



## Arrêt du 23 juin 2022

---

Composition

Madeleine Hirsig-Vouilloz (présidente du collège),  
Caroline Gehring, Michela Bürki Moreni, juges,  
Isabelle Pittet, greffière.

---

Parties

A. \_\_\_\_\_, France,  
représenté par le Comité de protection des travailleurs  
frontaliers européens, 3 route de Mulhouse,  
FR-68190 Ensisheim,  
recourant,

contre

**Office de l'assurance-invalidité pour les assurés  
résidant à l'étranger (OAIE),**  
Avenue Edmond-Vaucher 18, Case postale 3100,  
1211 Genève 2,  
autorité inférieure.

---

Objet

Assurance-invalidité ; rentes limitées dans le temps ;  
décisions du 16 août 2019.

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

A.\_\_\_\_\_ (ci-après : assuré ou recourant) est un ressortissant français, né le [...] 1986, célibataire et père de deux enfants nés respectivement en 2011 (AI doc 1) et 2015 (AI doc 124, p. 8). Il habite dans son pays d'origine, n'a pas de formation professionnelle (AI doc 1) et a travaillé en France plusieurs années (AI doc 32, p. 3), avant d'exercer, à partir d'octobre 2010, une activité lucrative en Suisse cotisant ainsi à l'assurance-vieillesse, survivants et invalidité (AVS/AI) suisse (AI doc 72, p. 19). Son dernier emploi était celui de chauffeur pour la société B.\_\_\_\_\_ SA, à Z., qu'il a exercé à partir du 1<sup>er</sup> septembre 2011 (AI doc 10, p. 2). Dès le 30 octobre 2012, il a été en incapacité de travail et perçu de ce fait des indemnités journalières de l'assureur perte de gain de son employeur, C.\_\_\_\_\_ Assurances SA (AI doc 15, p. 1). L'assuré a ensuite vu son contrat de travail résilié pour le 31 mars 2013 (AI doc 10, p. 2).

**B.**

**B.a** Le 14 juin 2013, l'assuré a déposé une demande de prestations de l'assurance-invalidité (AI) en raison d'une atteinte dépressive (bipolaire) (AI doc 1).

**B.b**

**B.b.a** Cette demande a été instruite par l'Office AI du canton de Bâle-Campagne (ci-après : OAI), qui a tout d'abord estimé que des mesures de réadaptation n'étaient pas envisageables au vu de l'état de santé de l'assuré (AI doc 41). Puis, il a mandaté une expertise (AI doc 47) auprès du Dr D.\_\_\_\_\_, psychiatre, qui a estimé que l'assuré présentait, depuis fin 2010, une incapacité de travail totale dans son activité habituelle, et de 70% dans une activité adaptée en raison de symptômes dépressifs moyens à modérés (expertise du 24 juin 2015 ; AI doc 60).

**B.b.b** Dans son avis du 29 juillet 2015 (AI doc 62), le service médical régional (ci-après : SMR) a estimé que l'expertise était convaincante, mais que le début de l'incapacité de travail de l'assuré ne pouvait se situer au-delà du mois de novembre 2012, étant donné qu'il avait travaillé jusqu'au 29 octobre 2012.

**B.b.c** Mandaté une nouvelle fois par l'OAI afin d'actualiser l'état de santé de l'assuré (AI 94), le Dr D.\_\_\_\_\_ a examiné celui-ci en juillet 2017 et diagnostiqué un trouble dépressif récurrent, épisode moyen (F 33.1), ainsi

qu'une dépendance aux benzodiazépines, utilisation continue (F 13.25). L'assuré présentait une incapacité de travail totale dans son activité habituelle, principalement en raison de sa dépendance aux benzodiazépines. L'expert ne pouvait en revanche se déterminer sur la capacité de travail de l'assuré dans une activité adaptée ou d'éventuelles limitations fonctionnelles, en raison d'une simulation des symptômes (expertise du 18 août 2017 [AI doc 105, p.5 à 27] et complément du 30 avril 2018 [AI doc 105, p.1 à 4]).

**B.b.d** Le SMR, dans son avis du 24 mai 2018 (AI doc 106), a estimé que l'assuré ne présentait en réalité pas d'incapacité de travail du fait de sa dépendance aux benzodiazépines. En revanche, s'agissant du soupçon d'épisode dépressif moyen, celle-ci devait être déterminée selon la dernière jurisprudence du Tribunal fédéral.

**B.c** L'OAI a donc, dans un projet de décision du 30 août 2018, informé l'assuré de son intention de lui octroyer une rente entière d'invalidité du 1<sup>er</sup> décembre 2013 au 31 octobre 2017 (AI doc 109).

Suite à l'opposition de l'assuré, représenté par le Comité de protection des travailleurs frontaliers européens (AI doc 111, p. 1), a été versée au dossier de la documentation médicale complémentaire (AI docs 111, p. 2 à 3, 116 et 117), qui, soumise au SMR (AI doc 119), n'a pas permis à celui-ci de modifier ses précédentes conclusions. L'état de santé de l'assuré n'avait pas changé (avis SMR du 29 novembre 2018 ; AI doc 120).

**B.d** Reprenant la motivation de l'OAI (AI doc 123), l'Office de l'assurance-invalidité pour les assurés résidant à l'étranger (OAIE) a en conséquence, par décisions du 16 août 2019 (AI doc 124), octroyé une rente entière d'invalidité à l'assuré du 1<sup>er</sup> décembre 2013 au 31 octobre 2017, et y a ajouté deux rentes pour enfant s'y rapportant pour la même période, respectivement du 1<sup>er</sup> août 2015 au 31 octobre 2017.

## **C.**

**C.a** Le 16 septembre 2019, l'intéressé, par l'entreprise de son représentant, a interjeté recours contre ces décisions auprès du Tribunal administratif fédéral (ci-après : le Tribunal ou le TAF) et conclu à l'octroi de rentes d'invalidité illimitées dans le temps. Sont joints au recours, un rapport médical du 6 septembre 2019 de la Dresse E. \_\_\_\_\_, psychiatre, une liste des prescriptions à la même date, une attestation du 7 septembre

2019 du Dr F.\_\_\_\_\_, médecin généraliste, ainsi que d'autres documents figurant déjà au dossier (TAF pce 1).

**C.b** Par décision incidente du 25 septembre 2019, le Tribunal a invité le recourant à payer une avance de frais de Fr. 800.- d'ici 30 jours (TAF pce 2), ce qu'il a fait dans le délai imparti (TAF pce 4).

**C.c** Le 12 décembre 2019, le recourant a encore transmis trois documents du 5 décembre 2019 de la Dresse G.\_\_\_\_\_, neurologue (TAF pce 6).

**C.d** Invité par le Tribunal à se prononcer sur le recours du 16 septembre 2019 (TAF pce 5), et le courrier du 12 décembre 2019 du recourant (TAF pce 7), l'OAIE, reprenant la motivation de l'OAI, a conclu au rejet du recours et à la confirmation de la décision attaquée dans une réponse du 17 août 2019 (TAF pce 8).

**C.e** Le recourant a encore transmis un rapport médical de la Dresse E.\_\_\_\_\_ du 20 janvier 2020, ainsi que son ordonnance au recourant du même jour (TAF pce 10), que le Tribunal a portés à la connaissance de l'OAIE par ordonnance du 26 février 2020 (TAF pce 11).

**C.f** Par écrit du 10 mars 2020, le recourant a transmis un rapport de la Dresse E.\_\_\_\_\_ du 6 mars 2020 (TAF pce 12).

**C.g** Par duplique du 17 septembre 2019, l'OAIE a une nouvelle fois suivi le préavis de l'OAI, et a maintenu ses conclusions (TAF pce 13).

**C.h** Dans un courrier du 30 décembre 2021, le recourant a fourni deux ordonnances du 10 décembre, respectivement du 26 novembre 2021, de la Dresse E.\_\_\_\_\_, une fiche de pré-admission du 10 décembre 2021 dans une clinique psychiatrique, un rapport du 6 décembre 2021 du Dr H.\_\_\_\_\_, médecin généraliste, ainsi que d'autres documents ayant été déjà versés en cause (TAF pce 16).

