



Cour III
C-1856/2015

Arrêt du 29 juillet 2019

Composition

Caroline Bissegger (présidente du collège),
Michela Bürki Moreni, Beat Weber, juges,
Daphné Roulin, greffière.

Parties

A. _____, (France)
représenté par Maître Claude Ulmann,
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 mars
2015).

Faits :**A.**

A._____ (ci-après : le recourant ou l'intéressé) est un ressortissant suisse, originaire du Portugal, né le (...) 1964, domicilié en Suisse depuis 1977 puis en France dès 1999. Il a travaillé en Suisse depuis 1982 et est titulaire d'un CFC de vendeur ; il a exercé dans le domaine de la vente (électroménager, quincaillerie) et dès 1991 en qualité d'agent d'assurance à 100% (AI pces 1, 7, 17, 19, 54 et 123 p. 7). Souffrant depuis de nombreuses années de lombalgies, il a arrêté de travailler pour motif médical dès le 10 décembre 2007 (AI pce 3) et a été opéré le 22 février 2008 pour une hernie discale L1-L2 droite (AI pces 13 p. 15-16, 18, 48 et 58). Le 3 octobre 2008, son contrat de travail avec Generali Assurances a été résilié avec effet au 31 janvier 2009 (AI pces 17 p. 27, 18 p. 1-2 et 42 p. 7).

B.

B.a Le 20 décembre 2008, A._____ a présenté une demande de prestations à l'office cantonal de l'assurance-invalidité du canton B._____ (ci-après : OAI-B._____) pour des raisons rhumatologiques (AI pce 1).

B.b Par communication du 3 juillet 2009, l'OAI-B._____ l'a informé qu'aucune mesure de réadaptation d'ordre professionnel sous forme dite d'intervention précoce ne pouvait être mise en place (AI pce 34).

B.c Plusieurs rapports médicaux, y compris du service médical régional (ci-après : SMR), ont été versés au dossier (AI pces 3, 13, 22, 26, 27, 43, 50, 52, 53, 56 p. 4 et 57- 61). Le Dr C._____, psychiatre FMH, qui suivait l'assuré depuis février 2009, a retenu un trouble de l'adaptation avec caractéristiques émotionnelles mixtes et une incapacité de travail de 50% (AI pces 37 p. 30 et 53). Suite à un examen clinique, le SMR, soit pour lui le Dr D._____, rhumatologue FMH, médecine physique et rééducation, a posé les diagnostics avec répercussion sur la capacité de travail (i) de lombopygialgies persistantes dans un contexte status post-cure d'hernie discale L1-L2 (CIM-10 M54.5) et (ii) de douleurs neurogènes ainsi que sans répercussion sur la capacité de travail (iii) de fibromyalgie et de lipomes multiples. Il est d'avis que la capacité de travail de l'intéressé dans son activité habituelle et dans une activité adaptée est de 65% dès mi-juin 2008 (rapport du 14 juin 2010 [AI pce 58]). Dans son rapport du 31 août 2010 (AI pce 60), la Dresse E._____ du SMR, spécialiste en médecine interne générale, a suivi l'avis du Dr D._____ et a estimé que A._____ pouvait poursuivre dès le 15 août 2008 son activité habituelle d'agent d'assurances

à 65% dans des conditions adaptées aux limitations fonctionnelles en lien avec l'atteinte au niveau du rachis lombaire.

B.d Par projet de décision du 18 octobre 2010, puis par décision du 20 décembre 2010, l'office de l'assurance-invalidité pour les assurés résidant à l'étranger (ci-après : OAIE ou l'autorité inférieure) a rejeté la demande de prestations de l'intéressé au motif notamment que sa capacité de travail était de 65% dans son activité habituelle ou dans toutes autres activités respectant ses limitations fonctionnelles (AI pces 62 et 71).

B.e Le 17 janvier 2011 (AI pce 73 p. 3-6), A._____, par l'entremise de son mandataire, a interjeté recours contre cette décision par-devant le Tribunal administratif fédéral (ci-après : TAF ou le Tribunal). Il a produit à l'appui de son recours de nouveaux rapports médicaux (cf. AI pces 73 p. 28-29 et 79 p. 4-9).

B.f Par arrêt du 30 novembre 2012 (C-531/2011), le Tribunal administratif fédéral a jugé que les pièces médicales – notamment le rapport d'expertise du 2 juillet 2009 du Dr F._____, neurologue, (cf. AI pce 43) et le rapport médical du 10 janvier 2011 du Dr C._____, psychiatre, (cf. AI pce 73 p. 30) – ne bénéficiaient pas d'une valeur probante suffisante. Pour fonder sa décision, l'OAIE ne pouvait pas se baser uniquement sur l'appréciation rhumatologique du Dr D._____, médecin du SMR, du 14 juin 2010 (cf. AI pce 58). Par conséquent, la décision de l'OAIE du 20 décembre 2010 reposait sur une constatation lacunaire des faits, de sorte que cette décision devait être annulée et la cause renvoyée à l'autorité compétente pour complément d'instruction, à savoir une expertise pluridisciplinaire neurologique et psychiatrique.

B.g Du 7 septembre au 8 décembre 2012, A._____ a séjourné au Centre G._____ (ci-après : Centre G._____). Fut posé le diagnostic de trouble dépressif récurrent, épisode actuel sévère sans symptômes psychotiques (CIM-10 F33.2 ; AI pce 104 p. 27-29). Dès le mois de décembre 2012, l'intéressé a été suivi par le Dr H._____, psychiatre et psychothérapeute FMH, et par une psychologue, à savoir Mme I._____ (AI pces 104 p. 27-29, 116 et 123 p. 2).

C.

C.a Par communication du 14 février 2013, l'OAI-B._____ a informé A._____ que serait mis en place un examen médical approfondi (neurologique et psychiatrique) et lui a transmis la liste des questions adressées

aux experts (AI pce 89). Les 14 août et 10 septembre 2013, l'OAI-B. _____ a communiqué à l'intéressé que le centre J. _____ (ci-après : centre J. _____) était désigné pour établir l'expertise et quels médecins étaient nommés comme experts (AI pces 96-97). Sur avis des experts et avec l'accord du SMR, un volet rhumatologique a été ajouté à ladite expertise et un médecin rhumatologue FMH a été désigné comme expert (AI pces 99-101 ; communication du 26 septembre 2013 [AI pce 102]). Le 18 septembre 2013, le Dr K. _____ a adressé un courrier aux experts et a rappelé une symptomatologie douloureuse inchangée. De plus, il a indiqué qu'était, au premier plan, depuis plus d'un an, un problème psychiatrique, à savoir un état anxio-dépressif sévère – trouble bipolaire selon le psychiatre – qui nécessitait une prise en charge serrée et un traitement lourd (AI pce 104 p. 30). Après examens de A. _____ (AI pce 98 et 103), les experts ont rendu leur rapport le 17 janvier 2014 (AI pce 104 ; médecine interne générale, neurologie, psychiatrie/psychothérapie et rhumatologie). Sur le plan somatique, ils ont convenu que l'intéressé avait présenté une lombo-cruralgie persistante entraînant une incapacité de travail lors de l'épisode aigu du 10 décembre 2007 menant à l'intervention chirurgicale de 2008 (AI pce 104 p. 24). Sur le plan psychique, les experts ont posé comme diagnostic un trouble affectif bipolaire, épisode actuel mixte, causant une incapacité de travail à 100% dans toute activité dès mi-2012 (AI pce 104 p. 24-25).

C.b Par avis du 19 mai 2014 (AI pce 110), le SMR, soit pour lui la Dresse L. _____, médecin praticien, a considéré que les conclusions psychiatriques de l'expertise susmentionnée étaient erronées et a préconisé une nouvelle expertise monodisciplinaire pour déterminer si objectivement l'intéressé présentait une maladie psychiatrique et de quelle gravité. Elle a ainsi proposé le Dr M. _____, spécialiste FMH en psychiatrie et psychothérapie. Sur le plan somatique, le SMR a maintenu les conclusions de son rapport du 31 août 2010 (voir supra let. B.c), dès lors notamment que le diagnostic des experts n'était pas rendu avec certitude (cf. AI pce 104 p. 21).

C.c Le 10 juillet 2014, le Dr H. _____, FMH en psychiatrie et psychothérapie, a fait état que l'intéressé répondait actuellement aux critères d'un trouble dépressif majeur sévère (CIM-10 F32.2 ; AI pce 116).

C.d Le 28 juillet 2014, l'OAI-B. _____ a communiqué à A. _____ la nécessité de la tenue d'une expertise psychiatrique pour clarifier le droit aux prestations et a transmis simultanément la liste des questions à l'attention de l'expert mandaté, à savoir le Dr M. _____ (AI pce 118). Après entretien

avec A._____ le 1^{er} décembre 2014, le Dr M._____ a rendu son rapport le 3 décembre 2014 (AI pce 123). Il a posé les diagnostics d'épisode dépressif léger sans syndrome somatique (CIM-10 F32.00) et de majoration des symptômes physiques pour des raisons psychologiques (CIM-10 F68.0 ; AI pce 123 p. 14). Les limitations fonctionnelles sur le plan psychique entraînent une capacité de travail de 80% dès le mois d'octobre 2008 dans l'activité habituelle d'agent d'assurance (7 heures par jour) et une capacité de travail de 100% dans une activité adaptée (AI pce 123 p. 22).

C.e Par avis médical du 15 décembre 2014 (AI pce 125), la Dresse L._____ du SMR a estimé que l'assuré pouvait exercer une activité lucrative à 65% sous réserve des limitations fonctionnelles décrites sur les plans rhumatologique et psychique. Elle a notamment soulevé que le Dr M._____, en sa qualité d'expert, n'avait trouvé aucun élément objectif – contrairement aux médecin et psychiatre traitants –, qui entrerait dans le cadre d'une pathologie psychiatrique.

C.f Par projet de décision du 6 janvier 2015, l'OAI-B._____ a refusé d'accorder à l'intéressé des mesures professionnelles et un droit à la rente d'invalidité. Conformément à l'avis du SMR des 14 juin 2010, 19 mai et 15 décembre 2014, l'OAI-B._____ a relevé que l'intéressé disposait d'une capacité de travail de 65% dans toute activité respectant les limitations fonctionnelles rhumatologiques et psychiques. Ainsi, selon l'avis de l'OAI-B._____, un degré d'invalidité de 35% ne permettait pas de bénéficier d'un reclassement professionnel ni d'une rente d'invalidité (AI pce 126).

C.g Par courrier du 12 janvier 2015, A._____, par l'entremise de son mandataire, a contesté le projet précité et a requis une copie des expertises en question (AI pce 127). Celles-ci lui furent transmises le 13 janvier 2015 (AI pce 128). Le 22 janvier 2015, l'intéressé a contesté l'objectivité de la seconde expertise (AI pce 129) ainsi que le Dr K._____ par courrier séparé le projet de décision du 6 janvier 2015 (AI pce 130). Lors de la procédure d'instructions auprès de l'OAI-B._____, le mandataire de A._____ et le Dr K._____ sont venus régulièrement aux nouvelles soulevant en substance le manque de diligence dans le dossier de A._____ et le déni de justice dont était victime celui-ci (AI pces 87, 93, 107, 108, 111, 113, 115, 120, 121, 129, 130 et 133).

