



Arrêt du 25 avril 2024

Composition

Jérôme Candrian (président du collège),
Caroline Bissegger, Beat Weber, juges,
Loucy Weil, greffière.

Parties

A. _____, (France)
recourant,

contre

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

Objet

Assurance-invalidité (décision du 13 mai 2020).

Faits :**A.**

A. _____ (ci-après : l'assuré, l'intéressé ou le recourant), ressortissant allemand né le (...) 1967, est domicilié en France voisine. Marié, il a deux fils, aujourd'hui majeurs. L'intéressé a effectué une formation de technicien sur machines textiles, achevée en 1985 (dossier OAI pce 1.19). Il a travaillé en Suisse à partir de l'année 1988 (dossier OAI pces 1.13-1.15, 1.26). En dernier lieu, l'assuré a été employé à plein temps auprès de la société B. _____ GmbH dès le 1^{er} juin 2016, en qualité de technicien d'entretien avec service de piquet, pour un revenu mensuel brut de l'ordre de 6'200 francs (dossier OAI pces 1.25, 1.32). Le 14 juin 2018, il s'est vu notifier son congé avec effet immédiat, qu'il a contesté devant la juridiction civile. Une transaction a été conclue entre l'intéressé et son employeur le 11 octobre 2018 (dossier OAI pces 1.25, 1.36 p. 13).

B.

B.a En date du 17 novembre 2018, l'assuré a déposé une demande de prestations d'invalidité auprès de l'Office de l'assurance-invalidité pour les assurés résidant à l'étranger (ci-après : l'OAIE), qui l'a reçue le 26 novembre suivant. Il y a indiqué souffrir d'une dépression sévère depuis le 4 juin 2018 (dossier OAI pce 1.32).

B.b L'OAIE a instruit la demande en recueillant les renseignements médicaux et économiques utiles auprès de l'assuré, de ses médecins et de son employeur. Il est apparu que l'intéressé avait présenté une incapacité totale de travail à compter du 4 juin 2018, à raison de troubles anxieux et dépressifs (dossier OAI pce 1.36 p. 4-6), et percevait des indemnités journalières de l'assureur perte de gain C. _____ (dossier OAI pce 1.36 p. 7-10, 14). Le Dr D. _____, psychiatre traitant, a formulé le diagnostic d'épisode dépressif sévère (CIM-10 : F32.2) dans un rapport du 24 octobre 2018 et confirmé l'incapacité totale de travail de son patient (dossier OAI pce 1.36 p. 1-3). Dans une brève expertise psychiatrique du 10 décembre 2018 ordonnée par l'assureur perte de gain, le Dr E. _____, spécialiste FMH en psychiatrie et psychothérapie, a retenu les diagnostics incapacitants d'épisode dépressif moyen à sévère (CIM-10 : F32.1/F32.2) et de trouble panique, respectivement de dysfonctionnement neurovégétatif somatoforme (CIM-10 : F41.0, respectivement F45.3). Il a estimé que l'assuré était incapable de travailler dans toute activité et qu'une capacité de 50% pouvait être attendue au plus tôt dans deux mois, pourvu que ses recommandations thérapeutiques soient suivies et que l'intéressé y réponde bien (dossier OAI pce 1.3 p. 4-7). L'assuré a été

hospitalisé en psychiatrie du 9 janvier au 28 février 2019. La lettre de sortie, signée par le Dr D._____, retient les diagnostics d'épisode dépressif sévère sans symptômes psychotiques (CIM-10 : F32.2) et de trouble panique moyen (CIM-10 : F41.0 ; dossier OAI pce 1.11).

B.c Dans des lignes du 27 mai 2019, l'OAIE a transmis le dossier à l'Office de l'assurance-invalidité du canton F._____ (ci-après : l'OAI) comme objet de sa compétence – l'instruction ayant révélé que l'atteinte à la santé de l'intéressé était survenue avant son licenciement (dossier OAI pce 1.1).

B.d L'OAI a repris l'instruction et obtenu deux rapports du Dr D._____ du 8 avril et du 12 juin 2019, retenant les diagnostics d'épisode dépressif moyen (CIM-10 : F32.1) et de trouble panique (CIM-10 : F41.0) et confirmant l'incapacité de travail totale de l'assuré (dossier OAI pces 11, 18.2). Un entretien téléphonique avec l'intéressé a en outre eu lieu le 4 juillet 2019, au cours duquel ce dernier a indiqué ne pas se sentir mieux (dossier OAI pce 13).

B.e Le 7 août 2019, le Service médical régional (ci-après : le SMR) a préconisé la mise en œuvre de mesures de réadaptation, à forme d'un entraînement de résistance à l'effort de 2 heures par semaine, avec une augmentation mensuelle d'une heure. Il a recommandé d'obtenir au préalable un rapport d'évolution indiquant la capacité de travail (dossier OAI pce 15). L'OAI a cependant constaté qu'aucune capacité de réadaptation n'avait été attestée par les médecins de l'intéressé, ce dernier se montrant au demeurant incapable d'entamer une mesure de réadaptation. L'OAI a ainsi clôturé la procédure de réadaptation le 13 septembre 2019 (dossier OAI pce 23).

