2015, le Dr R.\_\_\_\_\_ a considéré qu'une expertise neurologique était judicieuse afin d'avoir tous les éléments permettant de se déterminer sur l'état de santé (AI pce 144).

L'OAI du canton C.\_\_\_\_\_ a confié le mandat d'expertise neurologique au Dr W.\_\_\_\_\_, spécialiste en neurologie, auprès duquel l'examen a eu lieu le 14 avril 2015 (AI pces 149, 155 et 161). Dans un courriel du 19 avril 2015, le recourant s'est plaint de la façon dont s'était déroulé l'examen auprès du Dr W.\_\_\_\_\_ (AI pce 167). Selon le rapport d'expertise du Dr W.\_\_\_\_\_ du 26 avril 2015, le recourant ne présentait aucun diagnostic neurologique ayant une influence sur la capacité de travail, le tableau de troubles très étendu et sans corrélation organique ainsi qu'une tendance à la persévération n'ayant pas d'influence sur la capacité de travail. Le Dr W.\_\_\_\_\_ a considéré que le recourant présentait, du point de vue neurologique, une pleine capacité de travail dans son activité habituelle de laborantin (AI pce 169).

Dans sa notice du 10 juin 2015, le Dr R.\_\_\_\_\_ a relevé que le recourant, du point de vue neurologique, présentait une pleine capacité de travail dans l'activité habituelle de laborantin. Il a considéré toutefois qu'il convenait de soumettre le courriel du recourant du 19 avril 2015 au Dr W.\_\_\_\_\_ pour que ce médecin puisse prendre position à ce sujet (AI pce 178).

Par courrier du 11 juin 2015, le SMR a prié le Dr W.\_\_\_\_\_ de se prononcer au sujet des plaintes du recourant (AI pce 179), ce que ce médecin a fait dans sa réponse du 17 juin 2015, dans laquelle il a entre autre indiqué qu'il avait procédé à un examen standardisé, que l'anamnèse avait été dictée en présence du recourant et qu'il est usuel que l'expert dispose du dossier AI complet (AI pce 181).

Dans sa prise de position du 25 juin 2015, le Dr R.\_\_\_\_\_ a confirmé son estimation de la capacité de travail et renvoyé à ses prises de positions des 7 novembre 2014 et 10 juin 2015. Il a attiré l'attention sur le fait que le recourant ne se soumettait pas à une psychothérapie hebdomadaire qui pourtant était exigible (AI pce 182).

#### L.

Par projet de décision du 22 juillet 2015, l'OAI du canton C.\_\_\_\_\_ a communiqué au recourant qu'il envisageait de lui octroyer une demi-rente limitée dans le temps pour la période du 1<sup>er</sup> février 2013 au 31 mars 2014 à cause d'une réouverture du droit à la rente dès février 2013 et d'une amélioration de l'état de santé dès le 1<sup>er</sup> janvier 2014 (AI pce 191).

Par courrier du 6 août 2015, le recourant a formé opposition contre le projet de décision du 22 juillet 2015 (AI pce 193). Le 26 septembre 2015, le recourant a produit un rapport rhumatologique du 7 août 2015 de la Dresse X.\_\_\_\_\_, rhumatologue (AI pce 196 pages 6 à 8) et un rapport neurologique du 22 août 2015 de la Dresse Y.\_\_\_\_\_, neurologue (AI pce 196 pages 2 à 5) et a demandé que son cas soit traité selon la nouvelle jurisprudence du Tribunal fédéral, vu le diagnostic de fibromyalgie (AI pce 196 page 1). La Dresse X.\_\_\_\_\_ a mentionné les diagnostics suivants :

- Syndrome douloureux multiloculaire chronique, en particulier dans la jambe gauche, avec :
- Status après opération des disques L4/5 en octobre 2009, fenêtrage et discectomie L4/5 à gauche à cause de radiculopathie,
- Début d'ostéochondrosis L4/5 und légère chondrosis L5/S1 ainsi que spondylarthrite L3/S1 des deux côtés,
- Fibromyalgie,

De plus, la Dresse X.\_\_\_\_\_ a relevé une forte contradiction entre le degré d'incapacité de travail constaté dans les expertises rhumatologique, neurologique et psychiatrique et la conviction du recourant qu'il ne peut

pas travailler à plus de 40% comme laborantin. Elle a indiqué qu'elle considérait la problématique de perception de la douleur comme la raison invalidante la plus importante (AI pce 196 pages 6 à 8). La Dresse Y. \_\_\_\_\_, quant à elle, a mentionnée les diagnostics suivants :

- Douleur chronique dans tout le corps avec :
- Status après symptomatique irritative sensomoteur L5 à gauche avec hernie discale L4/5,
- Fenêtrage et discectomie L4/5 à gauche en octobre 2009,
- Suspicion de trouble douloureux somatoforme,

La Dresse Y. \_\_\_\_\_ a indiqué qu'il n'était pas possible du point de vue neurologique de déterminer si une fibromyalgie ou un trouble douloureux somatoforme avaient une influence sur la capacité de travail. Elle a recommandé de procéder à une réévaluation psychiatrique (AI pce 196 pages 2 à 5).

Dans sa prise de position du 5 octobre 2015, le Dr R. \_\_\_\_\_ a indiqué que du point de vue somatique la prise de position du 7 novembre 2014 restait valable et a proposé de demander l'avis d'un psychiatre vu la complexité du dossier (AI pce 199).

Dans sa prise de position du 28 janvier 2016, le Dr Q. \_\_\_\_\_, spécialiste en psychiatrie et psychothérapie, médecin du SMR, a indiqué que le recourant présentait une capacité de travail de 70% dans des activités adaptées et que le niveau fonctionnel dans les activités de la vie quotidienne était bien conservé (AI pce 206).

#### **M.**

Par décision du 10 février 2016 (AI pce 209), l'OAIE a octroyé au recourant une demi-rente d'invalidité de CHF 716.- par mois du 1<sup>er</sup> février 2013 au 31 mars 2014 sur la base d'un degré d'invalidité de 50%. Il a relevé qu'il s'agissait d'une reprise de l'invalidité dès février 2013 après suppression de la rente au 30 novembre 2011. Pour la période à partir du 1<sup>er</sup> avril 2014, l'OAIE a constaté que le recourant n'avait plus droit à une rente suite à une amélioration de l'état de santé dès le 1<sup>er</sup> janvier 2014 et a retenu un degré d'invalidité de 35%. La décision du 10 février 2016 a été notifiée le 18 février 2016 (TAF pce 4).

**N.**

Par acte daté du 17 mars 2016 et déposé le 18 mars 2016, le recourant a attaqué la décision du 10 février 2016 devant le Tribunal fédéral administratif. Il a fait valoir qu'il n'avait pu entamer que très récemment un suivi psychiatrique et souffrait toujours de douleurs quotidiennes, chroniques, très invalidantes. Il a contesté l'arrêt de la rente à partir du 1<sup>er</sup> avril 2014 et produit divers certificats d'incapacité de travail, en particulier un certificat du 16 mars 2016 de la Dresse Dana Jalci, selon laquelle il y avait une incapacité de travail de 50% dès le 1<sup>er</sup> avril 2015 et 60% dès le 1<sup>er</sup> janvier 2016 (TAF pce 1).

**O.**

Par décision incidente du 31 mars 2016, le Tribunal de céans a fixé l'avance pour les frais de procédure présumés à CHF 800.-, laquelle a été versée en temps utile par le recourant (TAF pces 5 à 7).

