



Cour III
C-604/2021

Arrêt du 16 octobre 2023

Composition

Madeleine Hirsig-Vouilloz (présidente du collège),
Beat Weber, Caroline Bissegger, juges,
Séverin Tissot-Daguette, greffier.

Parties

A. _____,
recourant,

contre

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

Objet

Assurance-invalidité ; refus de mesures professionnelles et
de rente ; décision du 4 janvier 2021.

Faits :**A.**

A._____ (ci-après : le recourant ou l'assuré) est un ressortissant français, né le (...) 1966, domicilié en France. Depuis le 1^{er} avril 2007, il exerçait une activité d'assistant administratif/administrateur pour la société B._____ SA à (...). A ce titre, il bénéficiait d'un permis de frontalier (OAIE pces 1, 5, 11, 20, 68 et 69).

B.

B.a Le 27 septembre 2013 (OAIE pce 11), le recourant dépose une première demande de prestations auprès de l'Office AI pour le canton C._____ (ci-après : OAI C._____). Dans le cadre de l'instruction, les médecins traitants retiennent le diagnostic d'épisode dépressif sévère sans symptômes psychotiques F32.2, entraînant une incapacité de travail à des degrés divers depuis le 18 avril 2013 (rapports médicaux des 26 juin et 18 novembre 2013 du Dr D._____, psychiatre : OAIE pces 22 p. 60 et 24). Le 12 novembre 2013, le recourant reprend son activité à 75%, puis à 80% dès le 17 mars 2014 et enfin, à temps plein à partir du 7 juillet 2014 (OAIE pces 39 à 41). Par décision du 8 octobre 2014 (OAIE pce 45), l'Office AI pour les assurés résidant à l'étranger (ci-après : OAIE ou autorité inférieure) notifie au recourant un refus de reclassement et de rente d'invalidité.

B.b Le recourant fait l'objet d'une procédure de détection précoce le 21 août 2018 en raison d'une incapacité de travail totale depuis le 2 mars 2018 (OAIE pce 48). L'incapacité est confirmée par le Dr E._____, médecin généraliste, qui évoque dans son rapport du 30 octobre 2018 (OAIE pce 87 p. 240) un syndrome anxio-dépressif évoluant depuis plusieurs mois en aggravation dans un contexte de harcèlement moral de la part de l'employeur et d'une infection au virus de l'immunodéficience humaine (VIH) diagnostiquée en septembre 2018.

B.c Le rapport initial de détection précoce du 12 novembre 2018 (OAIE pce 53) relève que le recourant présente une dépression ainsi qu'une infection au VIH. Le recourant explique que sa dépression est directement liée à son patron venu d'Arabie Saoudite, qui lui demande d'être présent parfois jusqu'à 23 heures à exécuter toutes tâches confondues, comme œuvrer comme chauffeur privé, faire des traductions, voire même s'occuper de son appartement (réparations diverses, etc.). Le recourant précise que ce patron lui aurait financé des études, qu'il se sent redevable, mais qu'il n'a plus de vie de famille et est sollicité sans arrêt. Il souffre d'une

fatigue accrue, d'une diminution de la capacité de concentration et de mémoire. Un suivi psychologique est en cours.

B.d Le 12 février 2019 (OAIE pce 56), le recourant dépose une seconde demande de prestations AI pour adultes auprès de l'OAI C._____.

B.e Dans son rapport médical du 27 février 2019 (OAIE pce 60 p. 134), auquel il joint le rapport du 18 décembre 2018 du Service de maladies infectieuses du CHRU F._____ (OAIE pce 60 p. 136), le Dr E._____, médecin généraliste, retient les diagnostics de syndrome anxio-dépressif depuis le 2 mars 2018 et d'asthénie sur primo-infection au VIH. Il évoque un burnout et un conflit au travail. L'incapacité de travail est selon lui totale dans l'activité habituelle, une reprise à 50% étant prévue pour le 11 mars 2019.

B.f La capacité de travail à 50% est confirmée par la Dresse G._____, du Service de maladies infectieuses du CHRU F._____, dans son rapport du 7 avril 2019 (OAIE pce 72). Avec effet sur la capacité de travail, elle rapporte un épisode dépressif avec rechute importante possiblement en lien avec l'annonce récente du diagnostic de VIH, ainsi qu'une bronchopneumopathie chronique obstructive (BPCO). Les limitations sont en lien selon elle avec la fatigabilité.

B.g Dans son rapport médical du 1^{er} mai 2019 (OAIE pce 74), le Dr E._____ rapporte, en plus des diagnostics déjà mentionnés précédemment, une cure de hernie discale C5-C6 en 2001, des extra systoles ventriculaires très fréquentes et un stripping de varices. Il réfute la présence d'un trouble majeur de la personnalité. Il sera probablement possible d'augmenter progressivement son temps de travail, mais à l'heure actuelle, la capacité de travail est toujours de 50% pour des travaux légers et intellectuels.

Le Dr E._____ joint à son envoi plusieurs rapports médicaux spécialisés, à savoir les rapports du 15 décembre 2017 du Dr H._____, pneumologue à (...) (OAIE pce 74 p. 196), du 14 mars 2019 du Service des maladies infectieuses du CHRU (OAIE pce 74 p. 192) et du 22 mars 2019 du Dr I._____, cardiologue à (...) (OAIE pce 74 p. 195).

B.h Le rapport médical du 8 juin 2019 du Dr E._____ (OAIE pce 87 p. 233), adressé à l'assureur perte de gain maladie, évoque une reprise professionnelle à 50% à compter du 25 mars 2019. Il transmet à cet assureur une copie des rapports des 14 mars et 24 avril 2019 du Service

des maladies infectieuses du CHRU F._____ (OAIE pce 87 p. 234 et 237), qui font le point sur son infection au VIH. Ces rapports précisent que le syndrome dépressif est au-devant de la scène, mais que leur patient ne veut pas de soutien psychologique ou psychiatrique.