**C.i** Par ordonnance du 8 mars 2022, le Tribunal a transmis ces documents à l'OAIE pour information (TAF pce 17).

**C.j** Dans une ordonnance du 26 avril 2022, le Tribunal a informé le recourant qu'il envisageait d'annuler les décisions du 16 août 2019 de l'OAIE et de renvoyer le dossier à l'autorité inférieure pour instruction complémentaire, ce qui pourrait être en sa défaveur (reformatio in peius). Un délai de 30 jours à réception de ladite ordonnance était fixé au recourant pour s'exprimer sur la reformatio in peius et, le cas échéant,

retirer son recours du 16 septembre 2019 sans réserve, ni condition (TAF pce 19).

**C.k** Par courrier du 12 mai 2022, le recourant a maintenu son recours du 16 septembre 2019 et annexé un bulletin de situation de la Clinique psychiatrique I. \_\_\_\_\_ daté du 10 mai 2022 (TAF pce 20), que le Tribunal a transmis à l'autorité inférieure pour information (TAF pce 21).

#### **D.**

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

#### **Droit :**

##### **1.**

Le Tribunal administratif fédéral est compétent pour connaître du présent recours (art. 31, 32 et 33 let. d LTAF ; art. 69 al. 1 let. b LAI [RS 831.20]). Dans la mesure où le recourant est directement touché par les décisions attaquées et a un intérêt digne d'être protégé à ce qu'elles soient annulées ou modifiées, il a qualité pour recourir (art. 59 LPGA [RS 830.01] et 48 al. 1 PA ; s'agissant de la qualité pour recourir contre une rente pour enfant liée, voir notamment : ATF 134 V 15, consid. 2.1). Déposé en temps utile et dans les formes requises par la loi (art. 60 LPGA et 50 al. 1 PA ; art. 52 al. 1 PA), et l'avance sur les frais de procédure ayant été dûment acquittée (art. 63 al. 4 PA), le recours est recevable.

##### **2.**

Le litige porte sur l'octroi d'une rente d'invalidité limitée dans le temps au recourant et les rentes s'y rapportant de ses enfants.

##### **3.**

**3.1** La procédure dans le domaine des assurances sociales fait prévaloir la maxime inquisitoire (art. 43 LPGA ; ATF 138 V 218 consid. 6). Ainsi, le Tribunal administratif fédéral définit les faits et apprécie les preuves d'office et librement (art. 12 PA ; PIERRE MOOR/ETIENNE POLTIER, Droit administratif, vol. II, 3e éd. 2011, ch. 2.2.6.3). Ce faisant, il ne tient pour existants que les faits qui sont prouvés, cas échéant au degré de la vraisemblance prépondérante (ATF 139 V 176 consid. 5.2, ATF 138 V 218 consid. 6). Par ailleurs, il applique le droit d'office, sans être lié par les motifs invoqués par les parties (art. 62 al. 4 PA ; ATAF 2013/46 consid. 3.2), ni par l'argumentation juridique développée dans la décision entreprise (PIERRE MOOR/ETIENNE POLTIER, op. cit., ch. 2.2.6.5 ; BENOÎT BOVAY,

Procédure administrative, 2e 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, ATF 121 V 204 consid. 6c; ANDRÉ MOSER/MICHAEL BEUSCH/LORENZ KNEUBÜHLER, *Prozessieren vor dem Bundesverwaltungsgericht*, 2e éd. 2013, p. 25 n. 1.55). Les parties ont le devoir de collaborer à l'instruction (art. 13 PA et 43 al. 3 LPGA ; arrêt du Tribunal administratif fédéral C-6134/2017 du 3 avril 2018 consid. 5.4) et de motiver leur recours (art. 52 PA).

**3.2** En particulier, le Tribunal examine d'office les conditions formelles de validité et de régularité de la procédure devant l'autorité inférieure, soit notamment le point de savoir si l'autorité qui a rendu la décision litigieuse était compétente (ATF 142 V 67 consid. 2.1, 140 V 22 consid. 4 ; notamment : arrêts du Tribunal administratif fédéral C-3841/2015 du 8 janvier 2019 consid. 3.2 et 5, A-5658/2013 du 18 août 2014 consid. 2.2 ; voir aussi JÉRÔME CANDRIAN, *Introduction à la procédure administrative fédérale*, 2013, n° 98).

A ce sujet, il y a lieu de remarquer qu'aux termes de l'art. 40 du règlement du 17 janvier 1961 sur l'assurance-invalidité (RAI, RS 831.201), 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, tandis que l'office AI pour les assurés résidant à l'étranger notifie les décisions (al. 2).

**3.3** En l'espèce, le recourant, domicilié en France voisine, a travaillé à Z. jusqu'au 29 octobre 2012, son contrat ayant ensuite été résilié pour le 31 mars 2013 (voir *supra*, let. A). C'est donc à juste titre que sa demande a été enregistrée et examinée par l'OAI, et la décision litigieuse notifiée par l'OAIE.

#### **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 143 V 446 consid. 3.3 ; 136 V 24 consid. 4.3 ; 132 V 215 consid. 3.1.1).

**4.2** Dans la mesure où le recourant est un ressortissant français, domicilié en France, ayant travaillé à la fois dans son pays d'origine et en Suisse, l'affaire présente un aspect transfrontalier (ATF 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), conclu entre la Suisse et la Communauté européenne et ses Etats membres, dont l'annexe II règle la coordination des systèmes de sécurité sociale (art. 8 ALCP). Dans ce contexte, l'ALCP fait référence depuis le 1er 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 1er 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 toutefois de souligner que l'octroi d'une rente étrangère d'invalidité ne préjuge pas l'appréciation de l'invalidité selon la loi suisse (arrêt du Tribunal fédéral I 435/02 du 4 février 2003 consid. 2 ; Revue à l'intention des caisses de compensation [RCC] 1989 p. 330). Même après l'entrée en vigueur de l'ALCP et des règlements de coordination, l'invalidité ouvrant droit à des prestations de l'assurance-invalidité suisse se détermine exclusivement d'après le droit suisse (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 Tribunal fédéral 9C\_573/2012 du 16 janvier 2013 consid. 4).

**4.3** Etant donné la date de la demande de prestations (14 juin 2013) et celle de la décision attaquée (16 août 2019), la présente cause doit être examinée à l'aune des dispositions de la LAI et de son règlement d'exécution telles que modifiées par la 6e révision de la LAI (premier volet), entrées en vigueur dès le 1er janvier 2012 (RO 2011 5659, FF 2010 1647). Les dispositions de la LPGa, LAI et des ordonnances y afférentes entrées en vigueur le 1er janvier 2022 ne sont pas applicables (« Développement continu de l'AI » ; RO 2021 705, RO 2021 706).

**4.4** 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 16 août 2019). Les faits survenus postérieurement, et qui ont modifié cette situation, doivent normalement faire l'objet d'une nouvelle décision administrative (ATF 132 V 215 consid. 3.1.1, ATF 130 V 445 consid. 1.2, ATF 121 V 362 consid. 1b). Ils doivent néanmoins être pris en considération lorsqu'ils sont étroitement liés à l'objet du litige et de nature à influencer l'appréciation au moment où la décision attaquée a été rendue (arrêt du Tribunal fédéral 9C\_34/2017 du 20 avril 2017 consid. 5.2 et les références).

Ainsi, le Tribunal ne prend en principe pas en considération les rapports médicaux établis après la décision attaquée, à moins que ceux-ci permettent de mieux comprendre la situation de santé et de capacité de travail de l'intéressé jusqu'à la décision dont est recours (ATF 130 V 138 consid. 2.1, 129 V 1 consid. 1.2, 121 V 362 consid. 1b).

## **5.**

**5.1** Selon l'art. 36 LAI, l'assuré qui compte trois années au moins de cotisations à l'assurance-vieillesse et survivants lors de la survenance de l'invalidité, a droit à une rente ordinaire (al. 1). Les cotisations versées à une assurance sociale assimilée d'un État membre de l'Union européenne (UE) ou de l'Association européenne de libre-échange (AELE) peuvent également être prises en considération, à condition qu'une année au moins de cotisations puisse être comptabilisée en Suisse (FF 2005 p. 4065; art. 6 et 45 du règlement n° 883/2004).

