



Cour III
C-5839/2019

Arrêt du 20 février 2024

Composition

Caroline Bissegger (présidente du collège),
David Weiss, Vito Valenti, juges,
Müjde Atak, greffière.

Parties

A. _____, (France)
recourant,

contre

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

Objet

Assurance-invalidité, rente temporaire
(décision du 24 septembre 2019).

Faits :**A.**

A._____ (ci-après : l'assuré, l'intéressé ou le recourant), de nationalité française et domicilié en France, est né le (...) 1987 et est célibataire (OAI-B._____ pce 2). Entre 2009 et 2016, l'intéressé a travaillé, à 100%, en Suisse dans le domaine de montage industriel et a ainsi cotisé à l'assurance-invalidité et à l'assurance-vieillesse et survivants suisses (ci-après : AI/AVS) pendant 60 mois (cf. extrait du compte individuel du 11 décembre 2017 [OAI-B._____ pce 20 p. 2]).

B.

B.a En date du 29 septembre 2017, l'Office de l'assurance-invalidité du canton B._____ (ci-après : OAI-B._____) a réceptionné la demande de prestations AI, datée du 20 juin 2017, de l'assuré. Il ressort en substance de cette demande que l'intéressé est en incapacité de travail totale depuis le 28 octobre 2016 en raison des douleurs dorsales (OAI-B._____ pce 2). A l'appui de sa demande, l'assuré a notamment produit un rapport médical du 19 septembre 2017 du Dr C._____ (ci-après : Dr C._____), psychiatre, lequel a diagnostiqué un épisode dépressif sévère avec symptômes psychotiques (F32.3), évoluant depuis plusieurs mois, ainsi qu'un rapport médical du 8 mars 2017 de la Dre D._____ (ci-après : Dre D._____), rhumatologue, laquelle a retenu une lombalgie persistante avec une étiologie à la fois haute par souffrance de la charnière dorso-lombaire et basse par discopathie protrusive (OAI-B._____ pce 3).

B.b Dans le cadre de l'instruction de cette demande, l'OAI-B._____ a notamment recueilli des rapports médicaux auprès des médecins traitants de l'intéressé (cf. notamment OAI-B._____ pces 6, 27, 31, 45), le dossier de l'assurance perte de gain (cf. en particulier OAI-B._____ pces 7 et 30, 49), les avis de son service médical régional (ci-après : SMR ; cf. principalement OAI-B._____ pces 12-14, 29, 47, 53 et 66) et a mis en place une expertise psychiatrique, réalisée par le Dr E._____ (ci-après : Dr E._____), psychiatre FMH, psychothérapeute et expert certifié SIM (cf. le rapport d'expertise du 29 avril 2019 [OAI-B._____ pce 64]). Par avis médical du 7 mai 2019, le SMR s'est prononcé sur l'état de santé de l'intéressé ainsi que sur le rapport d'expertise du 29 avril 2019 (cf. le rapport médical du Dr F._____ (ci-après : Dr F._____), spécialiste en médecine de travail et expert certifié SIM [OAI-B._____ pce 66]).

B.c A l'issue de son instruction, l'OAI-B. _____ a informé l'assuré par projet de décision du 27 mai 2019 qu'il entendait lui octroyer une demi-rente d'invalidité limitée dans le temps, soit du 1^{er} mars au 31 juillet 2018 (OAI-B. _____ pce 68). L'intéressé a sommairement fait opposition par l'entremise de son conseil contre ce projet de décision et a produit deux rapports médicaux, datés des 20 juin et 16 juillet 2019, établis par le Dr C. _____. Celui-ci indiquait en substance que l'intéressé était en incapacité de travail totale et permanente en raison de trouble dépressif (OAI-B. _____ pces 69 et 71).

B.d Par décision du 24 septembre 2019, l'Office de l'assurance-invalidité pour les assurés résidant à l'étranger (ci-après : OAIE ou l'autorité inférieure) a confirmé l'octroi à l'assuré d'une demi-rente d'invalidité limitée dans le temps, soit du 1^{er} mars au 31 juillet 2018 (OAI-B. _____ pce 77).

C.

C.a Par acte du 31 octobre 2019, l'assuré, par l'entremise de G. _____, a interjeté recours contre la décision de l'OAIE du 24 septembre 2019 par-devant le Tribunal administratif fédéral (ci-après : le Tribunal), en indiquant qu'il était toujours en incapacité de travail totale et en suivi psychiatrique. En plus des atteintes déjà connues, il souffrait d'autres troubles médicaux, lesquels avaient nécessité des explorations par IRM, soit une IRM médullaire du 20 septembre 2019 et une autre de l'épaule droite du 24 septembre 2019 (TAF pce 1).

C.b Par décision incidente du 14 novembre 2019, le Tribunal a invité le recourant à verser une avance sur les frais de procédure présumés de 800 francs dans les 30 jours dès réception de ladite décision, sous peine d'irrecevabilité du recours (TAF pce 2). Le montant a été versé dans le délai imparti (TAF pce 4).

C.c Par réponse du 7 février 2020, l'autorité inférieure a transmis au Tribunal la prise de position de l'OAI-B. _____ du 3 février 2020 ainsi que le dossier de la cause et a conclu au rejet du recours et à la confirmation de la décision attaquée (TAF pce 6).

C.d Par réplique du 11 mars 2020 (timbre postal), le recourant a allégué une aggravation de son état de santé en raison d'une maladie de Lyme chronique et produit un rapport d'analyse sanguine de la Dre H. _____ (ci-après : Dre H. _____), de spécialisation inconnue, du 23 décembre

2019 et un certificat médical du 6 janvier 2020 du Dr I. _____ (ci-après : Dr I. _____), omnipraticien conventionné (TAF pce 9).

C.e Par duplique du 23 avril 2020, l'autorité inférieure a transmis au Tribunal la prise de position du 17 avril 2020 de l'OAI-B. _____ et conclu au rejet du recours et à la confirmation de la décision attaquée (TAF pce 11).

C.f Par ordonnance du 20 mai 2020, le Tribunal a signalé aux parties la clôture de l'échange d'écritures, sous réserve d'autres mesures d'instruction (TAF pce 12).

C.g Par correspondance du 23 juillet 2020, le recourant a transmis au Tribunal un rapport médical du 15 juin 2020 du Dr C. _____ (TAF pce 14). Par courrier du 3 septembre 2020, l'OAIE a communiqué au Tribunal la prise de position spontanée de l'OAI-B. _____ du 28 août 2020 ainsi que l'avis du SMR du 25 août 2020 (TAF pce 16). Dans son avis médical, le Dr F. _____ relève en substance que les informations figurant au dossier ne permettent pas de prouver l'existence d'une borréliose de Lyme en octobre 2019 et estime nécessaire que le recourant produise tous les rapports médicaux dont il dispose à cet égard. L'OAI-B. _____ retient que sur le plan psychiatrique, l'état de santé ne semble pas s'être détérioré depuis l'expertise du Dr E. _____ dès lors que le traitement médicamenteux mentionné dans le rapport transmis par l'intéressé correspond à celui décrit dans le rapport d'expertise psychiatrique (TAF pce 16).

C.h Par correspondance du 3 novembre 2020, l'intéressé déclare qu'il présentait dès 2016 les symptômes en lien avec la maladie de Lyme, lesquels se sont accentués en 2018 et produit un certificat médical du Dr I. _____ du 20 octobre 2020. Ce dernier rapporte que l'assuré est en traitement pour une maladie de Lyme chronique, confirmée par plusieurs tests effectués en France le 14 août 2019 et en Allemagne le 23 décembre 2019. En outre, le Dr I. _____ déclare que les tests confirment une maladie de Lyme dont les symptômes ont débuté en 2016 et se sont accentués et aggravés en 2018 (TAF pce 19).

C.i Par ordonnance du 17 novembre 2020, le Tribunal a réouvert l'échange d'écritures et invité le recourant à produire toute pièce susceptible d'étayer le diagnostic de la maladie de Lyme chronique et l'état d'avancement de cette pathologie au moment de la décision litigieuse (TAF pce 20).

C.j Par correspondance du 22 décembre 2020, le recourant a produit une prescription médicale du 1^{er} novembre 2020 ainsi qu'un certificat médical du 21 décembre 2020 du Dr I. _____ (TAF pce 22).

C.k Par correspondance du 10 février 2021, l'OAIE a transmis au Tribunal la prise de position de l'OAI-B. _____ du 3 février 2021 ainsi que l'avis du SMR du 2 février 2021 et a conclu au rejet du recours et à la confirmation de la décision attaquée (TAF pce 26).

C.l Par ordonnance du 16 février 2021, le Tribunal a signalé aux parties la clôture de l'échange d'écritures, sous réserve d'autres mesures d'instruction (TAF pce 27).

C.m En date du 23 janvier 2023, G. _____ a informé le Tribunal de sa fermeture définitive au 30 juin 2023 et qu'à compter du 1^{er} février 2023, tous les courriers devraient être directement adressés au recourant (cf. TAF pces 34, 37 et 38).

C.n Par ordonnance du 7 décembre 2023, le Tribunal a invité le recourant à prendre position sur le renvoi envisagé de la cause à l'OAIE pour compléter l'instruction et à communiquer s'il voulait retirer son recours jusqu'au 23 janvier 2024, à défaut de quoi ce dernier serait considéré comme maintenu (éventuelle reformatio in pejus ; TAF pce 39). Celle-ci est revenue en retour au Tribunal avec la mention « destinataire inconnu à l'adresse » (TAF pces 40 et 41).