B.i Le recourant fait ensuite l'objet d'une expertise psychiatrique le 29 septembre 2019, confiée au Dr J._____, psychiatre FMH, par l'assureur perte de gain maladie. Dans son rapport daté du 3 octobre 2019 (OAIE pce 87 p. 222), l'expert retient les diagnostics de trouble de l'adaptation mixte avec anxiété et humeur dépressive de gravité légère à moyenne, de personnalité à traits passifs-dépendants, de VIH positif, de fracture de la 5^{ème} côte et de difficultés avec l'employeur et son épouse. Le dossier comprend selon le Dr J._____ de nombreuses contradictions. Il estime que le problème est professionnel dans le cadre d'une relation singulière avec l'employeur. Les symptômes anxiodépressifs présentés par le recourant sont légers, voire modérés, et sans répercussion sur les activités quotidiennes. D'un point de vue objectif, la capacité de travail médico-théorique du recourant serait entière dans toute activité, y compris chez son employeur, au jour de l'expertise.

B.j Ayant rencontré le recourant le 23 septembre 2019, la Dresse G._____ mentionne un gros syndrome dépressif avec désir suicidaire dans son rapport du 8 octobre 2019 (OAIE pce 105 p. 291). Une hospitalisation est prévue en milieu psychiatrique, contre la volonté du patient.

B.k Le recourant séjourne à la Clinique K._____, du 30 septembre au 28 octobre 2019, pour une hospitalisation complète en psychiatrie. Selon la lettre de liaison établie à cette occasion (OAIE pces 90 à 92), il présente à l'entrée une dépression sévère. L'évolution fut modeste. Le recourant restait sur un tableau de dépression anxieuse et ruminait beaucoup ses difficultés professionnelles.

B.l Dans son rapport médical du 5 novembre 2019 (OAIE pce 101), la Dresse G._____ rapporte une situation qui s'est détériorée depuis le dernier rapport du médecin traitant. Il existe selon elle un risque de passage à l'acte. La capacité de travail est de 50% dans des travaux non physiques.

B.m Un rapport médical du 19 décembre 2019 (OAIE pce 111 p. 318) du Centre hospitalier L._____ évoque une intoxication médicamenteuse volontaire et pose les diagnostics de trouble dépressif récurrent (F33.1) et

de trouble de la personnalité sans précision (F60.9). L'évolution est très fluctuante, avec une rémission incomplète de l'épisode anxiodépressif. La crise est en lien avec son travail. Le pronostic de retour dans l'activité habituelle est de 100%, mais il convient de faire le point avec son employeur.

B.n Après son intoxication médicamenteuse volontaire, le recourant est à nouveau hospitalisé en psychiatrie, du 12 novembre au 3 décembre 2019, selon le rapport médical du 27 décembre 2019 du Dr M._____, praticien au pôle psychiatrie N._____ à (...) (OAIE pce 105 p. 289). Il est signalé un questionnement des médecins sur la véracité des propos rapportés et sur des traits de personnalités paranoïaques.

B.o Le rapport du 2 janvier 2020 du Dr E._____ (OAIE pce 105 p. 284) qualifie de sévère le syndrome anxio-dépressif. L'incapacité de travail est considérée comme étant totale, même dans une activité adaptée.

B.p Dans un rapport manuscrit du pôle maladies infectieuses du CHRU F._____ du 7 janvier 2020 (OAIE pce 107), le traitement est décrit comme étant efficace sur le plan immunovirologique. La problématique chez ce patient est plutôt d'ordre psychologique, avec un syndrome dépressif majeur. Pour les infectiologues, « le problème n'est pas infectieux ».

B.q Suite à l'avis SMR du 24 avril 2020 (OAIE pce 117), une expertise bidisciplinaire est confiée au centre de O._____. Dans leur rapport d'expertise du 27 juillet 2020 (OAIE pce 127), les Drs P._____, spécialiste FMH en médecine interne, et Q._____, spécialiste FMH en psychiatrie, concluent à une pleine capacité de travail depuis toujours en LAI, à l'exception d'inflexions ponctuelles de celle-ci sur le plan psychiatrique. C'est un motif extra-médical qui empêche le retour dans l'ancienne activité, à savoir la relation d'emprise et la crainte (non délirante) persécutoire, vis-à-vis de l'actionnaire majoritaire de l'employeur. Les experts retiennent un épisode dépressif moyen sans syndrome somatique et sans trouble de la personnalité. Le recourant présente selon eux de nombreuses ressources mobilisables et il n'y a pas de réduction uniforme des activités dans tous les domaines de la vie. Du point de vue de la médecine interne, les experts retiennent une hernie discale C5-C6, un VIH, une BPCO, une hyperplasie bénigne de la prostate (HBP) et un syndrome de la coiffe des rotateurs, atteintes non incapacitantes.

B.r Après validation des conclusions de l'expertise dans l'avis SMR du 10 août 2020 (OAIE pce 128), l'OAI C. _____ rend un projet de décision le 11 août 2020 (OAIE pce 130), refusant le droit du recourant à des mesures professionnelles et à une rente d'invalidité, compte tenu d'une pleine capacité de travail dans toute activité.

B.s A titre d'objections, le recourant transmet à l'OAI C. _____ plusieurs documents médicaux, en particulier un rapport IRM du rachis lombaire-bassin du 30 août 2018 (OAIE pce 135 p. 435), qui atteste d'un déséquilibre du bassin et d'une perte de hauteur de l'espace inter-somatique L5-S1 isolée, un rapport de la Dresse G. _____ du 22 septembre 2020 (OAIE pce 135 p. 434), un rapport du Dr E. _____ du 24 septembre 2020 (OAIE pce 135 p. 440), lequel évoque une capacité de travail clairement limitée et des symptômes ayant tendance à se majorer, ainsi qu'un certificat du Centre médico-psychologique de R. _____ du 21 octobre 2020, attestant d'une hospitalisation en service psychiatrique à venir d'ici la fin du mois d'octobre (OAIE pce 135 p. 433).

B.t Par décision du 4 janvier 2021 (OAIE pces 139, 140 et 142), l'OAIE confirme le refus de mesures professionnelles et de rente d'invalidité.

C.