**P.**

Par courrier du 17 mai 2016, l'OAIE a transmis au Tribunal administratif fédéral la documentation que l'organisme de liaison de (...) lui avait adressée (TAF pce 9) :

- deux rapports de la clinique H.\_\_\_\_\_ (Allemagne), centre de la douleur, des 16 février et 8 avril 2011,
- un courrier de med. pract. Cc. \_\_\_\_\_ du 10 juillet 2015 demandant un avis neurologique à la Dresse Y. \_\_\_\_\_,
- un rapport de la Dresse X. \_\_\_\_\_, rhumatologue, du 7 août 2015,
- une prolongation de délai de l'OAI-BS jusqu'au 15 octobre 2015 pour produire des pièces médicales suite à l'opposition du recourant du 6 août 2015 contre le projet de décision du 22 juillet 2015,
- un rapport de la Dresse Y. \_\_\_\_\_, neurologue, du 22 août 2015,
- un courrier du recourant à l'OAI du canton C. \_\_\_\_\_ du 26 septembre 2015,
- une prise de position du Dr Q. \_\_\_\_\_ du 28 janvier 2016,
- un courrier de l'OAI-BS au recourant du 29 janvier 2016,

- un rapport médical E213 fondé sur un examen du 24 février 2016 pratiqué par la Dresse Z.\_\_\_\_\_, médecin conseil du Service médical du Haut Rhin.

Cette documentation se trouve également au dossier AI annexé à la réponse de l'OAIE du 13 juin 2016.

**Q.**

Dans sa réponse du 13 juin 2016, l'OAIE a conclu au rejet du recours et à la confirmation de la décision attaquée. Il a renvoyé à la prise de position du 7 juin 2016 de l'OAI du canton C.\_\_\_\_\_ qui a fait valoir qu'il fallait se baser sur les expertises rhumatologique, psychiatrique et neurologique, selon lesquelles le recourant présentait depuis le 1<sup>er</sup> janvier 2014 une capacité de travail de 70% dans une activité adaptée (TAF pce 10).

**R.**

Dans sa réplique du 29 juillet 2016, le représentant du recourant a demandé une nouvelle évaluation du cas selon la jurisprudence 9C\_492/2014 du Tribunal fédéral concernant la fibromyalgie. Il a joint un rapport du 11 juillet 2016 de la Dresse Aa.\_\_\_\_\_, rhumatologue, attestant une douleur à la pression des 18 points fibromyalgiques (TAF pce 13).

**S.**

Dans sa duplique du 24 août 2016, l'OAIE a réitéré ses conclusions (TAF pce 15). Par ordonnance du 29 août 2016, le Tribunal administratif fédéral a porté une copie de la duplique à la connaissance du recourant et a clos l'échange d'écritures (TAF pce 16).

**T.**

Le 4 novembre 2016, le recourant a encore produit un rapport médical du 13 octobre 2016 du Dr Bb.\_\_\_\_\_, psychiatre, qui mentionne un épisode dépressif majeur sévère et une reprise possible d'une activité adaptée à temps partiel lorsque l'état psychiatrique serait stabilisé, ainsi qu'une prescription pour les médicaments Fluoxetine et Pregabaline (TAF pce 18). Par ordonnance du 15 novembre 2016, le Tribunal de céans a porté des copies de ces documents à la connaissance de l'OAIE et a clos l'échange d'écritures (TAF pce 19).

**U.**

Par courrier du 23 juin 2017, le recourant s'est renseigné sur l'état de la procédure (TAF pce 20). Le Tribunal administratif fédéral a informé le recourant par réponse du 3 juillet 2017 (TAF pce 21).

**V.**

Le 20 novembre 2017, le recourant s'est à nouveau renseigné sur l'état de la procédure (TAF pce 22). Le Tribunal de céans l'a informé par courrier du 23 novembre 2017 (TAF pce 23).

**W.**

Le 29 mars 2018, le Tribunal administratif fédéral a informé le recourant que, selon la nouvelle jurisprudence du Tribunal fédéral (ATF 142 V 547 consid. 3), il ne pourrait vraisemblablement accorder la rente qu'à partir du 1<sup>er</sup> août 2013 au lieu du 1<sup>er</sup> février 2013, même s'il arrive à la conclusion que toutes les conditions pour une reprise de l'invalidité après suppression de rente sont remplies (TAF pce 24). Par courrier du 9 avril 2018, le recourant a déclaré maintenir son recours et joint une attestation de med. pract. Cc. \_\_\_\_\_ du 9 avril 2018 mentionnant une incapacité de travail de 60% dès le 31 mars 2015 (TAF pce 26).

**X.**

Le 31 août 2018, le recourant a produit un rapport médical et s'est renseigné sur l'état de la procédure (TAF pce 27). Le Tribunal de céans lui a répondu par courrier du 6 septembre 2018 (TAF pce 28). Ont suivi d'autres demandes de renseignement sur l'avancée du dossier et les réponses données par le tribunal (TAF pces 28 et 30 à 40).

**Droit :****1.**

**1.1** Le Tribunal connaît des recours interjetés par les personnes résidant à l'étranger contre les décisions de l'OAIE concernant l'octroi de rente d'invalidité, sous réserve des exceptions non réalisées en l'espèce (cf. art. 31, 32 et 33 let. d de la loi sur le Tribunal administratif fédéral [LTAF, RS 173.32] et art. 69 al. 1 let. b de la loi sur l'assurance-invalidité [LAI, RS 831.20]).

**1.2** La procédure devant le Tribunal en matière d'assurances sociales n'est pas régie par la loi sur la procédure administrative (PA, RS 172.021) dans la mesure où la LPGa ou la LAI est applicable (cf. art. 3 let. d<sup>bis</sup> PA en relation avec les art. 37 LTAF et 1 al. 1 LAI).

**1.3** L'intéressé a qualité pour recourir contre la décision du 10 février 2016, étant touché par celle-ci et ayant un intérêt digne d'être protégé à ce qu'elle soit annulée ou modifiée (cf. art. 59 LPGa).

**1.4** Déposés en temps utile et dans les formes requises par la loi (art. 60 LPGa et 52 PA), et l'avance de frais de procédure ayant été acquittée dans le délai imparti (art. 63 al. 4 PA), le recours du 18 mars 2016 est recevable et le Tribunal entre en matière sur le fond.

## **2.**

### **2.1**

Le droit matériel applicable est déterminé par les règles en vigueur au moment où les faits juridiquement déterminants ou ayant des conséquences juridiques se sont produits, le juge n'ayant pas à prendre en considération les modifications du droit ou de l'état de fait postérieures à la date déterminante de la décision attaquée (ATF 140 V 70, consid. 4.2 ; ATF 136 V 24, consid. 4.3 ; ATF 130 V 355, consid. 1.2 ; ATF 129 V 4, consid. 1.2).

**2.2** S'agissant du droit international, l'accord entre la Confédération suisse d'une part, et la Communauté européenne et ses Etats membres, d'autre part, sur la libre circulation des personnes du 21 juin 1999 (ALCP, RS 0.142.112.681) est entré en vigueur le 1<sup>er</sup> juin 2002 avec notamment son annexe II réglant la coordination des systèmes de sécurité sociale par renvoi au droit européen. Dans ce contexte, l'ALCP fait référence depuis le 1<sup>er</sup> 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 (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 des systèmes de sécurité sociale (RS 0.831.109.268.11; cf. arrêt du Tribunal fédéral 8C\_870/2012 du 8 juillet 2012, consid. 2.2). Conformément à l'art. 4 du règlement (CE) n°883/2004, les personnes auxquelles ce règlement s'applique bénéficient en principe des mêmes prestations et sont soumises aux mêmes obligations, en vertu de la législation de tout Etat membre, que les ressortissants de celui-ci. En outre, dans la mesure où l'ALCP et son annexe II ne prévoient pas de disposition contraire, la procédure ainsi que les conditions à l'octroi d'une rente d'invalidité sont déterminées exclusivement d'après le droit suisse (art. 8 ALPC, ATF 130 V 257, consid. 2.4).