C.h Par décision du 5 mars 2015, l'OAI-E a refusé d'accorder à l'intéressé des mesures professionnelles et un droit à la rente d'invalidité pour les mêmes motifs que son projet de décision du 6 janvier 2015 (AI pce 134).

D.

D.a Par acte du 23 mars 2015 (timbre postal ; TAF pce 1), A._____, représenté par son conseil, a interjeté recours contre la décision précitée auprès du Tribunal administratif fédéral (TAF pce 1). Il a conclu, sous suite de frais et dépens, principalement, à ce que la décision du 5 mars 2015 de l'OAIE soit annulée, qu'une rente entière AI lui soit attribuée dès le 1^{er} janvier 2009 et, subsidiairement, que soit ordonnée l'audition des experts N._____, O._____, P._____, Q._____ et M._____ (TAF pce 1). Il a fait valoir que l'expertise rendue le 17 janvier 2014 par quatre médecins spécialistes FMH était fouillée et que c'était sans raison qu'une seconde expertise a été confiée à un psychiatre, à savoir le Dr M._____. Il a indiqué que l'expertise du Dr M._____ ne saurait être convaincante et, pour confirmer son argumentation, il s'est référé notamment aux observations formulées par le Dr K._____ dans sa lettre du 22 janvier 2015 à l'OAI-B._____.

D.b Par réponse du 6 mai 2015, l'OAIE a conclu au rejet du recours et à la confirmation de la décision attaquée en se référant à la prise de position de l'OAI-B._____ du 30 avril 2015. Dans sa prise de position, l'OAI-B._____ a indiqué que le rapport d'expertise daté du 17 janvier 2014 contenait de notables contradictions sur le plan psychiatrique et par conséquent qu'une nouvelle expertise psychiatrique avait dû être menée. Selon l'OAIE, l'expertise du Dr M._____ du 3 décembre 2014 remplissait les conditions nécessaires pour fonder sa décision du 5 mars 2015 (TAF pce 3).

Par réplique du 9 juin 2015, l'intéressé a maintenu ses conclusions et rappelé que quatre médecins spécialistes FMH concluaient dans leur expertise du 17 janvier 2014 à une incapacité à 100% sans aucun espoir d'amélioration (TAF pce 5). Le recourant s'est acquitté dans le délai imparti de l'avance sur les frais présumés de procédure de Fr. 400.- (TAF pces 6 et 9).

Par duplique du 25 juin 2015, l'OAIE a persisté dans ses conclusions en se référant à la prise de position de l'OAI-B._____ du 23 juin 2015 (TAF pce 10). Le 5 septembre 2015, A._____ a fait valoir des observations ampliatives (TAF pce 14).

Par ordonnance du 10 septembre 2015, le Tribunal a clôturé l'échange d'écritures, d'éventuelles mesures d'instructions demeurant toutefois réservées (TAF pce 15). Le recourant est venu aux nouvelles concernant son recours les 7 juillet 2016 et 27 février 2017 (TAF pces 18 et 20).

D.c Le 12 janvier 2018, le recourant a déposé une dénonciation pour déni de justice au Tribunal fédéral en sa qualité d'autorité de surveillance administrative du TAF (TAF pce 26). Par décision du 26 juin 2018, la commission administrative n'a pas donné suite à la dénonciation (TAF pce 32).

D.d Le 18 janvier 2018, le TAF a contacté la policlinique médicale R. _____ (ci-après : policlinique R. _____) du centre d'expertises médicales à (...) pour lui confirmer son accord pour un mandat d'expertise (TAF pce 25). Par ordonnance du 24 juillet 2018 (TAF pce 33), le Tribunal a invité les parties à se déterminer sur les modalités d'une expertise judiciaire. L'OAIE s'est référé à la détermination du 7 août 2018 de l'OAI-B. _____ et la prise de position du SMR du 3 août 2018 (TAF pce 37). Le SMR n'a pas posé d'objection à la tenue d'une expertise pluridisciplinaire, bien qu'il n'y ait selon lui pas d'utilité à sa tenue. Il ne s'est également pas opposé au choix des experts et n'a pas posé de questions supplémentaires. A. _____ par l'entremise de son conseil a demandé la confirmation de la prise en charge des frais de transport (TAF pce 40).

D.e Par décision incidente du 13 septembre 2018 (TAF pce 41), la juge instructeur a prononcé la mise en place d'une expertise médicale pluridisciplinaire (psychiatrique, rhumatologique et neurologique) auprès de la policlinique R. _____, a nommé les experts et fixé les questions auxquelles ils devront répondre. Enfin, le recourant a été informé qu'il était invité à organiser son voyage de son domicile jusqu'au lieu de l'expertise et qu'il serait remboursé des frais de déplacement aller-retour à la réception des reçus originaux.

D.f Chaque expert a rédigé un rapport médical dans sa discipline puis ensemble une expertise consensuelle datée du 11 décembre 2018 (TAF pce 42). Les experts ont notamment posé comme diagnostic : lombo-crurosciatalgies droites chronifiées (CIM-10 M54.9), trouble mixte de la personnalité, décompensé avec des composantes émotionnellement labile type impulsif, histrionique et dérapages paranoïaques (CIM-10 F61.0) et un diagnostic différentiel de trouble affectif bipolaire type II (CIM-10 F31.8). Selon l'expertise consensuelle, la capacité de travail de l'intéressé dans l'activité habituelle est nulle depuis 2008 en raison de la pathologie lombaire. Quant à sa capacité de travail dans une activité adaptée, les experts estiment qu'elle est entière depuis 2008, puis qu'elle est nulle pour raison psychiatrique à partir de septembre 2012, date de l'hospitalisation en psychiatrie.

D.g Invité à déposer ses observations sur l'expertise précitée (TAF pce 43), l'OAIE a conclu au rejet du recours et à la confirmation de la décision attaquée en se référant à l'OAI-B. _____ et à l'avis médical du SMR (acte du 14 janvier 2019, TAF pce 46). Le médecin du SMR, soit le Dr S. _____, spécialiste en médecine interne générale, a expliqué ne pas pouvoir retenir le diagnostic posé sur le plan psychiatrique par l'expert (trouble de la personnalité) ni les conclusions relatives à la capacité de travail. Ainsi, dit médecin s'est référé aux conclusions du SMR du 15 décembre 2014 qui restent selon lui valable (cf. let. C.e).

D.h L'intéressé a été invité à se déterminer sur l'expertise judiciaire ainsi que les observations du 14 janvier 2019 de l'OAIE (TAF pce 47). A. _____ représenté par son mandataire a conclu en substance, sous suite de frais et dépens, à ce que la décision litigieuse soit annulée et à ce qu'il lui soit octroyé une rente AI dès le 1^{er} janvier 2012. Subsidiairement il a conclu à l'audition des experts.

D.i Le 30 janvier 2019, le TAF a versé à la policlinique R. _____ le montant de 12'000 francs pour ses honoraires (cf. notamment TAF pce 45).

D.j Par ordonnance du 21 février 2019, le Tribunal a à nouveau clôturé l'échange d'écritures, d'autres mesures d'instruction demeurant toutefois réservées (TAF pce 49).

D.k Les arguments des parties ainsi que le contenu des rapports médicaux seront développés dans la partie en droit en tant que de besoin.

Droit :

1.

1.1 Le Tribunal administratif fédéral examine d'office et avec une pleine cognition sa compétence et les conditions de recevabilité des recours qui lui sont soumis (art. 7 PA ; ATAF 2016/15 consid. 1, 2014/4 consid. 1.2).

1.2 En vertu de l'art. 31 LTAF en relation avec l'art. 33 let. d LTAF et l'art. 69 al. 1 let. b LAI (RS 831.20), le Tribunal administratif fédéral est compétent pour connaître du présent recours. Il sied de préciser que compte tenu que le recourant doit être qualifié de frontalier, l'OAI-B. _____ a à bon droit mené la procédure d'instruction et l'OAIE a quant à lui notifié la décision de refus (art. 40 al. 2 RAI).

1.3 Selon l'art. 37 LTAF, la procédure devant le Tribunal administratif fédéral est régie par la PA, pour autant que la LTAF n'en dispose pas autrement. En vertu de l'art. 3 let. d^{bis} PA, la procédure en matière d'assurances sociales n'est pas régie par la PA dans la mesure où la LPGA (RS 830.1) est applicable. Conformément à l'art. 2 LPGA, les dispositions de cette loi sont applicables aux assurances sociales régies par la législation fédérale si et dans la mesure où les lois spéciales sur les assurances sociales le prévoient. En application de l'art. 1 al. 1 LAI, les dispositions de la LPGA s'appliquent à l'assurance-invalidité (art. 1a à 26^{bis} et art. 28 à 70 LAI), à moins que la LAI ne déroge expressément à la LPGA. 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).

1.4 Déposé en temps utile et dans les formes requises par la loi (art. 60 LPGA et 50 al. 1 PA ; art. 52 al. 1 PA), et l'avance sur les frais de procédure ayant été dûment acquittée (art. 63 al. 4 PA), le recours est recevable.

2.

2.1 Selon un principe général, le droit matériel applicable est celui en vigueur au moment où les faits juridiquement déterminants ou ayant des conséquences juridiques se sont produits, aussi en cas de changement des règles de droit, sauf si des dispositions particulières de droit transitoire en disposent autrement (ATF 136 V 24 consid. 4.3). Lors d'un changement de législation durant la période déterminante, le droit éventuel à des prestations se détermine selon l'ancien droit pour la période antérieure et selon le nouveau dès ce moment-là (application pro rata temporis ; ATF 130 V 445 ; dans ce sens aussi l'arrêt du TAF C-2572/2015 du 24 novembre 2017 consid. 3.1). En l'occurrence, l'octroi d'une rente d'invalidité est litigieux à compter du 20 juin 2009 (art. 29 al. 1 LAI ; cf. arrêt du TAF C-531/2011 du 30 novembre 2012 consid. 5). Dans le domaine de l'assurance-invalidité, des modifications législatives sont entrées en vigueur le 1^{er} janvier 2012 (6^e révision premier volet ; RO 2011 5659, FF 2010 1647). Ainsi, le droit à une rente d'invalidité du recourant est déterminé pour la période jusqu'au 31 décembre 2011 selon la teneur de la LAI selon la 5^e révision entrée en vigueur le 1^{er} janvier 2008 (RO 2007 5129 ; FF 2005 4215). Pour la période ultérieure, le droit aux prestations relève des règles en vigueur à compter du 1^{er} janvier 2012 précitées. A noter toutefois que les dispositions de la 5^e révision pertinentes en l'espèce n'ont pas été modifiées par la 6^e révision.

