



Arrêt du 12 décembre 2022

Composition

Caroline Bissegger (présidente du collège),
Vito Valenti, David Weiss, juges,
Mattia Bernardoni, greffier.

Parties

A. _____, (France),
représenté par
Comité de protection des travailleurs frontaliers européens,
recourant,

contre

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

Objet

Assurance-invalidité, révision de la rente
(décision du 14 juin 2019).

Faits :**A.**

A._____ (ci-après : le recourant, l'assuré ou l'intéressé), ressortissant français né le (...) 1961 et domicilié en France, est cuisinier de formation et a travaillé en Suisse, en tant que frontalier, jusqu'au 11 juillet 2014 en qualité de cuisinier (AI pces 1, 16 et 20).

A.a En mars 2015, il a déposé une demande de prestations de l'assurance-invalidité en relation avec une hernie cervicale C5/C6 avec compression de la moelle épinière (AI pces 1 et 37 p. 9).

Il ressort du rapport d'hospitalisation du Centre de réadaptation de (...) (ci-après : le CRM) du 12 septembre 2014 (AI pce 17 p. 4 ss) que l'intéressé a ressenti des dorsalgies interscapulaires le réveillant dans la nuit du 11 au 12 juillet 2014 et a constaté des troubles moteurs des quatre membres, prédominant à gauche. A cause de ces troubles, le recourant a bénéficié d'une hémisection discale médiane C5/C6 le 13 juillet 2014 avec implantation d'une cage intersomatique C5/C6.

Dans son rapport du 12 janvier 2015 (AI pce 17 p. 1 s.), la Dre B._____ (ci-après : Dre B._____), neurologue auprès du CRM, indique la mise en évidence, par l'examen neurologique, d'un syndrome de Brown-Séquard, un syndrome pyramidal gauche et un syndrome spino-thalamique droit. Le médecin a constaté une faiblesse motrice au niveau du membre supérieur gauche avec un déficit des mouvements fins et des prises de la main gauche. Par ailleurs, il existe une faiblesse motrice du muscle fléchisseur dorsal (tibial antérieur) du pied gauche et du muscle quadriceps gauche, ainsi que des douleurs neuropathiques de l'hémicorps droit traitées par Lyrica. En ce qui concerne la marche, le patient doit utiliser une canne anglaise.

Mandaté par l'assureur perte de gain maladie C._____, le Dr D._____, neurologue (ci-après : Dr D._____), a retenu, dans son rapport (medizinische Kurzbeurteilung) du 30 octobre 2015 (AI pce 43), les diagnostics de syndrome de Brown-Séquard avec lésion segmentaire C7/C8 à gauche, spasticité gauche et troubles dissociés de la sensibilité à droite. Par ailleurs, le neurologue a souligné la présence d'atrophies, d'affaiblissement et d'augmentation des réflexes et de modification du tonus, ainsi qu'un signal de myélopathie. Et le neurologue d'ajouter qu'on ne peut plus compter sur une amélioration notable des atteintes à la santé d'un patient qui ne peut plus exercer des activités requérant une préhension intacte de la main

gauche et des mouvements de rotation répétitifs, et qui n'est plus en mesure de monter des escaliers en portant des charges ni de marcher ou rester assis trop longtemps. Sur la base de ses constatations cliniques, le Dr D. _____ a retenu que la capacité de travail dans la dernière activité de cuisinier est nulle, alors qu'une activité adaptée – alternant les positions, pouvant rester assis par moments avec la possibilité de se lever pour de petites marches – peut être exercée à 60 % avec un rendement de 80 %.

A.b Dans son appréciation du 13 avril 2016 (AI pce 47), le Dr E. _____, spécialiste en chirurgie orthopédique et traumatologie de l'appareil locomoteur auprès du Service médical régional (ci-après : le SMR ; ci-après : Dr E. _____) des Offices de l'assurance-invalidité (...) et (...), se rallie aux constatations du Dr D. _____ et retient une incapacité totale de travailler dans l'activité de cuisinier et une capacité de travail de 50 % dans l'exercice d'une activité adaptée.

A.c Au vu de ce qui précède, l'Office de l'assurance-invalidité pour les assurés résidant à l'étranger (ci-après : l'OAIE, l'autorité inférieure ou l'autorité précédente) a octroyé à l'intéressé, par décision du 15 juin 2016 (AI pce 52), une demi-rente d'invalidité à compter du 1^{er} septembre 2015, assortie d'une rente pour enfant. En substance, l'autorité inférieure a fait siennes les conclusions du Dr E. _____ (cf. ci-dessus, let. A.a), en retenant une capacité de travail nulle dans l'activité de cuisinier depuis le 12 juillet 2014 et une capacité de travail de 50 % dans une activité adaptée à l'état de santé de l'assuré.

B.

En date du 30 août 2018, le recourant a déposé une demande de révision de sa rente d'invalidité, invoquant une aggravation de son état de santé, avec de nouvelles pièces médicales à l'appui (AI pce 53 et TAF pce 10 ; cf. ci-dessous, let. B.a).

B.a Dans son rapport du 27 mars 2018 (AI pce 53 p. 6), le Dr F. _____, neurologue (ci-après : Dr F. _____), fait notamment état d'un tableau clinique complexe, et suggère la poursuite de la kinésithérapie pour des tendinites et des troubles de la statique cervicale.

Sur le plan psychiatrique, le Dr G. _____, psychiatre (ci-après : Dr G. _____), dans son rapport du 11 avril 2018 (AI pce 53 p. 8), pose le diagnostic d'épisode dépressif majeur (F32.1 CIM-10), réactionnel au licenciement du patient et à ses troubles somatiques physiques handicapants et aggravant son autodépréciation mentale.

Il ressort du rapport du 18 mai 2018 du Dr H. _____ (AI pce 53 p. 4), médecin généraliste traitant (ci-après : Dr H. _____), que l'assuré présente toujours des séquelles sévères de la compression médullaire, avec atrophie des interosseux de la main gauche, des troubles de la marche et des troubles sensitifs des membres inférieurs, avec anesthésie intermittente, et des troubles de la sensibilité thermique.

Le rapport « résultat d'examen » du 24 juillet 2018 du Dr I. _____ (AI pce 53 p. 10 ; ci-après : Dr I. _____) met en exergue l'exérèse d'un carcinome basocellulaire nodulaire ulcéré.

Le Prof. J. _____ (ci-après : Prof. J. _____), responsable du Service de neurologie des Hôpitaux universitaires de (...), fait état, dans son rapport du 27 juillet 2018 (AI pce 53 p. 7), d'un patient n'ayant pas eu de récédive depuis la mise en place de la cage intersomatique C5/C6 (cf. ci-dessus, let. A.a) et dont la pathologie neurologique n'évolue pas. Il ressort du rapport qu'il arrive parfois à l'assuré de faire un faux mouvement du côté gauche pouvant entraîner une douleur et une syncope. Par ailleurs, le médecin estime que les lâchages du membre inférieur droit n'ont pas de relation avec la pathologie cervicale, mais pourraient être causés par un problème de ménisque, ce qui mériterait d'être rediscuté.

B.b Dans son rapport E213 du 15 octobre 2018 (AI pce 58 p. 3 ss), la Dre K. _____ (ci-après : Dre K. _____) mentionne l'absence d'aggravation des séquelles d'un syndrome de l'hémi-moelle secondaire à un accident ischémique sur hernie cervicale C5/C6.