**2.3** En l'occurrence, l'intéressé est un ressortissant français résidant en France, soit dans un Etat membre de l'Union européenne (Al pce 19). Vu

la date de la demande de prestations (22 avril 2010), la date de la première décision non entrée en force comme il sera démontré plus loin (14 janvier 2013) et la date de la décision formellement attaquée dans la présente procédure (10 février 2016), les dispositions légales de droit suisse, en particulier le premier volet de la 6<sup>e</sup> révision en vigueur depuis le 1<sup>er</sup> janvier 2012, dans leur teneur le jour des décisions attaquées sont applicables.

Par ailleurs, le Tribunal de céans se fondera sur l'état de fait, y compris l'état de santé de l'intéressé, au jour de la (dernière) décision, soit au 10 février 2016. Les éléments de fait postérieurs à cette date ne devant, en principe, pas être pris en considération, sauf s'ils permettent une meilleure compréhension de l'état de santé du recourant antérieur à cette date (ATF 130 V 445, consid. 5 ; voir également arrêt du Tribunal administratif fédéral C-31/2013 du 14 janvier 2014, consid. 3.1).

### **3.**

Le Tribunal administratif fédéral établit les faits et apprécie les preuves d'office et librement (art. 12 PA). En outre, il applique le droit d'office, sans être lié par les motifs invoqués à l'appui du recours (art. 62 al. 4 PA), ni par l'argumentation développée dans la décision attaquée (BENOÎT BOVAY, Procédure administrative, 2<sup>ème</sup> éd., 2015, p. 243 ; JÉRÔME CANDRIAN, Introduction à la procédure administrative fédérale, La procédure devant les autorités administratives fédérales et le Tribunal administratif fédéral, 2013, n°176). Cependant, l'autorité saisie se limite en principe aux griefs soulevés par le recourant et n'examine les questions de droit non invoquées que dans la mesure où les arguments des parties ou le dossier l'y incite (ATF 122 V 157, consid. 1a ; ATF 121 V 204, consid. 6c ; MOSER/BEUSCH/KNEUBÜHLER, Prozessieren vor dem Bundesverwaltungsgericht, 2<sup>ème</sup> éd., 2013, p. 25, n. 1.55).

### **4.**

**4.1** 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, qui peut résulter d'une infirmité congénitale, d'une maladie ou d'un accident (art. 8 LPGA et art. 4 al. 1 LAI). Selon l'art. 7 LPGA, est réputée incapacité de gain toute diminution de l'ensemble ou d'une partie des possibilités de gain de l'assuré sur un marché du travail équilibré dans son domaine d'activité, si cette diminution résulte d'une atteinte à sa santé physique, mentale ou psychique et qu'elle persiste après les traitements et les mesures de

réadaptations exigibles. En cas d'incapacité de travail de longue durée, l'activité qui peut être exigée de lui peut aussi relever d'une autre profession ou d'un autre domaine d'activité (art. 6 LPGA).

**4.2** Conformément à l'art. 28 al. 1 LAI, le droit à une rente naît dès que l'assuré ne peut rétablir, maintenir ou améliorer sa capacité de gain au moyen de mesures de réadaptation raisonnablement exigibles (let. a), présente une incapacité de travail de 40% au moins pendant une année sans interruption notable (let. b) et, au terme de cette année, est invalide à 40% au moins (let. c). Cela signifie que le droit à une rente peut prendre naissance, pour autant que toutes les autres conditions soient remplies, au plus tôt après une année d'incapacité de travail ininterrompue d'au moins 40% en moyenne (MICHEL VALTERIO, Droit de l'assurance-vieillesse et survivants [AVS] et de l'assurance-invalidité [AI], Genève, Zurich, Bâle 2011, n. m. 2021). Enfin, selon la réglementation prévue à l'art. 29 al. 1 LAI, la rente auquel un assuré a droit peut être versée 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. En outre, le droit ne prend pas naissance tant que l'assuré peut faire valoir son droit à une indemnité journalière au sens de l'art. 22 LAI (art. 29 al. 2 LAI).

**4.3** Aux termes de l'art. 28 al. 1 LAI, l'assuré a droit à un quart de rente s'il est invalide à hauteur de 40% au moins, à une demie rente s'il est invalide à 50% au moins, à trois quarts de rente s'il est invalide à hauteur de 60% au moins et à une rente entière s'il est invalide à hauteur de 70% au moins. Les rentes correspondant à un degré d'invalidité inférieur à 50% sont versées aux ressortissants suisses et aux ressortissants d'un Etat membre de l'Union européenne s'ils ont leur domicile et leur résidence habituelle sur le sol de l'un deux (art. 29 al. 4 LAI ; art. 7 du règlement (CE) n° 883/2004).

**4.4** La notion d'invalidité dont il est question à l'art. 8 LPGA et à l'art. 4 LAI est de nature économique/juridique et non médicale (ATF 116 V 246, consid. 1b). En d'autres termes, l'assurance-invalidité suisse couvre uniquement les pertes économiques liées à une atteinte à la santé physique et psychique, qui peut résulter d'une infirmité congénitale, d'une maladie ou d'un accident, et non d'une maladie en tant que telle. Selon la jurisprudence constante, bien que l'invalidité soit une notion juridique et économique, les données fournies par les médecins constituent néanmoins un élément utile pour apprécier les conséquences de l'atteinte à la santé et pour déterminer quels travaux peuvent être encore raisonnablement exigés de l'assuré (ATF 115 V 133, consid. 2 ; ATF 114 V 310, consid. 3c ; RCC 1991, p. 329, consid. 1c).

**4.5** Pour pouvoir déterminer la capacité de travail d'un assuré et évaluer son invalidité, l'administration, ou le juge en cas de recours, a besoin de documents que le médecin ou éventuellement d'autres spécialistes doivent lui fournir (ATF 117 V 282 consid. 4a) et sur lesquels elle s'appuiera, sous peine de violer le principe inquisitoire (arrêts du Tribunal fédéral 8C\_623/2012 du 6 décembre 2012 consid. 1 et I 733/06 du 16 juillet 2007 consid. 4.2.1). Le Tribunal fédéral a jugé en effet que les données fournies par les médecins constituent un élément utile pour déterminer quels travaux peuvent encore être exigés de l'assuré, quand bien même la notion d'invalidité est de nature économique/juridique et non médicale (ATF 125 V 256 consid. 4, ATF 115 V 133 consid. 2, ATF 114 V 310 consid. 3c, ATF 105 V 156 consid. 1; voir supra consid. 6).

La tâche du médecin consiste à porter un jugement sur l'état de santé et à indiquer dans quelle mesure et pour quelles activités l'assuré est incapable de travailler. Il lui appartient de décrire les activités que l'on peut encore raisonnablement attendre de l'assuré compte tenu de ses atteintes à la santé, en exposant les motifs qui le conduisent à retenir telle ou telle limitation de la capacité de travail. Lorsqu'il est clair d'emblée que l'exercice d'activités relativement variées est encore exigible de l'intéressé, un renvoi général à un marché du travail équilibré, structuré de telle sorte qu'il offre un éventail d'emplois diversifié, est suffisant (arrêt du Tribunal fédéral I 636/06 du 22 septembre 2006 consid. 3.2; Pratique VSI 6/1998 p. 296 consid. 3b).