2.2 L'affaire présente un aspect transfrontalier, dans la mesure où le recourant, ressortissant suisse, est domicilié en France, Etat membre de l'Union européenne (UE). 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), conclu entre la Suisse et la Communauté européenne et ses Etats membres, dont l'annexe II règle la coordination des systèmes de sécurité sociale (art. 8 ALCP). Dans ce contexte, l'ALCP fait référence depuis le 1^{er} avril 2012 au règlement (CE) n° 883/2004 du Parlement européen et du Conseil du 29 avril 2004 portant sur la coordination des systèmes de sécurité sociale (ci-après : règlement 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). Toutefois, même après l'entrée en vigueur de l'ALCP et des règlements de coordination, l'invalidité ouvrant droit à des prestations de l'assurance-invalidité suisse se détermine exclusivement d'après le droit suisse (ATF 130 V 253 consid. 2.4 ; arrêt du TF 9C_573/2012 du 16 janvier 2013 consid. 4).

2.3 Le Tribunal de céans se fondera sur l'état de fait, y compris l'état de santé du recourant, jusqu'au jour de la décision, soit au 5 mars 2015. 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 la décision attaquée (cf. ATF 130 V 445 consid. 1.2.1, voir notamment arrêt du TAF C-31/2013 du 14 janvier 2014 consid. 3.1).

3.

3.1 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, Droit administratif, vol. II, 3^e éd. 2011, ch. 2.2.6.3). Ce faisant, il ne tient pour existants que les faits qui sont prouvés, cas échéant au degré de la vraisemblance prépondérante (ATF 139 V 176 consid. 5.2, 138 V 218 consid. 6). Par ailleurs, il applique le droit d'office, sans être lié par les motifs invoqués par les parties (art. 62

al. 4 PA ; ATAF 2013/46 consid. 3.2), ni par l'argumentation juridique développée dans la décision entreprise (MOOR/POLTIER, op. cit., ch. 2.2.6.5 ; BENOÎT BOVAY, Procédure administrative, 2^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). Les parties ont le devoir de collaborer à l'instruction (art. 13 PA et 43 al. 3 LPGA ; arrêt du TAF C-6134/2017 du 3 avril 2018 consid. 5.4) et de motiver leur recours (art. 52 PA).

3.2 *In casu*, l'objet du recours est le bien-fondé de la décision de l'OAIE du 5 mars 2015 ayant refusé d'accorder à l'intéressé le droit à une rente d'invalidité (annexe TAF pce 1). Est litigieux le droit du recourant à une rente d'invalidité suite au dépôt de sa demande de prestations AI le 20 décembre 2008.

4.

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

5.

5.1 Pour pouvoir déterminer la capacité de travail médico-théorique et évaluer l'invalidité de la personne concernée, 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 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.).

5.2 S'agissant tant des syndromes douloureux somatoformes persistants que toutes les autres affections psychiques, la capacité de travail réellement exigible de la personne souffrant de ces troubles doit être évaluée sur la base d'une vision d'ensemble, à la lumière des circonstances du cas particulier et sans résultat prédéfini, dans le cadre d'une procédure d'établissement des faits structurée et normative, permettant, d'une part, de mettre en lumière des facteurs d'incapacités et, d'autre part, les ressources de la personne concernée (ATF 141 V 281 consid. 2, 3.4 à 3.6, 4.1, 143 V 418 consid. 6 ss). Le point de départ de cet examen, et donc sa condition première, nécessaire à la reconnaissance de l'existence d'une atteinte à la santé psychique, est la présence d'un diagnostic émanant d'un expert (psychiatre) et s'appuyant, *lege artis*, sur les critères d'un système de classification reconnu, tel le CIM ou le DSM-IV (ATF 141 V 281 consid. 2.1, 143 V 418 consid. 6 et 8.1 ; arrêt du TF 9C_815/2012 du 12 décembre 2012 consid. 3). Puis, avant de procéder à l'examen des indicateurs mentionnés l'organe chargé de l'application du droit doit analyser si les troubles psychiques dûment diagnostiqués conduisent à la constatation d'une atteinte à la santé importante et pertinente en droit de l'assurance-invalidité, c'est-à-dire qui résiste aux motifs dits d'exclusion tels qu'une exagération ou d'autres manifestations d'un profit secondaire tiré de la maladie (cf. ATF 141 V 281 consid. 2.2 p. 287 s. ; arrêt du TF 9C_756/2018 du 17 avril 2019 consid. 5.2.2). Enfin, afin d'évaluer la capacité de travail et le caractère invalidant des affections susmentionnées, le Tribunal fédéral a

conçu un catalogue d'indicateurs, classés en deux catégories (ATF 141 V 281 consid. 4.1.3) : la catégorie « degré de gravité fonctionnel » (consid. 4.3), comprenant le complexe « atteinte à la santé » (consid. 4.3.1 : expression des éléments pertinents pour le diagnostic, succès du traitement ou résistance à cet égard, succès de la réadaptation ou résistance à cet égard, comorbidités), le complexe « personnalité » (consid. 4.3.2 : structure et développement de la personnalité, ressources personnelles) et le complexe « contexte social » (consid. 4.3.3) ; ainsi que la catégorie « cohérence » (consid. 4.4 : point de vue du comportement), relative à la limitation uniforme du niveau des activités dans tous les domaines comparables de la vie (consid. 4.4.1) et au poids des souffrances révélé par l'anamnèse établie en vue du traitement et de la réadaptation (consid. 4.4.2). Les indicateurs se rapportant à la catégorie "degré de gravité fonctionnel" forment le socle de base pour l'évaluation.

Il sied de préciser que l'absence de suivi exact de la grille d'évaluation normative et structurée selon l'ATF 141 V 281 n'entraîne pas d'office une impossibilité d'apprécier l'état de santé du recourant à la lumière des indicateurs déterminants. En effet, quand il s'agit de troubles psychiques, il appartient aux médecins de poser un diagnostic en fonction de critères médicaux et de se prononcer sur l'incidence d'une atteinte à la santé sur la capacité de travail et il revient à l'organe d'application du droit d'évaluer le caractère invalidant d'une telle atteinte au regard des indicateurs développés par la jurisprudence (ATF 141 V 281 consid. 2.1, 2.1.1 et 5.2.1, 144 V 50 consid. 4.3 ; arrêt du TF 9C_756/2018 du 17 avril 2019 consid. 4.3).

6.

6.1 Suite à l'arrêt de renvoi du 30 novembre 2012 (C-531/2011), l'OAI-B._____ a ordonné une expertise pluridisciplinaire auprès du centre J._____ (rapport du 17 janvier 2014 [AI pce 104]). Les experts ont posé comme diagnostic un trouble affectif bipolaire, épisode actuel mixte (sans référence à la CIM-10) et ont retenu comme limitations fonctionnelles à ce propos : difficultés relationnelles, agressivité, bizarreries du comportement, difficultés dans la gestion des émotions, difficultés liées aux tâches administratives, difficultés d'autonomie dans les activités de la vie quotidienne, difficultés d'organisation du temps, dans la reconnaissance de la maladie, hypersensibilité au stress, apparition périodique de phases de décompensation. Ils ont ainsi conclu à une incapacité de travail totale dans toute activité pour des raisons uniquement psychiatriques depuis mi-2012. A l'issue de cette expertise, le SMR n'y a pas adhéré sur le plan psychiatrique et a

proposé de mettre en place une nouvelle expertise monodisciplinaire. Selon le rapport d'expertise psychiatrique du 3 décembre 2014 du Dr M. _____ (AI pce 123), l'intéressé souffre d'un épisode dépressif léger sans syndrome somatique (CIM-10 F32.00), qui est présent depuis octobre 2008 et qui cause une réduction légère de l'énergie et une réduction de la confiance en soi (degré modéré). En tenant compte de ce diagnostic, la capacité de travail résiduelle dans l'activité habituelle est de 80% (7 heures par jour).

6.2 Le recourant a fait grief que l'autorité inférieure a méconnu la force probante supérieure de l'expertise pluridisciplinaire par rapport à celle monodisciplinaire psychiatrique. Le Tribunal de céans ne peut suivre l'argument du recourant dans la mesure où c'est le contenu matériel d'un rapport médical qui permet de porter un jugement valable sur le droit litigieux. Le Tribunal fédéral n'a jamais établi une hiérarchie entre les divers types d'expertises médicale (cf. arrêt du TF 9C_885/2007 du 15 septembre 2008 consid. 3 et 9C_651/2008 du 9 octobre 2009 consid. 4.3).

6.3 Force est de constater que le diagnostic, les limitations fonctionnelles et les conséquences sur la capacité de travail sont diamétralement opposés d'une expertise à l'autre. Après examen des documents médicaux, le Tribunal estime que l'office AI ne pouvait pas – pour adopter la décision querellée – se fonder sur le rapport d'expertise sur le plan psychiatrique du centre J. _____ du 17 janvier 2014 ni sur le rapport d'expertise du Dr M. _____ du 3 décembre 2014.

6.3.1 Concernant l'expertise du centre J. _____ sur le plan psychiatrique, le Tribunal constate que la détermination par les experts de l'épisode du trouble affectif bipolaire reste imprécise. Les experts indiquent que l'état psychique a évolué vers une phase *dépressive sévère* mi-2012, nécessitant une prise en charge psychiatrique ambulatoire intensive (AI pce 104 p. 20 et 22), puis conclut formellement à un épisode actuel *mixte* (AI pce 104 p. 22), mais justifient une incapacité de travail à 100% de mi-2012 jusqu'au prononcé de l'expertise en raison d'un épisode actuel *dépressif sévère* (AI pce 104 p. 23). Le Tribunal constate qu'il est difficile de suivre l'appréciation des experts sur l'évolution des épisodes du trouble bipolaire ainsi que d'en déterminer les conséquences sur l'atteinte à la santé de l'intéressé et sur sa capacité de travail. De surcroît, pour fonder une incapacité de travail à 100%, les experts renvoient à un état psychique instable ne permettant pas d'entrevoir actuellement des possibilités d'intégration dans un milieu professionnel normal (AI pce 104 p. 23) ; toutefois, les experts ont préalablement retenu que, suite au suivi par le Dr H. _____,

psychiatre traitant, l'état psychique avait évolué et s'était stabilisé (AI pce 104 p. 20). Par ailleurs, concernant l'appréciation médicale, les experts ne discutent pas des diagnostics différentiels posés par d'autres médecins. Il s'agit notamment des diagnostics suivants : [i] un trouble de l'adaptation avec caractéristiques émotionnelles mixtes selon le rapport du 31 août 2009 du Dr C. _____ [AI pce 53] ; [ii] trouble dépressif récurrent, épisode actuel sévère sans symptômes psychotiques (F33.2 CIM-10), qui ressort de la lettre de sortie du Centre G. _____ du 6 décembre 2012 [AI pce 104 p. 27] ; [iii] état anxio-dépressif sévère selon le rapport du 18 septembre 2013 du Dr K. _____ [AI pce 104 p. 30]). Ils se contentent d'exclure une pathologie somatoforme en présence d'un trouble bipolaire (AI pce 104 p. 23). Enfin, au vu du conditionnel utilisé, la gravité de l'épisode dépressif n'est même pas certaine (« à l'anamnèse orientée, tous les critères sont retrouvés ce qui porterait l'intensité de l'épisode dépressif à un degré sévère », AI pce 104 p. 22).