B.f Dans un rapport du 3 janvier 2020, le Dr G._____, nouveau psychiatre traitant, a formulé les diagnostics de trouble dépressif récurrent (CIM-10 : F33.9) et d'anxiété généralisée (F41.1). Indiquant que son patient avait été hospitalisé du 9 janvier au 28 février et du 24 octobre au 22 novembre 2019, le Dr G._____ a estimé qu'il demeurerait en pleine incapacité de travail pour une durée indéterminée (dossier OAI pce 33).

B.g Invité à se déterminer, le SMR a considéré, le 30 mars 2020, que l'incapacité totale de travail alléguée depuis deux ans n'était pas compréhensible sur la base de la documentation disponible et que les possibilités de traitement n'avaient pas été épuisées. Aussi, le SMR a conclu que l'exercice d'une activité adaptée, à tout le moins, pouvait être exigé à plein temps de l'assuré (dossier OAI pce 36).

B.h Par projet de décision du 2 avril 2020, l'OAI a fait part à l'assuré de son intention de rejeter sa demande de prestations. S'en remettant au rapport du SMR, l'OAI a retenu que l'activité habituelle de technicien, de même qu'une activité adaptée, pouvait être exercée sans restriction par l'assuré, aussi bien à ce jour que rétrospectivement (dossier OAI pce 37).

B.i Sous pli du 15 avril 2020, l'assuré s'est opposé au projet susmentionné, indiquant demeurer en totale incapacité de travail. Une ordonnance du 10 mars 2020 prescrivant différents médicaments psychotropes était jointe à son envoi (dossier OAI pce 38).

C.

C.a Par décision du 13 mai 2020, l'OAIE a rejeté la demande de prestations de l'assuré, en précisant qu'aucun élément nouveau n'avait été invoqué dans le cadre de la procédure de préavis (dossier OAI pce 41).

C.b Le 15 mai 2020, à réception de la décision susmentionnée, l'assuré a interpellé l'OAI quant au fait que sa décision serait empreinte d'une erreur, respectivement serait fondée sur un état de fait incomplet. L'intéressé a en outre et entretemps souligné avoir été hospitalisé une nouvelle fois, le 18 mai 2020 (dossier OAI pces 44, 47-48, 50).

C.c Dans un courrier du 4 juin 2020, assorti de voies de droit, l'OAI lui a communiqué qu'elle maintenait sa décision (dossier OAI pce 49).

D.

D.a En date du 16 juin 2020 (date du timbre postal), l'assuré, par l'entremise de son mandataire, a déféré la décision du 13 mai 2020 au Tribunal administratif fédéral (ci-après : le TAF ou le Tribunal). Il a conclu, en substance, à l'octroi d'une rente entière illimitée et produit, en particulier, une lettre de sortie d'hospitalisation datée du 22 novembre 2019 (pce TAF 1).

D.b Dans une réponse non motivée du 14 août 2020, l'OAIE a conclu au rejet du recours, en précisant avoir soumis l'affaire à l'Office AI du canton F._____ dont elle transmet la prise de position du 11 août 2020 et à laquelle elle indique n'avoir rien à ajouter (pce TAF 6). Dans la prise de position ainsi annexée, l'OAI précise lui-même : «Wir haben dem Sachverhalt nichts mehr beizufügen und verweisen auf die beiliegenden Akten und Unterlagen sowie die Ausführungen und Begründungen im Vorbescheid vom 2.4.2020 und Verfügung vom 13.5.2020 ».

D.c Par courrier du 22 octobre 2020 au Tribunal, l'OAIE a produit un rapport médical détaillé E213 du 12 octobre 2020, un bulletin de sortie d'hospitalisation du 24 juin 2020 et un rapport médical du Dr G. _____ du 24 juin 2020 (pce TAF 9).

D.d Invité à se déterminer sur ces pièces, l'OAIE a indiqué par écriture du 27 novembre 2020 n'avoir rien à ajouter (pce TAF 11), en transmettant le préavis complémentaire de l'OAI du 25 novembre 2020 précisant lui-même n'avoir rien à ajouter à l'état de fait sur la base de ces pièces.

D.e Par ordonnance du 4 décembre 2020, le Tribunal a avisé que l'échange d'écritures était en principe clos, en réservant d'autres mesures d'instruction (pce TAF 12).

D.f En date du 23 janvier 2023, le mandataire du recourant a informé le Tribunal de la fermeture définitive de son bureau, respectivement du terme du mandat (pce TAF 14).

D.g Par ordonnance du 12 juillet 2023, le Tribunal a informé les parties que sa Cour VI était désormais compétente pour le traitement de la procédure (pce TAF 15).

D.h Par ordonnance du 25 janvier 2024, le Tribunal a avisé les parties que sa Cour III reprenait la compétence du dossier, qu'un nouveau juge instructeur avait été désigné et que la cause était gardée à juger (pce TAF 17).

Les autres faits et arguments des parties seront repris, en tant que de besoin, dans la partie en droit ci-après.

Droit :

1.

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

La procédure devant le Tribunal est en principe régie par la PA (art. 37 LTAF), sous réserve des dispositions générales de la loi fédérale du 6 octobre 2000 sur la partie générale du droit des assurances sociales (LPGA, RS 830.1 ; art. 3 let. d^{bis} PA).