**5.2** En l'espèce, selon les informations des comptes individuels (AI doc 72, p. 20), le recourant a cotisé durant deux ans et six mois en Suisse, ce qui est insuffisant pour avoir droit à une rente de l'assurance-invalidité suisse selon l'art. 36 al. 1 LAI. Cependant, étant donné qu'il a comptabilisé en tout cas une année de cotisations en Suisse et qu'en outre, il a cotisé plusieurs années en France (AI doc 32), pays de l'UE, ces dernières cotisations peuvent également être prises en considération. L'assuré remplit ainsi la condition de la durée minimale de cotisation. Reste à examiner s'il est invalide au sens de la LAI.

## **6.**

**6.1** L'invalidité au sens de la LPGA et de la LAI est l'incapacité de gain totale ou partielle qui est présumée permanente ou de longue durée (art. 8 al. 1 LPGA). Elle peut résulter d'une infirmité congénitale, d'une maladie ou d'un accident (art. 4 al. 1 LAI) et est réputée survenue dès qu'elle est,

par sa nature et sa gravité, propre à ouvrir droit aux prestations entrant en considération (art. 4 al. 2 LAI). Selon l'art. 7 al. 1 LPGA, est réputée incapacité de gain toute diminution de l'ensemble ou d'une partie des possibilités de gain de 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. De plus, il n'y a incapacité de gain que si celle-ci 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, 2ème phrase LPGA).

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

**6.3** L'art. 29 al. 4 LAI prévoit que les rentes correspondant à un taux d'invalidité inférieur à 50% ne sont versées qu'aux assurés qui ont leur domicile et leur résidence habituelle (art. 13 LPGA) en Suisse. Suite à l'entrée en vigueur le 1er juin 2002 de l'ALCP (voir *supra*, consid. 4.2), cette restriction n'est pas applicable lorsqu'un assuré est un ressortissant suisse ou de l'UE et réside dans l'un des Etats membres de l'UE (ATF 130 V 253 consid. 2.3 ; art. 4 et 7 du règlement n° 883/2004, RS 0.831.109.268.1).

**6.4** Lorsqu'une décision accorde avec effet rétroactif une rente d'invalidité échelonnée ou limitée, les dispositions sur la révision d'une rente d'invalidité sont applicables par analogie (ATF 133 V 263 consid. 6.1; arrêt du Tribunal fédéral 8C\_71/2017 du 20 avril 2017 consid. 3; 9C\_226/2011 du 15 juillet 2011 consid. 4.3.1 non publié dans l'ATF 137 V 369; MARGRIT MOSER-SZELESS, Loi sur la partie générale des assurances sociales, Commentaire romand, 2018, art. 17 n° 9 p. 249 s.). Elle doit donc se fonder sur une modification notable du taux d'invalidité. La date de la modification du droit doit être fixée conformément à l'art. 88a RAI (par analogie : ATF 125 V 417 consid. 2d; arrêt du Tribunal fédéral I 21/05 du 12 octobre 2005 consid. 3.3; voir aussi MICHEL VALTERIO, Commentaire, Loi fédérale sur l'assurance-invalidité [LAI], 2018, art. 31 n° 32) dont l'al. 1 prévoit que s'il y a amélioration de la capacité de gain ou de la capacité d'accomplir les travaux habituels, ce changement n'est déterminant pour la suppression

de tout ou partie du droit aux prestations qu'à partir du moment où on peut s'attendre à ce que l'amélioration constatée se maintienne durant une assez longue période. Il en va de même lorsqu'un tel changement déterminant a duré trois mois déjà, sans interruption notable et sans qu'une complication prochaine soit à craindre.

## 7.

**7.1** Pour pouvoir déterminer la capacité de travail médico-théorique et évaluer l'invalidité de la personne concernée, l'administration, ou le tribunal en cas de recours, a besoin de documents que le médecin ou éventuellement d'autres spécialistes doivent lui fournir (ATF 117 V 282 consid. 4a) et sur lesquels elle s'appuiera, sous peine de violer le principe inquisitoire (arrêt du Tribunal fédéral 8C\_623/2012 du 6 décembre 2012 consid. 1). Précisément, la tâche des médecins consiste à porter un jugement sur l'état de santé et à indiquer dans quelle mesure et pour quelles activités la personne concernée est incapable de travailler, compte tenu de ses limitations (ATF 143 V 418 consid. 6; 132 V 93 consid. 4; 125 V 256 consid. 4; 115 V 133 consid. 2; 114 V 310 consid. 3c; 105 V 156 consid. 1 ; voir également ATF 140 V 193 consid. 3.2 et les réf. cit.).

**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 juge. La jurisprudence a toutefois posé des lignes directrices en matière d'appréciation des rapports médicaux et d'expertise (ATF 125 V 351 consid. 3b et 3c).

**7.3** Ainsi, avant de conférer pleine valeur probante à un rapport médical, il convient de s'assurer que les points litigieux importants ont fait l'objet d'une étude circonstanciée, que le rapport se fonde sur des examens complets, qu'il prend également en considération les plaintes exprimées par la personne examinée, qu'il a été établi en pleine connaissance de l'anamnèse, que la description du contexte médical et l'appréciation de la situation médicale sont claires et enfin que les conclusions du médecin sont dûment motivées (ATF 134 V 231 consid. 5.1 ; 125 V 351 consid. 3a). La valeur probante d'un rapport médical ou d'une expertise est de plus liée à la condition que le médecin qui se prononce dispose de la formation spécialisée nécessaire et de compétences professionnelles dans le domaine d'investigation (arrêts du Tribunal fédéral 9C\_555/2017 du 22 novembre 2017 consid. 3.1 et les réf. cit. ; 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., art. 57 LAI n° 33).

**7.4** Selon la jurisprudence développée en matière de révision du droit à la rente et applicable par analogie en cas d'octroi d'une rente limitée dans le temps (voir *supra*, consid. 6.4), la valeur probante d'une expertise médicale établie en vue d'une révision dépend largement du fait de savoir si elle explique d'une manière convaincante la modification survenue de l'état de santé. Les experts doivent alors prendre en considération que la modification de l'état de santé doit être notable et qu'une nouvelle appréciation du cas, alors que les circonstances sont demeurées inchangées, ne constitue pas un motif de révision (ATF 141 V 9 consid. 2.3; 112 V 371 consid. 2b; arrêts du Tribunal fédéral 9C\_418/2010 du 29 août 2011 consid. 4.2 à 4.4, I 755/04 du 25 septembre 2006 consid. 5.1; voir aussi arrêt du Tribunal fédéral 8C\_445/2017 du 9 mars 2018 consid. 2.2; ANDREAS TRAUB, *Zum Beweiswert medizinischer Gutachten im Zusammenhang mit der Rentenrevision*, RSAS 2012 p. 183 ss; MICHEL VALTERIO, *op. cit.*, art. 31 n° 11).

**7.5** Lorsqu'au stade de la procédure administrative, une expertise confiée à un médecin indépendant est établie par un-e spécialiste reconnu-e, sur la base d'observations approfondies et d'investigations complètes, de même qu'en pleine connaissance du dossier, et que l'expert-e aboutit à des résultats convaincants, il y a lieu de reconnaître pleine valeur probante à ces résultats, aussi longtemps qu'aucun indice concret, tel que des contradictions manifestes ou des éléments essentiels ignorés, ne permet de douter de leur bien-fondé et fiabilité (ATF 137 V 210 consid. 2.2.2 ; 135 V 465 consid. 4.4 ; 125 V 351 consid. 3b/bb).