6.3.2 Quant au rapport d'expertise du Dr M. _____, le Tribunal constate des lacunes quant à l'appréciation de la gravité des troubles psychiatriques de l'intéressé et de son évolution dans le temps. Certes, l'appréciation de l'expert peut être considérée comme convaincante et exhaustive quant au trouble psychique en 2008 (épisode dépressif léger sans syndrome somatique [CIM-10 F32.00]), néanmoins l'appréciation dans le temps dudit trouble est lacunaire, notamment par rapport à l'hospitalisation en milieu psychiatrique en entrée non volontaire de 3 mois en 2012 sur recommandation du Dr C. _____, psychiatre (cf. AI pces 104 p. 27-29 et 123 p. 17). Le Dr M. _____ se contente d'affirmer la continuité du trouble au lieu de la démontrer. A ce propos, la Dresse L. _____ du SMR – qui confirme le rapport de l'expert – n'a pas plus tenu compte de cette hospitalisation dans son appréciation médicale, notamment par rapport à la gravité du trouble (avis médical du 15 décembre 2014 [AI pce 125 p. 1]). Au contraire, le Tribunal relève une contradiction dans la mesure où elle rejette le trouble dépressif majeur sévère, diagnostic posé par le Dr H. _____ (cf. rapport du 10 juillet 201), ce médecin n'ayant pas préconisé une hospitalisation comme susmentionnée, mais elle ne mentionne pas l'hospitalisation de l'intéressé auprès du Centre G. _____ en 2012. Par ailleurs, l'expertise retient de manière erronée qu'un diagnostic de trouble affectif bipolaire n'a été retenu par aucun autre médecin (AI pce 123 p. 19), alors qu'il ressort du courrier du 18 septembre 2013 du Dr K. _____ que, selon l'avis du psychiatre traitant, l'intéressé souffre d'un trouble bipolaire (AI pce 104 p. 30). Il est ainsi compréhensible que le lithium (quilonorm) ait été prescrit (AI pce 123 p. 13), contrairement à ce qu'allègue le Dr M. _____ (AI pce 123 p. 19).

6.4 Au vu des éléments contenus dans chaque expertise (contradictions, pas d'appréciation claire sur l'évolution et la gravité de l'état de santé, pas de valeur probante suffisante) et en l'absence de compléments d'expertise sur les points traités ci-dessus, le Tribunal de céans ne peut pas trancher sur le plan psychiatrique. Ce plan ayant déjà été instruit, mais pas suffisamment suite à l'arrêt du TAF prononçant le renvoi de la cause à l'OAIE, il appartient au Tribunal de céans d'ordonner une expertise judiciaire compte tenu notamment de l'exigence de la célérité de la procédure (cf. ATF 137 V 210 consid. 4.4.1.4 ; arrêt du TF 8C_633/2014 du 11 décembre 2014 consid. 2.1, 3.2 et 3.3).

7.

7.1 Une expertise médicale judiciaire a été ordonnée par le Tribunal de céans auprès de la policlinique R._____. Chaque expert a rendu pour sa discipline respective un rapport d'expertise : expertise interniste du 11 décembre 2018 de la Dresse T._____, spécialiste FMH en médecine interne, expertise rhumatologique du 2 novembre 2018 du Dr U._____, spécialiste FMH en rhumatologie, expertise neurologique du 8 novembre 2018 du Dr V._____, spécialiste FMH en neurologie, et expertise psychiatrique du 16 novembre 2018 du Dr W._____, FMH en psychiatrie et psychothérapie. Enfin, une expertise consensuelle entre tous les experts a été rendue le 11 décembre 2018. Doit être ici examiné si l'expertise de la policlinique R._____ remplit les critères jurisprudentiels de valeur probante.

7.2 Le juge ne s'écarte pas sans motifs impératifs des conclusions d'une expertise médicale judiciaire, la tâche de l'expert étant précisément de mettre ses connaissances spéciales à la disposition de la justice afin de l'éclairer sur les aspects médicaux d'un état de fait donné. Peut constituer une raison de s'écarter d'une expertise judiciaire le fait que celle-ci contient des contradictions, ou qu'une surexpertise ordonnée par le tribunal en infirme les conclusions de manière convaincante, ou encore que d'autres spécialistes émettent des opinions contraires aptes à mettre sérieusement en doute la pertinence des déductions de l'expert. On ne peut exclure, dans ce cas, une interprétation divergente des conclusions de l'expert par le juge ou, au besoin, une instruction complémentaire sous la forme d'une nouvelle expertise médicale (ATF 135 V 465 consid. 4.4 ; 125 V 351 consid. 3b/aa ; arrêts du Tribunal fédéral 9C_719/2016 du 1^{er} mai 2017 consid. 5.2.1 et I 131/03 du 22 mars 2004 consid. 2.2).

8.

D'un point de vue somatique, il sied de retenir ce qui suit.

8.1 Les experts ont constaté que l'intéressé connaît un long passé de lombalgies aiguës. Un premier épisode de lombosciatalgies gauches en 2002 a justifié la réalisation d'un IRM lombaire montrant une protrusion discale L4-L5 médiane et paramédiane droite. Un deuxième avis médical a déconseillé un traitement chirurgical proposé par un premier neurochirurgien. Une imagerie pratiquée en décembre 2007 montre une hernie discale L1-L2 luxée avec compression de la racine L2 droite. Le 22 février 2008, l'intéressé a été opéré (hémi-laminectomie L1 droite ; p. 10 expertise interniste). Depuis cette intervention, l'intéressé ne décrit pas d'amélioration, mais des douleurs permanentes, notamment au niveau lombaire et de la jambe droite, des troubles sensitifs et un manque de force du membre inférieur droit. Plusieurs IRM lombaires et un ENMG n'objectivent pas d'anomalie. Les différentes prises en charge proposées, médicamenteuses ou physiothérapeutiques, ont été décrites comme inefficaces. L'intéressé suit actuellement des traitements antalgiques. En sus des problèmes lombocruro-sciatlagiques, il se plaint de fréquentes céphalées (p. 10 expertise interniste).

8.2 La Dresse T. _____, spécialiste FMH en médecine interne, a examiné l'intéressé le 9 octobre 2018 et a rendu le 11 décembre 2018 une expertise interniste. Il en ressort les circonstances et motifs de l'expertise ainsi que la liste des pièces présentes au dossier (p. 1-9 expertise interniste). L'expertise rapporte la chronologie des atteintes à la santé de l'intéressé, soit notamment des lombalgies depuis l'âge de 25 ans (p. 10). L'expertise fait état des plaintes actuelles de l'intéressé distinguant d'une part celles relevant des lombosciatalgies droites et d'autre part celles intervenant sur le plan moral (p. 11).

8.3 Concernant l'examen neurologique, le Dr V. _____ explique que l'examen clinique et l'anamnèse ont été fortement parasité par un comportement démonstratif et peu collaborant, de sorte que certaines parties de l'examen n'ont pas pu être menées. Cet expert résume que l'examen clinique est caractérisé par une discrète atteinte L3/L4 droite séquellaire et des troubles sensitivo-moteurs hémicorporels, sans substrat objectivables. Il a été retrouvé l'hypotrophie de la cuisse droite et l'hyporéflexie rotulienne droite connue. L'examen de la sensibilité aux membres inférieurs montre une hypoesthésie tactile et douloureuse globale du membre inférieur droit et une altération de la sensibilité posturale. La force n'a pas pu être testée.

Néanmoins, il a pu être constaté que la déambulation était possible et considérée comme suffisante. Aux membres supérieurs, il est noté des lâchages à droite et l'assuré signale une hypoesthésie tactile et douloureuse du membre supérieur droit. L'examen clinique a été complété par un ENMG qui ne révèle pas d'atteinte neurogène périphérique actifs, avec l'absence de signes de dénervation spontanés et des tracés aux mouvements inappréciables.

8.4 D'un point de vue rhumatologique (Dr U. _____), l'étude du dossier, l'anamnèse et l'examen clinique peu contributif oriente vers des cervico-dorso-lombosciatalgies droites chroniques, non spécifiques. Le Dr U. _____ précise qu'il n'y a actuellement pas d'élément tendant vers le diagnostic différentiel d'une étiologie inflammatoire, tumorale, fracturaire ou métabolique toxique. Il explique en outre n'avoir pas trouvé lors de l'examen clinique et à la lecture de la documentation radiologique, d'étiologie rhumatologique pouvant expliquer la persistance des lombosciatalgies droites au décours de la chirurgie. La discopathie avec hernie discale L1-L2 migrée vers le bas n'explique ou n'est pas susceptible d'expliquer la symptomatologie douloureuse cervicales et dorsales. Est retenu ainsi le diagnostic de failed back surgery syndrome (p. 7 expertise rhumatologique et p. 3-4 expertise consensuelle).

8.5 Au vu de ce qui précède, les experts ont posé les diagnostics de (i) lombo-cruro-sciatalgies droites chronifiées (CIM-10 M54.9), status après cure d'hernie discale droite L1-L2 macroscopiquement complète, failed back surgery syndrome, (ii) trouble sensitivomoteurs hémi-corporels droits sans substrat somatique objectivable et (iii) cervico-dorsalgies non spécifiques d'origine indéterminée (CIM-10 M54.2 ; p. 4-5 expertise consensuelle). En tenant compte des expertises des Dr V. _____ et Dr U. _____, il a été retenu dans l'expertise consensuelle (p. 5) les limitations fonctionnelles suivantes en lien avec la pathologie vertébrale dégénérative : pas d'activité lourde, pas de port de charges excédant 5-10kg, possibilité de changement de positions et pas d'exposition aux vibrations corporelles. Les experts retiennent que les céphalées décrites par l'intéressé ne constituent pas un symptôme considéré comme ayant une répercussion fonctionnelle (p. 3 expertise consensuelle). Ils sont ainsi d'avis que la capacité de travail de l'expertisé dans l'activité habituelle est nulle depuis 2008 en raison de la pathologie lombaire. Les experts retiennent que l'activité d'agent d'assurance (avec des déplacements fréquents) n'est plus considérée comme adaptée à la pathologie vertébrale depuis 2008. Néanmoins, l'activité de l'intéressé peut être adaptée (par exemple employé de bureau) et dans cette constellation sa capacité de travail d'un point de vue

somatique est considérée comme entière dès 2008 sans baisse de rendement (p. 5 expertise consensuelle).