Le juge des assurances sociales, quant à lui, 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. En présence d'avis médicaux contradictoires, il doit indiquer les motifs pour lesquels il se fonde sur une appréciation plutôt que sur une autre. A cet égard, l'élément décisif pour apprécier la valeur probante d'une pièce médicale n'est en principe ni son origine, ni sa désignation sous la forme d'un rapport ou d'une expertise, mais bel et bien son contenu. Il importe, pour conférer pleine valeur probante à un rapport médical, que les points litigieux importants aient fait l'objet d'une étude circonstanciée, que le rapport se fonde sur des examens complets, qu'il prenne également en considération les plaintes exprimées par la personne examinée, qu'il ait été établi en pleine connaissance de l'anamnèse, que la description du contexte médical et l'appréciation de la situation médicale soient claires et enfin que les conclusions de l'expert soient dûment motivées (ATF 125 V 351 consid. 3a et les références).

**4.6** Selon le principe inquisitoire qui régit la procédure administrative (art. 43 al. 1 LPGA), de même que la procédure devant le Tribunal administratif fédéral (art. 37 LTAF) dans le domaine des assurances sociales, l'autorité doit établir d'office les faits déterminants (art. 12 PA ; ATF 110 V 199 consid. 2b, ATF 105 Ib 114 ; PIERRE MOOR, Droit administratif, vol. II, 3e éd., Berne 2011, ch. 2.2.6.3). Elle administre les preuves nécessaires et les apprécie librement (art. 19 PA en rapport avec l'art. 40 de la loi fédérale de procédure civile fédérale du 4 décembre 1947 [LPC, RS 273]; art. 61 let. c LPGA). Elle peut toutefois considérer qu'un fait est prouvé et renoncer à de plus amples mesures d'instruction lorsqu'au terme d'un examen objectif, elle ne conçoit plus de doutes sérieux sur l'existence de ce fait. Si de tels doutes subsistent, il lui appartient de compléter l'instruction de la cause, pour autant que l'on puisse attendre un résultat probant des mesures d'instruction entrant raisonnablement en considération (arrêt du Tribunal fédéral 9C\_574/2009 du 5 mars 2010 consid. 5 et les références). Dans ce contexte, le Tribunal fédéral a précisé que lorsque l'administration devait se prononcer sur la capacité de travail d'un assuré, elle devait appuyer son évaluation sur des rapports médicaux concluants qui permettaient de confirmer que l'appréciation des preuves avait été faite de manière globale et objective. Dans la mesure où de tels documents font défaut ou sont contradictoires, des investigations complémentaires s'avèrent indispensables, faute de quoi il y a lieu de conclure à une violation du principe inquisitoire (arrêts du Tribunal fédéral 8C\_672/2010 du 27 septembre 2010 consid. 1.3 et 9C\_818/2010 du 5 novembre 2010 consid. 2.2 in fine).

**4.7** La jurisprudence a posé des lignes directrices s'agissant de la manière d'apprécier certains types d'expertises ou de rapports médicaux. Ainsi, le juge ne s'écarte en principe pas sauf motifs impératifs des conclusions d'une expertise médicale mise en œuvre par une autorité conformément aux règles de procédure dans la mesure où la tâche de l'expert est 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 125 V 352, consid. 3b ; ATF 118 V 286, consid. 1b). Selon la jurisprudence, peut constituer une raison de s'écarter d'une expertise le fait que celle-ci contient des contradictions ou lorsque d'autres spécialistes émettent des opinions contraires aptes à mettre sérieusement en doute la pertinence des déductions de l'expert (ATF 125 V 351, cons. 3b ; ATF 118 V 220, consid. 1b et les références ; arrêt du Tribunal fédéral I 131/03 du 22 mars 2004, consid. 2.2). Le simple fait qu'un avis médical divergent ait été produit par la personne assurée – même émanant d'un spécialiste – ne suffit cependant pas à lui seul à remettre en cause la valeur probante d'un rapport

médical (arrêt du Tribunal fédéral U 365/06 du 26 janvier 2007 consid. 4.1). Au sujet des rapports établis par les médecins traitants, il est constant que ceux-ci sont généralement enclin, en cas de doute, à prendre parti pour leur patient en raison de la relation de confiance qui les unit à ce dernier (ATF 125 V 351 consid. 3b/cc et les références citées). Toutefois le simple fait qu'un certificat médical est établi à la demande d'une partie et est produit pendant la procédure ne justifie pas en soi des doutes quant à sa valeur probante (ATF 125 V 351 consid. 3b/dd ; arrêt du Tribunal fédéral 9C\_24/2008 du 27 mai 2008 consid. 2.3.2 ; Plädoyer 2009 p. 72 ss).

**4.8** Dans un arrêt de principe 141 V 281 du 3 juin 2015, le Tribunal fédéral a fixé que la capacité de travail exigible des personnes souffrant d'un trouble somatoforme douloureux ou d'une atteinte psychosomatique semblable (cf. consid. 4.2 de l'arrêt) devait être évaluée sur la base d'une vision d'ensemble, dans le cadre d'une procédure d'établissement de faits structurée (par des indicateurs standards) et normative, permettant de mettre en lumière les facteurs incapacitants d'une part et les ressources de la personne d'autre part (consid. 3.5 et 3.6 de l'arrêt). Dans un arrêt du 30 novembre 2017 (143 V 418), le Tribunal fédéral a précisé que sa jurisprudence concernant l'application d'une grille d'évaluation normative et structurée était valable pour toutes les affections psychiques (consid. 6 et 7 de l'arrêts).

Le Tribunal fédéral a décrit les indicateurs standards permettant d'évaluer le caractère invalidant des affections psychiques en les répartissant dans les deux catégories suivantes :

#### 1. Catégorie "*degré de gravité fonctionnel*"

##### 1.1. Complexe "*atteinte à la santé*"

1.1.1. Expressions des éléments pertinents pour le diagnostic

1.1.2. Succès du traitement ou résistance à cet égard

1.1.3. Succès de la réadaptation ou résistance à cet égard

1.1.4. Comorbidités

1.2. Complexe "*personnalité*" (diagnostic de la personnalité, ressources personnelles)

1.3. Complexe "*contexte social*"

#### 2. Catégorie "*cohérence*" (point de vue du comportement)

- 2.1 Limitation uniforme du niveau des activités dans tous les domaines comparables de la vie
- 2.2 Poids des souffrances relevé par l'anamnèse établie en vue du traitement et de la réadaptation.

Le Tribunal fédéral a encore précisé que les indicateurs se rapportant au degré de gravité fonctionnel (ci-dessus, catégorie 1) formaient le socle de base pour l'examen du caractère invalidant du trouble somatoforme douloureux (ATF 141 V 281 consid. 4.3). Les conséquences tirées de cet examen doivent ensuite être examinées à l'aune des indicateurs se rapportant à la cohérence (ci-dessus, catégorie 2). Le Tribunal fédéral a également expliqué que ce catalogue d'indicateurs devait être appliqué en fonction des circonstances de chaque cas individuel et ne constituait pas une simple "check list". En outre, il ne saurait être considéré comme immuable. Au contraire, il doit pouvoir s'adapter à de nouvelles connaissances médicales établies (ATF 141 V 281 consid. 4.1.1 ; arrêts du Tribunal fédéral 8C\_569/2015 du 17 février 2016, consid. 4.1, et 9C\_549/2015 du 29 janvier 2016, consid. 4).