C.a Le recourant interjette recours contre dite décision le 2 février 2021 (TAF pce 1 et annexes), concluant à son annulation et à un réexamen de sa demande de prestations par l'Office AI compétent. Il précise n'être employable en France que sur des postes adaptés et y être officiellement reconnu comme personne handicapée. En plus de plusieurs certificats médicaux, il communique son déménagement en Suisse et informe qu'un suivi sera mis en place au Centre M . _____ à (...) par une neuropsychologue, les conclusions étant attendues pour le 20 avril 2021. Il joint à son recours un formulaire de requête d'assistance judiciaire.

C.b Dans sa réponse du 21 avril 2021 (TAF pce 4 et annexe), l'OAIE conclut au rejet du recours et produit une prise de position rédigée par l'OAI C. _____, qui renvoie aux conclusions des experts du O. _____.

C.c Par décision incidente du 27 avril 2021 (TAF pce 5), le recourant est mis au bénéfice de l'assistance judiciaire partielle et dispensé du paiement de l'avance de frais de procédure.

Droit :**1.**

1.1 La procédure devant le Tribunal administratif fédéral est en principe régie par la PA (art. 37 LTAF), sous réserve des dispositions particulières de la LPGA (RS 830.1 ; art. 3 let. d^{bis} PA). Selon les principes généraux du droit intertemporel, les règles de procédure s'appliquent dans leur version en vigueur ce jour (ATF 130 V 1 consid. 3.2).

1.2 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 la décision attaquée et a un intérêt digne d'être protégé à ce qu'elle soit annulée ou modifiée, il a qualité pour recourir (art. 59 LPGA [RS 830.1] et 48 al. 1 PA). 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), le recours est recevable.

2.

Le litige porte sur le bien-fondé de la décision du 4 janvier 2021, par laquelle l'OAIE a rejeté la nouvelle demande de prestations déposée par le recourant en date du 12 février 2019, au motif qu'il ne présentait pas d'atteinte à la santé durablement incapacitante au sens de la LAI et que sa capacité de travail était entière dans toute activité.

3.

Dans la mesure où le recourant est un ressortissant français, qui a longtemps été domicilié en France et travaillé en Suisse en qualité de frontalier, l'affaire présente un aspect transfrontalier (ATF 145 V 231 consid. 7.1 ; 143 V 354 consid. 4 ; 143 V 81 en particulier consid. 8.1 ; 141 V 521 consid. 4.3.2). Est applicable à la présente cause l'accord du 21 juin 1999 sur la libre circulation des personnes (ALCP, RS 0.142.112.681), conclu entre la Suisse et la Communauté européenne et ses Etats membres, dont l'annexe II règle la coordination des systèmes de sécurité sociale (art. 8 ALCP). Dans ce contexte, l'ALCP fait référence depuis le 1^{er} avril 2012 au règlement (CE) n° 883/2004 du Parlement européen et du Conseil du 29 avril 2004 portant sur la coordination des systèmes de sécurité sociale (ci-après : règlement n° 883/2004, RS 0.831.109.268.1), ainsi qu'au règlement (CE) n° 987/2009 du Parlement européen et du Conseil du 16 septembre 2009 fixant les modalités d'application du règlement (CE) n° 883/2004 (ci-après : règlement n° 987/2009, RS 0.831.109.268.11 ; art. 1 al. 1 de

l'annexe II en relation avec la section A de l'annexe II). A compter du 1^{er} janvier 2015, sont également applicables dans les relations entre la Suisse et les Etats membres de l'Union européenne (UE) les modifications apportées notamment au règlement n° 883/2004 par les règlements (UE) n° 1244/2010 (RO 2015 343), n° 465/2012 (RO 2015 345) et n° 1224/2012 (RO 2015 353). Toutefois, même après l'entrée en vigueur de l'ALCP et des règlements de coordination, l'invalidité ouvrant droit à des prestations de l'assurance-invalidité suisse se détermine exclusivement d'après le droit suisse (art. 46 al. 3 du règlement n° 883/2004, en relation avec l'annexe VII dudit règlement ; ATF 130 V 253 consid. 2.4 ; arrêt du TF 9C_573/2012 du 16 janvier 2013 consid. 4), étant précisé que la documentation médicale et administrative fournie par les institutions de sécurité sociale d'un autre Etat membre doit être prise en considération (art. 49 al. 2 du règlement n° 987/2009).

4.

4.1 Au sens de l'art. 49 PA, le recourant peut invoquer devant le Tribunal administratif fédéral la violation du droit fédéral, y compris l'excès ou l'abus du pouvoir d'appréciation (let. a), de même que la constatation inexacte ou incomplète des faits pertinents (let. b) et l'inopportunité de la décision (let. c).

4.2 La procédure dans le domaine des assurances sociales fait prévaloir la procédure inquisitoire (art. 43 LPGA ; ATF 138 V 218 consid. 6). Ainsi, le Tribunal administratif fédéral définit les faits et apprécie les preuves d'office et librement (art. 12 PA ; MOOR/POLTIER, Droit administratif, vol. II, 3^e éd. 2011, ch. 2.2.6.3). Ce faisant, il ne tient pour existants que les faits qui sont prouvés, cas échéant au degré de la vraisemblance prépondérante (ATF 139 V 176 consid. 5.2). Partant de là, l'autorité ne peut renoncer à accomplir des actes d'instruction que si elle est convaincue, au terme d'une appréciation consciencieuse des preuves (cf. ATF 125 V 351 consid. 3a), que certains faits présentent un degré de vraisemblance prépondérante et que d'autres mesures probatoires ne pourraient plus modifier cette appréciation (sur l'appréciation anticipée des preuves cf. ATF 131 I 153 consid. 3 ; 130 II 425 consid. 2). Par ailleurs, il applique le droit d'office, sans être lié par les motifs invoqués par les parties (art. 62 al. 4 PA), ni par l'argumentation juridique développée dans la décision entreprise (MOOR/POLTIER, op. cit., ch. 2.2.6.5 ; BENOÎT BOVAY, Procédure administrative, 2^e éd. 2015, p. 243). L'autorité saisie se limite en principe aux griefs soulevés et n'examine les questions de droit non invoquées que dans la mesure où les arguments des parties ou le

dossier l'y incitent (ATF 122 V 157 consid. 1a ; 121 V 204 consid. 6c ; MOSER/BEUSCH/KNEUBÜHLER/KAYSER, Prozessieren vor dem Bundesverwaltungsgericht, 3^e éd. 2022, p. 29 n. 1.55). Les parties ont le devoir de collaborer à l'instruction (art. 13 PA et 43 al. 3 LPGA) et de motiver leur recours (art. 52 PA).