**7.6** S'agissant des rapports établis par les médecins traitants, qu'il ou elle soit médecin de famille généraliste ou spécialiste, il convient de les apprécier avec une certaine réserve en raison de la relation de confiance, issue du mandat thérapeutique confié au médecin traitant, qui unit celui-ci ou celle-ci à son ou sa patient-e (ATF 125 V 351 consid. 3b/cc et les réf. cit. ; arrêt du Tribunal fédéral I 655/05 du 20 mars 2006 consid. 5.4). Toutefois, le simple fait qu'un rapport médical soit établi à la demande d'une partie et soit produit pendant la procédure ne justifie pas en soi des doutes quant à sa valeur probante (arrêt du Tribunal fédéral 8C\_278/2011 du 26 juillet 2011 consid. 5.3) ; ainsi, on en retiendra des éléments, notamment si ceux-ci, objectivement vérifiables, ont été ignorés dans le cadre d'une expertise indépendante et s'avèrent suffisamment pertinents pour remettre en cause les conclusions de l'expert-e (ATF 125 V 351 consid. 3b/dd et les réf. cit. ; arrêts du Tribunal fédéral 9C\_338/2016 du 21 février 2017, publié in : *Droit des assurances sociales – Jurisprudence [SVR] 2017 IV n° 49* consid. 5.5 ; 9C\_876/2009 du 6 juillet

2010 consid. 2.2 ; 9C\_24/2008 du 27 mai 2008 consid. 2.3.2 ; 9C\_201/2007 du 29 janvier 2008 consid. 3.2; MICHEL VALTERIO, op. cit., art. 57 LAI n° 48 et 49).

**7.7** Si l'administration ou le juge, se fondant sur une appréciation consciencieuse des preuves, sont convaincus que certains faits présentent un degré de vraisemblance prépondérante et que d'autres mesures probatoires ne pourraient plus modifier cette appréciation, il est superflu d'administrer d'autres preuves (appréciation anticipée des preuves ; UELI KIESER, ATSG-Kommentar, 4ème éd. 2020, art. 42 LPGA n° 31 ; ATF 122 II 464 consid. 4a). Une telle manière de procéder ne viole pas le droit d'être entendu selon l'art. 29 al. 2 de la Constitution fédérale de la Confédération suisse du 18 avril 1999 (Cst., RS 101) (Sozialversicherungsrecht [SVR] 2001 IV n° 10 p. 28).

## **8.**

**8.1** Dans un arrêt de principe du 3 juin 2015, le Tribunal fédéral a jugé que désormais, les troubles somatoformes douloureux, à savoir les symptomatologies douloureuses sans substrat organique objectivable, et les autres affections psychosomatiques assimilées, doivent, en principe, faire l'objet d'une procédure probatoire structurée (ATF 141 V 281). Cela vaut pour toutes les affections psychiques (ATF 143 V 418 consid. 7.1), soit notamment les troubles dépressifs de degré moyen ou léger (ATF 143 V 409 consid. 4.5.1), ainsi que les syndromes de dépendance (ATF 145 V 215 consid. 5 et 6.2.). Le point de départ de cet examen, et donc sa condition première, nécessaire à la reconnaissance de l'existence d'une atteinte à la santé psychique, est la présence d'un diagnostic émanant d'un-e expert-e (psychiatre) et s'appuyant, *lege artis*, sur les critères d'un système de classification reconnu, tel le CIM ou le DSM-IV (ATF 141 V 281 consid. 2.1 ; 143 V 418 consid. 6 et 8.1 ; arrêt du TF 9C\_815/2012 du 12 décembre 2012 consid. 3).

**8.2** Puis, afin d'évaluer la capacité de travail et le caractère invalidant des atteintes susmentionnées, le Tribunal fédéral a conçu un catalogue d'indicateurs, classés en deux catégories (ATF 141 V 281 consid. 4.1.3) :

A. Catégorie « degré de gravité fonctionnel »

a. Complexe « atteinte à la santé »

i. Expression des éléments pertinents pour le diagnostic

ii. Succès du traitement ou résistance à cet égard

iii. Succès de la réadaptation ou résistance à cet égard

iv. Comorbidités

b. Complexe « personnalité » (diagnostic de la personnalité, ressources personnelles)

c. Complexe « contexte social »

B. Catégorie « cohérence » (point de vue du comportement)

a. Limitation uniforme du niveau des activités dans tous les domaines comparables de la vie

b. Poids des souffrances révélé par l'anamnèse établie en vue du traitement et de la réadaptation.

**8.3** Le Tribunal fédéral a précisé que les indicateurs se rapportant au degré de gravité fonctionnel (catégorie A ci-dessus) forment le socle de l'examen du caractère invalidant du trouble somatoforme (ATF 141 V 281, consid. 4.3) ; les conséquences tirées de cet examen doivent ensuite être examinées à l'aune des indicateurs se rapportant à la cohérence (catégorie B ci-dessus ; ATF 141 V 281, consid. 4.1.3). La Haute Cour a également indiqué qu'il fallait toujours tenir compte des circonstances du cas concret et que le catalogue d'indicateurs n'avait pas la fonction d'une simple checklist. Il a souligné en outre que ce catalogue n'était pas immuable et qu'il devait au contraire évoluer en fonction du développement des connaissances scientifiques (ATF 141 V 281, consid. 4.1.1).

**8.4** Les expertises mises en œuvre avant ce changement de jurisprudence ne perdent toutefois pas d'emblée toute valeur probante. Il y a lieu dans ces cas d'examiner si les expertises administratives et/ou les expertises judiciaires recueillies – le cas échéant en les mettant en relation avec d'autres rapports médicaux – permettent ou non une appréciation concluante du cas à l'aune des indicateurs désormais déterminants. Selon l'étendue de l'instruction déjà mise en œuvre, il peut s'avérer suffisant de requérir un complément d'instruction sur certains points précis (ATF 141 V 281, consid. 8).

**8.5** On peut en outre renoncer à évaluer la capacité de travail de la personne concernée dans le cadre d'une procédure d'établissement des faits normative et structurée, au moyen du catalogue d'indicateurs, lorsqu'un tel examen n'apparaît ni nécessaire ni adéquat. Il en est ainsi, lorsque les limitations liées à l'exercice d'une activité résultent d'une exagération des symptômes ou d'une constellation semblable, qui exclut d'emblée l'hypothèse d'une atteinte à la santé (ATF 141 V 281 consid. 2.2; arrêt du Tribunal fédéral 9C\_534/2015 consid. 2.2.2 et les références). Des indices d'une telle exagération apparaissent notamment en cas de

discordance manifeste entre les douleurs décrites et le comportement observé ou l'anamnèse, d'allégation d'intenses douleurs dont les caractéristiques restent cependant vagues, d'absence de demande de soins ou de traitement, ou lorsque les plaintes très démonstratives laissent insensible l'expert ou en cas d'allégation de lourds handicaps dans la vie quotidienne malgré un environnement psychosocial largement intact (ATF 141 V 281, consid. 2.2.1 et les réf. cit.).

Toutefois, comme l'a déclaré le Tribunal fédéral dans son arrêt 9C\_899/2014, la distinction entre une exagération des symptômes, excluant le droit à des prestations, et une simple tendance à la clarification - qu'on ne saurait assimiler - est délicate. D'une part, cette propension (inconsciente) à amplifier les douleurs ressenties et à vouloir les clarifier est dans la nature même des troubles somatoformes douloureux et des affections comparables, dont la caractéristique est que l'on ne trouve pas de corrélation organique suffisante. D'autre part, on ne saurait ignorer les particularités de la procédure d'instruction en matière d'assurances sociales. La personne assurée, qui dépose une demande auprès de l'assurance-invalidité dans le but de se voir allouer des prestations d'assurance, cherchera souvent (si ce n'est dans tous les cas) à faire état - consciemment ou inconsciemment - de ses troubles et limitations de sorte à atteindre ce but (arrêt du Tribunal fédéral 9C\_899/2014 consid. 4.2.1 et les références).