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.

1.1 Le Tribunal administratif fédéral examine sa compétence d'office et avec une pleine cognition (art. 7 al. 1 PA), respectivement la recevabilité des moyens de droit qui lui sont soumis (art. 31 LTAF ; ATF 133 I 185 consid. 2 et les références citées).

1.2 Sous réserve des exceptions, non réalisées en l'espèce, prévues à l'art. 32 LTAF, le Tribunal 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 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.

1.3 Selon l'art. 37 LTAF, la procédure devant le Tribunal administratif fédéral est régie par la PA pour autant que la LTAF n'en dispose pas autrement. En vertu de l'art. 3 let. d^{bis} PA, la procédure en matière d'assurances sociales n'est pas régie par la PA dans la mesure où la loi fédérale du 6 octobre 2000 sur la partie générale du droit des assurances sociales (LPGA, RS 830.1) est applicable. Selon l'art. 2 LPGA, les dispositions de ladite loi sont applicables aux assurances sociales régies par la législation fédérale, si et dans la mesure où les lois spéciales sur les assurances sociales le prévoient. Selon l'art. 1 al. 1 LAI, les dispositions de la LPGA s'appliquent à l'assurance-invalidité (art. 1a à 26^{bis} et 28 à 70), à moins que la LAI ne déroge à la LPGA.

1.4 En l'occurrence, interjeté en temps utile (art. 20, 21, 50 PA et art. 60 LPGA), dans les formes prescrites (art. 52 PA), auprès de l'autorité judiciaire compétente (art. 33 let. d LTAF et art. 69 al. 1 let. b LAI), par un administré directement touché par la décision attaquée (art. 59 LPGA et art. 48 PA) et l'avance sur les frais de procédure présumés ayant été dûment acquittée (art. 63 al. 4 PA), le recours du 31 octobre 2019 est recevable.

2.

En l'espèce, l'objet du litige est le bien-fondé de la décision du 24 septembre 2019 de l'OAIE.

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, 3^e éd. 2011, ch. 2.2.6.3). Ce faisant, il ne tient pour existants que les faits qui sont prouvés, cas échéant au degré de la vraisemblance prépondérante (ATF 139 V 176 consid. 5.2 ; 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, 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 ; ATF 121 V 204 consid. 6c ; ANDRÉ MOSER et al., *Prozessieren vor dem Bundesverwaltungsgericht*, 3^e éd. 2022, 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 Compte tenu des éléments d'extranéité ressortant du dossier, est applicable l'accord du 21 juin 1999 sur la libre circulation des personnes (ALCP, RS 0.142.112.681) ainsi que ses annexes et règlements (en particulier : règlement n° 883/2004, RS 0.831.109.268.1, et n° 987/2009, RS 0.831.109.268.11). Néanmoins, l'invalidité ouvrant droit à des prestations de l'assurance-invalidité suisse se détermine exclusivement d'après le droit suisse (art. 46 al. 3 et annexe VII du règlement n° 883/2004, en relation avec l'annexe VII dudit règlement : ATF 130 V 253 consid. 2.4 ; arrêt du TF 9C_465/2022 du 1^{er} mars 2023 consid. 5.5).

3.3 En outre, il y a lieu en principe d'appliquer les règles de droit matériel en vigueur lors de la réalisation de l'état de fait qui doit être apprécié juridiquement ou qui a des conséquences juridiques, sous réserve des 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). Le juge des assurances sociales apprécie en outre la légalité des décisions d'après les faits existant au moment où la décision litigieuse a été rendue (ATF 121 V 362 consid. 1b ; 99 V 98 consid. 4 ; arrêts du TF 9C_25/2012 du 25 avril 2012 consid. 2.1 ; 9C_931/2008 du 8 mai 2009 consid. 4.3). Dans le cas d'espèce, la décision litigieuse ayant été rendue le 24 septembre 2019, il y a lieu de s'en tenir aux faits survenus jusqu'à cette date et d'appliquer le droit en vigueur jusqu'à ce moment-là. Dès lors, la modification de la LAI du 19 juin 2020 (RO 2121 705 ; FF 2017 2559), dans la mesure où elle est entrée en vigueur au 1^{er} janvier 2022, ne trouve pas application dans le cas d'espèce.

4.

Selon l'art. 36 LAI, l'assuré qui compte trois années au moins de cotisations lors de la survenance de l'invalidité a droit à une rente d'invalidité ordinaire (al. 1). En l'occurrence, le recourant a versé des cotisations à l'AVS/AI suisse pendant 60 mois (cf. consid. A supra ; OAI-B. _____ pce 20 p. 2). Il remplit donc la condition de durée minimale de cotisations. Il reste à examiner si l'assuré est invalide au sens de la loi.

5.

5.1 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 pas être rétablie, maintenue ou améliorée par des mesures de réadaptation raisonnablement exigibles (let. a) ; s'il a présenté une incapacité de travail (art. 6 LPGGA) d'au moins 40% en moyenne durant une année sans interruption notable (let. b) ; et si, au terme de cette année, il est invalide (art. 8 LPGGA) à 40% au moins (let. c).

5.2 Un assuré a droit à un quart de rente s'il est invalide à 40% au moins, à une demi-rente s'il est invalide à 50% au moins, à trois quarts de rente s'il est invalide à 60% au moins et à une rente entière s'il est invalide à 70% au moins (art. 28 al. 2 LAI). Les rentes correspondant à un taux d'invalidité inférieur à 50% sont versées aux ressortissants suisses et aux ressortissants d'un Etat membre de l'Union européenne s'ils ont leur domicile et leur résidence habituelle sur le sol de l'un d'eux (art. 29 al. 4 LAI ; art. 4 et 7 du règlement n° 883/2004).

5.3 Le droit à la rente prend naissance au plus tôt à l'échéance d'une période de six mois à compter de la date à laquelle l'assuré a fait valoir son droit aux prestations conformément à l'art. 29 al. 1 LPGGA, mais pas avant le mois qui suit le 18^e anniversaire de l'assuré (art. 29 al. 1 LAI) et sous réserve d'un délai d'attente d'une année à compter du début de l'atteinte à la santé (art. 28 al. 1 let. b LAI).

5.4 Aux termes de l'art. 8 al. 1 LPGGA, est réputée invalidité l'incapacité de gain totale ou partielle qui est présumée permanente ou de longue durée. L'art. 4 al. 1 LAI précise que l'invalidité peut résulter d'une infirmité congénitale, d'une maladie ou d'un accident. L'al. 2 de cette disposition mentionne que l'invalidité est réputée survenue dès qu'elle est, par sa nature et sa gravité, propre à ouvrir droit aux prestations entrant en considération. Selon l'art. 7 al. 1 LPGGA, 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 LPGGA). 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 LPGGA).

5.5 La notion d'invalidité, dont il est question à l'art. 8 LPGA et à l'art. 4 LAI, est de nature juridique/économique et non pas médicale (ATF 116 V 246 consid. 1b). En d'autres termes, l'assurance-invalidité suisse couvre seulement les pertes économiques liées à une atteinte à la santé physique, mentale ou psychique, qui peut résulter d'une infirmité congénitale, d'une maladie ou d'un accident, et non la maladie en tant que telle. Selon l'art. 16 LPGA, applicable par le renvoi de l'art. 28a al. 1 LAI, pour évaluer le taux d'invalidité, le revenu que l'assuré aurait pu obtenir s'il n'était pas invalide est comparé avec celui qu'il pourrait obtenir en exerçant l'activité qui peut raisonnablement être exigée de lui après les traitements et les mesures de réadaptation, sur un marché du travail équilibré (méthode générale). Selon la jurisprudence constante, bien que l'invalidité soit une notion juridique et économique, les données fournies par les médecins constituent néanmoins un élément utile pour apprécier les conséquences de l'atteinte à la santé et pour déterminer quels travaux peuvent être encore raisonnablement exigés (ATF 115 V 133 consid. 2 ; 114 V 310 consid. 3c).

5.6 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 (art. 17 LPGA et art. 88a RAI ; ATF 133 V 263 consid. 6.1 ; arrêt du TF 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 ; MARGIT 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 413 consid. 2d ; arrêt du TF 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. Selon son al. 2, si la capacité de gain de l'assuré ou sa capacité d'accomplir les travaux habituels se dégrade, ou si son impotence ou encore le besoin de soins ou le besoin d'aide découlant de son invalidité s'aggrave, ce changement est déterminant pour l'accroissement du droit aux prestations dès qu'il a duré trois mois sans interruption notable. L'art. 29^{bis} RAI est

toutefois applicable par analogie. Aux termes de cette dernière disposition, si la rente a été supprimée du fait de l'abaissement du degré d'invalidité et que l'assuré, dans les trois ans qui suivent, présente à nouveau un degré d'invalidité ouvrant le droit à la rente en raison d'une incapacité de travail de même origine, on déduira de la période d'attente que lui imposerait l'art. 28 al. 1 let. b LAI, celle qui a précédé le premier octroi.

6.