4.3 Le Tribunal examine d'office les conditions formelles de validité et de régularité de la procédure, soit également le point de savoir si l'autorité qui a rendu la décision litigieuse était compétente (ATF 140 V 22 consid. 4).

La compétence *ratione loci* de l'OAIE de rendre la décision attaquée est dès lors à examiner en premier lieu.

4.3.1 Selon l'art. 55 al. 1 LAI l'office AI compétent est, en règle générale, celui du canton dans lequel l'assuré est domicilié au moment où il exerce son droit aux prestations. En vertu de l'art. 56 LAI, un office AI pour les assurés résidant à l'étranger (OAIE) a été institué. Ces offices AI sont compétents pour enregistrer et examiner les demandes. L'art. 40 du règlement du 17 janvier 1961 sur l'assurance-invalidité [RAI, RS 831.201] précise leurs compétences respectives en référence au domicile (art. 13 al. 1 LPGA) et/ou à la résidence habituelle (art. 13 al. 2 LPGA) des assurés. Ainsi, l'art. 40 al. 2 RAI dispose que l'office AI du secteur d'activité dans lequel le frontalier exerce une activité lucrative est compétent pour enregistrer et examiner les demandes présentées par les frontaliers. L'office AI pour les assurés résidant à l'étranger notifie les décisions. Selon l'art. 40 al. 3 RAI, l'office AI compétent lors de l'enregistrement de la demande le demeure durant toute la procédure, sous réserve toutefois des al. 2^{bis} à 2^{quater} de l'art. 40 RAI. Ainsi, selon l'art. 40 al. 2^{ter} RAI, si un assuré domicilié à l'étranger prend, en cours de procédure, sa résidence habituelle ou son domicile en Suisse, la compétence passe à l'office AI dans le secteur d'activité duquel l'assuré a sa résidence habituelle ou son domicile selon l'al. 1 let. a.

4.3.2 En l'espèce, il ressort des pièces au dossier, que le recourant, domicilié en France, au bénéfice d'un permis de frontalier lorsqu'il exerçait son activité lucrative et a déposé sa demande de prestations AI, s'est constitué un nouveau domicile en Suisse dès le 15 octobre 2020, selon l'attestation de la Commune de (...) produite en annexe au recours (pce TAF 1, annexes au recours 9), soit après le projet de décision du 11 août 2020 (OAIE pce 130), mais avant l'envoi de la décision querellée du 4 janvier 2021 (OAIE pce 142). Cette information a été transmise à l'OAI C. _____ par le Service de l'emploi du canton N . _____, dans sa

demande de renseignement du 4 décembre 2020, qui indique le nouveau domicile du recourant à (...) - (OAIE pce 137).

Compte tenu de ce qui précède, c'est à juste titre que l'OAI C. _____ a instruit la demande de prestations du recourant. Toutefois, compte tenu de son déménagement dans le canton (...) avant la notification de la décision, l'OAIE n'était pas compétent pour procéder à la notification de celle-ci. En effet, selon la lettre de l'art. 40 al. 2^{ter} RAI, la compétence était passé à l'office AI situé dans le nouveau canton de domicile du recourant, en l'occurrence le canton (...). Ainsi, d'un point de vue formel, l'OAIE n'était pas territorialement compétent pour rendre la décision entreprise et la décision aurait dû être notifiée par l'OAI C. _____ (cf. pour un cas similaire : arrêt du TAF C-5571/2016 du 30 octobre 2018, consid. 2.2 et les références citées).

4.3.3 Selon la jurisprudence, la décision rendue par un office qui n'est pas compétent du point de vue territorial n'est pas nulle, mais elle peut être annulée. Les tribunaux doivent examiner d'office leur compétence ainsi que celle des autorités inférieures. Pour des raisons d'économie de procédure, ceux-ci pourront renoncer à annuler la décision attaquée et la renvoyer à l'autorité compétente, si d'une part, la question de l'incompétence n'est pas soulevée et si d'autre part, il lui est possible de statuer sur la base des actes figurant au dossier (ATF 143 V 66 consid. 4.2, 142 V 67 consid. 2.1 ; MICHEL VALTERIO, Commentaire de la loi fédérale sur l'assurance-invalidité [LAI], Genève/Zurich, 2018, n° 5 ad. art. 55 LAI, et les références citées, en particulier l'arrêt du TF 9C_891/2010 du 31 décembre 2020 consid. 2.2 et les références ; cf. également arrêt du TFA I 232/03 du 22 janvier 2004 [SVR 2005 IV n° 39] consid. 4.1).

En l'espèce, l'exception d'incompétence n'a été soulevée par aucune des parties à la procédure. Par ailleurs, le Tribunal constate que la cause est en état d'être jugée sur la base des pièces figurant au dossier. Il n'y a dès lors pas lieu d'annuler la décision pour ce motif.

5.

5.1 Selon les principes généraux du droit intertemporel, le droit matériel applicable est en principe celui en vigueur lors de la réalisation de l'état de fait qui doit être apprécié juridiquement ou qui a des conséquences juridiques, sous réserve de dispositions particulières du droit transitoire (ATF 146 V 364 consid. 7.1 ; 144 V 210 consid. 4.3.1 ; 143 V 446 consid. 3.3 ; 136 V 24 consid. 4.3 ; 132 V 215 consid. 3.1.1). Dès lors, la

présente cause doit être examinée à l'aune des dispositions en vigueur dans leur teneur jusqu'au 4 janvier 2021, date de la décision litigieuse, qui marque la limite dans le temps du pouvoir d'examen de l'autorité de recours. La modification de la LAI et de la LPGA adoptée le 19 juin 2020 (Développement continu de l'AI ; RO 2021 705 ; FF 2020 5373 ; Message du Conseil fédéral du 15 février 2017 [FF 2017 2363]), ainsi que celle du 3 novembre 2021 apportée au règlement du 17 janvier 1961 sur l'assurance-invalidité (RAI, RS 831.201 ; RO 2021 706), entrées en vigueur le 1^{er} janvier 2022, ne sont pas applicables en l'espèce.