## 9.

Dans le cadre de l'instruction du dossier, les pièces suivantes ont été notamment versées en cause :

- un rapport médical du 22 mars 2013 de la Dresse E.\_\_\_\_\_ qui indique suivre le recourant pour un syndrome anxio-dépressif chronique depuis le 22 novembre 2012 (AI doc 2, p. 2) ;
- un bulletin de situation de la Clinique I.\_\_\_\_\_ à Y. attestant d'un séjour du 22 mai au 10 juin 2013 (AI doc 2, p. 5) ;
- un rapport du 13 juin 2013 du Dr J.\_\_\_\_\_, psychiatre de la Clinique I.\_\_\_\_\_, diagnostiquant un état dépressif moyen (F32.1) (AI doc 77, p. 4 à 5) ;
- le questionnaire pour l'employeur rempli par B.\_\_\_\_\_ SA et daté du 9 juillet 2013 (AI doc 10, p. 2 à 7) ;

- provenant du dossier de l'assureur perte de gain transmis le 7 août 2013 à l'OAI (AI doc 15), un rapport médical du 14 avril 2013 du Dr K.\_\_\_\_\_, psychiatre, qui diagnostique un syndrome dépressif modéré à sévère dans le cadre d'un épisode dépressif anamnestique récurrent (à évolution phasique) (AI doc 15, p. 6 à 8), ainsi qu'un compte-rendu intermédiaire du 17 janvier 2013 de la Dresse E.\_\_\_\_\_ évoquant un épisode dépressif sévère sans symptômes psychotiques (F 32.2). L'incapacité professionnelle était totale (AI doc 15, p. 9 à 11) ;
- un rapport médical du 13 août 2013 de la Dresse E.\_\_\_\_\_ confirmant son précédent diagnostic (AI doc 20) ;
- un compte-rendu du 7 janvier 2014 de la Dresse E.\_\_\_\_\_ indiquant suivre l'assuré pour un syndrome dépressif sévère avec des symptômes psychotiques (AI doc 31, p. 2) ;
- un certificat du même médecin du 31 janvier 2014 ne constatant aucune amélioration notable de l'état de santé du recourant (AI doc 34, p. 4) ;
- provenant du dossier de l'assureur perte de gain transmis le 20 mars 2014 à l'OAI (AI doc 37), une expertise du 17 février 2014 de la Dresse L.\_\_\_\_\_ qui diagnostique un trouble dépressif récurrent, épisode actuel moyen à sévère avec syndrome somatique (F33.11), un trouble mixte de la personnalité limite inférieure avec des traits schizoïdes, actuellement décompensé (F 61), ainsi qu'une agoraphobie avec trouble panique (F40.01). La capacité de travail de l'assurée était nulle dans tout type d'activité (AI doc 37, p. 2 à 14). Figure également au dossier, un rapport du 7 novembre 2013 de la Dresse E.\_\_\_\_\_, qui confirme son précédent diagnostic (AI doc 37, p. 15 à 17) ;
- un rapport du 6 mai 2014 de la Dresse E.\_\_\_\_\_, qui indique que le recourant avait fait une rechute anxio-dépressive, qui l'empêchait de se déplacer (AI doc 48, p. 4) ;
- un compte-rendu du 18 septembre 2014 du même médecin, constatant qu'il n'y avait pas d'amélioration notable. Une demande d'hospitalisation était en cours (AI doc 48, p. 3) ;
- une expertise psychiatrique du 24 juin 2015 du Dr D.\_\_\_\_\_ (voir *supra*, let. B.b.a ; AI doc 60) ;

- l'avis du SMR du 29 juillet 2015 (AI doc 62 ; voir *supra*, let. B.b.b) ;
- plusieurs bulletins de situation de la Clinique I.\_\_\_\_\_ à Y. attestant d'un séjour du 26 février au 12 mars 2015 (AI doc 70, p. 3), puis du 17 au 30 mars 2015 (AI doc 70, p. 2) ;
- un compte-rendu médical du 19 mars 2015 du Dr M.\_\_\_\_\_, psychiatre de la Clinique I.\_\_\_\_\_ à Y., qui diagnostique une dépression récurrente, épisode majeur (F33.20) (AI doc 77 p. 2 à 3) ;
- une expertise du 30 décembre 2016 de M. N.\_\_\_\_\_ et Mme O.\_\_\_\_\_, psychologues, qui estiment que l'assuré souffre d'une dépression récurrente, épisode majeur (F33.20). La capacité de travail était nulle dans son activité habituelle et de 30% dans une activité adaptée (AI doc 91) ;
- un rapport du 28 janvier 2016 de la Dresse E.\_\_\_\_\_ confirmant son précédent diagnostic (AI doc 69) ;
- une communication du même jour de l'OAIE à l'OAI, contenant divers documents en lien avec l'octroi par la sécurité sociale française d'une pension d'invalidité à partir du 1<sup>er</sup> octobre 2015 (AI doc 72) ;
- un certificat médical du 3 février 2016 de la Dresse E.\_\_\_\_\_ indiquant qu'il n'y avait pas d'amélioration notable de l'état de santé de l'assuré (AI doc 73, p. 3) ;
- une expertise de suivi du 18 août 2017 du Dr D.\_\_\_\_\_ (AI doc 98) ;
- une version corrigée de l'expertise susmentionnée (AI doc 105, p. 5 à 27) et son complément du 30 avril 2018 (AI doc 105, p.1 à 4) (voir *supra*, let. B.b) ;
- un avis SMR du 24 mai 2018 (AI doc 106, voir *supra*, let. B.b) ;
- un rapport du 11 septembre 2018 de la Dresse E.\_\_\_\_\_ indiquant une aggravation de l'état clinique du recourant, une demande d'hospitalisation en psychiatrie étant en cours (AI doc 111, p. 2) et sa prescription du même jour pour de l'Alimemazine, de la Mirtazapine, du Prazepam et de la Venlafaxine (AI doc 111, p. 3) ;
- un bulletin de situation de la Clinique I.\_\_\_\_\_ à Y. attestant d'un séjour du 10 au 24 octobre 2018 (AI doc 116, p. 3) ;

- un extrait d'un document non daté, d'un auteur inconnu, constatant une symptomatologie dépressive modérée persistante lors d'une hospitalisation (AI doc 117, p. 4) ;
- deux rapports du 15 janvier 2018 du Dr P.\_\_\_\_\_, médecin généraliste, qui estime que le recourant ne présente pas de pathologies somatiques (AI doc 117, p. 11 à 14) et qu'il serait nécessaire de confirmer le diagnostic de la psychiatre, le taux d'incapacité fonctionnelle du recourant et son incapacité de travail (AI doc 117, p. 7 à 10),
- une ordonnance du 24 octobre 2018 du Dr M.\_\_\_\_\_ pour de la Fluoxetine, de la Mirtazapine, du Prazepam et de la Theralene (AI doc 117, p. 5) ;
- un avis SMR du 29 novembre 2018 (AI doc 120 ; voir *supra*, let. B.c) ;
- un rapport du 6 septembre 2019 de la Dresse E.\_\_\_\_\_ indiquant que le recourant présente une rechute sévère, et son ordonnance du même jour pour de l'Alimemazine, de la Mirtazapine, du Prazepam et de la Venlafaxine (TAF pce 1) ;
- une attestation médicale du 7 septembre 2019 du Dr F.\_\_\_\_\_, médecin généraliste, qui indique que le recourant est suivi par un psychiatre pour dépression nerveuse sévère post-traumatique, depuis un accident du travail intervenu le 22 novembre 2012 (TAF pce 1) ;
- plusieurs documents de la Dresse E.\_\_\_\_\_ :

qui, le 20 janvier 2020, indique que l'état du recourant était désormais stationnaire et renouvelle sa dernière ordonnance (TAF pce 10) ;

qui, le 6 mars 2020, affirme qu'une hospitalisation en psychiatrie était envisagée, l'état clinique de l'assuré s'étant aggravé (TAF pce 12) ;

qui, le 26 novembre 2021, ne fait pas d'indication sur l'évolution de l'état de santé du recourant et renouvelle encore son ordonnance (TAF pce 16, annexes 7 et 8).

- un rapport du 6 décembre 2021 du Dr H.\_\_\_\_\_, médecin généraliste, évoquant le suivi psychiatrique du recourant pour syndrome dépressif sévère avec symptômes psychotique. Une reprise d'activité n'était pas possible (TAF pce 16, annexe 4) ;

- une ordonnance du 10 décembre 2021 de la Dresse E. \_\_\_\_\_ prescrivant au recourant de continuer son traitement médicamenteux (TAF pce 16, annexe 2),
- un bulletin de situation de la Clinique I. \_\_\_\_\_ à Y. daté du 10 mai 2022.

## **10.**

Le Tribunal relève que l'octroi d'une rente entière au recourant du 1er décembre 2013 au 31 octobre 2017, et les rentes de ses enfants y relatives, n'est pas contesté. Les parties se disputent en revanche sur la suppression desdites rentes à partir du 1er novembre 2017. Cela étant, le pouvoir d'examen du Tribunal n'est pas limité à ce seul aspect, mais peut porter également sur la période à propos de laquelle l'octroi des rentes n'est pas remis en cause (ATF 125 V 413).