B.c Mandaté par l'Office de l'assurance-invalidité du canton (...) (ci-après : l'OAI-[...]), le Dr L. _____, psychiatre (ci-après : Dr L. _____), a rendu son rapport d'expertise en date du 4 mars 2019 (AI pces 59 et 61). Le psychiatre, qui a expertisé le recourant le 25 février 2019, parvient à la conclusion qu'il n'existe pas de diagnostic avec répercussion sur la capacité de travail et que seul un trouble dépressif récurrent actuellement en rémission (F33.4 CIM-10) – sans répercussion sur la capacité de travail – peut être retenu. Selon l'expert, l'intéressé, dont le cadre psychique interne est préservé, n'est pas atteint de pathologie psychiatrique, étant précisé que les épisodes dépressifs qui se sont manifestés par le passé ne sont plus présents actuellement (AI pce 61 p. 20).

B.d Sur la base de l'expertise psychiatrique du Dr L. _____, dont la valeur probante a été confirmée par le Dr E. _____ (AI pce 63), l'OAIE a rejeté la demande de révision de l'assuré par décision du 14 juin 2019 (AI

pce 73 p. 4 ss), confirmant ainsi le projet de décision de l'OAI-(...) du 4 avril 2019 (AI pce 73 p. 11 ss). En substance, l'autorité inférieure a retenu que, sur le plan psychiatrique, il existe un trouble dépressif récurrent qui est actuellement, voire depuis plusieurs mois, en rémission. Selon l'OAIE, à supposer qu'on soit toujours en présence d'un trouble dépressif récurrent, la perturbation de l'affect est absente depuis longtemps, étant précisé que l'assuré n'a pas développé de résistance au traitement et que le critère de la durée ne saurait être retenu.

C.

Le 13 août 2019, l'intéressé, représenté par le Comité de protection des travailleurs frontaliers européens, a interjeté recours devant le Tribunal administratif fédéral (ci-après : le Tribunal ou le Tribunal de céans) contre la décision précitée (TAF pce 1). Il conclut implicitement à l'octroi d'une rente entière d'invalidité et, subsidiairement, à la mise en œuvre d'une expertise médicale. A l'appui de son recours, l'intéressé a transmis de nouvelles pièces médicales (annexes à TAF pce 1), soit :

- le résultat de l'examen scanographique du rachis lombaire effectué par la Dre M._____, radiologue (ci-après : Dre M._____), le 1^{er} juillet 2019, concluant en particulier à des discopathies lombaires étagées,
- le rapport du Dr H._____ du 8 juillet 2019, faisant état d'une cruralgie droite, venant compliquer les séquelles de la compression médullaire, d'un syndrome vagal réactionnel au vu de l'absence de perceptions douloureuses conscientes et d'un handicap pour monter et descendre les escaliers qui devient préoccupant,
- le rapport du Dr G._____ du 17 juillet 2019, confirmant le diagnostic d'épisode dépressif majeur (F32.1 CIM-10 – cf. ci-dessus, let. B.a),
- les résultats de la prise de sang du 18 juillet 2019.

C.a Par courrier spontané du 5 novembre 2019 (TAF pce 9), le recourant a transmis au Tribunal de céans les documents suivants :

- le rapport du Dr N._____, neurochirurgien (ci-après : Dr N._____), du 19 septembre 2019, mettant en exergue l'incapacité du recourant à reprendre une activité professionnelle d'ordre physique à cause des atteintes somatiques,

- le rapport de la Dre O._____, rhumatologue (ci-après : Dre O._____), du 16 octobre 2019, mentionnant une cruralgie droite présente depuis le mois de mai 2019, à l'origine de douleurs qui partent de l'arrière de la cuisse, puis irradient à la face antérieure de la cuisse, jusqu'à la face postérieure du genou,
- le résultat de l'IRM lombaire effectuée le 23 octobre 2019 par la Dre P._____, radiologue (ci-après : Dre P._____), faisant notamment état d'une spondylarthrose lombaire étagée et de débords discaux circonconférentiel et latéralisé,
- le rapport du Dr Q._____, radiologue (ci-après : Dr Q._____), du 24 octobre 2019, concluant notamment à une gonarthrose fémoro-tibiale modérée, à un discret épanchement sous quadricipital droit et à des calcifications d'enthésopathie trochantérienne droite.

C.b Dans sa réponse du 22 novembre 2019, s'appuyant sur la prise de position de l'OAI-(...) du 15 novembre 2019 et sur les appréciations du SMR des 25 et 28 octobre 2019, l'OAIE conclut au rejet du recours et à la confirmation de la décision entreprise au motif qu'aucune aggravation de l'état de santé du recourant ne peut être retenue sur la base du dossier médical et que la capacité de travail de 50 % de ce dernier dans une activité adaptée est conservée (TAF pces 10 et 12).

C.c Invité à répliquer par ordonnance du 4 décembre 2019 (TAF pce 13), le recourant n'a pas fait usage de ce droit, de sorte que l'échange d'écritures a été clos par ordonnance du Tribunal du 12 février 2020, d'autres mesures d'instruction demeurant toutefois réservées (TAF pce 15).

C.d Par courrier spontané du 1^{er} février 2022 (TAF pce 17), le recourant a transmis au Tribunal de céans le titre rectificatif de pension d'invalidité française après jugement du 3 août 2021 et le rapport médical du Dr R._____, cardiologue et spécialiste en médecine physique et de réadaptation (ci-après : Dr R._____), du 10 février 2020, mettant notamment en relief l'importance de l'atteinte neurologique, empêchant l'assuré de reprendre son activité professionnelle et d'être reclassé.

D.

Les autres faits et arguments pertinents de la cause seront repris, en tant que de besoin, dans les considérants qui suivent.

Droit :**1.**

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

1.2 Le Tribunal administratif fédéral examine d'office et avec une pleine cognition sa compétence et les conditions de recevabilité des recours qui lui sont soumis (art. 7 PA ; ATAF 2016/15 consid. 1 ; 2014/4 consid. 1.2). La procédure devant le Tribunal administratif fédéral est en principe régie par la PA (art. 37 LTAF), sous réserve des dispositions particulières de la loi fédérale du 6 octobre 2000 sur la partie générale du droit des assurances-sociales (LPGA, RS 830.1 ; art. 3 let. d^{bis} PA). Selon les principes généraux du droit intertemporel, les règles de procédure précitées s'appliquent dans leur version en vigueur ce jour (ATF 130 V 1 consid. 3.2).

1.3 Dans la mesure où le recourant est directement touché par la décision attaquée et a un intérêt digne d'être protégé à ce qu'elle soit annulée ou modifiée, il a qualité pour recourir (art. 59 LPGA). Déposé en temps utile et dans les formes requises par la loi (art. 60 LPGA et 52 al. 1 PA), et l'avance sur les frais de procédure ayant été dûment acquittée (art. 63 al. 4 PA ; TAF pce 5), le recours est recevable.

1.4 Domicilié en France voisine, le recourant doit être qualifié de frontalier, si bien que la procédure d'instruction de la demande de révision a à bon droit été menée par l'OAI-(...) et la décision litigieuse notifiée par l'OAIE (cf. art. 40 al. 2 du règlement du 17 janvier 1961 sur l'assurance-invalidité [RAI, RS 831.201]).

2.

Le présent litige porte sur le bien-fondé de la décision de l'OAIE du 14 juin 2019 rejetant la demande de révision du recourant du 30 août 2018, au motif qu'aucune aggravation de l'état de santé ne peut être retenue et que la capacité de travail de 50 % dans une activité adaptée est conservée.

3.

Le Tribunal administratif fédéral applique le droit d'office, sans être lié par les motifs invoqués par les parties (art. 62 al. 4 PA ; ATAF 2013/46 consid. 3.2), ni par l'argumentation juridique développée dans la décision entreprise (MOOR/POLTIER, Droit administratif, vol. II, 3^e éd. 2011, ch. 2.2.6.5 ; BENOÎT BOVAY, Procédure administrative, 2^e éd. 2015, p. 243). L'autorité saisie se limite en principe aux griefs soulevés et n'examine les questions de droit non invoquées que dans la mesure où les arguments des parties ou le dossier l'y incitent (ATF 122 V 157 consid. 1a ; 121 V 204 consid. 6c ; MOSER/BEUSCH/KNEUBÜHLER, Prozessieren vor dem Bundesverwaltungsgericht, 2^e éd. 2013, p. 25 n. 1.55).