1.2 L'Office AI du secteur d'activité dans lequel le frontalier exerce une activité lucrative est compétent pour enregistrer et examiner les demandes présentées par les frontaliers. L'OAIE notifie les décisions (art. 40 al. 2 du règlement du 17 janvier 1961 sur l'assurance-invalidité [RAI, RS 831.201]). En l'occurrence, le recourant est domicilié en France voisine et travaillait en Suisse lorsque son incapacité de travail est survenue (cf. consid. A et B.b supra), en sorte qu'il doit être qualifié de frontalier (cf. également dossier OAI pce 1.35). C'est donc à bon droit que la procédure d'instruction de la demande de prestations AI a été menée par l'OAI et la décision litigieuse notifiée par l'OAIE.

1.3 L'assuré, destinataire de la décision entreprise qui lui fait grief, a qualité pour recourir (art. 59 LPGA).

1.4 De trente jours (art. 50 al. 1 PA), le délai pour recourir est parvenu à échéance le 15 juin 2020. L'assuré ayant recouru le 16 juin 2020, son acte semble tardif. Cela étant, le Tribunal constate que le recourant a entretenu divers échanges téléphoniques et épistolaires avec l'OAI après avoir reçu la décision attaquée, par lesquels il entendait en obtenir la rectification. Ces échanges se sont conclus par une correspondance de l'OAI du 4 juin 2020 maintenant la décision, assortie de voies de recours au Tribunal de céans (cf. consid. C.c supra). Un tel écrit – provenant certes d'une autorité incompétente (art. 40 al. 2 *in fine* RAI) – portait manifestement le recourant à compter que courait un nouveau délai de recours de trente jours contre la décision attaquée. Or, en application du droit à la protection de la bonne foi découlant directement de l'art. 9 de la Constitution fédérale du 18 avril 1999 (Cst., RS 101), le justiciable qui se fie à une indication erronée venant d'une autorité ne doit subir aucun préjudice, pour autant qu'il ne se soit pas aperçu ni n'ait pu s'apercevoir de l'erreur en y prêtant l'attention commandée par les circonstances. Le droit à la protection de la bonne foi peut ainsi possiblement, selon les circonstances, conduire à la prolongation d'un délai légal, par exemple si l'autorité procède à une seconde notification avant l'échéance du délai de recours en indiquant sans réserve les voies de droit (cf. arrêt du TF 2C_806/2021 du 25 octobre 2021 consid. 2.1 et les réf. cit.). En l'occurrence, cette indication erronée émanant de l'OAI était sans nul doute de nature à susciter la confiance

légitime du recourant, respectivement de son mandataire qui n'est pas un juriste professionnel suisse, et ne doit pas lui porter préjudice.

1.5 Il s'ensuit que le recours déposé le 16 juin 2020, qui respecte au demeurant les formes requises par la loi (art. 52 al. 1 PA), est recevable.

2.

2.1 L'objet du litige consiste en le bien-fondé de la décision du 13 mai 2020, en ce que l'OAIE refuse d'accorder une rente d'invalidité au recourant au motif qu'il pouvait exercer son activité habituelle sans restriction.

2.2 La procédure dans le domaine des assurances sociales fait prévaloir la maxime inquisitoire (cf. art. 43 LPGA ; ATF 138 V 218 consid. 6). Ainsi, le Tribunal définit les faits et apprécie les preuves d'office et librement (cf. PIERRE MOOR/ETIENNE POLTIER, Droit administratif, vol. II, 3^e éd., 2011, n° 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 (cf. ATF 139 V 176 consid. 5.2).

2.3 En outre, le Tribunal applique le droit d'office, sans être lié par les motifs invoqués par les parties (cf. 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., n° 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 (cf. ATF 122 V 157 consid. 1a et 121 V 204 consid. 6c).

3.

3.1 Sous réserve de dispositions particulières du droit transitoire, le droit matériel applicable est en principe celui en vigueur lors de la réalisation de l'état de fait qui doit être apprécié juridiquement ou qui a des conséquences juridiques (cf. ATF 146 V 364 consid. 7.1 et 144 V 210 consid. 4.3.1). Le juge des assurances sociales apprécie par ailleurs la légalité des décisions d'après l'état de fait existant au moment où la décision litigieuse a été rendue, les faits survenus postérieurement, et qui ont modifié cette situation, devant en principe faire l'objet d'une nouvelle décision administrative (cf. ATF 144 V 210 consid. 4.3.1, 130 V 138 consid. 2.1 et 121 V 362 consid. 1b). Le Tribunal ne peut ainsi prendre en considération que les rapports médicaux établis antérieurement à la décision attaquée, à moins que ceux établis ultérieurement ne permettent de mieux comprendre l'état de santé et la capacité de travail de l'assuré jusqu'à la décision sujette

à recours (cf. ATF 130 V 445 consid. 1.2.1 et 121 V 362 consid. 1b) et qu'ils soient de nature à influencer l'appréciation du cas au moment où la décision attaquée a été rendue (cf. arrêt du TF 9C_34/2017 du 20 avril 2017 consid. 5.2). Dans le cas d'espèce, la décision querellée a été rendue le 13 mai 2020, de sorte qu'il y a lieu de s'en tenir aux faits survenus et d'appliquer le droit en vigueur jusqu'à cette date.