8.6 Il convient de constater que l'examen somatique de l'expertise judiciaire médicale remplit en principe les critères jurisprudentiels pour lui reconnaître une valeur probante totale. En effet, elle a été établie en connaissance du dossier médical intégral, prend en compte les plaintes du recourant, repose sur un examen clinique approfondi (en tenant compte de la collaboration de l'intéressé) et contient des conclusions motivées et cohérentes. Le recourant et l'autorité inférieure ne font pas valoir de griefs contestant le volet somatique de cette expertise. Il sied de constater que l'appréciation des experts quant à la capacité de travail concorde avec le rapport d'expertise du J. _____ du 17 janvier 2014. Enfin, il n'y a aucun élément médical nouveau permettant de douter de l'appréciation d'un point de vue somatique.

9.

D'un point de vue psychiatrique, en sus de l'examen par le spécialiste FMH en médecine interne, l'intéressé a été examiné par le Dr W. _____, FMH en psychiatrie et psychothérapie, qui a rendu un rapport le 16 novembre 2018. Une expertise consensuelle est datée du 11 décembre 2018. Concernant la valeur probante de cette expertise sur le plan psychiatrique, il s'agit d'une expertise très approfondie, établie en connaissance intégrale du dossier, prenant en considération les plaintes du recourant et étant fondé sur un examen clinique consciencieux. Il sied de souligner que l'anamnèse est complète. En effet, même si l'expert psychiatre indique n'avoir pas pu procéder à une expertise précise et fouillée en raison du discours dispersé de l'intéressé (celui-ci ne respectant pas les codes de la communication), l'expertise interniste rapporte une anamnèse systématique, familiale, professionnelle, asséurologique et psychosociale. Ainsi, le grief de l'autorité inférieure retenant une anamnèse incomplète et peu fiable peut être écarté.

9.1 Le point de départ de l'évaluation prévue par le Tribunal fédéral est la motivation du diagnostic psychique (cf. consid. 5.2). Les experts ont retenu les diagnostics de (i) trouble mixte de la personnalité décompensé, avec des composantes émotionnellement labile type impulsif, histrionique et dérapages paranoïaques (CIM-10 F61.0) avec un diagnostic différentiel de trouble affectif bipolaire type II (CIM-10 F31.8) et (ii) d'utilisation d'alcool nocive pour la santé (CIM-10 F10.1). Le Dr W. _____, FMH en psychiatrie et psychothérapie, justifie le diagnostic de trouble de la personnalité en se référant aux éléments concrets du dossier. Il relève des troubles du

comportement qui sont constatés lors de son examen et dans l'anamnèse (enfance, adolescence jusqu'à l'âge de jeune adulte) et des relations pathologiques avec ses proches). Ce trouble de la personnalité s'accompagne d'une composante émotionnellement labile type impulsif (incapacité à gérer les émotions et les accès de colère), d'une composante paranoïaque (absence de flexibilité, interprétativité, intolérance au jugement et méfiance) et d'une hyper-expressivité émotionnelle.

Les experts analysent les diagnostics posés précédemment par d'autres médecins. Le Dr W. _____ explique ainsi que le diagnostic de trouble grave de la personnalité paraît prioritaire à l'atteinte dépressive : d'une part il constate que le sujet est avant tout labile dans ses émotions plus qu'un sujet cliniquement déprimé et d'autre part il se réfère aux résultats de l'échelle de dépression MADRS (score 23/60) pouvant uniquement être un indicateur de la décompensation du trouble de la personnalité sur un versant dépressif, la labilité de l'humeur et du comportement restant au premier plan (p. 6 expertise psychiatrique). Dans cette constellation, il ne se justifie pas selon lui de retenir un diagnostic thymique séparé, si l'on privilégie le diagnostic de trouble de la personnalité (p. 6). Il explique que le Dr M. _____ a sous-estimé que l'intéressé est un homme décalé, inadéquat dans la relation, avec des troubles psychiques dont les conséquences, sur le plan relationnel, sont importantes et qu'il s'est limité à se concentrer sur certains symptômes annexes sur le plan thymique, sans prendre en compte de façon objective les graves altérations de la personnalité (p. 6). Il expose et exclut le diagnostic de syndrome douloureux somatoforme persistant, dès lors que les douleurs exprimées par l'intéressé ne constituent pas la plainte essentielle selon la logique stricte de la CIM-10 (p. 6). Enfin, il émet certes des réserves sur le choix du diagnostic en posant un diagnostic différentiel, mais il décrit les particularités du cas d'espèce le menant à l'impossibilité de trancher formellement. En effet, il explique qu'en l'absence de cyclicité claire, il privilégie le trouble de la personnalité, tout en relevant que l'anamnèse de l'expertisé ne peut pas s'avérer fiable concernant les phases hypomaniaques et maniaques (p. 6).

Selon la classification internationale des maladies et des problèmes de santé connexes éditée par l'organisation mondiale de la santé, 10^{ème} révision [CIM-10], la catégorie F61 « Troubles mixtes de la personnalité et autres troubles de la personnalité » concerne des troubles de la personnalité, souvent gênants, mais ne présentant pas les caractéristiques symptomatiques spécifiques de l'un quelconque des troubles décrits en F60 ; de ce fait, le diagnostic de ces troubles soulève souvent des difficultés. En l'espèce, le Tribunal constate que pour poser le diagnostic F61.0 (CIM-10)

les experts ont confronté leurs observations aux diagnostics de leurs confrères et ont dûment expliqué les raisons pour lesquelles ils ont exclu ces autres diagnostics. De par cette démarche, ils ont clairement motivé le diagnostic retenu malgré la difficulté même de le diagnostiquer. De plus, cette évaluation par les experts permet de lever les controverses sur le diagnostic psychiatrique. Au vu de ce qui précède, il sied d'écarter le grief de l'autorité inférieure qui est d'avis que l'expertise médicale judiciaire ne discute pas suffisamment les précédentes conclusions médicales. Le SMR, soit pour lui le Dr S. _____ (spécialiste en médecine interne générale ; cf. www.doctorfmh.ch consulté le 10 mai 2019) a contesté en particulier les diagnostics de trouble de la personnalité et de trouble bipolaire retenus par le Dr W. _____, de sorte que les conclusions de la Dresse L. _____ du SMR dans son avis médical du 15 décembre 2014 restent valable (cf. avis médical du SMR du 10 janvier 2019 [annexes TAF pce 46]). La Dresse L. _____ se référait au rapport d'expertise du Dr M. _____. Il sied de rappeler que le Tribunal de céans a précédemment écarté dite expertise (cf. consid. 6.3.2 et 6.4). De plus, l'expertise du Dr M. _____ est contredite par l'évolution de l'état de santé du recourant qui a été hospitalisé en avril 2018 aux urgences psychiatriques des hôpitaux Y. _____ et en novembre 2018 à la clinique X. _____. La première hospitalisation fait état d'un trouble de la personnalité de type borderline impulsif et la seconde d'un diagnostic principal de trouble bipolaire, épisode actuel dépressif. Tant le traitement recommandé par les experts (neuroleptique) que celui prescrit après la dernière hospitalisation (quétiapine augmentée) ne permettent pas de privilégier l'avis médical du Dr M. _____ qui retient un épisode dépressif léger sans syndrome somatique (CIM-10 F32.00). Ces éléments tendent au contraire à confirmer le bien-fondé du diagnostic posé par l'expertise médicale judiciaire.

9.2 Les experts n'ont pas mis en évidence qu'il existait un motif d'exclusion permettant de nier d'emblée l'existence d'une justification pour une rente d'invalidité (cf. consid. 5.2). Ils sont d'avis que le trouble de la personnalité de l'intéressé a une composante histrionique eu égard à l'hyper-expressivité émotionnelle. Cette composante fait donc partie du diagnostic et ne constitue pas une exagération relevant un motif d'exclusion. Le Tribunal constate que les experts n'ont par ailleurs pas soulevé l'existence d'autres motifs d'exclusion. Ainsi, contrairement à ce que soutient l'autorité inférieure, les motifs d'exclusion ont été dûment examinés lors de l'expertise médicale judiciaire.

9.3 Il s'agit d'examiner les éléments médicaux retenus par les experts à la lumière des indicateurs développés par le Tribunal fédéral. L'autorité inférieure ne peut être suivie, lorsqu'elle affirme que l'expertise médicale judiciaire n'a pas pris en compte dans son appréciation les nouveaux indicateurs posés par la jurisprudence. En effet, si l'expertise médicale judiciaire n'a certes pas suivi exactement la grille d'évaluation normative et structurée selon l'ATF 141 V 281, le Tribunal de céans constate que dite expertise permet une appréciation de l'état de santé du recourant à la lumière des indicateurs déterminants auxquels elle s'est en partie référée (cf. consid. 5.2).

9.3.1 Il s'agit de prendre en considération d'abord les indicateurs standards classés selon la catégorie « degré de gravité fonctionnel ». Ceux-ci forment le socle de base pour l'évaluation.

Quant à l'indicateur du caractère prononcé des éléments et des symptômes pertinents pour le diagnostic (complexe « atteinte à la santé »), le Dr W._____ constate des déviations significatives des pensées, des sensations et des relations à autrui par rapport à un individu moyen d'une culture donnée. Il justifie ces déviations de par l'ampleur des troubles comportementaux, du fait qu'ils soient enracinés dans le jeune âge et qu'ils se soient aggravés avec le temps (p. 5 psychiatrique). Les experts constatent que sur le plan psychiatrique l'intéressé connaît comme limitations fonctionnelles les difficultés à respecter les règles, l'absence de flexibilité, l'incapacité à utiliser ses compétences spécifiques, l'incapacité à prendre des décisions, une diminution importante de l'endurance, les difficultés à s'affirmer, l'incapacité à évoluer au sein d'un groupe et la difficulté dans les relations avec ses proches (p. 5 consensuelle). Ces limitations fonctionnelles entravent l'intéressé dans sa vie quotidienne, notamment dans les contacts avec sa famille. Ces éléments permettent de démontrer une certaine gravité du trouble dont souffre l'intéressé.

Quant au traitement de l'intéressé (complexe « atteinte à la santé »), le Dr W._____ explique qu'il bénéficie d'un suivi psychiatrique intégré. Le dosage plasmatique réalisé à deux psychotropes démontre que la paroxétine (antidépresseur) se trouve dans les taux attendus, alors que la quétiapine (antipsychotique) n'a pas été détectée. Le discours de l'expertisé était à ce sujet flou ; il déclare : « qu'il prend en général entre 150 et 200mg, mais qu'il prend des fois moins, vu que cela l'assomme ». Le Dr W._____ explique que des problèmes de compliance sont fréquents dans le cadre des troubles de la personnalité (et des troubles bipolaires),

sans que cela ne remette en question le diagnostic. Il ajoute que cette instabilité est inhérente à la pathologie (p. 7 psychiatrique). La Dresse T. _____, spécialiste en médecine interne FMH, mentionne – outre une éventuelle non compliance – qu’une dose journalière plus faible et un possible métabolisme rapide peuvent expliquer que la quétiapine n’est pas détectée (p. 16 interniste). Au terme de l’expertise consensuelle, les experts retiennent que la compliance actuelle n’est pas satisfaisante. Ils recommandent qu’un traitement neuroleptique atypique à dose efficace soit prescrit avec un monitoring (p. 7 et 8). Dans cette constellation, le Tribunal constate que, malgré un suivi depuis 2009, le traitement n’apparaît pas comme approprié dans le cas d’espèce et d’autres options thérapeutiques sont encore à explorer (monothérapie de quétiapine 300 mg). Comme mentionné par les experts, les antidépresseurs – prescrits et détectés chez l’assuré – sont au contraire susceptibles d’aggraver le trouble sans le stabiliser. On ne saurait donc conclure à ce stade qu’aucun traitement médical ne serait susceptible d’améliorer sa situation. Partant, on ne peut admettre une diminution des ressources compte tenu du potentiel d’amélioration de l’état de santé. Il sied de préciser que malgré leurs recommandations, les experts évaluent le pronostic comme mauvais (p. 6 consensuelle) et réservé eu égard à l’aggravation des troubles avec les années (p. 7 psychiatrique).