4.

4.1 Selon les principes généraux du droit intertemporel, le droit matériel applicable est en principe celui en vigueur lors de la réalisation de l'état de fait qui doit être apprécié juridiquement ou qui a des conséquences juridiques, sous réserve de dispositions particulières du droit transitoire (ATF 146 V 364 consid. 7.1 ; 144 V 210 consid. 4.3.1 ; 143 V 446 consid. 3.3 ; 136 V 24 consid. 4.3 ; 132 V 215 consid. 3.1.1). Dès lors, la présente cause doit être examinée à l'aune des dispositions en vigueur dans leur teneur jusqu'au 14 juin 2019, date de la décision litigieuse, qui marque la limite dans le temps du pouvoir d'examen de l'autorité de recours. Les modifications de la LAI et de la LPGA adoptées le 19 juin 2020 (Développement continu de l'AI ; RO 2021 705 ; FF 2017 2363), ainsi que celles du 3 novembre 2021 apportées au RAI (RO 2021 706), entrées en vigueur le 1^{er} janvier 2022, ne sont pas applicables en l'espèce.

4.2 Le juge des assurances sociales apprécie la légalité des décisions attaquées, en règle générale, d'après l'état de fait existant jusqu'au moment où la décision litigieuse a été rendue (en l'espèce, le 14 juin 2019). Les faits survenus postérieurement, et qui ont modifié cette situation, doivent en principe faire l'objet d'une nouvelle décision administrative (ATF 144 V 210 consid. 4.3.1 ; 130 V 138 consid. 2.1 ; 121 V 362 consid. 1b). Le Tribunal ne peut ainsi prendre en considération que les rapports médicaux établis antérieurement à la décision attaquée, à moins que ceux établis ultérieurement ne permettent de mieux comprendre l'état de santé et la capacité de travail de l'assuré jusqu'à la décision sujette à recours (ATF 130 V 445 consid. 1.2.1, 121 V 362 consid. 1b) et qu'ils soient de nature à influencer l'appréciation du cas au moment où la décision attaquée a été rendue (arrêt du TF 9C_34/2017 du 20 avril 2017 consid. 5.2).

4.3 Dans la mesure où le recourant est un ressortissant français, domicilié en France, ayant travaillé en Suisse et requérant une augmentation de sa rente AI suisse, l'affaire présente un aspect transfrontalier (ATF 145 V 231 consid. 7.1 ; 143 V 354 consid. 4 ; 143 V 81 en particulier consid. 8.1 ; 141 V 521 consid. 4.3.2). Est dès lors applicable à la présente cause l'accord du 21 juin 1999 sur la libre circulation des personnes (ALCP, RS 0.142.112.681), dont l'annexe II règle la coordination des systèmes de sécurité sociale (art. 8 ALPC). Dans ce contexte, l'ALCP fait référence depuis le 1^{er} avril 2012 au règlement (CE) n° 883/2004 du Parlement européen et du Conseil du 29 avril 2004 portant sur la coordination des systèmes de sécurité sociale (ci-après : règlement n° 883/2004 [RS 0.831.109.268.1]), ainsi qu'au règlement (CE) n° 987/2009 du Parlement européen et du Conseil du 16 septembre 2009 fixant les modalités d'application du règlement (CE) n° 883/2004 (ci-après : règlement n° 987/2009 [RS 0.831.109.268.11] ; art. 1 al. 1 de l'annexe II en relation avec la section A de l'annexe II). A compter du 1^{er} janvier 2015, sont également applicables dans les relations entre la Suisse et les Etats membres de l'Union européenne (UE) les modifications apportées notamment au règlement n° 883/2004 par les règlements (UE) n° 1244/2010 (RO 2015 343), n° 465/2012 (RO 2015 345) et n° 1224/2012 (RO 2015 353). Il sied de souligner que l'octroi d'une rente étrangère d'invalidité ne préjuge toutefois pas l'appréciation de l'invalidité selon la loi suisse (arrêt du TF I 435/02 du 4 février 2003 consid. 2). Aussi, même après l'entrée en vigueur de l'ALCP et des règlements de coordination, l'invalidité ouvrant droit à des prestations de l'AI suisse se détermine exclusivement d'après le droit suisse (art. 46 al. 3 du règlement n° 883/2004, en relation avec l'annexe VII dudit règlement ; ATF 130 V 253 consid. 2.4 ; arrêt du TF 9C_573/2012 du 16 janvier 2013 consid. 4).

5.

5.1 En vertu de l'art. 17 al. 1 LPGA, la rente d'invalidité est d'office ou sur demande révisée pour l'avenir, à savoir augmentée, réduite ou supprimée, si le taux d'invalidité du bénéficiaire de la rente subit une modification notable. Si la capacité de gain de l'assuré se dégrade, ce changement est déterminant pour l'accroissement du droit aux prestations dès qu'il a duré trois mois sans interruption notable (art. 88a al. 2 RAI). Par ailleurs, l'augmentation de la rente prend effet, au plus tôt, si la révision est demandée par l'assuré, dès le mois où cette demande est présentée (art. 88^{bis} al. 1 let. a RAI).

5.2 La jurisprudence a précisé que tout changement important des circonstances propres à influencer le degré d'invalidité, et donc le droit à la rente, peut motiver une révision. La rente peut ainsi être révisée non seulement en cas de modification sensible de l'état de santé, mais aussi lorsque celui-ci est resté le même, mais que ses conséquences sur la capacité de gain (ou d'exercer les travaux habituels) ont subi un changement important (ATF 141 V 9 consid. 2.3; 134 V 131 consid. 3; 130 V 343 consid. 3.5; 113 V 275 consid. 1a) dans le sens qu'elles entraînent une modification du droit à la rente (cf. ATF 133 V 545 consid. 6.1; MICHEL VALTERIO, Commentaire, Loi fédérale sur l'assurance-invalidité (LAI), 2018, ad art. 31 n° 11 ss, p. 498 ss).

5.3 Un motif de révision au sens de la loi doit clairement ressortir du dossier (arrêts du TF I 755/04 du 25 septembre 2006 consid. 5.1; I 559/02 du 31 janvier 2003 consid. 3.2 et les références citées). La réglementation sur la révision ne saurait en effet constituer un fondement juridique à un réexamen sans condition du droit à la rente (arrêts du TF I 755/04 du 25 septembre 2006 consid. 5.1; I 8/04 du 12 octobre 2005 consid. 2.1; I 559/02 du 31 janvier 2003 consid. 3.2 et les références citées ; MICHEL VALTERIO, op. cit., ad art. 31 n° 11 p. 498).

5.4 Lorsque l'administration constate que l'invalidité ne s'est pas modifiée, elle n'entre pas en matière sur la demande de révision (ATF 117 V 198 consid. 3a; arrêt du TF 9C_589/2017 du 17 avril 2018 consid. 4). Dans le cas inverse, elle doit encore examiner si la modification constatée suffit à fonder une invalidité donnant droit à des prestations et statuer en conséquence (arrêt du TF I 132/03 du 26 avril 2005 consid. 2). En cas de recours, le même devoir de contrôle quant au fond incombe au tribunal (ATF 117 V 198 consid. 3a; 109 V 108 consid. 2b).