3.2 Le recourant étant un ressortissant allemand, domicilié en France, ayant travaillé en Suisse et demandant l'octroi de prestations d'invalidité suisses, l'affaire présente un aspect transfrontalier (cf. ATF 145 V 231 consid. 7.1). Est dès lors applicable l'accord du 21 juin 1999 sur la libre circulation des personnes (ALCP, RS 0.142.112.681), ainsi que ses annexes et règlements (en particulier : règlements n° 883/2004 [RS 0.831.109.268.1] et n° 987/2009 [RS 0.831.109.268.11]). Néanmoins, l'invalidité ouvrant droit à des prestations de l'assurance-invalidité suisse se détermine exclusivement d'après le droit suisse (cf. art. 46 al. 3 du règlement n° 883/2004, en relation avec l'annexe VII dudit règlement ; ATF 130 V 253 consid. 2.4 ; arrêt du TF 9C_573/2012 du 16 janvier 2013 consid. 4).

4.

4.1 Pour prétendre au versement d'une rente ordinaire de l'assurance-invalidité suisse, tout assuré doit remplir cumulativement les conditions suivantes : d'une part, compter au moins trois années entières de cotisations lors de la survenance de l'invalidité (art. 36 al. 1 LAI) ; d'autre part, être invalide au sens de la LPGA et de la LAI (art. 8 LPGA et art. 4, 28 et 29 al. 1 LAI). A cet égard, le Tribunal relève d'emblée qu'il est incontesté que l'assuré, qui a travaillé en Suisse durant de nombreuses années (cf. consid. A *supra*), réunit la condition légale des cotisations AVS/AI. Aussi, est seule litigieuse la question du droit du recourant à des prestations en raison de ses troubles psychiques.

4.2 L'invalidité 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 le droit aux prestations entrant en considération (art. 4 al. 2 LAI). Selon l'art. 7 al. 1 LPGA, est réputée incapacité de gain toute diminution de l'ensemble ou d'une partie des possibilités de gain de la personne assurée sur un marché du travail équilibré dans son domaine d'activité, si cette diminution résulte d'une atteinte à sa santé physique, mentale ou psychique, et qu'elle persiste après les traitements et les mesures de

réadaptation exigibles. Par incapacité de travail, on entend toute perte, totale ou partielle, de l'aptitude de la personne assurée à accomplir dans sa profession ou son domaine d'activité le travail qui peut raisonnablement être exigé d'elle, si cette perte résulte d'une atteinte à sa santé physique, mentale ou psychique (art. 6 1^e phr. LPGA). Ainsi, la notion d'invalidité est de nature économique, et non pas médicale (cf. ATF 116 V 246 consid. 1b). En d'autres termes, l'objet assuré n'est pas l'atteinte à la santé, mais l'incapacité de gain probablement permanente ou de longue durée qui en résulte et qui n'est pas objectivement surmontable (art. 7 al. 2 LPGA). En cas d'incapacité de travail de longue durée, l'activité qui peut être exigée de la personne assurée peut aussi relever d'une autre profession ou d'un autre domaine d'activité (art. 6 2^e phr. LPGA).

4.3

4.3.1 Pour pouvoir déterminer la capacité de travail médico-théorique et évaluer l'invalidité de la personne concernée, l'administration et, le cas échéant, le Tribunal, doivent s'appuyer sur des documents concluants que le médecin ou éventuellement d'autres spécialistes doivent leur fournir (cf. arrêt du TF 8C_623/2012 du 6 décembre 2012 consid. 1.3). En effet, la tâche des médecins consiste précisément, dans le présent contexte, 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 sur le vu de ses limitations (cf. arrêt du TAF C-6537/2020 du 13 avril 2023 consid. 7.2 et les réf. cit.). Il n'appartient au demeurant pas au juge de remettre en cause le diagnostic retenu par un médecin et de poser de son propre chef des conclusions qui relèvent de la science et des tâches du corps médical (cf. arrêt du TF 9C_719/2016 du 1^{er} mai 2017 consid. 5.2.1).

4.3.2 En particulier, pour être retenues à la base d'une perte de gain, les atteintes à la santé psychique supposent la présence d'un diagnostic de spécialiste s'appuyant, selon les règles de l'art, sur les critères d'un système de classification reconnu (cf. ATF 141 V 281 consid. 2.1 et 130 V 396 consid. 5.3 et 6). Les experts doivent motiver leurs diagnostics et décrire l'incidence de ceux-ci sur la capacité de travail de l'intéressé de telle manière que les organes chargés de l'application du droit (soit l'administration ou le juge en cas de litige) soient en mesure d'apprécier définitivement cette capacité (cf. ATF 140 V 193 consid. 3.2) à l'aune des indicateurs développés dans l'ATF 141 V 281 (cf. ATF 145 V 361 consid. 4.3).