Concernant enfin le droit intertemporel, le Tribunal fédéral a indiqué que ces indicateurs étaient également applicables aux expertises rendues à l'aune de l'ancienne jurisprudence, soit avant le 3 juin 2015 (ATF 141 V 281 consid. 8 et la référence citée ; arrêt du Tribunal fédéral 9C\_716/2015 du 30 novembre 2015, consid. 4.1).

**4.9** S'agissant des rapports des SMR au sens des art. 59 al. 2<sup>bis</sup> LAI et 49 al. 1 et 3 du règlement du 17 janvier 1961 sur l'assurance-invalidité (RAI, RS 831.201), ceux-ci ne se fondent pas sur des examens médicaux effectués sur la personne mais contiennent les résultats de l'examen des conditions médicales du droit aux prestations et une recommandation, sous l'angle médical, concernant la suite à donner à la demande de prestations. Ils ne posent pas de nouvelles conclusions médicales mais portent une appréciation sur celles déjà existantes (arrêts du TF 9C\_581/2007 du 14 juillet 2008 consid. 3.2 et 9C\_341/2007 du 16 novembre 2007 consid. 4.1). Au vu de ces différences, ils ne doivent pas remplir les mêmes exigences au niveau de leur contenu que les expertises médicales. On ne saurait en revanche leur dénier toute valeur probante. Ils ont notamment pour but de résumer et de porter une appréciation sur la situation médicale d'un assuré, ce qui implique aussi, en présence de pièces médicales contradictoires, de dire s'il y a lieu de se fonder sur l'une ou l'autre ou s'il y a lieu de procéder à une instruction complémentaire. De tels rapports pour avoir valeur pro-

bante ne peuvent suivre une appréciation sans établir les raisons pour lesquelles des appréciations différentes ne sont pas suivies (cf. arrêt du TF 9C\_165/2015 du 12 novembre 2015 consid. 4.3; VALTERIO, op. cit. n° 2920 ss). La valeur probante de ces rapports présuppose que le dossier contienne l'exposé complet de l'état de santé de l'assuré (anamnèse, évolution de l'état de santé et statut actuel) et qu'il se soit agi essentiellement que d'apprécier un état de fait médical établi de manière concordante par les médecins (cf. les arrêts du TF 9C\_335/2015 du 1er septembre 2015 consid. 3.1, 8C\_653/2009 du 28 octobre 2009 consid. 5.2; 8C\_239/2008 du 17 décembre 2009 consid. 7.2; cf. également arrêt du TF 9C\_462/2014 du 16 septembre 2014 consid. 3.2.2 et les références).

**4.10** Selon l'art. 17 LPGA si le taux d'invalidité du bénéficiaire de la 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. Le deuxième alinéa de la même règle prévoit que toute prestation durable accordée en vertu d'une décision entrée en force est, d'office ou sur demande, augmentée ou réduite en conséquence, ou encore supprimée si les circonstances dont dépendait son octroi changent notablement.

L'art. 88a al. 1 RAI prévoit que si la capacité de gain de l'assuré s'améliore ou que son impotence s'atténue, il y a lieu de considérer que ce changement supprime, le cas échéant, tout ou partie de son droit aux prestations dès que 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. Une suppression de rente avec effet immédiat, soit à la fin du mois où l'amélioration de santé est constatée, ne peut intervenir qu'exceptionnellement en cas d'état de santé durablement stabilisé (voir l'arrêt du Tribunal fédéral I 569/06 du 20 novembre 2006 consid. 3.3; VALTERIO, op. cit., n° 3085). L'art. 88<sup>bis</sup> al. 2 let. a RAI dispose que la diminution ou la suppression de la rente ou de l'allocation pour impotent prend effet, au plus tôt, le premier jour du deuxième mois qui suit la notification de la décision. La règle indique les effets temporels de la révision sur le plan du droit à la rente (ATF 135 V 306 consid. 7.2). Ces dispositions s'appliquent par analogie lors de l'octroi d'une rente limitée dans le temps.

## 5.

**5.1** En l'occurrence, le point litigieux entre les parties est en principe le droit à la rente à partir du 1<sup>er</sup> avril 2014, alors qu'aussi bien le recourant que l'OAIE sont d'accord sur le droit aux rentes suivantes avant cette date, à savoir :

- une demi-rente du 1<sup>er</sup> octobre au 28 février 2011,
- une rente entière du 1<sup>er</sup> mars 2011 au 31 août 2011,
- une demi-rente du 1<sup>er</sup> septembre 2011 au 30 novembre 2011,
- pas de rente du 1<sup>er</sup> décembre 2011 au 31 janvier 2013,
- une demi-rente du 1<sup>er</sup> février 2013 au 31 mars 2014.

**5.2** Le recourant fait valoir dans son courrier du 12 février 2013 (AI pce 45), son recours du 17 mars 2016 (TAF pce 1) et sa réplique du 29 juillet 2016 (TAF pce 13) que, vu son état de santé, il ne peut plus exercer son activité de laborantin à 100% depuis le début de l'année 2013. Alors que dans son courrier du 12 février 2013, il mentionnait que les douleurs lombaires avaient totalement disparu et qu'il souffrait d'un épuisement constant, il mentionne dans son recours du 17 mars 2016 qu'il souffre toujours de douleurs quotidiennes, chroniques, très invalidantes et localisées à différents endroits. Concernant le traitement psychiatrique, il a mentionné le 17 mars 2016 qu'il avait entamé très récemment un suivi psychiatrique auprès de la Dresse Dd. \_\_\_\_\_ et qu'il produirait un rapport médical (TAF pce 1). Le 4 novembre 2016, le recourant, qui avait apparemment changé de psychiatre entre-temps, a produit un rapport médical du 13 octobre 2016 du Dr Bb. \_\_\_\_\_ (TAF pce 18). Dans son courrier du 9 avril 2018 (TAF pce 26), le recourant indique qu'il a suspendu son suivi psychiatrique pour des raisons financières. En ce qui concerne le droit à la rente, le recourant demande la poursuite du versement de la demi-rente au-delà du 31 mars 2014, voire après cette date, en substance, une augmentation à un trois quart de rente ou à une rente entière. Il produit divers certificats d'incapacité de travail, en particulier un certificat du 16 mars 2016 de med. pract. Cc. \_\_\_\_\_, selon laquelle il y avait une incapacité de travail de 50% dès le 1<sup>er</sup> avril 2015 et 60% dès le 1<sup>er</sup> janvier 2016 (TAF pce 1 annexes) et un certificat (contradictoire du même médecin du 9 avril 2018 mentionnant une incapacité de travail de 60% dès le 31 mars 2015 déjà (TAF pce 26).

**5.3** L'OAIE respectivement l'OAI du canton C.\_\_\_\_\_ argue dans sa prise de position du 7 juin 2016 que le recourant présente une capacité de travail de 70% dans une activité adaptée dès le 1<sup>er</sup> janvier 2014 sans préciser s'il s'agit d'une amélioration de l'état de santé. Pour son appréciation, il se base sur trois expertises, à savoir l'expertise rhumatologique du Dr T.\_\_\_\_\_ d'août 2014, l'expertise psychiatrique du Dr U.\_\_\_\_\_ d'août 2014 et l'expertise neurologique du Dr W.\_\_\_\_\_ d'avril 2015. L'autorité inférieure mentionne, dans sa prise de position du 7 juin 2016, qu'en février 2013 une aggravation de l'état de santé lui a été annoncée, mais ne mentionne pas de reprise d'invalidité contrairement à la motivation de la décision du 10 février 2016. Elle se contente de mentionner que, vu la documentation médicale, il est correct d'octroyer une demi-rente limitée dans le temps pour la période du 1<sup>er</sup> février 2013 au 1<sup>er</sup> avril 2014 (TAF pce 10). et ne se prononce pas sur le motif de révision justifiant la limitation de la rente dans le temps.