Pour examiner si dans un cas il y a eu une modification importante du taux d'invalidité au sens de l'art. 17 al. 1 LPGA, le point de départ forme la dernière décision entrée en force qui repose sur un examen matériel du droit à la rente avec une constatation des faits pertinents, une appréciation des preuves et une comparaison des revenus (pour autant qu'il existait des indices selon lesquels la capacité de travail résiduelle était modifiée). Les faits tels qu'ils se présentaient à ce moment-là doivent être comparés aux circonstances régnant à l'époque de la décision litigieuse (ATF 133 V 108 consid. 5.4; 130 V 343 consid. 3.5.2; 130 V 71 consid. 3.2.3 et références).

6.

6.1 L'invalidité au sens de la LPGA et de la LAI est l'incapacité de gain totale ou partielle qui est présumée permanente ou de longue durée (art. 8 al. 1 LPGA). Elle peut résulter d'une infirmité congénitale, d'une maladie ou d'un accident (art. 4 al. 1 LAI) et est réputée survenue dès qu'elle est, par sa nature et sa gravité, propre à ouvrir droit aux prestations entrant en considération (art. 4 al. 2 LAI).

En vertu de 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. Selon l'art. 6, 1^{re} phrase LPGA, on entend par incapacité de travail, 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.

Ainsi, sont couvertes 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). La notion d'invalidité, en droit suisse, est donc de nature économique/juridique et non médicale.

6.2 Le degré d'invalidité d'une personne 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.

6.3 La rente d'invalidité est échelonnée selon le degré du taux d'invalidité. En vertu de l'art. 28 al. 2 LAI, la personne assurée a droit à un quart de rente si elle est invalide à 40 % au moins, à une demi-rente si elle est invalide à 50 % au moins, à trois quarts de rente si elle est invalide à 60 % au moins et à une rente entière si elle est invalide à 70 % au moins.

7.

7.1 Conformément à la maxime inquisitoire qui régit la procédure dans le domaine des assurances sociales (cf. art. 43 LPGA mais aussi art. 12 PA), l'administration est tenue de prendre d'office les mesures d'instruction nécessaires et de recueillir les renseignements dont elle a besoin (cf. MOOR/POLTIER, op. cit., p. 255). Concrètement, afin d'instruire une demande de prestations AI, l'art. 69 al. 2 RAI prescrit que l'Office AI réunit, lorsque les conditions d'assurance sont remplies, les pièces nécessaires pour évaluer le droit aux prestations. En effet, bien que l'invalidité soit une notion juridique et économique (cf. ci-dessus, consid. 6.1), les données fournies par les médecins constituent un élément utile pour apprécier les conséquences fonctionnelles de l'atteinte à la santé (ATF 143 V 418 consid. 6). 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 assurée est incapable de travailler au vu de ses limitations (ATF 125 V 256 consid. 4; 115 V 133 consid. 2 et 114 V 310 consid. 3c; RCC 1991 p. 329 consid. 1c).

7.2 Le principe de la libre appréciation des preuves s'applique de manière générale à toute procédure de nature administrative, que ce soit devant l'administration ou le tribunal (ATF 144 V 50 consid. 4.3). Il implique que tous les moyens de preuve doivent être examinés de manière objective quelle que soit leur provenance (ATF 132 V 93 consid. 5.2.8) et il sied de décider si les documents à disposition permettent de porter un jugement valable sur le droit litigieux (ATF 125 V 351 consid. 3a).

7.3 La jurisprudence a posé des lignes directrices en ce qui concerne la manière d'apprécier les rapports médicaux (ATF 125 V 351 consid. 3b et 3c).

7.3.1 L'élément décisif pour apprécier la valeur probante d'une pièce médicale n'est en principe ni son origine, ni sa désignation sous la forme d'un rapport ou d'une expertise, mais son contenu. Ainsi, avant de lui conférer valeur probante, le Tribunal s'assurera que les points litigieux importants ont fait l'objet d'une étude circonstanciée, que le rapport médical 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 (ATF 134 V 231 consid. 5.1; 125 V 351 consid. 3a et références). Il faut en outre que le

médecin dispose de la formation spécialisée nécessaire et de compétences professionnelles dans le domaine d'investigation (arrêts du TF 9C_555/2017 du 22 novembre 2017 consid. 3.1; 9C_745/2010 du 30 mars 2011 consid. 3.2 et 9C_59/2010 du 11 juin 2010 consid. 4.1; MICHEL VALTERIO, op. cit., ad art. 57 n° 33).

7.3.2 En matière de révision, il revient en outre au médecin d'expliquer en quoi l'état de santé de l'assuré s'est modifié par rapport à une situation initiale et en quoi cette modification déploie des effets sur la capacité de travail. Faute d'aborder expressément ces aspects, un rapport médical ne se rapportera pas suffisamment à l'objet de la preuve et sera en principe écarté (ATF 135 V 465 consid. 4.5; 125 V 351 consid. 3a; 122 V 157 consid. 1 et les références; arrêt du TF 9C_4718/2010 du 29 août 2011 consid. 4.2).

7.3.3 Il n'est pas interdit à l'administration et aux tribunaux de se fonder uniquement ou principalement sur les prises de position des SMR au sens de l'art. 49 al. 1 et 3 RAI ou du service médical interne de l'OAIE qui ne se fondent pas sur des examens médicaux effectués sur la personne de l'assuré (arrêts du TF 9C_542/2011 du 26 janvier 2012 consid. 4.1; 9C_581/2007 du 14 juillet 2008 consid. 3.2; 9C_341/2007 du 16 novembre 2007 consid. 4.1). Ces prises de position ont notamment pour but de résumer et de porter une appréciation sur la situation médicale de la personne concernée, ainsi que de faire une recommandation, sous l'angle médical, concernant la suite à donner à la demande de prestations. Ceci implique aussi, en présence de pièces médicales contradictoires, de dire de façon motivée s'il y a lieu de se fonder sur l'une ou l'autre de ces pièces (ATF 137 V 210 consid. 6.2.4; MICHEL VALTERIO, op. cit., ad art. 57 n° 43) ou s'il y a lieu de procéder à une instruction complémentaire (ATF 142 V 58 consid. 5.1). Pour avoir valeur probante, ces rapports présupposent donc que le dossier ayant servi de base à leur établissement soit complet (anamnèse, évolution de l'état de santé et status actuel), contienne suffisamment d'appréciations médicales résultant d'un examen personnel de l'assuré et permette l'appréciation d'un état de fait médical stabilisé et non contesté, établi de manière concordante par les médecins (ATF 142 V 58 consid. 5.1 ; 137 V 210 consid. 6.2.4 ; arrêts du TF 9C_165/2015 du 12 novembre 2015 consid. 4.3 ; 9C_58/2011 du 25 mars 2011 consid. 3.3 ; 8C_565/2008 du 27 janvier 2009 consid. 3.3.3 ; 9C_335/2015 du 1^{er} septembre 2015 ; arrêt du TAF C-2843/2016 du 30 mai 2018 consid. 8.2 ; MICHEL VALTERIO, op. cit., ad art. 57 LAI n° 43). Si les pièces au dossier ne permettent pas de trancher les questions contestées, les prises de position médicales internes de l'assureur ne

peuvent pas, en règle générale, constituer une évaluation finale, mais doivent donner lieu à une instruction complémentaire (arrêts du TF 9C_165/2015 du 12 novembre 2015 consid. 4.3; 9C_58/2011 du 25 mars 2011 consid. 3.3; arrêt du TAF C-2843/2016 du 30 mai 2018 consid. 8.2).