5.2 Le juge des assurances sociales apprécie la légalité des décisions attaquées, en règle générale, d'après l'état de fait existant jusqu'au moment où la décision litigieuse a été rendue (en l'espèce, le 4 janvier 2021). Les faits survenus postérieurement, et qui ont modifié cette situation, doivent en principe faire l'objet d'une nouvelle décision administrative (ATF 144 V 210 consid. 4.3.1 ; 130 V 138 consid. 2.1 ; 121 V 362 consid. 1b). 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 (arrêts du TF 9C_758/2020 du 25 mai 2021 consid. 3.2 ; 9C_34/2017 du 20 avril 2017 consid. 5.2 et les réf. cit.).

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. Par incapacité de travail, on entend toute perte, totale ou partielle, résultant d'une atteinte à la santé physique, mentale ou psychique, de l'aptitude de l'assuré à accomplir dans sa profession ou son domaine d'activité le travail qui peut raisonnablement être exigé de lui (art. 6, 1^{ère} phrase LPGA). L'assurance-invalidité suisse couvre ainsi seulement les pertes économiques liées à une atteinte à la santé physique ou psychique, et non la maladie en tant que telle (ATF 116 V 246 consid. 1b). En d'autres termes, l'objet assuré n'est pas

l'atteinte à la santé, mais l'incapacité de gain probablement permanente ou de longue durée qui en résulte et qui n'est pas objectivement surmontable (art. 7 al. 2 LPGA). En cas d'incapacité de travail de longue durée, l'activité qui peut être exigée de l'assuré peut aussi relever d'une autre profession ou d'un autre domaine d'activité (art. 6, 2^e phrase LPGA).

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).

7.

7.1 Si la rente a été refusée une première fois parce que le degré d'invalidité était insuffisant, comme c'est le cas en l'espèce avec la décision du 8 octobre 2014 (OAIE pce 46), la nouvelle demande ne peut être examinée que si l'assuré rend plausible que son invalidité s'est modifiée de manière à influencer ses droits (art. 87 al. 2 et 3 ; ATF 130 V 71 consid. 2.2 ; 109 V 262 consid. 3). Cette exigence doit permettre à l'administration, qui a précédemment rendu une décision de refus de prestations entrée en force, d'écarter sans plus ample examen de nouvelles demandes dans lesquelles l'assuré se borne à répéter les mêmes arguments, sans alléguer une modification des faits déterminants (ATF 130 V 71 consid. 3.2.3 ; 125 V 410 consid. 2b ; 117 V 198 consid. 4b et les références).

Lorsque l'administration est entrée en matière sur la nouvelle demande, il convient de traiter l'affaire au fond et de vérifier que la modification du degré d'invalidité ou de l'impotence est réellement intervenue (ATF 109 V 108 consid. 2b ; arrêt du TF 9C_435/2013 du 27 septembre 2013 consid. 5.1). Cela revient à examiner par analogie avec l'art. 17 LPGA, si entre la dernière décision de refus de rente, qui repose sur un examen matériel du droit à la rente, avec une constatation des faits pertinents, une appréciation des preuves et une comparaison des revenus conformes au droit, et la décision litigieuse, un changement important des circonstances propres à influencer le degré d'invalidité, et donc le droit à la rente, s'est produit (ATF 133 V 108 ; 130 V 71 consid. 3.2).

7.2 En vertu de l'art. 17 al. 1 LPGA, si le taux d'invalidité du bénéficiaire de la rente subit une modification notable, la rente est, d'office ou sur demande, révisée pour l'avenir, à savoir augmentée ou réduite en conséquence, ou encore supprimée. Tout changement important des circonstances, propre à influencer le degré d'invalidité, donc le droit à la rente, peut donner lieu à une révision de celle-ci au sens de l'art. 17 LPGA. La rente peut être révisée non seulement en cas de modification sensible de l'état de santé, mais aussi lorsque celui-ci est resté en soi le même, mais que ses conséquences sur la capacité de gain ont subi un changement important. Une simple appréciation différente d'un état de fait, qui, pour l'essentiel, est demeuré inchangé n'appelle en revanche pas à une révision au sens de l'art. 17 LPGA (ATF 141 V 9 consid. 2.3 ; 133 V 108 consid. 5 ; 130 V 343 consid. 3.5 ; arrêt du TF 8C_339/2017 du 1^{er} février 2018 consid. 3).

8.

8.1 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 (arrêts du TF 8C_623/2012 du 6 décembre 2012 consid. 1). Le Tribunal fédéral a jugé que les données fournies par les médecins constituent un élément utile pour apprécier les conséquences fonctionnelles de l'atteinte à la santé, quand bien même la notion d'invalidité est de nature économique/juridique et non médicale. Précisément, la tâche des médecins consiste à porter un jugement sur l'état de santé et à indiquer dans quelle mesure et pour quelles activités la personne concernée est incapable de travailler, compte tenu de ses limitations (ATF 143 V 418 consid. 6 ; 132 V 93 consid. 4 ; 125 V 256 consid. 4 ; 115 V 133 consid. 2 ; 114 V 310 consid. 3c ; 105 V 156 consid. 1 ; voir également ATF 140 V 193 consid. 3.2 et les réf. cit.).

Dans ce contexte, on rappellera qu'il n'appartient pas au juge de remettre en cause le diagnostic retenu par un médecin et de poser de son propre chef des conclusions qui relèvent de la science et des tâches du corps médical (arrêt du TF 9C_719/2016 du 1^{er} mai 2017 consid. 5.2.1).

8.2 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).

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 TF 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, Commentaire, Loi fédérale sur l'assurance-invalidité [LAI], 2018, art. 57 LAI n° 33).

8.3 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 à son patient (ATF 125 V 351 consid. 3b/cc et les réf. cit. ; arrêt du TF 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 TF 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 (ATF 125 V 351 consid. 3b/dd et les réf. cit. ; arrêts du TF 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).