S’agissant de l’indicateur « personnalité », les experts observent que l’expertisé affiche de graves altérations de la personnalité. Le Dr W. _____ a approfondi ces altérations et a précisé que l’intéressé ne dispose pas de flexibilité et de capacités adaptatives, présente malgré un potentiel intellectuel dans les normes une désorganisation globale de la personnalité accompagnée de troubles objectivables de la concentration et de la pensée, n’est plus apte à effectuer des raisonnements logiques et à prendre des décisions adéquates, est incapable de gérer les frustrations et les émotions, ne peut pas soutenir son attention sur une tâche structurée, a des capacités d’affirmation dysharmonieuses, n’est pas en mesure d’établir des relations adéquates avec autrui et est incapable de s’insérer de façon adéquate dans une activité associative. Cette évaluation met en relief de faibles ressources de l’intéressé.

Quant à l’indicateur du « contexte social », il s’agit d’examiner dans quelles mesures des ressources mobilisables peuvent être tirées du contexte de la vie de la personne assurée comme du soutien pouvant être obtenu de son réseau social. Il ressort de l’anamnèse psychosociale (p. 13 interniste) que l’intéressé vit avec son épouse et ses deux enfants majeurs. Ceux-ci

n'ont pas encore quitté le domicile familial pour protéger leur mère en raison des craintes de crises de violence de l'expertisé. Le réseau amical est décrit comme restreint depuis l'arrêt de l'activité professionnelle : seulement deux amis sur lesquels il peut vraiment compter. L'intéressé indique que les gens le fuient en raison de ses plaintes permanentes. Il évite lui-même le contact avec les autres, ayant l'impression que les gens le regardent de travers. Selon le Dr W. _____, il faut tenir compte d'un décalage relationnel et d'une inadéquation qui ne permettent pas à l'assuré d'établir des relations interpersonnelles harmonieuses. Il motive que les comportements s'expriment de façon explosive, avec de très faibles capacités à contenir et gérer les émotions (p. 7 psychiatrique). Eu égard à ce décalage relationnel causant notamment des conflits familiaux, aucune ressource mobilisable ne peut être tiré du contexte de vie de l'assuré.

9.3.2 Reste encore à examiner si les conséquences tirées de l'analyse des indicateurs de la catégorie « degré de gravité fonctionnel » résistent à l'examen sous l'angle de la catégorie « cohérence ».

Intervient l'aspect de la cohérence sous l'angle de l'indicateur des limitations uniformes des niveaux d'activité dans tous les domaines comparables de la vie. L'expertise interniste décrit la vie quotidienne de l'intéressé (p. 13-14). Il se lève vers 7h30-8h00 en se sentant fatigué. Il prend ses médicaments, déjeune, se sent fatigué à cause des médicaments, reste assis sur le sofa et n'arrive à émerger que vers 10h. A ce moment, il sort le chien (30-45 minutes), soit autour de la maison soit plus loin et prend alors la voiture (marche jusqu'à 1 heure). De retour à la maison, il attend son épouse, qu'elle rentre du travail pour qu'elle lui prépare à manger. Il est incapable de le faire, n'ayant jamais appris. Après le repas, il reste allongé pendant deux à trois heures sans vraiment dormir et sans activité particulière (pas de télé). Ensuite, il sort à nouveau le chien. Après souper, il discute avec son épouse au salon, les enfants se couchant tôt puisqu'ils travaillent. Il se couche vers 23h30, lit le journal, va sur internet, les réseaux sociaux pendant une demi-heure avant de s'endormir. Le sommeil est décrit comme mauvais. Il indique aider un peu à l'entretien du domicile : il est en mesure de mettre la table, de charger le lave-vaisselle, parfois d'aider au nettoyage des vitres (mais limité par les vertiges), faire les commissions avec son épouse (les enfants qui rangent les paquets). Jeune, il se décrit comme sportif, mais ne pratique plus de sport depuis de nombreuses années, avant même les problèmes de dos. Il ne fait pas état d'hobbies particuliers. Selon le Dr W. _____, le fait que l'expertisé perde son insertion sociale et amicale avec les années est compatible avec le status psychiatrique actuellement constaté. Il retient ainsi que les troubles sont de nature

à générer une limitation uniforme du niveau des activités dans tous les domaines comparables de la vie (p. 7). Le Tribunal peut suivre l'expertise judiciaire qui admet des limitations fonctionnelles se manifestant de la même manière dans la vie professionnelle et dans la vie privée. En l'absence de divergences significatives, le comportement de l'intéressé peut être qualifié de cohérent.

9.4 Après pondération des indicateurs précités, le Tribunal de céans constate le caractère invalidant des troubles psychiatriques de l'intéressé. Le recourant ne dispose pas de ressources nécessaires pour fournir l'effort qui peut raisonnablement être exigé de lui d'un point de vue objectif, eu égard au degré de gravité du trouble, aux graves altérations de la personnalité, des conflits familiaux et des limitations uniformes des activités. Les conclusions de l'expertise quant à une incapacité de travail dans toute activité peuvent être suivies. Enfin, il n'y a pas lieu de s'écarter d'une pleine incapacité de travail dès le 1^{er} septembre 2012, date de la première hospitalisation auprès du Centre G._____. Les griefs de l'autorité inférieure ont été réfutés et ne mettent pas en évidence d'éléments concrets qui auraient été ignorés par les experts ou de contradiction dans leurs observations.

10.

Il ne reste plus qu'à examiner le taux d'invalidité du recourant. Il s'agit, d'une part, d'établir le taux d'invalidité suite à l'incapacité de travail intervenue dès le 10 décembre 2007 pour des raisons somatiques (cf. infra consid. 10.2 et 10.3) puis, d'autre part, dit taux dès le 1^{er} décembre 2012 en tenant compte de l'incapacité de travail pour des raisons psychiatriques dans toute activité (cf. infra consid. 10.4).

10.1

10.1.1 Le degré d'invalidité des personnes exerçant une activité lucrative doit être déterminé en application de la méthode ordinaire de comparaison des revenus, conformément à l'art. 16 LPGA, en lien avec l'art. 28a al. 1 LAI. Ainsi, le revenu que l'assuré aurait pu obtenir s'il n'était pas invalide (revenu sans invalidité) est comparé avec celui qu'il pourrait obtenir en exerçant l'activité qui peut être raisonnablement exigée de lui après les traitements et les mesures de réadaptation, sur un marché du travail équilibré (revenu avec invalidité). La différence entre ces deux revenus détermine alors le degré d'invalidité (méthode générale de comparaison des revenus ; ATF 130 V 343 consid. 3.4.2 ; arrêt du TF 8C_536/2017 du 5 mars 2018 consid. 5.1).

Pour procéder à la comparaison des revenus, il convient de se placer au moment de la naissance (hypothétique) du droit à la rente ; les revenus avec et sans invalidité doivent être déterminés par rapport à un même moment, et les modifications de ces revenus susceptibles d'influencer le droit à la rente survenues jusqu'au moment où la décision est rendue doivent être prises en compte (ATF 129 V 222 consid. 4.1 et 4.2 ; arrêt du TF 8C_84/2018 du 1^{er} février 2019 consid. 6.2). En outre, lorsqu'il s'agit d'évaluer le degré d'invalidité d'une personne résidant à l'étranger, la comparaison des revenus déterminants pour ce faire doit s'effectuer sur le même marché du travail, car la disparité des niveaux de rémunération et des coûts de la vie d'un pays à l'autre ne permet pas de procéder à une comparaison objective des revenus en question (ATF 137 V 20 consid. 5.2.3.2, 110 V 273 consid. 4b ; arrêt du TF 8C_300/2015 du 10 novembre 2015 consid. 7.1).

10.1.2 Le revenu sans invalidité doit être évalué de la manière la plus concrète possible et se déduit en principe du salaire réalisé en dernier lieu par la personne concernée avant l'atteinte à la santé, en tenant compte de l'évolution nominale des salaires. Au regard des capacités professionnelles de la personne concernée et des circonstances personnelles la concernant, on prend en considération ses chances réelles d'avancement compromises par le handicap, en posant la présomption qu'elle aurait continué d'exercer son activité sans la survenance de son invalidité. Des exceptions ne sauraient être admises que si elles sont établies au degré de la vraisemblance prépondérante (ATF 139 V 28 consid. 3.3.2, 134 V 322 consid. 4.1 ; arrêt du TF 9C_708/2017 du 23 février 2018 consid. 8.1).

Le revenu d'invalidité doit être évalué avant tout en fonction de la situation professionnelle concrète de l'intéressé. Si la personne concernée n'a pas repris d'activité, ou aucune activité adaptée lui permettant de mettre pleinement en valeur sa capacité résiduelle de travail, contrairement à ce qui serait raisonnablement exigible de sa part, le revenu d'invalidité peut être évalué, notamment, sur la base des données statistiques résultant de l'Enquête suisse sur la structure des salaires (ESS) édité par l'Office fédéral de la statistique (OFS ; ATF 139 V 592 consid. 2.3 et les réf. cit., 129 V 472 consid. 4.2.1, 126 V 75 consid. 3b/aa). Il y a lieu de se référer en principe toujours aux données de l'ESS les plus récentes (ATF 143 V 295 consid. 2.3). Il s'agit de se fonder, en règle générale, sur les salaires mensuels indiqués dans le tableau TA1 de l'ESS, relatif au secteur privé, ligne « Total secteur privé » (ATF 129 V 472 consid. 4.2.1, 126 V 75 consid. 3b/aa, 142 V 178 consid. 2.5). Toutefois, lorsque cela apparaît indiqué dans le cas concret, afin de permettre à la personne concernée de mettre pleinement

à profit sa capacité résiduelle de travail, il y a lieu de se référer aux salaires mensuels de secteurs particuliers, voire de branches particulières. Tel est notamment le cas lorsque, avant l'atteinte à la santé, la personne concernée a travaillé dans un même domaine pendant de nombreuses années et qu'une activité dans un autre domaine n'entre quasiment plus en ligne de compte (arrêt du TF 8C_471/2017 du 16 avril 2018 consid. 4.2). Par ailleurs, il n'y a pas d'obligation de recourir systématiquement au tableau TA1 (arrêt du TF 9C_841/2013 du 7 mars 2014 consid. 4.2) ; cela étant, lorsqu'il convient de faire usage de l'ESS 2012 ou d'une enquête plus récente, il y a alors lieu de se référer – jusqu'à nouvel ordre – au tableau TA1 uniquement (ATF 142 V 178 consid. 2.5.7). En outre, il y a lieu d'adapter ces salaires à l'évolution nominale des salaires, en se fondant sur l'indice des salaires nominaux spécifique aux hommes et aux femmes et par branche (ATF 129 V 408 consid. 3.1.2).