## **6.**

**6.1** Alors que l'OAIE basait sa décision du 10 février 2016 sur une reprise de l'invalidité après suppression de la rente, il ne se prononce plus sur cette question dans l'échange d'écritures devant le Tribunal de céans. Une telle reprise de l'invalidité est réglée à l'art. 29<sup>bis</sup> RAI : Si la rente a été supprimée du fait de l'abaissement du degré d'invalidité et que l'assuré, dans les trois ans qui suivent, présente à nouveau un degré d'invalidité ouvrant le droit à la rente en raison d'une incapacité de travail de même origine, on déduira de la période d'attente que lui imposerait l'art. 28, al. 1 let. b LAI, celle qui a précédé le premier octroi. Par contre, le délai d'attente de 6 mois selon l'art. 29 al. 1 LAI reste applicable (ATF 142 V 547 consid. 3).

**6.2** On est donc en présence d'un cas de reprise de rente, si les quatre conditions suivantes sont remplies :

- la suppression de la rente, suite à une révision ou à l'octroi d'une rente limitée dans le temps, est entrée en force,
- le degré d'invalidité atteint à nouveau le seuil ouvrant un droit à la rente,
- cette aggravation intervient dans les trois ans depuis la suppression entrée en force,
- l'incapacité de travail a la même origine.

**6.3** Dans le cas présent, il faudra examiner si ces conditions sont remplies. Dans tous les cas, vu le courrier du recourant du 12 février 2013, le droit à la rente reprendra au plus tôt le 1<sup>er</sup> août 2013, 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 (le 12 février 2013), un délai qui reste applicable (art. 29<sup>bis</sup> RAI en relation avec l'art. 29 al. 1 LAI, voir consid. 6.1, ATF 142 V 547 consid. 3, arrêt du TF 8C\_607/2019 du 8 novembre 2019 consid. 3.2) et non dès le 1<sup>er</sup> février 2013. C'est pourquoi le Tribunal de céans a expressément informé le recourant par courrier du 29 mars 2018 qu'il pourrait se retrouver dans une situation moins favorable pour lui que celle accordée par la décision du 10 février 2016 (reformatio in pejus, TAF pce 24). Par courrier du 9 avril 2018, le recourant a déclaré avoir pris connaissance d'un éventuel début de rente plus tardif et a maintenu son recours (TAF pce 26)

## 7.

**7.1** L'OAI du canton C.\_\_\_\_\_ a traité le courrier du recourant du 12 février 2013 (AI pce 45) comme nouvelle demande de rente. Or, la première décision de rente du 14 janvier 2013 de l'OAIE (AI pce 42) n'était pas encore entrée en force à ce moment-là. Quand même c'est à juste titre que l'OAI du canton C.\_\_\_\_\_ n'a pas considéré le courrier du recourant comme recours contre la décision du 14 janvier 2013 de l'OAIE, car ce courrier est adressé à l'OAI du canton C.\_\_\_\_\_ et non au Tribunal de céans et il contient une communication d'aggravation pour l'avenir.

**7.2** Le courrier du 12 février 2013 est une communication que l'état de santé s'est aggravé depuis janvier 2013. Cet élément a porté l'OAI du canton C.\_\_\_\_\_ respectivement l'OAIE a accordé au recourant à nouveau une demi-rente d'invalidité et ce pour une période limitée dans le temps, à savoir du 1<sup>er</sup> février 2013 au 31 mars 2014. Il s'agit donc d'examiner quatre éléments, à savoir :

- l'aggravation de l'état de santé début 2013
- le point de départ de la rente fixé au 1<sup>er</sup> février 2013,
- le degré d'invalidité fixé à 50% et conduisant à l'octroi d'une demi-rente,
- le moment de la suppression de la rente fixé au 31 mars 2014.

**7.3** Concernant l'**aggravation de l'état de santé début 2013**, le dossier ne contient que peu d'éléments puisque le recourant ne produit qu'un certificat médical du 1<sup>er</sup> février 2013 de la Dresse L.\_\_\_\_\_ qui ne précise

pas la nature de la maladie conduisant à l'incapacité de travail, mais atteste simplement une incapacité de travail à 50% depuis le 1<sup>er</sup> février 2013 : « A. \_\_\_\_\_ nécessite une réduction du temps de travail de 50% du 1.2.13 au 28.2.13 pour maladie » (AI pce 45 page 5). Le rapport du Dr K. \_\_\_\_\_ du 7 février 2013 ne mentionne pas d'aggravation durable de l'état de santé puisque ce médecin relève un état après microhématurie et des résultats normaux concernant reste d'urine, examen de la prostate, échographie des reins (AI pce 45 pages 2 et 3). Cependant, vu la liste de symptômes (AI pce 45 page 4), probablement rédigée par le recourant lui-même et annexée au certificat de la Dresse L. \_\_\_\_\_ et au rapport du Dr K. \_\_\_\_\_, les absences à la place de travail et les rapports médicaux ultérieurs (tels que celui du 3 juin 2013 du Dr N. \_\_\_\_\_ attestant des lombalgies chroniques, AI pce 63 page 2), le Tribunal de céans estime qu'il est établi que l'état de santé du recourant s'est aggravé à partir du début de l'année 2013. Cet élément n'est du reste pas contesté par l'OAIE.

**7.4** Concernant le **point de départ de la rente**, le dossier contient également peu d'éléments. Comme vu plus haut, la Dresse L. \_\_\_\_\_ atteste une incapacité de travail à 50% depuis le 1<sup>er</sup> février 2013 dans son certificat du 1<sup>er</sup> février 2013 (AI pce 45 page 5) Cependant, le recourant avait déjà communiqué l'aggravation de son état de santé à son employeur le 8 janvier 2013 selon ses dires et il semble déjà avoir bénéficié d'une réduction du temps de travail dès fin janvier 2013. En tous les cas, il a consulté le Dr K. \_\_\_\_\_ le 30 janvier 2013 déjà (AI pce 45 pages 2 et 3). Le Dr R. \_\_\_\_\_ mentionne également une aggravation dès fin janvier 2013 dans sa prise de position du 25 octobre 2013 (AI pce 79). Il faut donc admettre une aggravation de l'état de santé dès janvier 2013. Mais comme la nouvelle demande était posée le 12 février 2013 et le délai d'attente de 6 mois selon l'art. 29 al. 1 LAI reste applicable (ATF 142 V 547 consid. 3, voir consid. 5.1) le droit à la rente reprendra au plutôt le 1<sup>er</sup> août.