Concernant enfin les rapports et expertises des médecins rattachés à un assureur, il sied de relever que le fait précisément que ces médecins soient liés à l'assureur, d'un point de vue institutionnel ou par un rapport de travail, ne permet pas, pour ce seul motif, de douter de l'objectivité de leurs

appréciations ; le Tribunal fédéral n'y voit pas de motif de partialité ou de subjectivité. La valeur probante de tels rapports dépend bien plutôt de leur contenu : ainsi doivent-ils être jugés pertinents, compréhensibles et cohérents pour avoir valeur de preuve ; en outre, il ne doit pas exister d'indice suffisant plaquant contre leur fiabilité (ATF 135 V 465 consid. 4.4 ; 125 V 351 consid. 3b/ee ; MICHEL VALTERIO, op. cit., art. 57 LAI n° 43).

8.4 Selon la jurisprudence, il n'est pas interdit aux tribunaux des assurances de se fonder uniquement ou principalement sur les rapports des médecins rattachés aux assureurs, mais, en de telles circonstances, l'appréciation des preuves est soumise à des exigences sévères. Une instruction complémentaire sera ainsi requise s'il subsiste des doutes, même minimes, quant au bien-fondé, à la fiabilité et à la pertinence de ces rapports (ATF 139 V 225 consid. 5.2 ; 135 V 465 consid. 4.4 ; 122 V 157 consid. 1d). Les prises de position des services médicaux régionaux (SMR) et du service médical de l'OAIE doivent être appréciées comme des rapports de médecins liés à l'assureur (concernant le SMR, arrêts du TF 9C_159/2016 du 2 novembre 2016 consid. 2.2 ss ; 8C_197/2014 du 3 octobre 2014 consid. 4 ; arrêt du TAF C-2843/2016 du 30 mai 2018 consid. 8.1 et 8.2 ; MICHEL VALTERIO, op. cit., art. 57 LAI n° 7 et 42 ss, art. 59 LAI n° 2).

8.5 Les prises de position des services médicaux régionaux (SMR) ou du service médical de l'OAIE ne se fondent pas sur des examens médicaux effectués sur la personne et ne posent pas de nouvelles conclusions médicales ; elles portent une appréciation sur celles déjà existantes (arrêts du TF 9C_542/2011 du 26 janvier 2012 consid. 4.1 ; 9C_581/2007 du 14 juillet 2008 consid. 3.2 ; 9C_341/2007 du 16 novembre 2007 consid. 4.1). Elles ont notamment pour but, outre celui d'aider les profanes en médecine qui travaillent dans l'administration ou les tribunaux et à qui il appartient de trancher le droit aux prestations, de résumer et de porter une appréciation sur la situation médicale de la personne concernée, ainsi que de faire une recommandation, sous l'angle médical, concernant la suite à donner à la demande de prestations. Ceci implique aussi, en présence de pièces médicales contradictoires, de dire de façon motivée s'il y a lieu de se fonder sur l'une ou l'autre de ces pièces ou s'il y a lieu de procéder à une instruction complémentaire (ATF 142 V 58 consid. 5.1). De telles prises de position, pour avoir valeur probante, ne peuvent suivre les conclusions d'un médecin sans établir les raisons pour lesquelles les conclusions différentes d'autres médecins ne sont pas suivies (ATF 137 V 210 consid. 6.2.4 ; MICHEL VALTERIO, op. cit., art. 57 LAI n° 43).

Si les pièces au dossier ne permettent pas de trancher les questions contestées, les prises de position médicales internes de l'assureur ne peuvent pas, en général, constituer une évaluation finale, mais doivent donner lieu à une instruction complémentaire (arrêts du TF 9C_165/2015 du 12 novembre 2015 consid. 4.3 ; 9C_58/2011 du 25 mars 2011 consid. 3.3 ; arrêt du TAF C-2843/2016 du 30 mai 2018 consid. 8.2).

8.6 Lorsqu'au stade de la procédure administrative, une expertise confiée par un assureur à un médecin indépendant en application de l'art. 44 LPGa 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). En particulier, au vu de la divergence consacrée par la jurisprudence entre un mandat thérapeutique et un mandat d'expertise, on ne saurait remettre en cause une expertise ordonnée par l'administration ou le juge et procéder à de nouvelles investigations du seul fait qu'un ou plusieurs médecins traitants ont une opinion contradictoire (ATF 124 I 170 consid. 4 ; arrêts du TF I 514/06 du 25 mai 2007, publié in : SVR 2008 IV n° 15 p. 43, et 9C_615/2015 du 12 janvier 2015 consid. 6.2). Cela s'applique de même aux médecins non traitants consultés par le patient en vue d'obtenir un moyen de preuve à l'appui de sa requête (ATF 125 V 351 consid. 3c).

9.

S'agissant des maladies psychiques, tels les symptomatologies douloureuses sans substrat organique objectivable, autrement appelées « troubles somatoformes douloureux », les autres affections psychosomatiques assimilées (ATF 140 V 8 consid. 2.2.1.3), ou encore les troubles dépressifs, y compris de degré léger ou moyen (ATF 143 V 409 consid. 4.5.1 et 4.5.2), la capacité de travail réellement exigible de la personne souffrant de ces troubles doit être évaluée sur la base d'une vision d'ensemble, à la lumière des circonstances du cas particulier et sans résultat prédéfini, dans le cadre d'une procédure d'établissement des faits structurée et normative, permettant, d'une part, de mettre en lumière des facteurs d'incapacités et, d'autre part, les ressources de la personne concernée (ATF 141 V 281 consid. 2, 3.4 à 3.6, 4.1 ; 143 V 418 consid. 6 ss). Le point de départ de cet examen, et donc sa condition première, nécessaire à la reconnaissance de l'existence d'une atteinte à la