Selon cette jurisprudence, la capacité de travail réellement exigible des personnes souffrant d'atteintes psychiques doit être évaluée dans le cadre

d'une procédure d'établissement des faits structurée et sur la base d'une vision d'ensemble, à la lumière des circonstances du cas particulier et sans résultat prédéfini. Cette évaluation doit se dérouler en tenant compte d'un catalogue d'indicateurs répartis dans les catégories « degré de gravité fonctionnel » (complexes « atteinte à la santé », « personnalité » et « contexte social ») et « cohérence » (limitation uniforme du niveau des activités dans tous les domaines comparables de la vie et poids des souffrances révélés par l'anamnèse établie en vue du traitement et de la réadaptation ; cf. ATF 141 V 281 consid. 4.1.3 ; arrêt du TAF C-45/2018 du 22 juillet 2020 consid. 8.3). Ainsi, la phase diagnostic doit prendre en considération le fait qu'un diagnostic présuppose un certain degré de gravité. Le déroulement et l'issue des traitements thérapeutiques et des mesures de réadaptation professionnelle fournissent également des conclusions sur les conséquences de l'affection. Il convient en outre de bien intégrer la question des ressources personnelles dont dispose la personne concernée, eu égard en particulier à sa personnalité et au contexte social dans lequel elle évolue. Jouent également un rôle essentiel les questions de savoir si les limitations alléguées se manifestent de la même manière dans tous les domaines de la vie (travail et loisirs) et si la souffrance se traduit par un recours aux offres thérapeutiques existantes (cf. ATF 141 V 281, précisé notamment par les ATF 143 V 409 et 143 V 418).

4.3.3 Selon le principe de la libre appréciation des preuves, le juge apprécie librement les preuves médicales recueillies, sans être lié par des règles formelles. L'élément déterminant pour la valeur probante n'est ni l'origine, ni la désignation du moyen de preuve, mais bel et bien son contenu. En ce qui concerne la valeur probante d'un rapport médical, il est déterminant que les points litigieux 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 soient dûment motivées. Le juge doit ainsi examiner objectivement tous les documents à disposition, quelle que soit leur provenance, puis décider s'ils permettent de porter un jugement valable sur le droit litigieux. S'il existe des avis contradictoires, il ne peut trancher l'affaire sans indiquer les raisons pour lesquelles il se fonde sur une opinion plutôt qu'une autre (cf. parmi d'autres, l'arrêt du TAF C-3176/2021 du 20 octobre 2023 consid. 4.6). En particulier, le fait, tiré de l'expérience de la vie, qu'en raison du lien de confiance (inhérent au mandat thérapeutique) qui l'unit à son patient, le médecin traitant est

généralement enclin à prendre parti pour celui-ci ne libère pas le tribunal de son devoir d'apprécier correctement les preuves ; il incombe au juge de prendre également en considération les rapports versés par l'assuré à la procédure et d'examiner si ceux-ci mettent en doute, même de façon minimale, la fiabilité et la pertinence des constatations des médecins internes à l'assurance (cf. arrêt du TF 9C_147/2018 du 20 avril 2018 consid. 3.2 et les réf. cit.).

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

4.5 L'évaluation du taux d'invalidité se fait principalement sur la base de trois méthodes, dont l'application dépend du statut du bénéficiaire potentiel de la rente (cf. notamment arrêt du TAF C-4877/2021 du 11 juillet 2023 consid. 6.4 et les réf. cit.). S'agissant des assurés exerçant une activité lucrative à temps complet, le taux d'invalidité est fixé d'après la méthode ordinaire de comparaison des revenus. Selon l'art. 16 LPGGA, applicable par renvoi de l'art. 28a al. 1 1^e phr. LAI, 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 (cf. ATF 130 V 343 consid. 3.4.2 ; arrêt du TF 8C_536/2017 du 5 mars 2018 consid. 5.1 ; arrêt du TAF C-2235/2021 du 11 octobre 2023 consid. 4.5).

4.6 Aux termes de l'art. 28 al. 2 LAI (abrogé au 1^{er} janvier 2022 : RO 2021 705), l'assuré a droit à un quart de rente s'il est invalide à 40% au moins, à une demi-rente s'il est invalide à 50% au moins, à trois quarts de rente s'il est invalide à 60% au moins et à une rente entière s'il est invalide à 70% au moins.

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

5.

Au cas d'espèce, le Tribunal constate que le parcours médical de l'assuré ayant conduit à la présente procédure est le suivant.

5.1 Sur le plan somatique, l'assuré s'est vu diagnostiquer une maladie coronarienne et a souffert d'une hémorragie gastrique quelques années avant l'atteinte à sa santé psychique. Sur recommandation de son cardiologue, le recourant a suivi une cure thermale, dans l'orientation thérapeutique maladies cardio-artérielles, du 11 au 31 mai 2018 aux Thermes H. _____ (France ; dossier OAI pces 1.20 p. 6, 1.37). Sur le chemin du retour, l'assuré, qui était accompagné de son épouse, a ressenti des tremblements et s'est senti très mal, si bien que le couple a dû interrompre son trajet (dossier OAI pce 1.36 p. 7-10). L'intéressé a vu son médecin généraliste le 4 juin suivant, qui l'a immédiatement mis en arrêt de travail (dossier OAI pce 1.36 p. 4-6).