## **11.**

**11.1** Dans la mesure où l'autorité inférieure s'est en particulier basée sur l'expertise du Dr D. \_\_\_\_\_ du 24 juin 2015 (AI doc 60) pour octroyer les rentes susmentionnées, le Tribunal analysera sa valeur probante en premier lieu.

**11.2** Etablie par un médecin spécialiste FMH en psychiatrie et psychothérapie possédant donc une formation reconnue et les compétences professionnelles nécessaires pour juger l'état de santé du recourant, l'expertise du 24 juin 2015 énumère et résume la documentation médicale figurant au dossier de manière complète (AI doc 60, p. 1 à 8).

Les plaintes de l'assuré exprimées durant l'expertise sont retranscrites dans le rapport (AI doc 60, p. 9). L'expert récolte ensuite des renseignements sur la situation sociale actuelle du recourant, les circonstances précédant son atteinte psychique, et effectue son anamnèse personnelle et familiale (AI doc 60, p. 9 à 10), de sorte que le rapport d'expertise a été élaboré en pleine connaissance de l'anamnèse. Le recourant est ensuite questionné sur sa capacité de travail et son quotidien (AI doc 60, p. 11). Des informations sur sa prise de stupéfiants et de médicaments (AI doc 60, p. 11) sont en outre récoltées. L'expert présente alors ses observations (AI doc 60, p. 12 à 13) et effectue plusieurs examens complémentaires, y compris de laboratoires (AI doc 60, p. 13 à

14), de sorte qu'il faut considérer que les investigations menées par l'expert sont approfondies et complètes.

**11.3** Sur cette base, après avoir discuté les avis divergents au dossier (AI doc 60, p. 17 à 18), l'expert a posé le diagnostic de trouble dépressif récurrent, épisode actuel sévère sans symptômes psychotiques (F33.2) (AI doc 60, p. 14). La capacité de travail dans l'activité habituelle était nulle. Dans une activité n'exigeant pas une grande capacité de concentration et de réaction, elle était de 30% (AI doc 60, p. 16 à 17). L'expert a fixé la capacité médico-théorique résiduelle de l'assuré à fin 2010 (AI doc 60, p. 18). Une perturbation de l'activité et de l'attention (F90.0) a également été diagnostiquée, mais sans que celle-ci n'ait d'effet sur la capacité de travail du recourant (AI doc 60, p. 14).

**11.4** Dans le cadre de la discussion (AI doc 60, p. 15 à 19), l'expert explique, à l'aide de la Classification statistique internationale des maladies et des problèmes de santé connexes (CIM-10) que le recourant présente plusieurs symptômes d'un épisode dépressif grave, qui, au vu des antécédents du recourant, doit être qualifié de récurrent. Ainsi, durant l'expertise, le Dr D.\_\_\_\_\_ a observé chez le recourant un clair abaissement de l'humeur. Ce dernier affirme avoir perdu de l'intérêt, n'être pas entièrement capable d'éprouver du plaisir et avoir moins d'énergie. L'expert relève une diminution de l'estime de soi, le recourant se sent coupable envers ses parents et affirme ne plus vouloir vivre, même si aucune tendance suicidaire n'a été constatée. Le recourant estime aussi qu'il a des problèmes de concentration et mémorisation, et présente, selon l'expert, un ralentissement moteur important. Il indique aussi avoir des troubles du sommeil. S'agissant du début de la capacité médico-théorique de l'assuré fixé à fin 2010, le rapport d'expertise s'est basé sur les déclarations de l'assuré et le dossier. Or, le Tribunal relève avec le SMR (avis du SMR du 29 juillet 2015, AI doc 62), que le recourant a travaillé jusqu'au 29 octobre 2012 (voir *supra*, let. A) et qu'une incapacité n'est attestée par les pièces au dossier qu'à partir du 30 octobre 2012 (voir notamment : AI doc 15, p. 11). Par ailleurs, pour ce qui est de la perturbation de l'activité et de l'attention (F90.0) diagnostiquée par l'expert, ce dernier explique que le recourant présentait déjà des signes de cette atteinte durant son enfance. Étant donné en outre qu'il faut s'attendre à une capacité de concentration réduite en présence de troubles dépressifs, et que le recourant n'a pas été empêché de travailler du fait de cette atteinte, l'expert a renoncé à procéder à de plus amples clarifications. Cependant, se contredisant, il recommande plus loin dans son expertise que la situation soit éclaircie, puisque la présence éventuelle d'un trouble

de déficit de l'attention est un facteur de risque pour le développement d'une symptomatique dépressive. Compte tenu de ce qui précède, le Tribunal considère qu'il est douteux que l'expertise réponde aux requisits jurisprudentiels nécessaires pour qu'il lui soit reconnue une pleine valeur probante.

**11.5** En outre l'expertise, datée du 24 juin 2015, mais basée sur des entretiens avec le recourant des 6 février et 7 mai 2015 et mandatée par l'OAI le 19 septembre 2014 (AI doc 47), soit avant le changement de jurisprudence du Tribunal fédéral concernant les troubles psychiques (voir *supra*, consid. 8), ne permet pas non plus une appréciation concluante du cas à l'aune de plusieurs des indicateurs désormais déterminants.

En effet, étant donné ce qui a été mentionné concernant le diagnostic de perturbation de l'activité et de l'attention (voir *supra*, consid. 11.4), le rapport d'expertise ne permet pas d'affirmer du point de vue de « l'atteinte à la santé », s'il s'agit d'une comorbidité. En outre, l'expert n'indique que peu d'éléments relatifs au complexe « personnalité » du recourant, se contentant d'exclure un trouble de la personnalité (AI doc 60, p. 17).

**11.6** Compte tenu de ce qui précède, le Tribunal considère que la question d'une éventuelle comorbidité et le complexe de la personnalité du recourant devraient être éclaircis à l'aune des indicateurs posés par l'ATF 141 V 281 pour que les conclusions du rapport d'expertise puissent être pleinement suivies. Un autre résultat ne découle pas de la mise en lien de l'expertise avec les autres documents médicaux au dossier, ceux-ci, pour la plupart succints, ne remplissant pas les exigences jurisprudentielles en la matière (voir *supra*, consid. 7.3). Ils ne contiennent en outre pas d'indications suffisamment poussée sur l'éventuelle comorbidité détectée par le Dr D.\_\_\_\_\_. Par ailleurs, les rapports de la Dresse E.\_\_\_\_\_, spécialiste suivant le recourant, doivent être appréciés avec une certaine réserve conformément à la jurisprudence (voir *supra*, consid. 7.6).

Pour ce qui est de l'expertise neuropsychologique de M. N.\_\_\_\_\_ et Mme O.\_\_\_\_\_ du 30 décembre 2016, psychologues, elle a été mandatée par l'OAI pour clarifier l'origine de l'altération des fonctions cognitives du recourant (AI doc 66). Au vu des conclusions contradictoires de l'expertise du Dr D.\_\_\_\_\_ quant à la nécessité d'éclaircir ces symptômes (voir *supra*, consid. 11.4), le Tribunal doute que l'expertise neuropsychologique puisse être utilisée à titre d'examen complémentaire (arrêt du Tribunal fédéral 9C\_752/2018 du 12 avril 2019, consid. 5.3). Elle ne saurait ainsi remplacer des diagnostics posés dans les règles de l'art,

par un spécialiste et conformément à la procédure adaptée aux troubles psychiques.

## **12.**

**12.1** Le Tribunal tient encore à remarquer ce qui suit dans la mesure où les décisions litigieuses se fondent ensuite sur l'expertise de suivi du Dr D. \_\_\_\_\_ (expertise du 18 août 2017 [AI doc 105, p. 5 à 27] et son complément du 30 avril 2018 [AI doc 105, p. 1 à 4]), ainsi qu'un avis SMR du 24 mai 2018 (AI doc 106), pour supprimer les rentes octroyées à partir du 1<sup>er</sup> novembre 2017.