6.1 La reconnaissance de l'existence d'une atteinte à la santé psychique suppose la présence d'un diagnostic émanant d'un expert (psychiatre) et s'appuyant selon les règles de l'art sur les critères d'un système de classification reconnu, tel la CIM ou le DSM-IV (ATF 143 V 409 consid. 4.5.2 ; 141 V 281 consid. 2.2 et 3.2 ; 130 V 396 consid. 5.3 et 6 ; arrêts du TF 8C_841/2016 du 30 novembre 2017 consid. 4.5.2 et 9C_815/2012 du 12 décembre 2012 consid. 3). A l'inverse, si l'expert psychiatre identifie un phénomène d'exagération des symptômes ou une constellation similaire chez l'intéressé, aucune atteinte psychique ouvrant le droit aux prestations d'assurance ne peut être reconnue (motifs d'exclusion ; ATF 141 V 281 consid. 2.2).

6.2 Le 30 novembre 2017, dans deux arrêts de principe, le Tribunal fédéral a estimé qu'en règle générale, toutes les affections psychiques (ATF 143 V 418 consid. 7.1 ss) – aussi les troubles dépressifs de degré léger ou moyen (ATF 143 V 409 consid. 4.5.1 ss) – doivent faire l'objet d'une procédure probatoire structurée au sens de l'ATF 141 V 281 (arrêt du TF 8C_841/2016 du 30 novembre 2017) afin de pouvoir évaluer le droit à une rente d'invalidité de la personne concernée, soit sa capacité résiduelle de travail. Le Tribunal fédéral a ainsi conçu un catalogue d'indicateurs, classés en deux catégories (ATF 141 V 281 consid. 4.1.3). La première catégorie "degré de gravité fonctionnel" comprend les complexes « atteinte à la santé » (soit l'expression des éléments pertinents pour le diagnostic, le succès du traitement ou la résistance à cet égard, le succès de la réadaptation ou la résistance à cet égard ainsi que les comorbidités ; consid. 4.3.1 de l'ATF 141 V 281), « personnalité » (structure et développement de la personnalité, ressources personnelles ; consid. 4.3.2 de l'arrêt cité) et « contexte social » (consid. 4.3.3) alors que la seconde catégorie "cohérence (point de vue du comportement)" considère la limitation uniforme du niveau des activités dans tous les domaines comparables de la vie (consid. 4.4.1) et le poids des souffrances révélées par l'anamnèse établie en vue du traitement et de la réadaptation (consid. 4.4.2).

6.3 En outre, le Tribunal fédéral a remarqué que le suivi (et l'évolution) d'une thérapie adéquate de psychothérapie constitue un indicateur de la gravité de l'affection et est exigible compte tenu de l'obligation de réduire le dommage de la personne assurée (ATF 143 V 409 consid 4.4 et 4.5.2). Il a également souligné que le catalogue d'indicateurs n'est pas immuable, devant au contraire évoluer avec les connaissances scientifiques médicales et juridiques, et qu'il sied de toujours tenir compte des circonstances du cas concret, le catalogue n'ayant pas la fonction d'une simple check-list (ATF 141 V 281 consid. 4.1.1).

La Haute Cour a encore précisé que pour des raisons de proportionnalité, il n'est pas nécessaire de procéder à un examen normatif selon l'ATF 141 V 281 lorsque des médecins spécialisés nient, d'une manière fondée et avec motivation, la présence d'une incapacité de travail, que leurs rapports médicaux répondent aux exigences jurisprudentielles et que des éventuels avis contradictoires n'ont pas de force probante notamment parce qu'ils proviennent de médecins qui ne sont pas spécialisés ou pour d'autres raisons (ATF 143 V 418 consid. 7.1 ; 143 V 409 consid. 4.5). A titre d'exemple, il n'y a en principe pas besoin de réaliser un examen de preuve structurée dans les cas où il est établi à la vraisemblance prépondérante que la personne assurée ne souffre que d'un trouble dépressif léger qui n'est pas encore chronique et que, de plus, elle ne présente pas de comorbidités (ATF 143 V 409 consid. 4.5.3 ; arrêt du TF 9C_580/2017 du 16 janvier 2018 consid. 3.1). Il ne faut pas non plus procéder à un examen normatif structuré lorsque l'assuré présente notamment une dysthymie ainsi qu'un trouble dépressif en rémission (arrêt du TF 8C_341/2018 du 13 août 2018).

7.

7.1 Selon l'art. 69 al. 2 RAI, l'office de l'assurance-invalidité compétent réunit les pièces nécessaires, en particulier sur l'état de santé du requérant, son activité, sa capacité de travail et son aptitude à être réadapté, ainsi que sur l'indication de mesures déterminées de réadaptation. A cet effet peuvent être exigés ou effectués des rapports ou des renseignements, des expertises ou des enquêtes sur place ; il peut être fait appel aux spécialistes de l'aide publique ou privée aux invalides.

7.2 Ainsi, le point de départ de l'examen du droit aux prestations est l'ensemble des éléments et constatations médicales. L'élément déterminant pour reconnaître pleine valeur probante à un rapport médical n'est ni son origine, ni sa désignation, mais son contenu (ATF 125 V 351 consid. 3a ;

135 V 465 consid. 4.4). A cet égard, il importe que les points litigieux importants aient fait l'objet d'une étude fouillée, que le rapport se fonde sur des examens complets, qu'il prenne également en considération les plaintes exprimées, qu'il ait été établi en pleine connaissance du dossier, que la description des conséquences médicales soit claire et, enfin, que les conclusions du spécialiste soient bien motivées (ATF 134 V 231 consid. 5.1 ; 130 V 396).

7.3 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 (cf. consid. 5.6 supra), 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 TF 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 TF 8C_445/2017 du 9 mars 2018 consid. 2.2 ; ANDREAS TRAUB, *Zum Beweiswert medizinischer Gutachten im Zusammenhang mit der Rentenrevison*, RSAS 2012 p. 183 ss ; MICHEL VALTERIO, *op. cit.*, art. 31 n° 11).

7.4 Lorsqu'au stade de la procédure administrative, une expertise confiée à un médecin indépendant est établie par un spécialiste reconnu, sur la base d'observations approfondies et d'investigations complètes, de même qu'en pleine connaissance du dossier, et que l'expert 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).

7.5 Selon la formule consacrée par la jurisprudence, l'expert médical a pour tâches d'informer le juge ou l'administration sur des règles d'expérience ou sur des notions relevant de son domaine d'expertise, d'élucider pour le tribunal ou les organes administratifs des questions de fait dont la vérification et l'appréciation exigent des connaissances spéciales – scientifiques, techniques ou professionnelles – ou de tirer, sur la base de ses connaissances, des conclusions sur des faits existants. L'expert répond exclusivement aux questions de fait qui relèvent de son

domaine de compétences ; la résolution des questions juridiques incombe en revanche au juge ou à l'administration. En outre, l'expert doit éviter tout fait ou comportement pouvant susciter un doute quant à son impartialité, laquelle requiert l'indépendance, l'objectivité et la neutralité (arrêts du TF 8C_448/2015 du 17 décembre 2015 consid. 4.2 ; I 195/05 du 20 décembre 2006 consid. 4.4 ; JACQUES OLIVIER PIGUET, Loi sur la partie générale des assurances sociales, Commentaire romand, 2018, art. 44 n° 10 pp. 551-553).

7.6 Les rapports des SMR selon les art. 59 al. 2^{bis} LAI et 49 al. 1 et 3 RAI ont une autre fonction que les examens sur la personne de l'assuré au sens de l'art. 49 al. 2 RAI effectués par les SMR et de l'art. 44 LPGA effectués par un expert indépendant. Les rapports au sens des art. 59 al. 2^{bis} LAI et 49 al. 1 et 3 RAI ne se fondent pas sur des examens médicaux effectués sur la personne mais contiennent les résultats de l'examen des conditions médicales du droit aux prestations et une recommandation, sous l'angle médical, concernant la suite à donner à la demande de prestations. Ils ne posent pas de nouvelles conclusions médicales mais portent une appréciation sur celles déjà existantes (arrêts du TF 9C_581/2007 du 14 juillet 2008 consid. 3.2 et 9C_341/2007 du 16 novembre 2007 consid. 4.1).

7.7 Quant aux rapports établis par les médecins traitants, le juge peut et doit tenir compte du fait que selon l'expérience, le médecin traitant est généralement enclin, en cas de doute, à prendre parti pour son patient en raison de la relation de confiance issue du mandat thérapeutique qui l'unit à ce dernier (ATF 135 V 465 consid. 4.5 ; 125 V 351 consid. 3a/cc). Cette constatation s'applique de même aux médecins non traitant ou spécialistes (expertises privées) consultés par un patient en vue d'obtenir un moyen de preuve à l'appui de sa requête (arrêt du TF I 321/03 du 29 octobre 2003 consid. 3.1 ; MICHEL VALTERIO, op. cit., art. 57 n° 48). Toutefois le simple fait qu'un certificat médical ou une expertise privée 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. 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 (ATF 125 V 351 consid. 3b/dd et les références citées ; arrêts du TF 9C_338/2016 du 21 février 2017 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).

7.8 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.

8.1 En l'espèce, par décision du 24 septembre 2019, l'autorité inférieure a octroyé à l'assuré une demi-rente pour la période du 1^{er} mars au 31 juillet 2018 en considérant qu'il avait une capacité de travail de 50% dans une activité adaptée, soit une activité légère sans tâche complexe et contrainte de temps. Dès le 1^{er} août 2019, l'OAIE a considéré que le recourant avait retrouvé une pleine capacité de travail dans une activité professionnelle adaptée (annexes à TAF pce 1).

8.2 Ainsi, il convient d'examiner l'état de santé du recourant respectivement sa capacité de travail et de gain et de déterminer si la décision litigieuse du 24 septembre 2019 est conforme au droit fédéral.