10.1.3 Selon la jurisprudence, dans certains cas, le revenu d'invalidité déterminé d'après les données statistiques doit être réduit afin de tenir compte des circonstances personnelles et professionnelles de la personne concernée (limitations liées au handicap, âge, années de service, nationalité ou la catégorie d'autorisation de séjour et taux d'occupation) susceptibles de diminuer ses possibilités de réaliser un gain se situant dans la moyenne, applicable aux employés ne souffrant pas d'invalidité, sur le marché ordinaire de l'emploi. Pour fixer la hauteur de cet abattement, il convient d'examiner dans un cas concret et de manière globale si des indices permettent de conclure qu'à cause de l'une ou l'autre des caractéristiques précitées, la personne assurée n'est en mesure d'utiliser sa capacité résiduelle de travail sur le marché ordinaire de l'emploi que contre une rémunération inférieure au salaire moyen correspondant. La hauteur de l'abattement dépend de chaque cas d'espèce, une réduction automatique n'étant pas admissible, et la réduction ne peut dépasser 25% du salaire statistique (ATF 142 V 178 consid. 1.3, 135 V 297 consid. 5.2, 134 V 322 consid. 5.2, 126 V 75 consid. 5b, 124 V 321 consid. 3b/aa, arrêt du TF 9C_677/2015 du 25 janvier 2016 consid. 3.3). L'abattement résulte d'une évaluation et doit être brièvement motivé par l'administration. Le juge des assurances sociales, pour sa part, ne peut, sans motif pertinent, substituer son appréciation à celle de l'administration ; il doit s'appuyer sur des circonstances de nature à faire apparaître sa propre appréciation comme la mieux appropriée (ATF 126 V 75 consid. 6 ; arrêt du TF 8C_103/2018 du 25 juillet 2018 consid. 4).

10.2 L'autorité inférieure n'avait pas procédé à une comparaison des revenus, mais à une comparaison des pourcentages en son fondant sur les

rapports du SMR des 14 octobre 2010 et 15 décembre 2014. Elle avait ainsi conclu à une incapacité de travail de 35% dans toute activité (habituelle et adaptée) dès la moitié du mois de juin 2018. Tel taux n'ouvrait pas le droit à une rente d'invalidité. Une telle méthodologie ne peut être suivie en l'espèce, puisqu'il ressort désormais de l'expertise médicale judiciaire que la poursuite de l'ancienne activité n'est plus possible (cf. expertise consensuelle p. 5 ; MICHEL VALTERIO, Commentaire LAI, 2018, ad art. 28a n° 33). La capacité de travail de l'intéressé étant encore entière dans une activité adaptée (cf. consid. 8.5), il convient dès lors d'effectuer une comparaison des revenus avant et après la survenance de l'incapacité de travail.

10.3

10.3.1 En l'occurrence, le revenu sans invalidité doit être déterminé sur la base du dernier revenu que l'assuré gagnait lors de son dernier emploi en tant qu'agent d'assurance, activité exercée à 100%. Il s'agit de tenir compte du revenu réalisé avant l'atteinte à la santé, soit avant l'incapacité totale de travail attestée par le Dr K. _____ dès le 10 décembre 2007 (cf. AI pce 3) dans le cadre de l'opération ayant eu lieu le 22 février 2008 pour une hernie discale L1-L2 droite (cf. let. A). Ne sont pas pris en considération les fiches de salaire produites concernant les mois d'octobre à décembre 2008 et le certificat de travail 2008 (AI pces 17 p. 29-31 et 19 p. 2 « perte de gain maladie »), dès lors qu'ils contiennent des prestations pour compenser des pertes de salaire suite de maladie (art. 25 al. 1 let. a RAI). En outre, les frais forfaitaires alloués au recourant par son employeur ne font pas partie du revenu déterminant sans invalidité (cf. AI pces 19 p. 2 et 20), s'agissant du remboursement de frais pour l'acquisition du revenu. L'intéressé a indiqué percevoir un salaire mensuel brut de 8'000 francs (cf. AI pce 1 p. 5) ou de 120'000 francs annuels (AI pce 18 p. 2). Néanmoins, il ressort de l'extrait du compte individuel un salaire annuel de 72'200 francs en 2007, 81'968 francs en 2006, 67'160 francs en 2005, 81'955 francs en 2004, 51'597 francs en 2003, 54'366 francs en 2002, 59'105 francs en 2001 et 60'753 francs en 2000 (AI pce 7 p. 1). Le certificat de travail 2007 fait état d'un salaire annuel brut de 83'067.20 francs (cf. AI pce 19). Force est de constater que le revenu du recourant a varié au cours des années, de sorte que le Tribunal tiendra compte d'un revenu moyen réalisé sur une période de cinq ans (cf. arrêt du TF 9C_576/2009 du 11 décembre 2009 consid. 3.3). La moyenne des salaires de l'assuré (de 2003 à 2007) est de 73'149.44 francs (en tenant compte pour 2007 du montant du certificat de salaire et non du compte individuel). S'ajoute à ce montant le gain moyen de 1'070.60 francs correspondant à des salaires de 2003 à 2007 obtenus

auprès d'autres employeurs (cf. Al pce 7 p. 2-3), à savoir 988 francs en 2007, 3'269 francs (1'984 + 1'285) en 2005 et 378 francs (162 + 216) en 2004 et 718 francs en 2003. Même si les montants étaient fluctuants, ces revenus accessoires étaient réguliers au fil des années, de sorte que l'on peut admettre que l'assuré aurait – selon toute vraisemblance – continué à les percevoir s'il était resté en bonne santé (arrêt du TF 9C_890/2013 du 29 avril 2014 consid. 2). Le revenu total sans invalidité est de 74'220 francs annuels (73'149.44 + 1'070.60). Indexé jusqu'en 2009 (année déterminante pour le droit à la rente), il en résulte un salaire annuel sans invalidité de 75'781 francs (2008=2092, 2009=2136 ; OFS – Indice suisse des salaires, Indices des prix à la consommation, T39).

10.3.2 Concernant le revenu avec invalidité, le recourant n'ayant pas repris de travail après son invalidité, il s'agit de se fonder sur les données statistiques alors disponibles, l'ESS 2008. Les experts ont retenu que l'activité d'agent d'assurance telle qu'elle était exercée par l'assuré (déplacements fréquents estimés à 30'000km/an) n'est plus considérée comme adaptée à la pathologie vertébrale. Néanmoins cette activité pouvait être adaptée en tant qu'activité d'employé de bureau et être exercée à 100% (cf. consid. 8.5). Il s'agit d'une activité physiquement légère respectant les limitations fonctionnelles (expertise consensuelle p. 5). Dans cette constellation, il y a lieu de se référer à la seule branche des assurances (TA1, pos. 66, niveau 4). Le salaire avec invalidité est ainsi de 5'982 francs mensuels, respectivement 71'784 francs annuels. Indexé à l'année 2009, le revenu annuel est de 73'293.80 francs.

Dans la mesure où une activité d'employé de bureau pourrait relever d'autre champ d'activité que celui des assurances, il convient également de se référer au salaire, auquel peuvent prétendre les hommes, sans formation professionnelle, effectuant des activités simples et répétitives (TA1, Total, niveau 4). En effet, eu égard à sa pathologie lombaire, l'intéressé pourrait mettre à profit sa capacité résiduelle de travail dans une large palette d'activités de substitution de type administratif en tant qu'employé de bureau/employé de commerce (cf. expertise rhumatologique, p. 8 et expertise consensuelle, p. 5). Selon cette seconde appréciation, le salaire avec invalidité est de 4'806 francs mensuels, soit 57'672 francs annuels, qu'il convient d'indexer à l'année 2009, soit au final 58'885 francs.

10.3.3 S'agissant de la hauteur de l'abattement sur le salaire d'invalidé que l'on peut reconnaître au recourant, il faut tenir compte des particularités inhérentes au cas d'espèce.

Les experts ont retenu que l'intéressé ne pouvait plus exercer son activité habituelle, mais uniquement une activité adaptée en raison des limitations fonctionnelles présentes (pas d'activité lourde, pas de port de charges excédant 5-10kg, possibilité de changement de position et pas d'exposition aux vibrations corporelles). Ils n'ont pas fait état que l'atteinte à la santé influençait l'horaire de travail ou le rendement (cf. expertise consensuelle p. 5). Les limitations fonctionnelles ont été prises en considération dans le choix de l'activité possible (employé de bureau/employé de commerce) et ne sont pas substantielles dans cette profession.

Quant à un éventuel manque de formation professionnelle, il ne peut être considéré comme un critère déterminant au regard de la nature des activités encore exigibles. En effet, d'une part, concernant la branche des assurances (TA1, pos. 66 assurances) à laquelle s'est référée le Tribunal, l'intéressé a exercé dans ce domaine depuis 1991 et profite de nombreuses années d'expérience. Partant, l'intéressé ne peut se justifier d'un manque de qualifications. D'autre part, le Tribunal s'est fondé sur les données économiques statistiques pour des hommes sans formation professionnelle (TA1, total), de sorte que le salaire statistique – étant inférieur à celui du domaine des assurances – tient déjà compte de l'absence de formation. On ne saurait introduire une seconde fois une réduction de la rémunération.

Par ailleurs, on ne saurait retenir un effet de réducteur sur le salaire en raison de l'âge de l'assuré né en 1964, soit âgé de 44 ans en 2008 au moment auquel il a été constaté avec le degré de la vraisemblance prépondérante que l'exercice d'une activité était exigible d'un point de vue médical (cf. expertise consensuelle p. 5 ; ATF 138 V 457 consid. 3.3 et 3.4 ; arrêt TF 9C_805/2012 du 15 mai 2012). En effet, il n'y a pas d'indices suffisants dans le cas d'espèce pour retenir qu'un tel âge représentait un facteur pénalisant par rapport aux autres travailleurs valides de la même catégorie d'âge, eu égard à son expérience professionnelle. De plus, l'âge d'un assuré ne constitue pas *per se* un facteur de réduction du salaire statistique (cf. arrêt TF 8C_227/2017 du 17 mai 2017 consid. 5).