**12.2** Il est ainsi constaté que l'expert, à l'aide de la CIM (AI doc 105, p. 22 à 23), considère désormais que le recourant présente plusieurs symptômes d'un trouble dépressif récurrent, épisode actuel moyen. Son état de santé se serait amélioré, car il ne présente plus de ralentissement moteur (AI doc 105, p. 23). En raison d'une aggravation des symptômes, l'expert ne peut toutefois pas poser ce diagnostic avec certitude (AI doc 105, p. 23) ni évaluer ses conséquences sur la capacité de travail du recourant (AI doc 105, p. 23 à 24).

**12.3** L'expert relève en effet plusieurs indices d'une exagération des symptômes (AI doc 105, p. 19 à 20) et les analyse (AI doc 105, p. 20 à 21) à l'aide des critères de Slick et al. (1999), ce qui, selon la jurisprudence du Tribunal fédéral, n'est pas inadmissible, pour autant que, comme c'est le cas en l'espèce, un médecin spécialiste en psychiatrie en apprécie les résultats (arrêt du Tribunal fédéral 8C\_95/2019 du 3 juin 2019 consid. 6.1 ; 8C\_817/2014 consid. 4.4.2). Il considère ainsi, qu'étant donné la perspective d'une rente d'invalidité, le critère A est rempli, tout comme le critère B2 pour lequel il ne donne cependant pas d'explication. Ensuite, il relève que le recourant a été en mesure de remplir l'auto-questionnaire SCL-90-R en dix minutes, alors qu'il allègue souffrir d'une capacité cognitive restreinte. Par ailleurs, les résultats de la prise de sang contredisent ses affirmations quant à la prise régulière de ses médicaments. Il existe donc, selon l'expert, une discrédence entre les résultats obtenus et le comportement observé (critère B4). Il relève encore que l'employeur du recourant a été étonné que ce dernier puisse effectuer des travaux de construction et de rénovation, alors qu'il disait souffrir d'un burn out. L'expert considère donc qu'il y a une contradiction entre les dires du recourant et les informations au dossier (critère C1). Enfin, il conclut que

ces éléments ne sont pas explicables par des facteurs psychiatriques (critère D), ce qui vaut également pour ce qui suit : - manque de coopération du recourant durant l'expertise ; - allégations peu crédibles concernant une inactivité physique, l'expert ayant observé que le recourant possède un bras musclé (AI doc 105, p. 19) ; - incapacité alléguée d'effectuer des tâches ménagères, aussi infimes soient-elles. L'expert conclut ainsi à une aggravation des symptômes.

**12.4** Le Tribunal relève cependant que, dans son expertise du 24 juin 2015, le Dr D.\_\_\_\_\_, avait déjà relevé chez le recourant une prise de médicament non conforme à la norme (AI doc 60, p. 18), ainsi qu'une tendance à donner des réponses biaisées et décrire sombrement sa situation (AI doc 60, p. 16). Les dires de l'employeur (AI doc 60, p. 4 à 5) avaient été expliqués par une situation éventuellement conflictuelle avec le recourant (AI doc 60, p. 16), qui est d'ailleurs confirmée par les pièces au dossier (AI doc 10, p. 34 et 2, p. 1). Il semblerait donc que l'expert se soit principalement basé sur un manque de coopération du recourant durant l'expertise du 18 juillet 2017, et la constatation que celui-ci ne peut être inactif, car il a le bras musclé, pour conclure que désormais, il simulait ses symptômes. Cette motivation ne saurait convaincre, ce d'autant plus que, dans leur rapport d'expertise du 30 décembre 2016 (AI doc 91), M. N.\_\_\_\_\_ et Mme O.\_\_\_\_\_ ont également analysé la situation du recourant à l'aune des critères Slick et al. (1999) et sont parvenus à la conclusion qu'il existait des éléments indiquant une aggravation des symptômes, mais que celle-ci serait due à l'atteinte psychique dont souffre le recourant (AI doc 91, p. 18 à 19). Avec le Dr D.\_\_\_\_\_ (AI doc 105, p. 21), le Tribunal relève que certes M. N.\_\_\_\_\_ et Mme O.\_\_\_\_\_ n'ont pas effectué de prise de sang ni pris en compte les dires de l'employeur. Cependant, comme expliqué plus haut, ce n'est pas sur ces deux éléments que l'expert s'est basé pour admettre désormais que le recourant aggravait ses symptômes. Il est vrai en revanche que M. N.\_\_\_\_\_ et Mme O.\_\_\_\_\_, psychologues, n'ont pas la formation et les connaissances exigées par la jurisprudence pour procéder à une analyse valable des critères de Slick et al. (1999) (voir *supra*, consid. 10.7.2). Ils semblent, en outre, avoir privilégié les dires du recourant, sur leurs propres observations (AI doc 91, p. 18), et renoncé à effectuer des tests supplémentaires concernant l'aggravation (AI doc 91, p. 18 à 19). Toutefois, le Tribunal estime qu'il y a néanmoins suffisamment d'éléments pour douter de la fiabilité de l'expertise du 18 août 2017. Elle n'est donc pas une évaluation médicale plausible indiquant clairement une aggravation ou un comportement, qui dépasse les limites d'un simple comportement explicatif, sans être dû à une atteinte psychique (arrêt du Tribunal fédéral

9C\_154/2016 du 19 octobre 2016 consid. 4.3 avec référence, in : SVR 2017 IV no 21 p. 56). Il faut donc considérer que le Dr D.\_\_\_\_\_ n'a pas démontré conformément aux indicateurs de l'ATF 141 V 281 que l'état de santé du recourant s'était amélioré, mais s'est contenté d'effectuer une nouvelle appréciation d'une situation inchangée.

**12.5** Dans son expertise de suivi, le Dr D.\_\_\_\_\_ pose en outre nouvellement le diagnostic de dépendance aux benzodiazépines, utilisation continue (F 13.25). Il explique à ce sujet que le recourant prend depuis plusieurs années une dose de Prazepam, qui est supérieure à la dose autorisée par le Compendium suisse des médicaments (AI doc 105, p. 23). L'expert relève également que, bien que ce médicament ait été prescrit au recourant (AI doc 105, p. 15), il n'a que peu d'effet sur des symptômes dépressifs et ne devrait en outre être utilisé qu'à court terme. Un sevrage pouvait être exigé (AI doc 105, p. 25), cependant une incapacité de travail dans l'activité habituelle subsistait de ce fait (AI doc 105, p. 24).

Dans la mesure où il s'agit des seules indications de l'expert sur la dépendance aux benzodiazépines dont le recourant souffre, cela ne saurait suffire au vu des exigences posées par l'ATF 141 V 281 (voir *supra*, consid. 8). Cela est d'autant plus vrai que, le Tribunal relève que l'expert avait déjà connaissance de la longue consommation de benzodiazépines du recourant lors de sa première expertise du 24 juin 2015 (AI doc 60). En effet, il y est indiqué, dans l'exposé des pièces au dossier, que le recourant prenait en février 2014 du Prazepam (AI doc 60, p. 6 à 7), et qu'au moment de l'expertise du 24 juin 2015, il continuait la prise de ce médicament (AI doc 60, p. 60).

**12.6** Compte tenu de ce qui précède, il ne saurait être conféré de valeur probante à l'expertise de suivi du Dr D.\_\_\_\_\_.

**12.7** S'agissant de l'avis SMR du 24 mai 2018 (AI doc 106), celui-ci reprend l'ensemble des conclusions de l'expertise pour ce qui est du soupçon de trouble dépressif récurrent, épisode actuel moyen, sans incidence sur la capacité de travail en raison d'une aggravation des symptômes.

En revanche, le SMR s'écarte des conclusions de l'expertise quant à la dépendance aux benzodiazépines, utilisation continue, qu'il estime n'avoir aucune incidence sur la capacité de travail du recourant au motif qu'un sevrage serait exigible et que de ce fait, il ne s'agirait pas d'une atteinte durable (AI doc 106, p. 6). Le Tribunal constate en revanche que selon les

dires même du recourant (AI doc 105, p. 15) et au vu des pièces au dossier le recourant prend ces médicaments depuis de nombreuses années. Il ne saurait donc être question d'une atteinte temporaire. Le fait qu'un sevrage serait exigible, ce dont il sera question ci-après (voir *infra*, consid. 13), ne saurait avoir pour conséquence une capacité de travail intacte, sauf à d'emblée exclure les troubles de dépendance de l'invalidité (arrêt du Tribunal fédéral 9C\_309/2019, consid. 4.2.2). Ainsi, dans la mesure où le SMR, dans son avis du 24 mai 2018, tente d'effectuer une évaluation finale d'une question non tranchée par les pièces au dossier, il ne peut pas lui être reconnu la pleine valeur probante (arrêts du TF 9C\_165/2015 du 12 novembre 2015, consid. 4.3 et 9C\_58/2011 du 25 mars 2011 consid. 3.3 ; arrêt du TAF C-2843/2016 du 30 mai 2018 consid. 8.2).