8.2.1 Selon les pièces au dossier, l'assuré a déposé une demande de prestations AI en raison d'un épisode dépressif sévère avec symptômes psychotiques (F32.3) et des douleurs lombaires, associant une irradiation douloureuse ascendante dorsale et cervicale avec de fréquentes céphalées (OAI-B. _____ pces 2, 3 et 6). L'assurance perte de gain de l'intéressé a mis en place une expertise, réalisée par le Dr J. _____ (ci-après : Dr J. _____), FMH en médecine interne et maladies rhumatismales (OAI-B. _____ pce 7 p. 11 ss). Selon le rapport d'expertise du 22 mai 2017, le Dr J. _____ n'a retenu aucun diagnostic ayant un effet durable sur la capacité de travail de l'intéressé. S'agissant des atteintes sans effet sur la capacité de travail, le Dr J. _____ a rapporté des douleurs paravertébrales chroniques non spécifiques avec irradiation diffuse jusqu'à la tête et à la jambe gauche, lesquelles ne sont pas suffisamment soutenues somatiquement, sont en relation avec les facteurs étrangers à la maladie. Le recourant se plaint dans ce contexte de douleur diffuse lors de la pression sur la zone paravertébrale. Le Dr J. _____ a également relevé que l'intéressé était en surpoids (IMC 29.95 kg/m²; OAI-B. _____ pce 7 p. 15). Le Dr J. _____ ne relève aucun

signe de syndrome d'irritation, de défaillance radriculaire, de canal rachidien symptomatiquement étroit ou de douleur d'étirement des nerfs. Sur la base de la documentation médicale en sa possession et de son examen clinique, le Dr J. _____ indique que l'étendue et l'intensité des troubles décrits par l'intéressé peuvent tout au plus être partiellement fondées sur des résultats somatiques et pathologiques objectivables et qu'il existe des facteurs étrangers à la maladie (tels que l'absence prolongée de travail professionnel, une incapacité de travail de longue durée attestée par le médecin, des connaissances limitées de la langue allemande, une situation défavorable sur le marché du travail et, éventuellement une motivation limitée), un comportement agressif dans le cadre d'une demande de rente et une affection psychosomatique et psychiatrique, laquelle est considérée comme secondaire et n'est pas mentionnée dans la documentation médicale mise à sa disposition. Le Dr J. _____ retient que d'un point de vue purement somatique et rhumatologique, la capacité de travail n'a pas été limitée de manière durable pour la dernière activité professionnelle exercée. En outre, il recommande à l'assuré un traitement médicamenteux composé d'anti-douleur et/ou d'antiinflammatoire, un amaigrissement, des exercices physiques d'activation générale et l'arrêt du tabac. Enfin, le Dr J. _____ retient un bon pronostic sur le plan purement somatique et rhumatologique (OAI-B. _____ pce 7 pp. 15-20). Le 29 novembre 2017, le Dr F. _____ a rencontré l'assuré dans le cadre d'un examen médical d'orientation dans les bureaux de l'OAI-B. _____ (OAI-B. _____ pce 14). Il ressort du rapport établi à cet effet que le Dr F. _____ suit les conclusions médicales du Dr J. _____ sur le plan somatique et que sur le plan psychiatrique, il relève que l'assuré a une légère humeur dépressive et non pas une dépression grave. A cet égard, le Dr F. _____ ne constate pas de troubles de concentration, de l'attention ou de la compréhension, de signes de fatigue, ni de signe de ralentissement psychomoteur. En outre, il indique que l'assuré parle spontanément, est coopératif et tourné vers les autres dans la conversation, le rapport affectif s'établissant facilement, qu'il a une humeur équilibrée et que sur le plan de la forme, le raisonnement n'est ni inhibé, ni ralenti, ni appauvri en idées. En outre, le Dr F. _____ mentionne que l'intéressé souffre d'un trouble de l'adaptation avec conflit psychosocial avec l'employeur, avec composante anxieuse et réaction de stress psycho-végétatif, qui, selon les déclarations actuelles de l'assuré, s'est déjà amélioré et ne provoquera vraisemblablement plus de limitation de la capacité de travail dans quelques mois.

8.2.2 L'assurance perte de gain a également mis en place une expertise psychiatrique, laquelle a été réalisée par la Dre K. _____ (ci-après : Dre

K. _____), psychiatre et psychothérapeute FMH (cf. rapport d'expertise du 17 novembre 2017 [OAI-B. _____ pce 30]). A l'issue de son examen, la Dre K. _____ constate, en particulier, sur le plan psychométrique un épisode dépressif modérément grave, voire limite grave. Elle indique que lors de l'expertise, l'intéressé se présente avec un état dépressif très agité, pressé et désespéré, avec une tension et une pression interne très fortes, que les sentiments d'insuffisance et de honte, mais aussi de rancune et d'impuissance sont au centre de son état, et que la pensée formelle est moyennement à fortement perturbée ou limitée à la situation de travail et s'y pervertit, avec un « drive » psychodynamique élevé ou accéléré, erratique, avec des cercles de pensées et des ruminations. Hormis les exercices quotidiens de physiothérapie et de natation, l'assuré semble replié sur lui-même, surmené, négligeant son ménage et son alimentation, et souffre toujours de troubles du sommeil, avec une vitalité réduite et des troubles de la concentration. Sur le plan social, l'intéressé s'est largement retiré de son réseau habituel (cf. en particulier OAI-B. _____ pce 30 pp. 19-23). Toutefois, l'assuré se montre également orienté vers l'avenir, les solutions et la guérison, en expliquant vouloir exercer une activité adaptée, par exemple en tant que conducteur de camion, de chariot élévateur ou de bulldozer et se penchant sur les formations requises à cet effet. En outre, l'experte ne constate aucune tendance démonstrative ou simulation chez l'assuré, qui n'attire aucunement l'attention sur son vécu de la douleur (OAI-B. _____ pce 30 p. 18 et 24).

Sur la base de l'anamnèse et de son évaluation psychiatrique, l'experte a retenu le diagnostic principal de trouble dépressif récurrent, avec épisode dépressif actuel modéré à modérément sévère, avec syndrome somatique, et sans symptômes psychotiques (F33.11 et F33.2), ainsi que la sous-catégorie diagnostique de trouble douloureux chronicisant avec des facteurs somatiques et psychiques (F45.41). La Dre K. _____ a également relevé qu'il existait des facteurs psychologiques ou comportementaux dans le cadre d'affections classées ailleurs (F54/H93.1), soit des acouphènes (OAI-B. _____ pce 30 p. 25). En outre, l'experte indique que ces troubles sont déclenchés par les problèmes liés à l'activité professionnelle (Z56) de l'assuré.

Les critères diagnostiques retenus sont une humeur gravement déprimée avec une perte totale d'intérêt et de plaisir, une perte d'estime de soi, des sentiments marqués d'inutilité, de culpabilité et de honte, des troubles de la pensée et de la concentration, une agitation psychomotrice (subjective et objective) marquée, des troubles du sommeil et de l'appétit. La conflictualité psychosociale entretient les symptômes et l'anxiété

existentielle augmente en conséquence au cours de l'évolution en l'absence d'amélioration de l'état. S'agissant du trouble douloureux avec facteurs somatiques et psychiques, la Dre K._____ rapporte que les douleurs présentes depuis au moins 6 mois dans une ou plusieurs régions anatomiques sont au premier plan du tableau clinique et trouvent leur origine dans un processus physiologique ou un trouble physique. Selon cette catégorie diagnostique, les facteurs psychiques jouent un rôle important dans la sévérité, l'exacerbation et/ou la persistance des douleurs, mais pas dans leur déclenchement. La douleur est une cause cliniquement significative de souffrance et de handicap dans le domaine social, professionnel ou dans d'autres domaines fonctionnels importants (OAI-B._____ pce 30 p. 24).

La Dre K._____ indique que cet état psychopathologique justifie actuellement une incapacité de travail de 100% dans le cadre de l'emploi habituel et que l'assuré ne peut plus raisonnablement reprendre son travail (même dans une activité plus légère, le cas échéant) en raison de l'évolution paranoïaque qu'il projette sur son patron. En outre, les troubles de la concentration, l'intolérance au stress et le manque de résistance au stress justifient actuellement une incapacité de travail d'environ 70% même en tant qu'ouvrier de démontage chez un autre employeur. Toutefois, l'experte psychiatrique relève qu'en poursuivant le traitement psychiatrique, de manière optimale avec une augmentation de la fréquence des séances, soit des séances hebdomadaires, et en particulier sous réserve de la clarification de la situation en matière de droit du travail ou de la résiliation la plus rapide possible des rapports de travail, qui ne sont de toute façon pas porteurs d'avenir, il faut s'attendre à une augmentation rapide de la capacité de travail, dans les trois mois ou au plus tard le 1^{er} février 2018 à 50%, et le 1^{er} mai 2018 à 100% (OAI-B._____ pce 30 p. 25).

8.2.3 Selon le rapport médical du 20 janvier 2018 du Dr C._____, l'intéressé souffre d'un épisode psychotique sévère avec symptômes psychotiques depuis juin 2017 et de discopathies en L4-L5 et L5-S1 post-traumatiques depuis novembre 2016. Le Dr C._____ décrit un syndrome dépressif avec des idées noires, de dévalorisation et d'auto et hétéro-agressivité, une irritabilité, un sentiment d'injustice, une ambiance persécutive, des cogitations anxieuses et des troubles du sommeil. En outre, le Dr C._____ indique que l'assuré est en incapacité de travail dans son entreprise actuelle et qu'il existe une possibilité de reprise de travail dans une autre entreprise (OAI-B._____ pce 27).