7.3.4 Au sujet des rapports établis par les médecins traitants, il convient de les apprécier avec une certaine réserve en raison de la relation de confiance qui unit ces médecins à leur patient ; il est constant d'après la jurisprudence que ceux-ci sont généralement enclins, en cas de doute, à prendre parti pour leur patient (ATF 135 V 465 consid. 4.5; 125 V 351 consid. 3b/cc). Cette constatation s'applique de même aux médecins non traitants consultés par la personne assurée en vue d'obtenir un moyen de preuve à l'appui de sa requête (arrêt du TF 8C_558/2008 du 17 mars 2009 consid. 2.4.2). Toutefois, le simple fait qu'un certificat médical est établi à la demande d'une partie et est produit pendant la procédure ne justifie pas en soi des doutes quant à sa valeur probante (ATF 125 V 351 consid. 3b/dd; arrêts du TF 9C_615/2015 du 12 janvier 2015 consid. 6.2; 8C_278/2011 du 26 juillet 2011 consid. 5.3).

7.3.5 Cela étant, si elle n'a jamais entendu créer une hiérarchie rigide entre les différents moyens de preuve disponibles, la jurisprudence a néanmoins établi des directives sur l'appréciation de certaines formes de rapports ou d'expertises médicaux (ATF 125 V 351 consid. 3b ; cf. également arrêt du TF 9C_55/2016 du 14 juillet 2016 consid. 3). Ainsi, le juge ne s'écarte en principe pas sans motifs impérieux (« zwingende Gründe ») des conclusions d'une expertise judiciaire, la tâche de l'expert étant précisément de mettre ses connaissances spéciales à la disposition de la justice afin de l'éclairer sur les aspects médicaux d'un état de fait donné (ATF 135 V 465 consid. 4.4 ; 125 V 351 consid. 3b/aa ; 118 la 144). Lorsqu'une appréciation repose sur une évaluation médicale complète, il appartient partant à la partie recourante, si elle entend remettre en cause l'évaluation d'un expert, de faire état d'éléments objectivement vérifiables ignorés dans le cadre de l'expertise et suffisamment pertinents pour en remettre en cause les conclusions ou en établir le caractère objectivement incomplet (arrêt du TF 9C_809/2014 du 7 juillet 2015 consid. 4.1). Selon la jurisprudence, peut constituer une raison de s'écarter d'une expertise judiciaire le fait que celle-ci contient des contradictions, ou qu'une surexpertise ordonnée par le tribunal en infirme les conclusions de manière convaincante. En outre, lorsque d'autres spécialistes émettent des opinions contraires aptes à mettre sérieusement en doute la pertinence des déductions de l'expert, on ne peut exclure, selon les cas, une

interprétation divergente des conclusions de ce dernier par le juge ou, au besoin, une instruction complémentaire sous la forme d'une nouvelle expertise médicale (ATF 125 V 352 consid. 3b/aa et les références).

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

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

7.4 Dans le domaine des assurances sociales, la décision doit se fonder sur les faits qui, faute d'être établis de manière irréfutable, apparaissent comme les plus vraisemblables, c'est-à-dire qui présentent un degré de vraisemblance prépondérante. Il ne suffit donc pas qu'un fait puisse être considéré seulement comme une hypothèse possible ; la vraisemblance prépondérante suppose que, d'un point de vue objectif, des motifs importants plaident pour l'exactitude d'une allégation, sans que d'autres possibilités ne revêtent une importance significative ou n'entrent raisonnablement en considération (ATF 139 V 176 consid. 5.3).

8.

En l'occurrence, l'OAI-(...) est entré en matière sur la demande de révision de l'assuré du 30 août 2018. Il sied par conséquent d'examiner si un motif de révision au sens de l'art. 17 LPGA est intervenu, pouvant justifier une augmentation de la demi-rente d'invalidité (cf. ci-dessus, consid. 5.4).

9.

S'agissant du point de départ pour examiner si le taux d'invalidité du recourant s'est modifié notablement au sens de l'art. 17 LPGA (cf. ci-dessus, consid. 5.4), c'est lors de la décision d'octroi du 15 juin 2016 (cf. ci-dessus, let. A.c) que le droit à la rente d'invalidité de l'assuré a été examiné pour la dernière fois matériellement et d'une façon détaillée sur le plan médical et économique. Partant, les faits tels qu'ils se présentaient le 15 juin 2016 et ceux qui ont existé lors de la décision litigieuse du 14 juin 2019 doivent être comparés afin de déterminer si une modification notable du taux d'invalidité est survenue (cf. ci-dessus, consid. 5.4).

10.**10.1**

Lors de l'octroi de la demi-rente d'invalidité, l'OAIE avait à disposition différents documents médicaux (cf. ci-dessus, let. A.a), mettant en exergue des troubles moteurs des quatre membres, à cause desquels une herniectionomie discale médiane C5/C6 a été pratiquée en juillet 2014 avec implantation d'une cage intersomatique C5/C6. Les diagnostics retenus ont été notamment les suivants : syndrome de Brown-Séquard avec lésion segmentaire C7/C8 à gauche, spasticité gauche, troubles dissociés de la sensibilité à droite, atrophies, affaiblissement et augmentation des réflexes, modification du tonus, signal de myélopathie, syndrome pyramidal gauche et syndrome spino-thalamique droit (cf. rapports du Dr D. _____ du 30 octobre 2015 et de la Dre B. _____ du 12 janvier 2015, AI pces 17 et 43). Par ailleurs, le Dr D. _____ a souligné qu'aucune amélioration notable ne pourrait être escomptée de la part d'un assuré ne pouvant plus exercer son activité de cuisinier, avec une capacité de travail résiduelle réduite à 60 % avec un rendement de 80 % (AI pce 43 p. 4 ss). Les constatations du Dr D. _____ ne s'écartent pas de celles de la Dre B. _____ qui, dans son rapport précité du 12 janvier 2015, mentionne la faiblesse motrice atteignant le membre supérieur gauche et le muscle fléchisseur dorsal (tibial antérieur) du pied gauche, ainsi que le muscle quadriceps gauche, dans un contexte caractérisé par des douleurs neuropathiques de l'hémicorps droit.

10.2

C'est sur la base des appréciations médicales précitées et de la prise de position du Dr E. _____ du 13 avril 2016 (AI pce 47) que l'OAIE a mis le recourant au bénéfice d'une demi-rente d'invalidité, par décision du 15 juin 2016 (AI pce 52), en évaluant à 52 % l'incapacité de gain, le recourant ne pouvant effectuer que des activités en position de travail alternée, avec de petites marches à pied (wechselbelastend, sitzend, kurze Strecken gehen) à raison de 50 %.

11.

La situation décrite ci-dessus doit être comparée avec celle existant lors de la décision litigieuse, pour déterminer s'il existe un motif de révision. Si ce motif devait exister, il s'agira d'apprécier si celui-ci implique une modification du droit du recourant à une demi-rente d'invalidité (cf. ci-dessus, consid. 5.3 et 5.4).

11.1 Sur le plan somatique, le Tribunal de céans constate ce qui suit.

11.1.1 Les nouveaux documents médicaux versés au dossier avant la notification de la décision entreprise (cf. ci-dessus, let. B.a et B.b), font essentiellement état d'une situation inchangée au niveau neurologique. En effet, les Drs F. _____, H. _____, J. _____ et K. _____, dans leurs rapports des 27 mars 2018, 18 mai 2018, 27 juillet 2018 et 15 octobre 2018 (AI pce 53 p. 4 ss), ne mentionnent pas d'aggravation des atteintes neurologiques. Devant un tableau clinique complexe (cf. rapport du Dr F. _____ précité, AI pce 53 p. 6), ces médecins constatent la présence de graves troubles déjà existant lors de l'octroi de la rente, tout en soulignant la non-évolution de la pathologie clinique (cf. notamment le rapport du Prof. J. _____ précité, AI pce 53 p. 7). Ces rapports médicaux, s'ils ne remplissent pas les exigences jurisprudentielles pour avoir pleine valeur probante, permettent grâce à leur forte cohérence de retenir, à la vraisemblance prépondérante, que les affections déjà présentes lors de l'octroi de la demi-rente AI en 2016 ne se sont pas aggravées.