**7.5** Concernant l'incapacité de travail et donc le **degré d'invalidité** dès le début de l'année 2013, les deux experts, Dr U. \_\_\_\_\_ et Dr T. \_\_\_\_\_, ont indiqué expressément dans leur rapport d'expertise du 8 septembre 2014 qu'ils ne pouvaient pas se prononcer sur l'état de santé avant 2014 (AI pce 101 page 31), ils mentionnent cependant une problématique de la douleur existant depuis 2009 et une exacerbation dès 2013 (AI pce 101 page 29). Faute de documentation médicale précise concernant l'état de santé pendant l'année 2013 et vu l'impossibilité de procéder à un complément d'instruction pour déterminer l'état de santé en 2013, il faut se baser, comme pour les rentes limitées dans le temps pendant l'année 2011, sur le temps de travail effectif durant l'année 2013 et admettre que l'incapacité

de travail et de gain dès janvier 2013 était de 50%. En effet, le recourant a continué à travailler à 50% comme laborantin chez B.\_\_\_\_\_ de février 2013 jusqu'à son licenciement en mars 2015, ou du moins jusqu'en janvier 2014 (date de la prétendue amélioration de l'état de santé). En effet, le 4 avril 2013, le recourant mentionne dans son courriel à l'OAI du canton C.\_\_\_\_\_ que son état actuel avec une incapacité de travail de 50% est stable (AI pce 50 page 1). Dans son rapport du 3 juin 2013, le Dr N.\_\_\_\_\_ indique que le recourant n'a pas pu reprendre son activité à plein temps (AI pce 63 page 2). Lors des tables rondes de l'AI avec l'employeur des 18 avril 2013 et 17 juin 2013, il est constaté que le recourant travaille à 50% depuis février 2013, 4 heures par jour, 5 jours par semaine, mais l'employeur considère que la performance de travail ne correspond pas à 50% (AI pce 66), ce qui serait un indice pour une incapacité de travail de plus de 50%. Dans son courriel du 3 septembre 2013, le recourant mentionne que 3,5 à 4 heures de travail par jour sont supportables, mais qu'à partir de 4,5 heures les douleurs augmentent aussi bien au travail que dans la vie privée (AI pce 75 page 1). Dans son rapport du 5 septembre 2013, le Dr P.\_\_\_\_\_ mentionne que le recourant travaille toujours à 50% et qu'une augmentation du temps de travail n'a pas de sens tant que l'état somatique et psychique n'est pas stabilisé (AI pce 67 pages 1 à 5). Lors des tables rondes des 17 octobre 2013, 10 décembre 2013 et 10 janvier 2014, il est constaté que le recourant travaille toujours 4 heures par jour, 5 jours par semaine (AI pces 85 et 88). Vu le fait que le recourant a effectivement travaillé à 50% au lieu de 100% pendant toute l'année 2013, que la réduction du temps de travail est due à une aggravation de l'état de santé au début de l'année 2013 et qu'aucune pièce du dossier n'atteste une capacité de travail de plus de 50% durant l'année 2013, l'octroi d'une demi-rente est correct. Comme vu plus haut, cette rente doit être octroyée dès le 1<sup>er</sup> avril 2013.

**7.6 Concernant le moment de la suppression de la rente**, il faut examiner s'il y a un motif de révision au sens de l'art. 17 LPGA, donc s'il y a bel et bien eu une amélioration de l'état de santé au 1<sup>er</sup> janvier 2014, comme le prétend l'OAIE dans la décision du 10 février 2016, qui justifie la limitation du versement de la demi-rente au 31 mars 2014. Dans sa prise de position du 7 juin 2016, l'OAI du canton C.\_\_\_\_\_ indique qu'il faut se baser sur les expertises psychiatrique du Dr U.\_\_\_\_\_, rhumatologique du Dr T.\_\_\_\_\_ (AI pce 101) et neurologique du Dr W.\_\_\_\_\_ (AI pce 169) : Cet office explique dans un paragraphe portant le titre « Auf die vorhandenen medizinischen Unterlagen kann abgestellt werden » pourquoi ces trois expertises ont valeur probante, mais ne se prononce pas du tout sur

la nécessité de la présence d'un motif de révision, donc d'une amélioration de l'état de santé pour supprimer la demi-rente à compter du 1<sup>er</sup> avril 2014.

Le Tribunal de céans constate que ces trois expertises (et en particulier l'expertise psychiatrique du Dr U.\_\_\_\_\_) ont été effectuées avant le changement de jurisprudence du Tribunal fédéral fixant une procédure d'établissement de faits structurée par des indicateurs standard pour les atteintes psychiques (ATF 141 V 2981 du 3 juin 2015). C'est la raison pour laquelle le Dr U.\_\_\_\_\_ se réfère encore aux critères de Förster et non à ces nouveaux indicateurs dans son expertise psychiatrique. Ce médecin mentionne deux diagnostics psychiatriques ayant une influence sur la capacité de travail :

- Épisodes dépressifs récurrents, actuellement de degré moyen (F33.1),
- Trouble somatoforme douloureux persistant avec parts somatiques et psychiques (F45.4).

Le Dr T.\_\_\_\_\_ mentionne également des diagnostics en principe rhumatologiques, mais qui sont également concernés par la nouvelle jurisprudence :

- Généralisation de la douleur avec parts d'un syndrome de fibromyalgie (M79.7),
- Index de fibromyalgie avec localisation de la douleur dans 15 des 19 points, avec symptômes très marqués ainsi que symptomatologie végétative et fonctionnelle,
- Signes de perception dysfonctionnelle de la douleur avec aggravation.

Dans leur rapport d'expertise du 8 septembre 2014 (Al pce 110), les deux experts ont mentionné que les autres troubles tels que le manque de force avec picotements dans la partie gauche du corps ainsi que les douleurs du bas ventre avec irritation de la vessie (pour lesquels le recourant a consulté le Dr K.\_\_\_\_\_ en janvier et février 2013) et les nombreux troubles végétatifs et fonctionnels ainsi que l'état d'épuisement, le manque de récupération par le sommeil et le manque de concentration devaient être interprétés dans le cadre du trouble douloureux généralisé avec de nombreuses parts d'un syndrome de fibromyalgie. Ils ont mentionné que cette perception était réelle pour le recourant et conduisait à un comportement d'évitement par peur et à un retrait social. Les experts ont encore relevé que, du point de

vue rhumatologique, les troubles non somatiques étaient majoritaires et allaient plus loin qu'un pur syndrome de fibromyalgie et qu'il fallait chercher leur origine dans le domaine psychiatrique. Le Dr U. \_\_\_\_\_ et le Dr T. \_\_\_\_\_ ont relevé qu'il n'y avait pas de diagnostic psychiatrique sans influence sur la capacité de travail. En d'autres termes, tous les troubles psychiatriques présents ont une influence sur la capacité de travail. Les experts ont précisé que le trouble dépressif renforçait les douleurs, alors que les douleurs renforçaient le trouble dépressif, ce qui formait un cercle vicieux. Comme vu plus haut, l'expertise a été établie avant le changement de jurisprudence. C'est pourquoi les experts indiquent que le trouble somatoforme douloureux persistant ne remplit pas tous les critères de Förster. Ils énumèrent que de nombreux critères sont remplis, mais indiquent en particulier qu'il n'y a pas de retrait social dans tous les domaines de la vie et que l'on est plutôt en présence d'une maladie psychosomatique que d'un conflit non résolu (AI pce 101 page 29). Si on examine les indicateurs de la nouvelle jurisprudence (ce que l'OAIE aurait dû faire puisque la décision du 10 février 2016 a été rendue plusieurs mois après cette jurisprudence), on arrive au même résultat, à savoir que la plupart des indicateurs sont remplis. Même si les experts ont examiné les critères de Förster et non les indicateurs, le Tribunal de céans ne voit cependant pas pourquoi les experts retiennent une incapacité de travail dans l'activité habituelle de 30% du point de vue psychiatrique. En effet, soit les critères ou indicateurs ne sont pas tous remplis et les troubles psychiques n'ont pas de caractère invalidant puisqu'un effort de volonté pour les surmonter est exigible ; soit les critères ou indicateurs sont remplis et les troubles psychiques ne sont pas surmontables. Ce point peut cependant rester ouvert puisque seule la question d'un motif de révision est centrale.