8.2.4 Selon l'avis SMR du 31 janvier 2018, la fréquence des consultations psychiatriques de l'intéressé avec son médecin traitant n'avait pas changé, celles-ci ayant toujours lieu mensuellement. Le Dr F. _____ indique que l'état d'agitation agressive, retenu par la Dre K. _____ dans son rapport d'expertise du 17 novembre 2017, repose très majoritairement sur les données anamnestiques de l'assuré, que les résultats objectifs relevés par l'experte ne plaident pas en faveur d'un degré de gravité de la dépression modérée à sévère et que le diagnostic de douleur chronique avec des facteurs somatiques et psychiques (F45.41) mérite également d'être revu. Le Dr F. _____ relève que lors de l'entretien du jour, l'assuré a déclaré qu'il allait un peu mieux, se plaignant d'une fatigue et d'une déprime matinales, ceci l'empêchant de se lever le matin, et que dès lors, ces indications correspondaient au constat objectif d'une dépression tout au plus légère (OAI-B. _____ pce 29).

8.2.5 Le recourant a été hospitalisé du 3 février au 19 mars 2018 au service de psychiatrie générale du Centre Hospitaliser L. _____ (OAI-B. _____ pces 31 et 49 pp. 2-4). Il ressort de la lettre de sortie du 21 mars 2018 du Dr M. _____ (ci-après : Dr M. _____), psychiatre, que l'intéressé a été adressé par les urgences de (...) pour un épisode dépressif caractérisé dans un contexte de licenciement. Le Dr M. _____ retient un état dépressif moyen (F32.1). Le Dr M. _____ indique qu'en entretien, l'intéressé s'exprime clairement dans un discours organisé et cohérent, que le contact est correct malgré une tension intérieure perceptible, les sourcils froncés et que l'assuré décrit depuis une semaine une nette aggravation de la thymie dépressive avec irritabilité, une colère et des ruminations anxieuses, l'empêchant de trouver le sommeil et le réveillant fréquemment au cours de la nuit. Le Dr M. _____ rapporte que l'intéressé est clinophile, aboulique, anhédonique et présente des idées noires sans intention suicidaire clairement établie et que la tonalité du discours est globalement persécutive, sans identification de phénomène hallucinatoire ni signe en faveur d'un vécu délirant. Enfin, le Dr M. _____ relève que la problématique semble davantage du registre borderline et explique l'impulsivité, qui n'est a priori pas attribuable à un trouble déficitaire de l'attention avec hyperactivité (TDAH), l'intéressé ne remplissant pas les critères (OAI-B. _____ pce 49 pp. 2-3).

8.2.6 Estimant que l'assuré ne présente pas de trouble dépressif grave, le Dr F. _____ a proposé la mise en place d'une expertise psychiatrique indépendante afin d'évaluer l'état de santé de l'intéressé (cf. rapport SMR du 24 septembre 2018 [OAI-B. _____ pce 53]).

8.3 Au début de l'année 2019, l'OAI-B. _____ a mis en place une expertise psychiatrique, réalisée par le Dr E. _____ le 23 avril 2019 (cf. le rapport d'expertise du 29 avril 2019 [OAI-B. _____ pce 64]).

8.3.1 Le Dr E. _____ diagnostique un trouble dépressif, épisode léger à modéré au maximum (F32.0) et une personnalité accentuée émotionnellement instable (Z73.1) comme diagnostics ayant un impact sur la capacité de travail. L'expert retient que le syndrome douloureux somatoforme (F45.41) est sans effet sur la capacité de travail de l'intéressé (OAI-B. _____ pce 64 p. 11).

8.3.2 Après un résumé des rapports médicaux, mis à sa disposition par l'OAI-B. _____, le Dr E. _____ rapporte en particulier les plaintes subjectives de l'intéressé, sa situation médicale actuelle, sa journée type, sa situation sociale, son anamnèse personnelle et familiale (OAI-B. _____ pce 64 pp. 3-6).

8.3.3 A l'examen, le Dr E. _____ indique en substance que la modulation affective est conservée, de même que la participation gestuelle et mimique, qu'aucun indice de troubles de la pensée formelle ou de fond n'a pu être trouvé et que l'assuré est conscient et orienté. L'expert relève également que l'intéressé ne présente pas de signe de troubles cognitifs et de mémoire, ses réponses étant rapides et ne nécessitant pas de longues réflexions. Le Dr E. _____ rapporte que la plupart du temps, l'assuré s'exprime de manière indistincte et difficilement compréhensible, ne faisant parfois que des allusions et ne parlant jamais spontanément, et que ses indications sont toujours très indifférenciées, globalisantes, pas facilement compréhensibles. L'expert ne constate pas d'indice de compulsions, de délires ou de phénomènes psychotiques et indique que l'affect est plutôt dysphorique, mais pas vraiment dépressif, l'intéressé souriant parfois, pouvant tout à fait montrer de la joie et ayant gardé de l'intérêt pour les émissions de football, même s'il ne pouvait pas jouer lui-même en raison de ses troubles. Le moral n'est pas au beau fixe, l'ambiance est morose, l'intéressé se demandant parfois pourquoi il se lève encore le matin, mais niant avoir des pensées suicidaires et se sentant principalement affecté par la douleur et le fait que sa vie sociale est brisée. L'assuré a déclaré avoir toujours été très émotif et plein de tempérament. Le Dr E. _____ note également que l'intéressé semble un peu tendu intérieurement, agité et frappe souvent dans l'autre main le papier qu'il tient, en remuant constamment ses pieds. En outre, l'expert rapporte que l'intéressé a réussi à rester assis pendant plus d'une heure sans faire état d'une quelconque gêne et qu'il a aussi indiqué souffrir de fortes migraines mais ne semblait

pas être affecté par celles-ci lors de l'expertise (OAI-B. _____ pce 64 pp. 7-9).

8.3.4 Le Dr E. _____ relève en particulier le comportement passif de l'intéressé dans ses explications, celui-ci donnant des indications générales et ne semblant en aucun cas introspectif. L'expert indique que l'assuré est très immature et totalement indifférencié, donnant des réponses brèves et parlant de manière difficile à comprendre et peu claire (OAI-B. _____ pce 64 pp. 8-9). Le Dr E. _____ ajoute également qu'en comparaison à l'expertise psychiatrique du 17 novembre 2017, où il avait décrit toute la situation problématique de manière très éloquente et détaillée, l'intéressé est resté remarquablement en retrait et passif dans ses explications puisque lors de cette nouvelle expertise, les conflits de travail ne sont qu'effleurés et ne sont pas détaillés. L'expert note que l'intéressé semble obnubilé par « l'accident » de 2016, où il s'est cassé le dos, ce qui l'empêche aujourd'hui de faire les choses les plus simples et limite même fortement certains de ses mouvements, ne pouvant presque plus monter les escaliers et indiquant que même dormir est difficile. Le Dr E. _____ explique le changement de comportement de l'assuré pendant les examens par un éventuel trouble de personnalité. L'expert indique que l'assuré se décrit lui-même comme ayant un fort tempérament, ayant été brièvement traité par un psychiatre pour ce type de comportement, et semblait parfois trop agressif, ayant du mal à rester calme. Des facteurs de personnalité instables peuvent donc au moins jouer un rôle. Toutefois, le Dr E. _____ relève qu'il n'y a pas d'indices clairs montrant que l'intéressé a rencontré des difficultés répétées dans les relations interpersonnelles, dans le domaine professionnel ou dans la vie sociale, il n'y a pas non plus suffisamment d'éléments d'anamnèse externe, et il ne semble pas y avoir eu de souffrance subjective marquée à cause de cela. L'expert déclare que sur la base des informations fournies dans le dossier, les critères d'un TDAH ne sont pas non plus suffisamment remplis mais qu'il faut au moins supposer que des traits de personnalité émotionnellement instables accentués jouent un rôle. Le Dr E. _____ déclare que l'intéressé ne semblait pas non plus, du moins lors des entretiens à l'office AI, être apparu aussi dépressif que ce que l'on aurait pu supposer sur la base des indications du psychiatre traitant, ce qui soutient à nouveau la thèse selon laquelle la personnalité a une influence pertinente sur son comportement (OAI-B. _____ pce 64 p. 9).