11.1.2 Cependant, le Tribunal de céans estime que la situation somatique n'a pas été déterminée à satisfaction de droit, étant rappelé que, lorsque l'Office AI entre en matière sur une demande de révision de l'assuré, il doit procéder à un nouvel examen matériel du cas (cf. ci-dessus, consid. 5.4). En effet, le rapport du Prof. J. _____ du 27 juillet 2018, fait ressortir un possible problème méniscal qui ne serait pas en lien avec la pathologie neurologique (AI pce 53 p. 7). Par ailleurs, la Dre O. _____, dans son rapport du 16 octobre 2019, fait état d'une cruralgie droite présente depuis

le mois de mai 2019 (TAF pce 9). S'il est vrai que ce dernier rapport est postérieur à la date de la décision litigieuse du 14 juin 2019, il n'en demeure pas moins qu'il permet une meilleure compréhension de la situation telle qu'elle se présentait lors de la notification de cette décision car il fait mention de l'apparition de ces cruralgies depuis mai 2019, soit antérieurement à la décision attaquée. Aussi, sied-il de tenir compte de ce rapport (cf. ci-dessus, consid. 4.2) et de cette potentielle nouvelle pathologie dans la poursuite des investigations médicales et la détermination d'une éventuelle répercussion sur la capacité de travail et de gain du recourant depuis l'octroi de la demi-rente d'invalidité en 2016.

11.2 Compte tenu de ce qui précède, pour pouvoir déterminer s'il existe un motif de révision et quel en est l'impact sur le droit du recourant à une demi-rente d'invalidité, il eût incombé à l'autorité inférieure de récolter des renseignements médicaux supplémentaires sur le plan somatique.

11.3 Sur le plan psychiatrique, l'OAI-(...) a mis en œuvre une expertise médicale, réalisée le 25 février 2019 par le Dr L._____, qui a rendu son rapport en date du 4 mars 2019 (AI pce 61 ; cf. ci-dessus, let. B.c).

11.3.1 Lors de l'octroi de la rente d'invalidité, l'OAIE a considéré qu'il n'existait pas d'atteinte psychiatrique. En effet, comme il ressort de la prise de position du SMR du 13 avril 2016 (AI pce 47), sur laquelle repose la décision – incontestée et entrée en force – du 15 juin 2016 (cf. ci-dessus, let. A.c), aucune pathologie psychiatrique n'avait été retenue à la vraisemblance prépondérante à cette époque, le recourant n'ayant eu que deux séances de psychothérapie (AI pce 47 p. 4).

11.3.2 A l'appui de sa demande de révision, le recourant a en particulier transmis le rapport du Dr G._____, psychiatre, du 11 avril 2018 (AI pce 53 p. 8 ; cf. ci-dessus, let. B.a), d'où il ressort que l'assuré bénéficie d'un suivi psychiatrique pour un tableau dépressif secondaire au licenciement et à la réduction de ses capacités physiques. Dans son rapport, le Dr G._____ mentionne les éléments suivants : autodépréciation, tristesse, troubles du sommeil avec rumination anxieuse et réveils multiples, irritabilité, impression que le temps passe lentement et sentiment de pessimisme avec antécédents de vellétés suicidaires lors du 1^{er} licenciement. Sur la base de ses constats cliniques, le Dr G._____ retient le diagnostic d'épisode dépressif majeur (F32.1 CIM-10) réactionnel au licenciement et aux troubles somatiques physiques handicapant et aggravant l'autodépréciation mentale du recourant. Le psychiatre est d'avis que la reprise d'une activité professionnelle n'est pas possible et que son patient nécessite le

maintien d'une prise en charge psychothérapique et psychopharmacologique au long cours.

Dans son rapport du 17 juillet 2019 (annexes à TAF pce 1), le Dr G. _____ confirme le diagnostic d'épisode dépressif majeur (F32.1 CIM-10), tout en précisant qu'il suit le patient depuis le 23 mars 2018 et que, en dépit de l'intensification de la prise en charge psychothérapique et psychopharmacologique, l'état du recourant reste incompatible avec la reprise d'une activité professionnelle. Par ailleurs, le psychiatre souligne que l'intensification des handicaps mentaux et physiques (cruralgie sur hernie discale) aggravent les troubles anxiothymiques avec tendance à la chronicité. Postérieur à la date de la décision attaquée, ce rapport permet de mieux apprécier l'évolution du cadre pathologique du recourant. Partant, le Tribunal doit en tenir compte (cf. ci-dessus, consid. 4.2).

11.3.3 Dans son rapport d'expertise du 4 mars 2019 (AI pce 61), le Dr Simon se distancie des conclusions du Dr G. _____ (cf. ci-dessus, let B.c) et écarte tout diagnostic avec répercussion sur la capacité de travail. S'il reconnaît la présence d'épisodes dépressifs par le passé, ceux-ci ne seraient plus présents depuis plusieurs mois (AI pce 61 p. 20).

Dans son rapport, l'expert fait état de la présence d'idées suicidaires en 2009 et en 2017, dans le cadre de conflits familiaux, sans tentative de passage à l'acte (AI pce 61 p. 11). L'expert mentionne également le suivi psychiatrique auprès du Dr G. _____ (cf. ci-dessus consid. 11.3.2), suivi qui aurait débuté au mois de juillet 2018 (« Seit 07/2018 stehe er bei Dr. G. _____ in (...) in ambulanter psychiatrischer Behandlung », AI pce 61 p. 11). Au sujet des plaintes exprimées par l'expertisé, ce dernier dit être plus sensible et vulnérable que par le passé, en ce sens qu'il prend les remarques des autres de manière plus personnelle, et se sentir parfois fatigué (AI pce 61 p. 11 dernier paragraphe). L'expert ne constate pas de perte persistante (anhaltend) de plaisir, d'intérêt et d'envie et fait état d'un expertisé qui dort bien, malgré de fréquents réveils nocturnes, et dont l'appétit est variable (unterschiedlich). En ce qui concerne les fonctions cognitives, l'expertisé dit avoir parfois des oublis – il ne sait plus ce qu'il a lu – et se sentir déconcentré (« gelentlich fühle er sich etwas unkonzentriert », AI pce 61 p. 12). En outre, l'expert fait état d'une libido intacte – grâce à la prise de Viagra depuis 2014 – et d'absence de peurs et de cauchemars (AI pce 61 p. 12). Par ailleurs, il ressort du rapport d'expertise que le recourant peut faire des marches à pied de 5 à 6 km, après lesquelles il doit parfois s'allonger sur un matelas spécial une trentaine de minutes pour reposer son dos. Pour ce qui est des tâches ménagères, l'expert indique que le

recourant est à même de passer l'aspirateur, étendre le linge, faire de petits achats, se préparer de menus repas, tondre un petit jardin et s'occuper de plantes de tomates (AI pce 61 p. 12). En ce qui concerne les activités sportives, l'expertisé est limité à cause de ses douleurs physiques et ne peut qu'utiliser son home-trainer de trois à quatre fois par semaine pour une trentaine de minutes. L'expert indique aussi que le recourant peut conduire la voiture sur de petits trajets, étant précisé qu'il ressent des douleurs aux mains et aux pieds s'il doit souvent changer de vitesse (AI pce 61 p. 12 et 13).