5.2 Un suivi psychiatrique auprès du Dr D. _____, médecin psychiatre au centre médical I. _____ (France), a commencé le 7 août 2018. Au mois d'octobre 2018, celui-ci a retenu le diagnostic d'épisode dépressif sévère (CIM-10 : F32.2) et considéré que son patient demeurait en totale incapacité de travail. L'assuré était alors traité à raison d'une séance par mois avec son psychiatre et de la prise d'un médicament psychotrope (Fluoxétine 20 mg ; dossier OAI pce 1.36 p. 1-3).

5.3 Le 10 décembre 2018, le recourant a rencontré le Dr E. _____, spécialiste FMH en psychiatrie et psychothérapie, dans le cadre d'une évaluation requise par l'assureur perte de gain. Il ressort du rapport, daté du même jour, que l'assuré s'est plaint d'un manque d'énergie, de fatigue, d'une perte d'appétit et de sensations d'oppression, accompagnées de mains moites et, parfois, de palpitations cardiaques. Décrivant un quotidien isolé et sédentaire, essentiellement dépourvu d'activités, il a indiqué ne pas se voir d'avenir professionnel, notamment à raison de son âge. Le Dr E. _____ a constaté, au terme de son examen, que la concentration et la capacité d'adapter adéquatement son humeur étaient (quelque peu) réduites, la pensée formelle un peu lente et l'humeur générale sensiblement déprimée. L'assuré avait en outre évoqué des angoisses aiguës récurrentes, respectivement des attaques de panique, ainsi que des idées suicidaires passives, sans risque de passage à l'acte.

Le Dr E. _____ a retenu les diagnostics incapacitants d'épisode dépressif moyen à sévère (CIM-10 : F32.1/F32.2) et de trouble panique, respectivement de dysfonctionnement neurovégétatif somatoforme

(CIM-10 : F41.0, respectivement F45.3). Relevant que l'état de l'assuré ne s'était guère amélioré, il a préconisé une (semi-)hospitalisation en psychiatrie et une optimisation du traitement psychopharmacologique. Le Dr E._____ a estimé que l'intéressé était totalement incapable de travailler dans toute activité au jour de l'examen. Il a émis un pronostic prudemment positif et considéré qu'une capacité de travail de 50% dans toute activité pouvait être attendue au plus tôt dans deux mois, pourvu que l'assuré réponde bien aux mesures thérapeutiques recommandées et que l'évolution soit dépourvue de complications (dossier OAI pce 1.3 p. 4-7).

5.4 Le recourant a été hospitalisé au Centre médical I._____ du 9 janvier au 28 février 2019, une dégradation de son épisode dépressif avec crise d'angoisse étant mentionnée comme motif d'admission. La lettre de sortie, établie par le Dr D._____, retient les diagnostics d'épisode dépressif sévère sans symptômes psychotiques (CIM-10 : F32.2) et de trouble panique moyen (CIM-10 : F41.0). A sa sortie, l'assuré présentait une thymie stable et n'avait plus de crises d'angoisse ; il se sentait néanmoins encore fragile. Le traitement psychotrope a par ailleurs été modifié (Venlafaxine 75 mg, Alprazolam 0,5 mg si besoin ; dossier OAI pce 1.11).

Dans un rapport médical détaillé E213 daté du 27 février 2019, le Dr D._____ a formulé les mêmes diagnostics et estimé que l'intéressé demeurait en totale incapacité de travail, sans formuler de pronostic (dossier OAI pce 1.12).

Dans des lignes du 8 avril 2019 destinées à l'assureur perte de gain, le Dr D._____ a indiqué que l'épisode dépressif était actuellement de gravité moyenne et que l'état clinique était fluctuant. Le dosage de l'antidépresseur (Venlafaxine) avait été augmenté à 225 mg par jour. Le Dr D._____ a par ailleurs évoqué une dégradation thymique suite à un problème familial grave. L'assuré demeurait, selon son psychiatre traitant, en pleine incapacité de travail pour une durée indéterminée (dossier OAI pce 18.2).

5.5 L'intéressé a été hospitalisé une seconde fois au centre médical I._____, du 24 octobre au 22 novembre 2019, dans le contexte d'un fléchissement thymique. La présence à l'admission d'idées noires et de scarifications récentes à l'avant-bras a été relevée. Le diagnostic de trouble dépressif récurrent, épisode actuel moyen, sans syndrome somatique (CIM-10 : F33.10) a été retenu dans la lettre de sortie, rédigée par le Dr G._____, nouveau psychiatre traitant de l'intéressé. Le traitement de sortie incluait, au titre des médicaments psychotropes, des

benzodiazépines (Bromazépam 1,5 mg), un antipsychotique (Quétiapine 50 mg) et un antidépresseur (Fluoxétine 20 mg ; pce TAF 1 annexe 6).

5.6 Dans un rapport du 3 janvier 2020, le Dr G. _____ a formulé les diagnostics de trouble dépressif récurrent (CIM-10 : F33.9) et d'anxiété généralisée (CIM-10 : F41.1). Il a indiqué que les idées suicidaires avaient disparu depuis la dernière hospitalisation mais que l'état clinique de son patient demeurait fragile, le traitement psychothérapeutique et médicamenteux se poursuivant. Le Dr G. _____ a estimé que l'intéressé demeurait incapable de travailler, une reprise n'étant envisageable qu'en cas de rémission complète (dossier OAI pces 33, 38 p. 3-4).