8.3.5 Le Dr E. _____ déclare que le trouble dépressif peut être diagnostiqué avec certitude puisque l'intéressé se comporte de manière passive, se replie sur lui-même, fait état d'une humeur déprimée et indique

une fatigabilité accrue. L'expert relève qu'il n'y a pas de perte d'intérêt ou de plaisir, que la motivation est également affectée par la médication sédatrice reçue par l'intéressé et constate l'absence d'un traitement paranoïaque proprement dit, qui aurait pu jouer un certain rôle dans le passé, l'intéressé s'étant laissé entraîner dans la problématique, parce qu'il se sentait traité injustement. Le Dr E. _____ rappelle que même lors de l'hospitalisation à la clinique L. _____, aucun symptôme psychotique n'avait été constaté. Le Dr E. _____ déclare que le trouble dépressif doit plutôt être interprété comme une symptomatologie d'accompagnement dans le cadre d'une constellation de personnalité instable. L'expert nie l'existence d'un trouble dépressif majeur et déclare que selon l'environnement, l'assuré semble aussi pouvoir mieux s'activer, comme l'a montré son séjour à la clinique L. _____ ; que l'intéressé n'a pas l'air franchement dépressif, mais plutôt d'humeur dysphorique et d'humeur plus claire, ce qui ne serait plus possible dans un état gravement dépressif. En ce qui concerne la problématique de la douleur indiquée par l'intéressé, le Dr E. _____ note que le handicap n'est pas visible pendant l'examen, que malgré les allégations de graves maux de tête au sens d'une migraine et des graves atteintes physiques, l'assuré n'est pas limité lors de l'expertise et est capable de suivre l'entretien, sans mentionner de douleurs. En outre, l'expert soulève que l'assuré n'est pas au bénéfice d'un traitement de la douleur à proprement parler, celui-ci suivant une physiothérapie avec exercice et utilisant un traitement relaxant avec un médicament inconnu ; que dans ce sens, les douleurs corporelles doivent également être relativisées, celles-ci étant subjectivement au premier plan et n'ayant pas de base organique et que la légère lésion organique retrouvée ne permet pas de justifier la symptomatologie. Ainsi, le Dr E. _____ indique qu'un éventuel trouble douloureux peut être envisagé et qu'il faut également tenir compte du fait que l'intéressé se comporte de manière extrêmement passive sur le plan physique, ce qui tend à provoquer les douleurs et explique également la symptomatologie douloureuse du corps entier que l'on trouve entre-temps. En outre, l'expert indique qu'aucun indice d'un autre trouble psychiatrique pertinent n'a pu être trouvé (OAI-B. _____ pce 64 p. 10).

S'agissant de la capacité de travail de l'intéressé, le Dr E. _____ indique qu'en raison de la symptomatologie des douleurs corporelles, on peut supposer qu'il ne faut plus effectuer de travaux physiques lourds et qu'il existe une incapacité de travail totale dans l'activité habituelle depuis le début de la thérapie psychiatrique en juin 2017. L'expert retient que l'intéressé devrait être capable d'exercer une activité physique légère à moyenne. En raison de l'état psychique, le Dr E. _____ estime que le

recourant doit être considéré comme ayant une résistance réduite, qu'il a besoin d'être encadré, n'étant pas en mesure d'assumer des responsabilités et qu'il ne doit pas avoir à effectuer des tâches complexes ni être pressé par le temps. Une activité adaptée de ce type serait possible, aucune restriction ne pouvant être attestée au jour de l'expertise. En outre, l'expert reprend les capacités de travail retenues par la Dre K. _____ lors de l'expertise du 17 novembre 2017 et retient une capacité de travail de 50% à partir de février 2018 et une capacité de travail totale à partir de mai 2018 (OAI-B. _____ pce 64 pp. 13-14).

8.3.6 Le Tribunal relève en premier lieu que les explications du Dr E. _____ ne sont pas suffisamment motivées. En effet, l'expert se repose souvent sur les déclarations subjectives de l'intéressé ou sur les éléments figurant dans les rapports médicaux en sa possession, n'expliquant ainsi pas de manière circonstanciée ses motivations et constatations médicales. A titre d'exemple, le Tribunal constate que selon le rapport de sortie de la clinique L. _____ du 21 mars 2018 (OAI-B. _____ pce 49 p. 3), le Dr M. _____ indique que les critères pour un trouble déficitaire de l'attention avec hyperactivité ne sont pas remplis et le Dr E. _____ écarte le problème de TDAH en se basant uniquement sur les informations fournies dans le dossier, sans autre explication. En outre, le Tribunal constate également que la problématique de borderline évoquée par le Dr M. _____ n'est pas traitée durant l'expertise. En effet, l'expert ne se prononce pas sur ce trouble. Ainsi, le rapport d'expertise est lacunaire sur la problématique de l'existence ou non d'un trouble de borderline.

8.3.7 Aussi, le Dr E. _____ nie le caractère grave du trouble dépressif, allégué par le recourant et attesté par son psychiatre traitant, et relève que de son point de vue, le trouble dépressif doit plutôt être interprété comme une symptomatologie d'accompagnement dans le cadre d'une constellation de personnalité instable. Le Dr E. _____ déclare quand même que le trouble dépressif peut être diagnostiqué avec certitude en raison du comportement passif de l'assuré, du fait qu'il se replie sur lui-même et fait état d'une humeur déprimée (OAI-B. _____ pce 64 p.10) alors qu'il retient une humeur plutôt dysphorique, mais pouvant être éclaircie dès lors que l'intéressé réussit à sourire à plusieurs reprises et à montrer de la joie. S'agissant des douleurs physiques alléguées par l'assuré, l'expert indique qu'il faut les relativiser dans la mesure où il constate que l'intéressé n'est pas limité lors de l'examen, arrivant à suivre l'entretien sans mentionner de douleurs, et qu'il n'est pas au bénéfice d'un traitement médicamenteux contre les douleurs. L'expert rapporte que les douleurs corporelles sont subjectivement au premier plan. Toutefois, le Dr

E._____ envisage un éventuel trouble douloureux sur la base d'une légère lésion organique, tout en précisant que cette légère lésion ne permet toutefois pas de justifier la symptomatologie. Ainsi, il n'est pas facile de comprendre sur la base de quels critères le Dr E._____ retient le diagnostic de trouble douloureux alors qu'il indique que la symptomatologie ne peut pas être justifiée par la légère lésion constatée. Par conséquent, le Tribunal constate que le Dr E._____ ne motive pas les diagnostics retenus de manière objective et circonstanciée mais se base sur des plaintes subjectives de l'intéressé, en contredisant ses propres observations, ou retient certains diagnostics déjà mentionnés dans le dossier sans en expliquer les motivations médicales.

8.3.8 En outre, l'expert relève à plusieurs reprises le comportement passif de l'intéressé tant durant l'expertise que sur le plan physique. En effet, le Dr E._____ mentionne que l'assuré a régressé au niveau d'un enfant et se comporte de manière absolument passive, sa mère s'occupant de lui, et qu'il évite aussi tout contact social, ne pratiquant aucune activité. L'expert rapporte que l'intéressé ne semble pas aussi affecté que ce que l'on pourrait supposer sur la base de ses déclarations et qu'il ne semble pas très motivé à collaborer activement à son état et se comporte de manière passive, ce qui ne peut être mis en relation avec le trouble psychique dans une telle mesure. En outre, le Dr E._____ relève qu'une partie de la fatigue subjective de l'assuré pourrait être expliquée par la médication antidépressive, neuroleptique, anxiolytique et somnifère systématiquement administrée, toutefois cela ne permettant pas de comprendre la passivité globale de l'intéressé. Par conséquent, l'expert n'arrive pas à expliquer le comportement passif de l'intéressé sur le plan médical. Le Tribunal constate que l'expert ne retient pas d'exagération ou de la simulation dans le comportement de l'intéressé. Il sied aussi de relever que le Dr E._____ n'explique pas l'attitude régressive de l'intéressé, ni ce qu'implique cette régression.

Le Dr E._____ rapporte également les propos peu clairs de l'intéressé, en particulier ce dernier parlant de manière difficile à comprendre et semblant indifférencié. A cet égard, le Tribunal constate que le recourant se contredit en particulier sur les faits relatifs à sa famille, à son parcours et sa consommation de nicotine. En effet, selon le rapport d'expertise rhumatologique du 22 mai 2017 (OAI-B._____ pce 7 p. 13) et le rapport d'expertise psychiatrique du 17 novembre 2017 (OAI-B._____ pce 30 p. 10), l'intéressé est un fumeur alors qu'il déclare au Dr E._____ ne pas fumer (OAI-B._____ pce 64 p. 5). L'intéressé déclare au Dr E._____ qu'il habite avec ses parents depuis quelques mois tandis qu'il avait indiqué

à la Dre K. _____ que ses parents avaient divorcé pendant son adolescence (OAI-B. _____ pce 30 pp. 4-5 et pce 64 p. 5). S'agissant de son apprentissage, l'intéressé indique au Dr E. _____ avoir entrepris un apprentissage de quatre ans (OAI-B. _____ pce 64 p. 6) alors qu'en novembre 2017, il mentionnait un apprentissage de deux ans (OAI-B. _____ pce 30 p. 7). En outre, l'intéressé pense avoir perdu beaucoup de poids depuis « l'accident » de 2016 alors qu'il pesait 87 kg en mai 2017 (OAI-B. _____ pce 7 p. 13), 85 kg en novembre 2017 (OAI-B. _____ pce 30 p. 19) et 88 kg en avril 2019 (OAI-B. _____ pce 64 p. 5). Le Dr E. _____ relève également une partie de ces contradictions, sans toutefois se prononcer sur ces éléments. Il sied certes de relever que ces contradictions portent sur des points secondaires mais on s'interroge quand même sur les capacités cognitives de l'intéressé. A cet égard, le Dr E. _____ indique qu'il n'y a pas de signe de troubles cognitifs et de la pensée formelle, ni d'oubli excessif et que les réponses de l'assuré sont rapides, sans nécessiter de longues réflexions. Toutefois, l'expert mentionne aussi que l'intéressé ne parle pas spontanément, s'exprime de manière indistincte et difficilement compréhensible, en faisant des allusions et que ses indications sont toujours très indifférenciées, globalisantes et pas facilement compréhensible. Ainsi, l'expert n'explique pas de manière claire le comportement si passif et détaché de l'intéressé. Partant, le Tribunal constate qu'il existe des doutes quant à l'absence de troubles cognitifs, de la mémoire et de la pensée formelle retenue par le Dr E. _____, celui-ci ne motivant pas de manière suffisante ses constatations.