En somme, le Dr L. _____ considère que l'expertisé, qui voit régulièrement ses collègues et amis (AI pce 61 p. 13), n'est plus dépressif, malgré l'existence de moments de dépression légère (Subdepressivität, AI pce 61 p. 15). Pour justifier le diagnostic de trouble dépressif récurrent actuellement en rémission (F33.4 CIM-10), l'expert écarte l'existence de pathologie psychiatrique et souligne que les critères diagnostiques de l'épisode dépressif selon la CIM-10 ne sont pas remplis, sur la base des informations subjectives fournies par l'expertisé (AI pce 61 p. 18). Par ailleurs, le Dr L. _____ souligne que, à supposer que le trouble dépressif récurrent ne soit pas en rémission, l'assuré, dont l'affect n'est pas perturbé, n'a pas développé de résistance au traitement et le critère de la durée ne saurait être retenu (AI pce 61 p. 20).

11.3.4 Pour apprécier le bien-fondé de la décision entreprise, refusant l'augmentation de la rente d'invalidité faute d'aggravation au niveau neurologique (cf. ci-dessus, consid. 11.1.1) et de pathologie psychiatrique invalidante (cf. ci-dessus, let. B.d), il faut maintenant se pencher sur la valeur probante de l'expertise du Dr L. _____. Comme illustré ci-dessus (consid. 7.3.5), le juge peut s'écarter d'une expertise, si celle-ci contient des contradictions ou lorsque d'autres spécialistes ont des avis contraires aptes à mettre sérieusement en doute la pertinence des déductions de l'expert. Par ailleurs, toutes les affections psychiques doivent faire l'objet d'une procédure probatoire structurée, à moins qu'aucun diagnostic psychiatrique ne puisse être retenu ou que l'incapacité de travail ne soit niée sur la base de rapports probants (cf. ci-dessus, consid. 7.3.6). De plus, pour ce qui est du trouble dépressif de degré léger à moyen, il doit exister des motifs importants pour pouvoir conclure à une maladie invalidante, en l'absence de comorbidités psychiatriques ou s'il existe un potentiel thérapeutique significatif.

11.3.5 Le Tribunal de céans constate que des doutes sérieux existent quant au diagnostic psychiatrique invalidant, l'expertise contenant des contradictions et d'importantes lacunes. En effet, le Dr L. _____ affirme qu'il est difficile (nicht ohne Weiteres möglich, AI pce 61 p. 19) d'établir l'évolution de l'état psychique depuis 2014, en particulier en ce qui a trait à la perturbation de l'affect. Aussi, l'expert dit pouvoir comprendre (nachvollziehen), sans en avoir la certitude, que le recourant a développé des symptômes dépressifs lorsqu'il a réalisé que les troubles physiques n'allaient pas s'améliorer. Quoi qu'il en soit, l'expert retient l'existence par le passé d'épisodes dépressifs de degré moyen, et ajoute que ces épisodes ont disparu depuis plusieurs mois, sans que le psychiatre ne puisse en fixer le moment précis (AI pce 61 p. 20). En particulier, il eût appartenu à l'expert de récolter des renseignements supplémentaires, en prenant notamment contact avec le Dr G. _____, pour apprécier l'évolution d'une pathologie dont l'existence par le passé a été reconnue. Suivant son patient depuis mars 2018, et non pas depuis juillet 2018 comme mentionné dans le rapport d'expertise (cf. ci-dessus, consid. 11.3.2 et 11.3.3), le Dr G. _____ aurait pu fournir des informations utiles à l'expert, compte tenu notamment de leurs avis contradictoires au sujet du diagnostic et de la capacité de travail. Par ailleurs, l'expert a vu le recourant en date du 25 février 2019 (AI pce 61 p. 1), alors que c'est en avril 2018 que le Dr G. _____ mentionne l'atteinte psychiatrique (AI pce 53 p. 8), atteinte dont l'expert ne nie pas l'existence par le passé. Par conséquent, le dossier n'a pas été suffisamment instruit par l'autorité inférieure en ce qui concerne l'évolution de la pathologie psychiatrique, dont l'existence par le passé aurait pu avoir un impact sur la capacité de gain de l'assuré et donc sur son droit à la rente d'invalidité.

11.3.6 Pour appréhender la question de l'évolution de la pathologie psychiatrique, et pouvoir conclure, à l'instar de l'expert, à la rémission du trouble dépressif récurrent, il sied de se pencher sur les critères de la CIM-10. Le diagnostic de trouble dépressif récurrent, actuellement en rémission (F33.4) peut être retenu si « [l]e sujet a eu, dans le passé, au moins deux épisodes dépressifs répondant aux descriptions données en F.33.0-F33.3, mais ne présente aucun symptôme dépressif depuis plusieurs mois » (Classification statistique internationale des maladies et des problèmes de santé connexes, Organisation mondiale de la Santé, vol. I, 2008, p. 335 [ci-après : CIM-10]). Le trouble dépressif récurrent se caractérise par « la survenue répétée d'épisodes dépressifs correspondant à la description d'un tel épisode (F32.-), en l'absence de tout antécédent d'épisodes indépendants d'exaltation de l'humeur et d'augmentation de l'énergie (manie). Le trouble peut toutefois comporter de brefs épisodes caractérisés par une

légère élévation de l'humeur et une augmentation de l'activité (hypomanie), succédant immédiatement à un épisode dépressif, et parfois déclenché par un traitement antidépresseur » (CIM-10, op. cit., p. 334). Lors d'un épisode dépressif (F32) typique, quel que soit le degré de dépression (léger, moyen ou sévère), « le sujet présente un abaissement de l'humeur, une réduction de l'énergie et une diminution de l'activité. Il existe une altération de la capacité à éprouver du plaisir, une perte d'intérêt, une diminution de l'aptitude à se concentrer, associées couramment à une fatigue importante, même après un effort minime. On observe habituellement des troubles du sommeil, et une diminution de l'appétit. Il existe presque toujours une diminution de l'estime de soi et de la confiance en soi et, fréquemment, des idées de culpabilité ou de dévalorisation, même dans les formes légères. L'humeur dépressive ne varie guère d'un jour à l'autre ou selon les circonstances, et peut s'accompagner de symptômes dits somatiques", par exemple d'une perte d'intérêt ou de plaisir, d'un réveil matinal précoce, plusieurs heures avant l'heure habituelle, d'une aggravation matinale de la dépression, d'un ralentissement psychomoteur important, d'une agitation, d'une perte d'appétit, d'une perte de poids et d'une perte de la libido. Le nombre et la sévérité des symptômes permettent de déterminer trois degrés de sévérité d'un épisode dépressif: léger, moyen et sévère » (CIM-10, op. cit., p. 332). En particulier, on est en présence d'un épisode dépressif moyen (F32.1), lorsqu'au moins quatre des symptômes précités sont habituellement présents et que le sujet éprouve des difficultés considérables à poursuivre ses activités usuelles (CIM-10, op. cit., p. 332).

11.3.7 Le Tribunal de céans constate qu'on ne peut conclure, sur la base de l'expertise psychiatrique, à la rémission d'un trouble dépressif récurrent. L'existence d'épisodes dépressifs de degré moyen par le passé ayant été reconnue par l'expert (cf. ci-dessus, consid. 11.3.5), la disparition de ceux-ci – à une date inconnue (cf. ci-dessus, consid. 11.3.5) – est pour le moins discutable. Comme il a été illustré ci-dessus (consid. 11.3.6), pour pouvoir conclure à la rémission d'un trouble dépressif récurrent, il faut constater la disparition de symptômes dépressifs depuis plusieurs mois, symptômes qui doivent être au moins au nombre de quatre dans le cadre d'un épisode dépressif moyen.