santé psychique, est la présence d'un diagnostic émanant d'un expert (psychiatre) et s'appuyant, lege artis, sur les critères d'un système de classification reconnu, tel le CIM ou le DSM-IV (ATF 141 V 281 consid. 2.1 ; 143 V 418 consid. 6 et 8.1 ; arrêt du TF 9C_815/2012 du 12 décembre 2012 consid. 3). Puis, afin d'évaluer la capacité de travail et le caractère invalidant des affections susmentionnées, le Tribunal fédéral a conçu un catalogue d'indicateurs, classés en deux catégories (ATF 141 V 281 consid. 4.1.3) : la catégorie « degré de gravité fonctionnel » (consid. 4.3), comprenant le complexe « atteinte à la santé » (consid. 4.3.1 : expression des éléments pertinents pour le diagnostic, succès du traitement ou résistance à cet égard, succès de la réadaptation ou résistance à cet égard, comorbidités), le complexe « personnalité » (consid. 4.3.2 : structure et développement de la personnalité, ressources personnelles) et le complexe « contexte social » (consid. 4.3.3) ; ainsi que la catégorie « cohérence » (consid. 4.4 : point de vue du comportement), relative à la limitation uniforme du niveau des activités dans tous les domaines comparables de la vie (consid. 4.4.1) et au poids des souffrances révélés par l'anamnèse établie en vue du traitement et de la réadaptation (consid. 4.4.2).

10.

En l'espèce, le Tribunal constate en premier lieu qu'il ressort de l'instruction du dossier du recourant par l'OAI C._____ que son état de santé s'est modifié par rapport à la situation prévalant au moment de la dernière décision entée en force du 8 octobre 2014 (OAIE pce 46).

En effet, dans le cadre de sa première demande de prestations, le diagnostic d'épisode dépressif sévère sans symptômes psychotiques F32.2 avait été retenu (rapports médicaux du Dr D._____ des 26 juin et 18 novembre 2013 : OAIE pces 22 p.60 et 24). La capacité de travail était fluctuante depuis le 18 avril 2013, mais le recourant avait été en mesure de reprendre son activité à 75% dès le 12 novembre 2013, puis à 80% dès le 17 mars 2014 et à temps plein à partir du 7 juillet 2014 (OAIE pces 39 à 41). Une décision de refus de rente lui avait dès lors été notifiée en date du 8 octobre 2014 (OAIE pces 45 et 46).

Après la reprise de son activité professionnelle à plein temps en 2014, le recourant a conservé son emploi auprès du même employeur, mais a présenté un nouveau syndrome anxio-dépressif et un arrêt de travail depuis le 2 mars 2018 (rapport du 30 octobre 2018 du Dr E._____ : OAIE pce 87 p. 240). Le dépôt d'une nouvelle demande de prestations AI s'en

est suivi le 12 février 2019 (OAIE pce 56). Dans le cadre de l'instruction, en plus de l'atteinte psychique, une infection au virus du VIH ainsi qu'une BPCO sont notamment mis en évidence, de même qu'une cure de hernie discale C5-C6 en 2001, des extra-systoles ventriculaires très fréquentes et un stripping de varices (rapport médical du 1^{er} mai 2019 du Dr E. _____ : OAIE pce 74 p. 176). Un trouble de la personnalité est également évoqué par certains médecins traitants (rapport du 19 décembre 2019 du Centre hospitalier L. _____ : OAIE pce 111 p. 318). Dans le cadre de l'expertise bidisciplinaire du O. _____ du 27 juillet 2020, les experts rejettent cette dernière hypothèse, mais ajoutent avoir constaté une hyperplasie bénigne de la prostate (ci-après : HBP) et un syndrome de la coiffe des rotateurs (OAIE pce 127). Enfin, une IRM du rachis lombaire-bassin du 30 août 2018, produit par le recourant dans le cadre de ses objections, fait état d'un déséquilibre du bassin et d'une perte de hauteur de l'espace inter-somatique L5-S1 isolé (OAIE pce 135 p. 435).

Dans ces circonstances, l'état de santé du recourant s'est effectivement modifié depuis la décision initiale du 8 octobre 2014. L'autorité inférieure est dès lors entrée en matière à juste titre sur la nouvelle demande de prestations déposée par le recourant. Il reste toutefois à déterminer si et, le cas échéant dans quelle mesure, ces nouvelles atteintes à la santé impactent la capacité de travail et de gain du recourant. En d'autres termes, il s'agit pour le Tribunal d'examiner si c'est à juste titre que l'autorité inférieure lui a refusé le droit à une rente d'invalidité et à des mesures professionnelles, en faisant valoir l'absence d'atteinte à la santé durablement invalidante et, en substance, une pleine capacité de travail dans toute activité.

11.

Sur le plan médical, la décision attaquée repose sur le rapport d'expertise bidisciplinaire psychiatrique et de médecine interne du 27 juillet 2020 du O. _____ (OAIE pce 127), dont les conclusions ont été confirmées par l'avis SMR du 10 août 2020 (OAIE pce 128).

Il convient dès lors d'examiner la valeur probante du rapport d'expertise du O. _____ du 27 juillet 2020, étant précisé que selon la jurisprudence, seuls des indices concrets, tels que des contradictions manifestes ou des éléments essentiels ignorés, permettent de remettre en cause les expertises confiées par une assurance à un médecin indépendant au sens de l'art. 44 LPGA (ATF 137 V 210 consid. 2.2.2 ; 135 V 465 consid. 4.4 ; 125 V 351 consid. 3b/bb).

12.

12.1 En l'occurrence, après un examen attentif des pièces au dossier, le Tribunal estime que les conclusions du rapport d'expertise du O. _____ sont convaincantes et qu'il n'existe pas d'éléments objectifs justifiant de s'en écarter. L'expertise du O. _____ satisfait aux requisits jurisprudentiels en matière de valeur probante (cf. consid. 8.2 supra) et a été établie sur la base d'un examen clinique et personnel du recourant le 29 septembre 2019 et selon la procédure probatoire structurée exigée par le Tribunal fédéral en présence d'une atteinte psychique (cf. consid. 9 supra).