5.7 Pour être complet, il sied encore d'évoquer le fait que l'assuré a été hospitalisé une troisième fois le 18 mai 2020 – soit quelques jours après la notification de la décision attaquée du 13 mai 2020 – jusqu'au 24 juin suivant. La lettre de sortie évoque des idées noires, sans velléités suicidaires, des comportements auto-agressifs et le diagnostic de trouble dépressif récurrent, épisode actuel moyen (CIM-10 : F.33.10 ; pce TAF 9 annexe 3).

6.

Sur ce vu, il convient de déterminer si l'autorité inférieure a correctement tenu compte des faits pertinents et a statué à dire de droit.

6.1 Il appert que l'autorité inférieure a fondé sa décision sur une unique prise de position du SMR du 30 mars 2020, dont elle a fait siennes les conclusions. Le SMR a retenu que l'assuré présentait des troubles dépressifs et anxieux depuis le mois d'août 2018. Il a relevé que la déception professionnelle subie, respectivement la résiliation de son contrat de travail avaient joué un rôle déterminant dans l'apparition de ces troubles. Des difficultés familiales avaient également été évoquées comme un facteur de risque pour l'apparition de la maladie. Le SMR a en outre mentionné l'association avec des maladies somatiques, le chômage prolongé et la difficulté subjective à trouver un emploi comme des facteurs ayant joué un rôle dans la persistance des troubles. Cela étant, après avoir relevé qu'un épisode dépressif se résolvait généralement en six à huit mois, le SMR a considéré que l'incapacité totale de travail alléguée depuis deux ans n'était pas compréhensible sur la base des troubles documentés. Il a en outre estimé que les possibilités de traitement n'étaient pas encore épuisées, nonobstant la mise en place d'une médication adéquate, dans la mesure où les consultations psychothérapeutiques n'avaient lieu que mensuellement et qu'aucune (semi-)hospitalisation n'avait été tentée.

S'en remettant aux conclusions du rapport du Dr E. _____ du 10 décembre 2018 (cf. consid. 5.3 supra), le SMR a retenu que l'on pouvait attendre une capacité de travail de 50% en février 2019. Il a ensuite estimé qu'une augmentation de la capacité de travail à 100% jusqu'à fin mai 2019 aurait été raisonnable en cas de traitement adéquat et d'évolution sans complications. Il en a conclu que l'exercice à plein temps d'une activité adaptée, à tout le moins, pouvait être exigé de l'assuré, aucune limitation de longue durée de sa capacité de travail n'étant constatée (cf. dossier OAI pce 36).

6.2 L'appréciation précitée du SMR, sur laquelle l'autorité inférieure s'est fondée, se révèle pourtant problématique à plusieurs égards.

6.2.1 Il appert tout d'abord que cette prise de position a été rédigée sur la base d'une connaissance lacunaire, respectivement erronée du dossier. Ainsi, le médecin-conseil a retenu que les troubles de l'assuré avaient commencé au mois d'août 2018, suite à son licenciement. Or, si le traitement psychiatrique a bien été initié au mois d'août, les troubles sont apparus au mois de juin 2018, avant que l'intéressé ne se soit vu notifier son congé. L'influence de ce facteur sur l'apparition de l'affection psychiatrique doit ainsi être relativisée. Plus encore, le SMR a relevé qu'aucun traitement (semi-)hospitalier n'avait été mis en œuvre. Or, le recourant a été hospitalisé à deux reprises, en janvier 2019 pour une durée de près de deux mois et en octobre 2019 pour une durée d'un mois (cf. consid. 5.4 et 5.5 supra). Le fait que le SMR n'en ait pas tenu compte, alors même que la première hospitalisation était expressément évoquée dans la demande de rapport rédigée par l'OAI (cf. dossier OAI pce 36 p. 1), interpelle. Quoiqu'il en soit, le médecin-conseil ne peut être suivi lorsqu'il soutient que les possibilités de traitement n'ont pas été épuisées.

6.2.2 A cet égard, il apparaît que les recommandations thérapeutiques formulées par le Dr E. _____ en décembre 2018 ont été suivies ; l'assuré a en effet été hospitalisé du 9 janvier au 28 février 2019, son traitement médicamenteux ayant en outre été modifié. Il demeurerait néanmoins totalement incapable de travailler à sa sortie d'hôpital selon son psychiatre traitant, le dosage de son médicament antidépresseur ayant d'ailleurs été augmenté deux mois plus tard (cf. consid. 5.4 supra). Dans ces conditions, l'on ne saurait admettre sans plus ample discussion que le recourant avait recouvré une capacité de travail de 50% en février 2019. Le Dr E. _____ avait d'ailleurs précisé, lorsqu'il avait formulé son pronostic « prudemment positif », qu'une telle amélioration de la capacité de travail supposait que l'assuré réponde bien au traitement et que l'évolution ne présente aucune

complication. Or, les avis du Dr D._____ – ensuite confirmés par le Dr G._____ – tendent à indiquer que tel n'était pas le cas, l'état du recourant demeurant, selon lui, fragile et incompatible avec l'exercice d'une activité professionnelle.