Il ressort du rapport d'expertise que le recourant, bien qu'il puisse faire des marches à pied, est obligé de s'allonger sur un matelas spécial pour trente minutes après de telles marches (cf. ci-dessus, consid. 11.3.3). Par ailleurs, même si l'assuré est en mesure de faire de l'activité physique à la maison, il ne peut plus pratiquer du sport comme auparavant (cf. ci-dessus, consid. 11.3.3). Ces aspects n'ont pas été dûment examinés sous l'angle

psychiatrique. En ce qui concerne les tâches ménagères, s'il est vrai qu'il ressort des constatations de l'expert que l'assuré peut les accomplir (cf. ci-dessus, consid. 11.3.3), il n'en demeure pas moins qu'on ne discerne pas à quel taux et à quelle fréquence il peut vaquer aux activités ménagères, et si d'éventuelles limitations psychiques existent dans ce cadre. Aussi, lesdites constatations ne suffisent-elles pas à déterminer au degré de la vraisemblance prépondérante, s'il existe une diminution de l'activité, une réduction de l'énergie et une fatigue importante (cf. ci-dessus, consid. 11.3.6).

En ce qui concerne le sommeil du recourant, l'expert fait état d'une personne qui dort bien, malgré de fréquents réveils nocturnes (cf. ci-dessus, consid. 11.3.3), or l'importance des réveils nocturnes ne ressort pas de l'expertise (cf. ci-dessus, consid. 11.3.6). Sur cet aspect également, la conclusion qu'en tire l'expert n'est pas suffisamment motivée.

Au sujet de l'appétit du recourant, l'expert reste vague, ne mentionnant qu'un appétit variable (unterschiedlich ; cf. ci-dessus, consid. 11.3.3). Le rapport d'expertise ne permet pas au Tribunal d'écarter l'existence d'une perte d'appétit.

Pour ce qui a trait à l'estime de soi et à la confiance en soi, le Dr L. _____ fait état d'un expertisé qui se sent plus vulnérable et sensible que par le passé (cf. ci-dessus, consid. 11.3.3). Par conséquent, le Tribunal de céans voit mal comment on puisse écarter un tel élément sans le discuter de manière exhaustive.

Pour écarter le symptôme de perte d'intérêt ou de plaisir, l'expert affirme qu'une telle perte n'est pas persistante (anhaltend ; cf. ci-dessus, consid. 11.3.3). Or, le fait que cette perte ne soit pas persistante, ne signifie pas que le recourant ne présente pas de diminution d'intérêt ou de plaisir. Sur ce point aussi, les conclusions de l'expert ne sont pas suffisamment motivées notamment au regard des critères fixés par la CIM-10 (cf. ci-dessus consid. 11.3.6).

Au sujet des capacités cognitives, le rapport d'expertise met en lumière un expertisé ayant quelques fois des oublis, des moments de déconcentration et qui ne se souvient parfois plus de ce qu'il a lu (cf. ci-dessus, consid. 11.3.3). Sur ce point également, l'absence de diminution de l'aptitude à se concentrer ne saurait être retenue sur la base du contenu du rapport d'expertise.

11.4 Eu égard à ce qui précède, la situation sur le plan psychiatrique n'est pas suffisamment claire pour pouvoir se prononcer sur l'existence d'un motif de révision au sens de l'art. 17 LPGA, pouvant justifier une augmentation de la demi-rente d'invalidité. Une nouvelle expertise psychiatrique se révèle nécessaire, expertise qui interviendra dans un contexte pluridisciplinaire (cf. ci-dessous, consid. 12), pour que l'expert puisse disposer de l'avis de spécialistes en d'autres domaines médicaux. L'autorité collégiale qui devra fournir son appréciation consensuelle aura ainsi les connaissances adéquates pour évaluer la manière dont les diverses pathologies interagissent, étant précisé que la complexité du tableau neurologique (cf. ci-dessus, consid. 11.1.1) ne saurait être sous-estimée par l'expert psychiatre, qui devra notamment analyser l'impact psychique des importants troubles physiques, soit les effets des handicaps invalidants sur la stabilité psychique du recourant, pour pouvoir conclure, le cas échéant, à la persistance du trouble dépressif récurrent et à l'existence d'éventuelles comorbidités psychiatriques (cf. ci-dessus, consid. 7.3.6).

12.

Cela étant, il se justifie, en application de l'art. 61 al. 1 PA, de renvoyer la cause à l'autorité inférieure pour qu'elle procède aux mesures d'instruction nécessaires et qu'elle se prononce à nouveau sur la demande de révision du 30 août 2018. Pour ce faire, après avoir complété le dossier médical, en requérant notamment un rapport circonstancié auprès du Dr G. _____ et de tout autre psychiatre qui suit ou a suivi le recourant, l'autorité précédente mettra en œuvre une expertise médicale pluridisciplinaire, en Suisse, dans les disciplines de la neurologie, de la rhumatologie, de l'orthopédie, de la psychiatrique et de la médecine interne, ainsi que dans toute autre discipline jugée nécessaire par les experts (ATF 139 V 349 consid. 3.3). En particulier, l'expertise psychiatrique sera réalisée dans le respect de la jurisprudence du Tribunal fédéral relative aux affections psychiques (ATF 141 V 281 ; 143 V 409 ; 143 V 418). De plus, les experts prendront contact avec les médecins qui suivent ou ont suivi le recourant, si cela leur permet d'élucider des points peu clairs et de confronter des avis divergents. Par ailleurs, compte tenu de l'âge de l'assuré, l'autorité inférieure se prononcera également sur la mise en valeur de la capacité de travail résiduelle de ce dernier (cf. arrêts du TF 9C_427/2010 du 14 juillet 2010 consid. 2.4.1 ; 8C_96/2012 du 9 mai 2012 consid. 7).

13.

13.1 Etant donné l'issue du litige, il n'y a pas lieu de percevoir de frais de procédure, dès lors que le recourant obtient gain de cause par le renvoi de

l'affaire à l'OAIE pour instruction complémentaire et nouvelle décision (art. 63 al. 1 PA ; ATF 132 V 215 consid. 6.1). Partant, l'avance de frais versée par le recourant à hauteur de Fr. 800.- (TAF pce 5) lui sera restituée dès l'entrée en force du présent arrêt. Au demeurant, aucun frais de procédure ne peut être mis à la charge de l'autorité inférieure (art. 63 al. 2, 1^{re} phrase PA).

13.2 Selon l'art. 64 al. 1 PA, l'autorité de recours peut allouer, d'office ou sur requête, à la partie ayant entièrement ou partiellement obtenu gain de cause une indemnité pour les frais indispensables et relativement élevés qui lui ont été occasionnés. Les parties qui ont droit aux dépens et les avocats commis d'office doivent faire parvenir au tribunal, avant le prononcé, un décompte de leurs prestations (art. 14 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]). A défaut de décompte, le tribunal fixe l'indemnité sur la base du dossier (art. 14 al. 2, 2^e phrase FITAF). 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.

En l'espèce, il apparaît équitable d'allouer au recourant, représenté par le Comité de protection des travailleurs frontaliers européens, à charge de l'OAIE, une indemnité à titre de dépens fixée à Fr. 800.- (frais compris; cf. art. 9 al. 1 let. c FITAF), ses interventions diverses s'étant, pour l'essentiel, limitées à transmettre des rapports médicaux.

Par ces motifs, le Tribunal administratif fédéral prononce :

1.

Le recours est admis en ce sens que la décision de l'autorité inférieure du 14 juin 2019 est annulée et la cause renvoyée à l'OAIE pour instruction complémentaire dans le sens des considérants et nouvelle décision.

2.

Il n'est pas perçu de frais judiciaires. L'avance sur les frais présumés de procédure de Fr. 800.- sera remboursée au recourant avec l'entrée en force du présent arrêt.

3.

Il est alloué au recourant une indemnité de dépens de Fr. 800.- à charge de l'autorité inférieure.

4.

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

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

La présidente du collège :

Le greffier :

Caroline Bissegger

Mattia Bernardoni

Indication des voies de droit :

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

Expédition :