Enfin, le recourant ne peut se prévaloir d'une quelconque déduction sur le salaire statistique au motif qu'il serait pénalisé en raison de son domicile en France. En premier lieu, de par sa nationalité suisse, l'intéressé n'a pas qualité de frontalier (art. 7 par. 1 Annexe I ALCP [RS 0.142.112.681]). Même dans la mesure où il était un assuré frontalier, il ne saurait subir d'emblée un désavantage par rapport à un travailleur suisse du fait de sa nationalité et de sa qualité de frontalier (art. 2 par. 1 et 9 par. 1 annexe I

consid. 2 ; arrêt du TF 9C_785/2009 du 2 décembre 2009 consid. 4 ; arrêt du TAF C-1047/2011 du 5 octobre 2012 consid. 10.5). Le taux d'invalidité s'élève ainsi à 100% et donne droit à une rente entière.

10.4.2 Il convient encore d'examiner à quelle date s'ouvre le droit à cette rente AI. Singulièrement si la cause de l'invalidité constitue un nouveau cas d'assurance (pas d'unicité du cas d'assurance), un délai d'attente d'une année au sens de l'art. 28 al. 1 let b LAI doit s'appliquer dès l'incapacité de travail médicalement attestée au 1^{er} septembre 2012.

10.4.2.1 Aux termes de l'art. 4 al. 2 LAI, l'invalidité est réputée survenue dès qu'elle est, par sa nature et sa gravité, propre à ouvrir le droit aux prestations entrant en considération. Cette disposition consacre une notion relative et fonctionnelle de l'invalidité, spécifique aux prestations (ATF 130 V 343 consid. 3.3.2).

Le principe est celui de l'unicité de la survenance de l'invalidité. Néanmoins, il peut se produire une succession de causes d'invalidité différentes qui entraînent autant de survenances successives de l'invalidité. D'autre part, une seule et même cause d'invalidité peut entraîner au cours du temps plusieurs cas d'assurance (ATF 112 V 275 consid. 1b). Le principe de l'unicité du cas d'assurance n'est donc pas absolu et il cesse d'être applicable lorsque l'invalidité subit des interruptions notables ou lorsque l'évolution de l'état de santé ne permet plus d'admettre l'existence d'un lien de fait et de temps entre les différentes phases qui deviennent autant de cas nouveaux de survenance de l'invalidité (arrêts du TF 9C_692/2018 du 19 décembre 2018 consid. 4.2, 9C_36/2015 du 29 avril 2015 consid. 5 et les réf. ; VALTERIO, op. cit., ad. art. 4 n° 37).

10.4.2.2 In casu, la pathologie à l'origine de l'invalidité est totalement différente (trouble mixte de la personnalité décompensé, CIM-10 F61.0) par rapport aux atteintes somatiques n'ouvrant pas de droit aux prestations AI en 2009. Les médecins de l'expertise médicale judiciaire – dont le Tribunal de céans a précédemment reconnu la valeur probante – ne font pas allusion à un quelconque lien entre ces atteintes. De plus, le trouble psychique dont souffre l'assuré est présent depuis l'enfance et l'adolescence et n'a influencé la capacité de travail qu'à partir du 1^{er} septembre 2012 (soit quelques cinq ans après le début de l'incapacité de travail pour motifs somatiques). En présence d'une affection totalement différente, il s'agit par conséquent d'un cas nouveau et indépendant d'invalidité (cf. supra consid. 10.4.2.1 ; arrêt du TF 9C_36/2015 du 29 avril 2015 consid. 5 et les réf. cit.). Il convient ainsi de respecter le délai d'attente de l'art. 28 al. 1 let. b LAI,

soit une année dès le 1^{er} septembre 2012 date médicalement attestée du début de l'incapacité de travail totale pour motifs psychiatriques (cf. expertise consensuelle [TAF pce 42]). Partant, le droit à la rente entière d'invalidité naît le 1^{er} septembre 2013.

10.4.2.3 Il sied de préciser que le délai de trois mois de l'art. 88a al. 2 RAI ne s'applique pas au cas d'espèce. En effet, lors du présent octroi de rente, il y a naissance du droit à la rente. Il ne s'agit pas d'une procédure de révision (art. 17 LPGGA) dans le cadre d'une modification du droit aux prestations précédemment alloués ou d'une rente échelonnée dans le temps accordée à titre rétroactif (ATF 125 V 413 ; arrêts du TF 9C_302/2015 du 18 septembre 2015 consid. 5.3 et 9C_344/2010 du 1^{er} février 2011 consid. 4.2).

11.

Au vu des considérants qui précèdent, le recours est admis et la décision du 5 mars 2015 réformée dans le sens que l'assuré a droit à une rente d'invalidité entière à partir du 1^{er} septembre 2013 ainsi qu'à des intérêts moratoires au sens de l'art. 26 al. 2 LPGGA (cf. aussi ATF 113 V 9 consid. 3.6 ; arrêts du TAF C-4454/2014 du 23 novembre 2015 consid. 11, C-828/2007 du 13 octobre 2009 consid. 9). L'affaire est transmise à l'OAIE afin qu'il détermine le montant de la rente et des intérêts moratoires dus et rende une décision y relative. Compte tenu de l'admission du recours, il n'y a pas lieu de donner suite aux conclusions subsidiaires du recourant demandant l'audition des experts.

12.

Il reste à examiner la question de la prise en charge des frais de procédure et des dépens ainsi que des frais d'expertise de 12'000 francs de la Policlinique R._____.

12.1 A teneur de l'art. 63 al. 1 PA, en règle générale, les frais de procédure sont mis dans le dispositif à la charge de la partie qui succombe. A contrario, la partie qui a obtenu gain de cause ne doit en principe pas ces frais. En l'occurrence, il n'y a pas lieu de percevoir des frais de procédure, dès lors que le recourant a obtenu gain de cause et qu'aucun frais de procédure n'est mis à la charge de l'autorité inférieure (art. 63 al. 2, 1^{ère} phrase, PA). En conséquence, l'avance de frais versée par le recourant à hauteur de 400.- francs lui sera restituée une fois le présent arrêt entré en force.

12.2

12.2.1 Conformément aux art. 64 al. 1 PA et 7 al. 1 du règlement du 21 février 2008 concernant les frais, dépens et indemnités fixés par le Tribunal administratif fédéral (FITAF, RS 173.320.2), le Tribunal alloue à la partie ayant obtenu gain de cause une indemnité pour les frais indispensables et relativement élevés qui lui ont été occasionnés par le litige. Selon l'art. 14 FITAF les parties qui ont droit au dépens et les avocats commis d'office doivent faire parvenir avant le prononcé un décompte de leurs prestations au tribunal (al. 1). A défaut de décompte, le tribunal fixe l'indemnité sur la base du dossier (al. 2, 2^{ème} phrase). Les honoraires du représentant sont fixés, selon l'appréciation de l'autorité, en raison de l'importance et de la difficulté du litige, ainsi que d'après le travail et le temps que le représentant a dû y consacrer.

12.2.2 En l'espèce, le recourant a agi par l'entremise de son mandataire, Me C. Ulmann. A défaut de décompte de prestations, il convient d'allouer au recourant une indemnité à titre de dépens de 3'500 francs à charge de l'autorité inférieure. L'indemnité tient en particulier compte du travail du mandataire professionnel du recourant. Celui-ci a pris connaissance d'une documentation importante et a rédigé le mémoire de recours de 6 pages (TAF pce 1), la réplique de 4 pages (TAF pce 5) et des observations de 3 pages (TAF pce 14) ainsi que diverses correspondances. Le mandataire a de plus rendu deux prises de position (1 et 5 pages) lors de l'instructions de l'expertise médicale judiciaire (TAF pces 40 et 48).

12.3

12.3.1 Les frais qui découlent de la mise en œuvre d'une expertise judiciaire sont mis à la charge de l'autorité administrative lorsque celle-ci a procédé à une instruction présentant des lacunes ou des insuffisances caractérisées et que l'expertise judiciaire serve à pallier les manquements commis dans la phase d'instruction administrative (ATF 139 V 496 consid. 4.4). En effet, l'autorité de recours intervient dans les faits en lieu et place de l'autorité administrative qui, en principe, aurait dû mettre en œuvre cette mesure d'instruction dans le cadre de la procédure administrative. Dans ces conditions, les frais de l'expertise ne constituent pas des frais de justice, mais des frais relatifs à la procédure administrative au sens de l'art. 45 LPGA qui doivent être pris en charge par l'assureur social (ATF 139 V 496 consid. 4.3-4.4, 137 V 210 consid. 4.4.2 ; arrêt du TF 9C_469/2017 du 10 janvier 2018 consid. 5.1). Tel sera notamment le cas lorsqu'elle aura pris en considération une expertise qui ne remplissait manifestement pas

les exigences jurisprudentielles relatives à la valeur probante de ce genre de documents (ATF 125 V 351 consid. 3a p. 352).

12.3.2 En l'occurrence, l'expertise médicale judiciaire a servi à pallier les manquements commis dans la phase d'instruction administrative, en particulier les lacunes constatées dans les expertises ordonnées par l'office AI (cf. consid. 6.3-6.4). Dans cette constellation, il existe un lien entre ce défaut d'instruction et la mise en place de l'expertise judiciaire. Dès lors, les frais de 12'000 francs sont à la charge de l'office intimé.

Par ces motifs, le Tribunal administratif fédéral prononce :**1.**

Les réquisitions de preuves (audition des experts) formulées par le recourant sont rejetées.

2.

Le recours est admis et la décision du 5 mars 2015 réformée dans le sens que le recourant a droit à une rente d'invalidité entière à compter du 1^{er} septembre 2013.

3.

La cause est transmise à l'OAIE afin qu'il détermine le montant de la rente ainsi que les intérêts moratoires dus et rende une nouvelle décision dans le sens des considérants.

4.

Il n'est pas perçu de frais de procédure. L'avance de frais de 400 francs effectuée en cours de procédure sera restituée au recourant une fois le présent arrêt entré en force.

5.

Une indemnité de dépens de 3'500 francs est allouée au recourant et mise à la charge de l'autorité inférieure.

6.

Les honoraires de 12'000 francs de la Polyclinique R._____ sont à la charge de l'OAIE. Cet office versera ce montant à la caisse du Tribunal à titre de remboursement.

7.

Le présent arrêt est adressé :

- au recourant (acte judiciaire ; annexe : formulaire d'adresse de paiement) ;
- 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 :

Caroline Bissegger

Daphné Roulin

Indication des voies de droit :

La présente décision peut être attaquée devant le Tribunal fédéral, Schweizerhofquai 6, 6004 Lucerne, par la voie du recours en matière de droit public, dans les trente jours qui suivent la notification (art. 82 ss, 90 ss et 100 LTF). Ce délai est réputé observé si les mémoires sont remis au plus tard le dernier jour du délai, soit au Tribunal fédéral soit, à l'attention de ce dernier, à La Poste Suisse ou à une représentation diplomatique ou consulaire suisse (art. 48 al. 1 LTF). Le mémoire doit indiquer les conclusions, les motifs et les moyens de preuve, et être signé. La décision attaquée et les moyens de preuve doivent être joints au mémoire, pour autant qu'ils soient en mains de la partie recourante (art. 42 LTF).

Expédition :