8.3.9 Le Tribunal constate que le Dr E. _____ indique qu'en raison de son état psychique, l'assuré peut tout au plus être considéré comme ayant une résistance diminuée, sans que sa capacité de fonctionnement ne soit en principe entravée, et que celui-ci devrait également être en mesure de mobiliser ses capacités et de recourir à ses ressources (OAI-B. _____ pce 64 p. 13-14). L'expert s'aligne sur la capacité de travail retenue par la Dre K. _____ en novembre 2017 sans autre explication (cf. consid. 8.2.2 supra) alors que dans l'intervalle l'intéressé a été hospitalisé du 3 février au 19 mars 2018 et que le rapport de sortie établi après ce séjour fait état d'un état dépressif modéré et d'un éventuel trouble de la personnalité. D'ailleurs, le Dr E. _____ se réfère lui-même à ce rapport médical afin de retenir que l'assuré ne souffre pas d'un état dépressif grave (cf. OAI-B. _____ pce 64 p. 12). En outre, le Dr C. _____ retenait en janvier 2018 que l'intéressé pouvait reprendre un travail dans une autre entreprise (cf. OAI-B. _____ pce 27 et consid. 8.2.3 supra). Compte tenu de ces rapports médicaux, il sied de constater que l'incapacité de travail de 50%

retenue dès le 1^{er} février 2018 aurait dû être motivée davantage dans la mesure où le Dr M. _____ fait état d'un trouble dépressif modéré déjà en mars 2018. Toutefois, le Dr E. _____ retient les mêmes incapacités de travail que la Dre K. _____ sans autre motivation et sans comparaison de l'évolution de la capacité de travail.

8.3.10 Compte tenu de ce qui précède, le rapport d'expertise du 29 avril 2019 ne peut se voir accorder de valeur probante dès lors qu'il ne satisfait pas aux exigences jurisprudentielles. En effet, le Dr E. _____ ne motive pas ses observations et s'appuie sur les plaintes subjectives de l'intéressé. Aussi, l'expert se repose sur les éléments au dossier sans toutefois expliquer pour quels motifs il s'allie aux constatations de ses confrères. De même, il ne motive pas de manière objective sa position lorsqu'il nie les observations des autres médecins.

8.4 Selon le rapport du SMR du 7 mai 2019, le Dr F. _____ retient que les exagérations et les contrevérités prouvées dans les déclarations de l'intéressé sont des incohérences qui font au moins penser à une aggravation, bien qu'en l'occurrence, il ne soit pas facile de prouver une aggravation manifeste. Le Dr F. _____ estime qu'il n'est pas nécessaire de discuter plus de cet aspect, car les diagnostics psychiatriques ne sont que légèrement, voire moyennement graves, et la capacité de travail peut être évaluée en tenant compte des indicateurs standards. En outre, le Dr F. _____ émet des doutes quant au diagnostic de trouble de la personnalité émotionnellement instable accentué retenu par le Dr E. _____ en mentionnant que les incidents rapportés ne suffisent pas à poser le diagnostic de troubles de la personnalité et que l'expert psychiatrique ne reconnaît pas non plus une souffrance éminemment subjective en raison des traits de personnalité accentués. Enfin, le Dr F. _____ indique que le SMR suit l'évaluation de la capacité de travail effectuée par le Dr E. _____ et que l'état de santé de l'intéressé est stable (OAI-B. _____ pce 66).

Ainsi, le Tribunal constate que le Dr F. _____ n'effectue pas non plus de comparaison motivée relative à l'évolution de la capacité de travail de l'intéressé sur le plan psychiatrique. En outre, le Dr F. _____ retient des contradictions et des exagérations dans les déclarations de l'intéressé relatives à la perte du poids et douleurs alléguées. Toutefois, il ne s'explique pas davantage sur ces points, étant précisé que le Dr E. _____ n'a pas retenu d'exagérations, de simulation ou de comportement démonstratif de l'assuré. Par conséquent, il sied de constater que le Dr F. _____ effectue sa propre appréciation du cas sans motivation

circonstanciée. En outre, le Tribunal constate que sur le plan somatique, l'état de santé de l'intéressé n'a pas été actualisé depuis 2017 (cf. rapport d'expertise du 22 mai 2017 du Dr J. _____ [OAI-B. _____ pce 7 p. 11 ss).

8.5 Sur le plan psychiatrique, les rapports médicaux du Dr C. _____ du 20 août 2019 et du 15 juin 2020 ne contiennent pas d'explications motivées (TAF pces 1 et 14). Le recourant allègue d'autres atteintes à la santé en produisant un rapport d'IRM médullaire du 20 septembre 2019 et un autre rapport d'IRM de l'épaule droite du 24 septembre 2019 (TAF pce 1). Toutefois, ces rapports médicaux ne contiennent pas d'informations relatives à la capacité de travail de l'intéressé et aux éventuelles limitations fonctionnelles. Il sied également de relever que durant l'instruction de sa demande AI, l'intéressé n'avait pas mentionné de plaintes relatives à son épaule droite.

En outre, le recourant allègue lors de la présente procédure une aggravation de son état de santé en raison d'une maladie de Lyme chronique diagnostiquée tardivement. Selon les rapports médicaux, difficilement lisible, du Dr I. _____ des 6 janvier et 20 octobre 2020, la maladie de Lyme a été confirmée par des tests en France le 14 août 2019 et en Allemagne par un examen au microscope le 13 décembre 2019. Le Dr I. _____ retient également une intoxication aux métaux lourds (TAF pces 9 et 19).

8.6 Selon l'avis SMR du 25 août 2020 (TAF pce 16), le Dr F. _____ relève essentiellement, concernant l'IRM médullaire, des modifications dégénératives dans la zone du corps vertébral lombaire, lombalisation S1 connue, avec apparition d'une hernie discale en L5-S1, sans compression radiculaire, mais par rapport au résultat précédent de 2017 avec seulement une protrusion, cela représente une aggravation et peut aussi s'accompagner d'une instabilité de cette zone. Concernant les résultats de l'examen de l'épaule, ceux-ci pourraient, selon le Dr F. _____, être à l'origine d'une symptomatologie d'accrochage (*Impingementsymptomatik*).

S'agissant de la maladie de Lyme, le Dr F. _____ indique que le rapport d'examen du 23 décembre 2019 de la Dre H. _____ ne prouve pas la borréliose de Lyme et qu'il y a différents types de spirochètes, lesquels ne peuvent pas être différenciés par microscopie par exemple les borrélioses ou syphilis. Il relève également qu'en cas de suspicion de ces infections, il faut effectuer un diagnostic microbiologique plus poussé, voire des examens neurologiques et rhumatologiques en cas de symptômes correspondants,

ou à des examens dermatologiques en cas de résultats cutanés. Le Dr F._____ relève qu'il n'y a pas de diagnostic plus approfondi dans le dossier et que si l'on parvient à prouver qu'une borréliose de Lyme existait déjà en octobre 2019, ce diagnostic pourrait conduire à une évaluation différente de la capacité de travail. Pour cela, il faudrait que les symptômes de la borréliose de Lyme aient été décrits peu de temps avant ou en octobre 2019. Le Dr F._____ déclare qu'une telle description des symptômes et des résultats ne figure pas au dossier. En outre, le Dr F._____ mentionne qu'il n'est pas possible de répondre à la question de savoir si une (éventuelle) borréliose de Lyme pouvait déjà exister en octobre 2019. Enfin, le Dr F._____ conclut son rapport médical en recommandant que l'assuré produise tous les rapports en sa possession concernant la confirmation du diagnostic de la maladie de Lyme.

8.7 A cet égard, le Tribunal a invité le recourant à produire toute pièce susceptible d'étayer le diagnostic de la maladie de Lyme et l'état d'avancement de cette pathologie au moment de la décision litigieuse (TAF pce 20). Par correspondance du 22 décembre 2020, le recourant a produit une prescription médicale du 1^{er} novembre 2020 ainsi qu'un certificat médical du 21 décembre 2020 du Dr I._____ (TAF pce 22). Le Dr I._____ indique en substance que l'intéressé est en traitement pour la maladie de Lyme chronique, évoluant depuis des années, avec des douleurs musculaires importantes, entraînant des difficultés à la marche et à la station debout prolongée ainsi qu'une fatigue chronique importante. En outre, il relève que cette pathologie a entraîné des troubles cognitifs, tels que troubles de la concentration, de la mémoire et psychiques, de l'agressivité et de l'irritabilité et que l'assuré présente aussi des troubles du sommeil et une intoxication aux métaux lourds. Le Dr I._____ indique que le diagnostic a été confirmé par les tests de la goutte épaisse, ce test étant reconnu par le CDC (centres pour le contrôle et prévention des maladies) américain. Enfin, le Dr I._____ déclare que cet état ne permet pas à l'intéressé de reprendre une activité professionnelle.

Il ressort de la prise de position de l'OAI-B._____ du 3 février 2021 et de l'avis du SMR du 2 février 2021 que le rapport médical du Dr I._____ ne contient aucune preuve permettant de retenir le diagnostic de la maladie de Lyme. Le Dr F._____ relève que le Dr I._____ n'a pas présenté de résultats probants et que ses explications sur la symptomatologie de l'assuré ne justifient pas une suspicion de borréliose de Lyme (TAF pce 26).