**7.7** Or le Tribunal administratif fédéral ne voit justement pas en quoi consiste cette amélioration de l'état de santé qui devrait être intervenue en janvier 2014. Les trois expertises ne font état d'aucune amélioration, mais mentionne au contraire les mêmes symptômes et diagnostics qu'en 2013. Le Dr W. \_\_\_\_\_ mentionne en effet un tableau de troubles très étendu et sans corrélation organique. En juin 2013, le Dr N. \_\_\_\_\_ mentionnait un tableau de lombalgies chroniques, des cervico-dorsolombalgies mécaniques chroniques qui étaient invalidantes, une cellulalgie et sensibilité diffuse à l'examen du rachis. Ce médecin relevait que la demande d'invalidité semblait pertinente compte tenu du tableau clinique actuel qui était surtout fonctionnel et ne semblait pas s'améliorer avec la rééducation (AI pce 63 page 2). Le Dr P. \_\_\_\_\_, qui traitait le recourant depuis environ 6 semaines, indiquait dans son rapport du 5 septembre 2013, un grand nombre

de diagnostics (sortant en partie de son domaine de spécialisation médicale), à savoir :

- troubles fonctionnels segmentaux (M99.89),
- douleurs chroniques (F45.41),
- syndrome d'échec de chirurgie du dos (M96.1),
- statut après opération d'hernie discale L4-L5 (M51.1),
- douleur dans tout le corps (R52.2),
- trouble somatoforme douloureux (F45.40),
- trouble d'adaptation douloureux (F62.80),
- trouble du sommeil (F51.9),
- dépression (F32.9),
- problème avec les conditions de travail (Z56).

**7.8** Sur la base des indications du Dr N.\_\_\_\_\_ et du Dr P.\_\_\_\_\_, le Tribunal de céans conclut que les diagnostics et donc l'état de santé du recourant étaient pour l'essentiel les mêmes en 2013 et 2014. Il estime qu'aussi bien l'expertise bidisciplinaire du Dr U.\_\_\_\_\_ et Dr T.\_\_\_\_\_ que l'expertise neurologique du Dr W.\_\_\_\_\_ ont valeur probante (les points litigieux importants ont fait l'objet d'une étude circonstanciée, le rapport se fonde sur des examens complets, il prend en considération les plaintes exprimées par la personne examinée, il a été établi en pleine connaissance de l'anamnèse, la description du contexte médical et l'appréciation de la situation médicale sont claires et les conclusions de l'expert sont motivées ; ATF 125 V 351 consid. 3a), mais considère que ces expertises sont une autre appréciation (pour deux des trois expertises depuis janvier 2014) d'un état de santé resté le même pour l'essentiel depuis fin janvier 2013, ce qui ne constitue pas un motif de révision (arrêts du Tribunal fédéral I 532/05 du 13 juillet 2006 consid. 3; I 561/05 du 31 mars 2006 consid. 3.3; ATF 112 V 371 consid. 2b ; cf. supra consid. 5.10.3). Etant donné que l'OAIE ne se base que sur ces trois expertises pour prouver une amélioration de l'état de santé et que les autres pièces médicales du dossier (en particulier le rapport rhumatologique du 7 août 2015 de la Dresse X.\_\_\_\_\_ et le rapport neurologique du 22 août 2015 de la Dresse

Y. \_\_\_\_\_ qui mentionnent principalement un syndrome douloureux multi-loculaire chronique respectivement une douleur chronique dans tout le corps) ne démontrent pas d'amélioration en 2014 ou ultérieurement, soit jusqu'à la date de la décision attaquée du 10 février 2016, les conditions de l'art. 17 LPGa ne sont pas remplies puisqu'il n'y a pas de motif de révision.

**7.9** De plus le Tribunal administratif fédéral constate que la remarque du Dr Q. \_\_\_\_\_, dans sa prise de position du 29 janvier 2016, selon laquelle le niveau fonctionnel dans les activités de la vie quotidienne est bien conservé, paraît contradictoire aux autres pièces du dossier puisque le recourant indique qu'il doit s'allonger régulièrement, a un besoin accru de sommeil et est handicapé par les douleurs et la fatigue aussi bien dans sa vie professionnelle que dans sa vie privée. De plus le Dr U. \_\_\_\_\_ et le Dr T. \_\_\_\_\_ mentionnent un retrait social dans leur rapport d'expertise du 8 septembre 2014. Un motif de révision faisant défaut, c'est à tort que l'OAIE a supprimé la demi-rente d'invalidité à compter du 1<sup>er</sup> avril 2014.

**7.10** La décision du 10 février 2016 octroie la demi-rente depuis le 1<sup>er</sup> février 2013 et non depuis le 1<sup>er</sup> avril 2013. Etant donné que le recourant a été averti que la rente lui serait vraisemblablement accordée dès le 1<sup>er</sup> août 2013, donc plus tard que selon la décision du 10 février 2016, et qu'il a maintenu son recours (TAF pce 23), il n'est pas nécessaire de l'entendre à nouveau dans la présente procédure.

## **8.**

En résumé, la demi-rente ne doit être versée qu'à partir du 1<sup>er</sup> août 2013, mais elle doit continuer à être versée au-delà du 31 mars 2014 puisqu'un motif de révision fait défaut. Le recours doit donc être admis pour l'essentiel et la décision du 10 février 2016 réformée en ce sens que le recourant a droit à une demi-rente d'invalidité dès le 1<sup>er</sup> août 2013 sans limitation dans le temps. Le dossier est retourné à l'autorité inférieure afin qu'elle procède au versement des prestations arriérées dues, ainsi que, le cas échéant, des intérêts moratoires dus.

## **9.**

**9.1** Vu l'issue de la cause, il n'y a en l'occurrence pas lieu de percevoir de frais de procédure (cf. art. 69 al. 2 LAI et art. 63 al. 1 et 2 PA). L'avance de frais de CHF 800.- versée par le recourant lui sera en conséquence restituée dès l'entrée en force du présent arrêt, à charge pour ce dernier de

communiquer un numéro de compte bancaire au moyen duquel le remboursement puisse intervenir.

**9.2** Le recourant ayant agi en étant représenté, il a droit à une indemnité de dépens (art. 64 PA ; art. 7 al. 1 du règlement du 21 février 2008 concernant les frais, dépens et indemnités fixés par le Tribunal administratif fédéral [FITAF, RS 173.320.2]). Compte tenu de l'issue du recours, de la difficulté de la cause ainsi que du travail effectué par la représentante, le Tribunal lui alloue une indemnité globale de dépens de CHF 2'800.- (sans TVA [arrêts du Tribunal administratif fédéral C-7527/2014 du 12 août 2015 consid. 10.2 et C-4930/2014 du 12 février 2015 consid. 12.2 et références citées]).

**Par ces motifs, le Tribunal administratif fédéral prononce :**

**1.**

Le recours du 18 mars 2016 contre la décision du 10 février 2016 est admis pour l'essentiel, la décision du 10 février 2016 est réformée en ce sens que le recourant a droit à une demi-rente d'invalidité dès le 1<sup>er</sup> août 2013.

**2.**

Le dossier est retourné à l'autorité inférieure afin qu'elle procède au versement des prestations arriérées dues, ainsi que, le cas échéant, des intérêts moratoires dus.

**3.**

Il n'est pas perçu de frais de procédure. Le montant de CHF 800.- versé par le recourant à titre d'avance de frais est restitué à ce dernier dès l'entrée en force du présent arrêt.

**4.**

L'OAIE versera au recourant une indemnité de CHF 2'800.- à titre de dépens.

**5.**

Le présent arrêt est adressé :

- au recourant (Recommandé AR)
- à l'autorité inférieure (n° de réf. [...] ; Recommandé)
- à l'Office fédéral des assurances sociales (Recommandé)

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

La présidente du collège :

La greffière :

Viktoria Helfenstein

Nicole Ricklin

**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 :