6.2.3 Les avis des Drs D._____ et G._____ doivent certes être considérés avec une certaine retenue, étant donné leur qualité de psychiatres traitants. Il n'empêche que ces médecins, qui ont suivi (successivement) le recourant depuis le début de l'atteinte à sa santé, ont formulé des diagnostics – en tenant compte de l'évolution de l'intéressé – et maintenu, de manière constante, qu'il demeurerait incapable de travailler (cf. dossier OAI pces 1.11, 1.12, 18.2, 33, 38 ; pce TAF 1 annexe 6). Bien que les rapports des psychiatres traitants ne soient que succinctement motivés, le SMR ne pouvait s'en écarter au seul motif que des troubles dépressifs se régleraient en principe en l'espace de quelques mois, ou que des facteurs exogènes auraient joué un rôle déterminant dans le cas d'espèce. Il lui aurait bien plutôt incombé d'exposer en quoi les diagnostics et leurs conséquences sur la capacité de travail avancés par les psychiatres traitants n'étaient pas convaincants. Faute d'une telle analyse, les conclusions du SMR ne peuvent être confirmées.

6.3 Le Tribunal relève ensuite que la nature de l'activité qui pourrait encore être effectuée par le recourant n'est pas claire. Alors que le SMR a évoqué « à tout le moins » une activité adaptée – sans toutefois préciser laquelle (dossier OAI pce 36 p. 4) –, l'autorité inférieure a retenu dans la décision attaquée que l'intéressé était en mesure d'exercer sans restriction son activité habituelle. Or, l'activité habituelle de l'assuré, de technicien de service dans la maintenance des ascenseurs, implique une concentration et une rigueur importantes (dossier OAI 1.25 p. 7), ainsi qu'une aptitude à conduire durant de longs trajets (dossier OAI pces 1.3 et 38). La question de savoir si cette activité était encore exigible du recourant, nonobstant ses difficultés de concentration et son traitement psychopharmacologique, aurait ainsi dû être examinée.

6.4

6.4.1 Compte tenu de ce qui précède, le Tribunal ne peut considérer comme établi, au degré de la vraisemblance prépondérante, que le recourant était effectivement en mesure d'exercer une activité à plein temps à compter du mois de mai 2019. Il appert ainsi que la documentation versée au dossier n'est pas suffisante pour porter un jugement valable sur le droit litigieux et établir l'état de santé de l'intéressé, les limitations fonctionnelles qu'il subit et leurs conséquences sur sa capacité de travail.

6.4.2 Aussi, il y a lieu de retenir que l'autorité inférieure a violé son devoir d'instruire entièrement le dossier avant de rendre sa décision et que le doute subsiste quant à la capacité de travail de l'intéressé. Il se justifie dès lors d'annuler la décision attaquée et de renvoyer l'affaire à l'OAIE afin qu'il procède aux mesures d'instruction nécessaires. Il lui incombera, en particulier, de mettre en œuvre une expertise psychiatrique, qui devra répondre aux exigences posées par le Tribunal fédéral en matière de pathologies psychiatriques (ATF 145 V 215, 143 V 418, 143 V 409 et 141 V 281 ; cf. consid. 4.3.2 *supra*). Il se prononcera ensuite à nouveau, dans une nouvelle décision, sur le droit de l'assuré à des prestations d'invalidité (cf. art. 61 al. 1 PA).

7.

Il s'ensuit que le recours doit être admis et la décision du 13 mai 2020 annulée. La cause est renvoyée à l'autorité inférieure pour instruction complémentaire dans le sens des considérants et nouvelle décision.

8.

Le renvoi de la cause pour instruction complémentaire et nouvelle décision revient à obtenir gain de cause (ATF 146 V 28 consid. 7). Il n'est dès lors pas perçu de frais de procédure (art. 63 al. 1 et 2 PA). L'avance de frais versée par le recourant à concurrence de 800 francs (cf. pce TAF 4) lui sera restituée une fois le présent arrêt entré en force. Il n'est par ailleurs pas alloué de dépens à l'intéressé, qui n'en réclame pas et dont le précédent mandataire n'a procédé que succinctement (art. 64 al. 1 PA et art. 7 ss du règlement du 21 février 2008 concernant les frais, dépens et indemnités fixés par le Tribunal administratif fédéral [FITAF, RS 173.320.2]).

(Le dispositif est porté à la page suivante.)

Par ces motifs, le Tribunal administratif fédéral prononce :

1.

Le recours est admis en ce sens que la décision du 13 mai 2020 est annulée et la cause renvoyée à l'OAIE pour instruction complémentaire dans le sens des considérants et nouvelle décision.

2.

Il n'est pas perçu de frais de procédure. Le montant de 800 francs versé par le recourant à titre d'avance sur les frais de procédure présumés lui sera restitué une fois le présent arrêt entré en force.

3.

Il n'est pas alloué de dépens.

4.

Le présent arrêt est adressé au recourant, à l'autorité inférieure et à l'Office fédéral des assurances sociales.

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

Le président du collège :

La greffière :

Jérôme Candrian

Loucy Weil

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 :