8.8 S'agissant de l'allégation de l'aggravation de l'état de santé du recourant, le Tribunal constate en premier lieu que le diagnostic de la maladie de Lyme ne repose pas sur les analyses médicales objectives poussées. En effet, les Dr I._____ et Dre H._____ s'appuient sur quelques symptômes, tels que des douleurs musculaires, de la faiblesse musculaire, de la fatigue et des troubles cognitifs, et la présence de spirochètes dans le sang afin de retenir le diagnostic de la maladie de Lyme (TAF pces 9, 19 et 22). Les médecins traitants de l'assuré font état d'une maladie de Lyme chronique, diagnostiquée tardivement mais évoluant depuis des années, début des symptômes depuis 2016 avec une aggravation en 2018 selon le Dr I._____ (cf. TAF pce 19), sans toutefois produire de résultats médicaux probants confirmant le diagnostic de la maladie précitée par des examens complémentaires. En outre, il sied de relever qu'il n'existe pas de signe pathognomonique ni d'analyse microbiologique permettant de détecter la borréliose de Lyme de manière efficace. Aussi, il s'agit d'une maladie évoluant en stades et pouvant affecter plusieurs organes, raison pour laquelle la confirmation du diagnostic nécessite souvent l'intervention de plusieurs spécialistes selon le stade de la maladie et divers examens médicaux. Par conséquent, le Tribunal constate que le recourant se limite aux explications succinctes de ses médecins traitants et n'apporte pas de preuve probante relative au diagnostic de la maladie de Lyme, ni à l'existence éventuelle de cette maladie avant le prononcé de la décision litigieuse. Partant, le recourant n'a pas établi au degré de la vraisemblance prépondérante l'existence d'une éventuelle borréliose de Lyme avant le prononcé de la décision litigieuse.

En ce qui concerne l'aggravation alléguée sur le plan psychiatrique, le Tribunal retient à l'instar de l'autorité inférieure que les rapports médicaux du Dr C._____ ne sont pas probants dans la mesure où ils ne sont pas motivés de manière circonstanciée. En outre, il sied de constater que l'assuré semble toujours suivre le même traitement médicamenteux, dont le Dr E._____ recommandait vivement un arrêt en raison des effets sédatifs importants. Ainsi, l'aggravation de l'état psychique n'est pas rendue plausible.

Sur le plan somatique, l'OAI-B._____ n'a pas instruit le dossier médical après le rapport d'expertise du 22 mai 2017 du Dr J._____ (OAI-B._____ pce 7 p. 11 ss). Après avoir pris connaissance des résultats des IRM des 20 et 24 septembre 2019, le Dr F._____ retient une modification de l'état de santé au niveau lombaire en comparaison aux rapports médicaux de 2017 et indique que la nouvelle découverte peut engendrer

des douleurs lombaires et que les résultats de l'examen de l'épaule peuvent également être à l'origine d'une symptomatologie d'accrochage. Toutefois, le Dr F. _____ n'indique pas si ces atteintes ont une conséquence sur la capacité de travail de l'intéressé ou pas. Ainsi, le Tribunal constate que l'état de santé de l'intéressé sur le plan somatique n'a pas été instruit depuis 2017 et que l'OAI-B. _____ a rendu sa décision du 24 septembre 2019 sans se prononcer sur le plan somatique. Enfin, il sied de constater que l'intéressé souffre d'obésité et a continué de prendre du poids durant l'instruction de sa demande de prestations AI, sans que le SMR se prononce sur ce point, en particulier si l'obésité de l'assuré peut avoir une conséquence sur sa capacité de gain ou pas.

8.9 Compte tenu de ce qui précède, il convient de constater que tant les rapports des médecins traitants du recourant que l'instruction effectuée par l'OAI-B. _____ ne sont pas suffisants pour apprécier l'état de santé sur le plan somatique et psychiatrique et les limitations fonctionnelles de l'intéressé dans son ensemble. En outre, le rapport d'expertise psychiatrique du 29 avril 2019, ayant servi de base pour les décisions litigieuses, ne remplit pas les exigences fixées par la jurisprudence et ne pouvait se voir attribuer pleine valeur probante par l'autorité inférieure. En opérant le contraire, la décision attaquée se révèle être contraire au droit fédéral.

9.

9.1 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 célérité de la procédure (art. 29 Cst. ; arrêt TF 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 (cf. ATF 137 V 210 consid. 4.4.1.4 ; arrêt du TF 8C_633/2014 du 11 décembre 2014 consid. 3.2 et 3.3 ; arrêt du Tribunal administratif fédéral C-3038/2016 du 2 avril 2019 consid. 12 et les références). En l'espèce, il ressort du dossier que l'appréciation médicale de l'ensemble des atteintes à la santé du recourant n'a pas été instruite comme il se doit et mérite des éclaircissements. Partant, il se justifie, en application de l'art. 61 al. 1 PA, de renvoyer la cause à l'autorité inférieure

afin qu'elle procède aux mesures d'instruction nécessaires, puis rende une nouvelle décision. Il est au demeurant précisé que par ordonnance du 7 décembre 2023 (TAF pce 39), le Tribunal a invité le recourant à retirer son recours ou à se prononcer sur le risque de reformation in pejus, conformément à la jurisprudence du Tribunal fédéral (ATF 137 V 314 consid. 3.2.4). Ladite ordonnance est revenue en retour au Tribunal avec la mention « destinataire inconnu à l'adresse » (cf. TAF pces 40 et 41). Etant précisé que le recourant n'a communiqué aucun changement de domicile au Tribunal. Par conséquent, il y a lieu d'appliquer la fiction de notification dès lors que celui qui se sait partie à une procédure en cours est tenu de s'attendre à la notification d'un acte officiel pendant toute la durée de la procédure à compter de l'ouverture du procès (ATF 130 III 396 consid. 1.2.3) et que s'il s'absente de son domicile, il est tenu de prendre des dispositions pour que son courrier lui parvienne néanmoins (ATF 139 IV 228 consid. 1.1).

9.2 L'instruction à venir ne se résumera pas à une simple interpellation des médecins traitants quant aux atteintes du recourant, mais concernera l'état de santé de l'intéressé dans son ensemble dans la mesure où les derniers rapports versés au dossier retiennent des diagnostics « nouveaux » (y compris la borréliose de Lyme) dont il n'est pas clair si ces derniers sont postérieurs ou antérieurs à la décision attaquée et s'il existe une atteinte ayant un effet sur la capacité de travail de l'assuré. L'autorité inférieure requerra le dossier médical complet de l'intéressé auprès de ses médecins traitants et, ensuite, mettra en œuvre une expertise médicale pluridisciplinaire en Suisse, en particulier dans les domaines de la psychiatrie, de la rhumatologie et de la médecine interne, ainsi que dans toute autre discipline jugée nécessaire par les experts (art. 44 LPG ; ATF 139 V 349 consid. 3.3 ; [notamment dans le domaine de l'infectiologie et de la neurologie quant à la borréliose de Lyme]). La question de savoir comment les différentes incapacités de travail (activité habituelle, activité adaptée) et comment les différentes limitations fonctionnelles s'articulent fera l'objet d'une discussion consensuelle entre les experts (ATF 143 V 124 consid. 2.2.4 ; arrêt du TF 8C_483/2020 du 26 octobre 2020 consid. 4.1).

10.

Partant, le recours doit être admis et la décision du 24 septembre 2019 annulée. La cause doit être renvoyée à l'autorité inférieure pour instruction complémentaire dans le sens des considérants et nouvelle décision.

11.

11.1 En règle générale, les frais de procédure sont mis à la charge de la partie qui succombe (art. 63 al. 1 première phrase PA). D'après la jurisprudence, la partie qui a formé recours est réputée avoir obtenu gain de cause lorsque l'affaire est renvoyée à l'administration pour instruction complémentaire et nouvelle décision (ATF 132 V 215 consid. 6.2). Aucun frais de procédure n'est mis à la charge des autorités inférieures, ni des autorités fédérales recourantes et déboutées (art. 63 al. 2 première phrase PA).

11.2 En l'occurrence, il n'y a pas lieu de percevoir de frais de procédure, dès lors que le recourant a obtenu gain de cause par le renvoi de l'affaire à l'OAIE, respectivement qu'aucun frais de procédure n'est mis à la charge de l'autorité inférieure. L'avance sur les frais de procédure présumés de 800 francs versée par le recourant en date du 20 décembre 2019 (TAF pce 4) lui sera remboursée dès l'entrée en force du présent arrêt, sur le compte qu'il aura désigné au Tribunal administratif fédéral.

11.3 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 Tribunal 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.

En l'espèce, le Tribunal considère que le recourant a été représenté par un mandataire qui n'exerce pas la profession d'avocat et que le mandat a été résilié le 22 juin 2023 (TAF pce 37). Il apparaît équitable d'allouer au recourant, à charge de l'OAIE, une indemnité à titre de dépens fixée à 500 francs.

Par ces motifs, le Tribunal administratif fédéral prononce :

1.

Le recours est admis en ce sens que la décision de l'autorité inférieure du 24 septembre 2019 est annulée et la cause est 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 sur les frais présumés de procédure de 800 francs sera remboursée au recourant avec l'entrée en force du présent arrêt.

3.

Une indemnité de dépens de 500 francs est allouée à la partie recourante, 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 :

La greffière :

Caroline Bissegger

Müjde Atak

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 :