**12.8** C'est ainsi à tort que l'autorité inférieure a retenu, sur la base des conclusions de l'expertise de suivi du Dr D.\_\_\_\_\_, que l'état de santé du recourant s'était amélioré et, suivant l'avis du SMR du 24 mai 2018, estimé qu'il n'y avait d'atteinte invalidante du fait de la dépendance du recourant aux benzodiazépines.

### **13.**

Pour conclure, le Tribunal retient donc que les expertises du Dr D.\_\_\_\_\_ et les autres pièces au dossier ne permettent ni d'établir l'état de santé initial du recourant, ainsi que sa capacité de travail, ni leur évolution dans le temps au degré de la vraisemblance prépondérante (voir *supra*, consid. 7.8). La Cour de céans est donc dans l'impossibilité de vérifier si le taux d'invalidité de l'intéressé justifie l'octroi des rentes à partir du 1<sup>er</sup> décembre 2013, puis leur suppression à partir du 1<sup>er</sup> novembre 2017. Il convient donc de renvoyer le dossier à l'autorité inférieure pour nouvelle instruction sur la présence ou non d'une aggravation et détermination du caractère invalidant des affections psychosomatiques dont semble souffrir le recourant. À noter qu'en cas d'exagération avérée des symptômes, il conviendra de déterminer dans quelle mesure le recourant souffre néanmoins d'une atteinte à la santé résiduelle, en prenant compte de l'aggravation identifiée (ATF 141 V 281 consid. 2.2.2.). Enfin, cas échéant, l'autorité inférieure, au vu de l'obligation du recourant de diminuer son dommage (art. 7 al. 1 LAI), pourra l'enjoindre à se soumettre à un traitement médical à l'aide d'une mise en demeure écrite conformément à l'art. 21 al. 4 LPG (art. 7b al. 1 en relation avec l'art. 7 al. 2 let. d LAI ; ATF 145 V 215, consid. 5.3.1 ; arrêt du Tribunal fédéral 9C\_309/2019 du 7 novembre 2019 consid. 4.2.2 i. f. et les références ; 9C\_618/2019 du 16 mars 2020 consid. 10).

**14.**

**14.1** Selon l'art. 61 al. 1 PA, l'autorité de recours statue elle-même sur l'affaire ou, exceptionnellement, la renvoie avec des instructions impératives à l'autorité inférieure. Le renvoi est indiqué en l'espèce bien qu'il doive rester exceptionnel compte tenu de l'exigence de la célérité de la procédure (art. 29 Cst. ; arrêt du Tribunal fédéral 8C\_633/2014 du 11 décembre 2014 consid. 2.2). Le Tribunal fédéral a précisé que le renvoi est notamment justifié lorsqu'il s'agit d'enquêter sur une situation médicale qui n'a pas encore fait l'objet d'un examen, respectivement lorsque l'autorité inférieure n'a nullement instruit une question déterminante pour l'examen du droit aux prestations ou lorsqu'un éclaircissement, une précision ou un complément d'expertise s'avèrent nécessaires (ATF 137 V 210 consid. 4.4.1.4 ; arrêt du Tribunal fédéral 8C\_633/2014 du 11 décembre 2014 consid. 3.2 et 3.3 ; arrêt du Tribunal administratif fédéral C-3038/2016 consid. 12 et les références). En l'espèce, il ressort du dossier que l'autorité n'a pas instruit l'état de santé psychique du recourant, ainsi que ses répercussions sur la capacité de travail de celui-ci d'une façon suffisante.

**14.2** En outre, selon la jurisprudence, un renvoi à l'administration, lorsqu'il a pour but d'établir l'état de fait, ne viole ni le principe de simplicité de la procédure et de diligence, ni le principe inquisitoire. Il en va cependant autrement quand un renvoi constitue en soi un déni de justice (par exemple, lorsque, en raison des circonstances, seule une expertise judiciaire ou une autre mesure probatoire serait propre à établir l'état de fait), ou si un renvoi apparaît disproportionné dans le cas particulier. A l'inverse, le renvoi à l'administration apparaît en général justifié si celle-ci a constaté les faits de façon sommaire, dans l'idée que le tribunal les éclaircirait comme il convient en cas de recours (ATF 137 V 210 consid. 4.4.1.4). Dans la présente cause, l'autorité inférieure s'est basée sur de la documentation médicale ne permettant pas d'établir l'état de santé du recourant sur des points essentiels.

**14.3** Il incombera également à l'autorité inférieure de revoir la situation sous l'angle de l'obligation de l'assuré de diminuer le dommage au sens de l'art. 7 al. 2 let. d LAI et de procéder en conséquence.

**15.**

Il s'ensuit que le recours est admis et les décisions attaquées annulées.

**16.**

**16.1** Vu l'issue du litige, le recourant ne doit pas participer aux frais de procédure (art. 63 al. 1 PA). En effet, selon la jurisprudence fédérale, une partie est considérée comme ayant obtenu entièrement gain de cause lorsque l'affaire est renvoyée - comme en l'espèce - à l'autorité pour des instructions complémentaires et nouvelle décision (ATF 132 V 215 consid. 6). Par conséquent, l'avance de frais de Fr. 800.- versée le 11 octobre 2019 (TAF pce 4) sera restituée au recourant une fois le présent arrêt entré en force. Aucun frais de procédure n'est mis à la charge de l'autorité inférieure (art. 63 al. 1 et 2 PA).

**16.2** L'art. 64 al. 1 PA et l'art. 7 du règlement du 21 février 2008 concernant les frais, dépens et indemnités fixés par le Tribunal administratif fédéral (FITAF, RS 173.320.2) permettent au Tribunal d'allouer 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. Le TAF fixe l'indemnité d'office dans le cas où il n'a pas reçu de décomptes (art. 14 al. 2 FITAF; arrêts du Tribunal fédéral 2C\_730/2017 du 4 avril 2018 consid. 3.4; 2C\_422/2011 du 9 janvier 2012 consid. 2), en considérant l'importance et la difficulté du litige, ainsi que le travail et le temps que le représentant du recourant a dû y consacrer.

**16.3** En l'espèce, le Tribunal considère que le recourant est représenté par un mandataire qui n'exerce pas la profession d'avocat, que les frais de représentation ont été faibles puisque le mémoire de recours (TAF pce 1) et la réplique (TAF pce 10), contenant une argumentation pertinente très succincte, tiennent sur une page, et que le Comité de protection des travailleurs frontaliers européens a représenté le recourant déjà devant l'autorité inférieure (voir *supra*, let. B.c) et connaissait donc le dossier. De surcroît, la cause ne présentait pas une complexité particulière et le dossier n'était pas volumineux. Enfin, il sied de remarquer que la procédure était soumise à la maxime inquisitoire (voir *supra*, consid. 3.1). En conséquence, il convient d'allouer au recourant, à charge de l'OAIE, une indemnité à titre de dépens fixée à Fr. 500.- (art. 64 al. 1 PA et art. 7 FITAF [RS 173.320.2]).

Le dispositif se trouve à la page suivante.

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

**1.**

Le recours est admis en ce sens que les décisions du 16 août 2019 sont annulées et la cause renvoyée à l'autorité inférieure pour instruction complémentaire dans le sens des considérants et nouvelle décision.

**2.**

Il n'est pas perçu de frais de procédure. L'avance de frais de Fr. 800.- déjà versée par le recourant lui sera restituée dès l'entrée en force du présent arrêt.

**3.**

Une indemnité de dépens de Fr. 500.- est allouée au recourant à charge de l'OAIE

**4.**

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

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

La présidente du collège :

La greffière :

Madeleine Hirsig-Vouilloz

Isabelle Pittet

**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 :