Dans leur rapport d'expertise bidisciplinaire psychiatrique et de médecine interne du 27 juillet 2020 (OAIE pce 127), les experts du O. _____ concluent en substance uniquement à des atteintes qui n'ont aucun effet sur la capacité de travail du recourant. Les diagnostics retenus sont, sur le plan de la médecine interne, une hernie discale C5-C6, un VIH, une BPCO, une HBP et un syndrome de la coiffe des rotateurs. Sur le plan psychiatrique, l'expert atteste d'un épisode dépressif moyen sans syndrome somatique, avec des traits pathologiques de personnalité d'un registre dépendant sans atteindre le seuil d'un trouble spécifique. Le recourant présenterait de nombreuses ressources mobilisables, sans réduction uniforme des activités dans tous les domaines de la vie, celui-ci s'intéressant à ses animaux de compagnie, à la pratique de la randonnée, aux relations intrafamiliales et amicales. La capacité de travail dans le cadre de la LAI a ainsi toujours été de 100% aux yeux des experts, à l'exception d'inflexions ponctuelles sur le plan psychiatrique. Le retour dans l'ancienne activité est compromis pour des raisons extra-médicales, à savoir la relation d'emprise et la crainte persécutoire, décrite par les experts comme justifiée et par conséquent non délirante, vis-à-vis de l'actionnaire majoritaire de l'actuel employeur.

12.2 D'un point de vue formel, le Tribunal constate en premier lieu que les experts, à savoir la Dresse P. _____ sur le plan de la médecine interne et le Dr Q. _____ sur le plan psychiatrique, disposent tous les deux des qualifications professionnelles adéquates pour se prononcer sur l'état de santé du recourant – mêlant aspects psychiatriques et somatiques – et ses conséquences en matière d'incapacité de travail. D'autre part, leurs conclusions se fondent sur l'ensemble des pièces médicales présentes dans le dossier au moment de l'expertise, lesquelles sont résumées de façon détaillée dans leur rapport (OAIE pce 127 p. 381 ss). Les experts ont par ailleurs dûment tenu compte des plaintes du recourant (OAIE pce 127 p. 395 et 405) et décrit en détail son anamnèse (OAIE pce 127 p. 395 ss).

et 405 ss), sans que le Tribunal ne puisse y déceler une quelconque lacune. Ils ont de plus procédé à des examens complets, sous la forme d'un examen clinique sur le plan de la médecine interne (OAIE pce 127 p. 399 ss) et de la psychiatrie (OAIE pce 127 p. 411), complétés par des prises de sang (OAIE pce 127 p. 420 et 421).

12.3 Sur le fond, les points litigieux essentiels, à savoir en particulier les diagnostics et leurs effets sur la capacité de travail du recourant, font l'objet d'une étude circonstanciée et convaincante par les experts du O._____. En l'absence d'atteinte à la santé incapacitante (cf. consid. 12.4 et 12.5 infra), ceux-ci estiment de façon consensuelle que l'incapacité du recourant de retrouver son ancienne activité trouve son origine dans des facteurs extra-médicaux. En effet, les experts attribuent ces difficultés à la relation d'emprise subie de la part de l'employeur et à la crainte justifiée que le recourant a développé à son égard (OAIE pce 127 p. 418), liées notamment au cadre très particulier de la relation avec l'ancien patron et à un cahier des charges qu'ils considèrent « pour le moins obscur » (OAIE pce 127 p. 402).

Cette conclusion des experts du O._____ correspond à celle qu'avait prise avant eux le Dr J._____, dans le cadre de son rapport d'expertise du 3 octobre 2019 (OAIE pce 87 p. 222), réalisée pour le compte de l'assurance perte de gain maladie du recourant. Celui retenait également une pleine capacité de travail sur le plan psychiatrique et estimait lui aussi que le problème était professionnel dans le cadre d'une relation singulière avec l'employeur. La situation selon lui devait être résolue dans le cadre d'un règlement à l'amiable du statut professionnel qui était au premier plan (OAIE pce 87 p. 231 ss).

12.4 Si les experts du O._____ attribuent l'incapacité du recourant de reprendre son activité professionnelle à des facteurs extra-médicaux, ils n'en ont pas moins procédé à une analyse probante de sa capacité de travail sur le plan psychiatrique. Pour ce faire, les experts ont à juste titre recouru au catalogue d'indicateurs découlant de la jurisprudence topique du Tribunal fédéral (ATF 140 V 8 consid. 2.2.1.3 ; cf. également consid. 9 supra) en la matière, laquelle exige en substance, après avoir posé un diagnostic dans les règles de l'art (cf. consid. 12.4.1 infra), d'examiner les ressources de la personne expertisée (cf. consid. 12.4.2 infra) et la cohérence des limitations présentées (cf. consid. 12.4.3 infra).

12.4.1 S'agissant du diagnostic, l'expert psychiatre retient celui d'épisode dépressif moyen sans syndrome somatique, en référence à un système de

classification reconnu (in casu : CIM-10 ; F32.10). L'expert relève la présence d'une humeur dépressive, d'une augmentation de la fatigabilité, d'une diminution de l'estime de soi-même, d'idées de dévalorisation, d'une perturbation du sommeil à type de réveil précoce systématique dans la seconde partie de la nuit et d'une diminution de l'appétit. Les conditions pour retenir un syndrome somatique ne sont selon lui pas réunies (OAIE pce 127 p. 414). Pour le surplus, l'expert psychiatre du O._____ se prononce sur l'éventualité d'un trouble de la personnalité, qui apparaît dans le rapport médical du 19 décembre 2019 du Centre hospitalier L._____ (OAIE pce 111 p. 318). Il réfute toutefois cette hypothèse au motif que le recourant a « correctement fonctionné jusqu'aux faits en cours aujourd'hui ». Un éventuel trouble spécifique de la personnalité ne saurait dès lors à ses yeux être retenu (OAIE pce 127 p. 413), le seuil diagnostique n'étant pas atteint malgré des traits de personnalité dépendante (OAIE pce 127 p. 416).

Les diagnostics retenus par le Dr Q._____ sur le plan psychiatrique rejoignent en substance ceux du Dr J._____ dans son rapport d'expertise du 3 octobre 2019 (OAIE pce 87 p. 222). Ce dernier évoquait en effet la présence d'un trouble de l'adaptation mixte avec anxiété et humeur dépressive de gravité légère à moyenne. Il confirmait également l'absence de trouble de la personnalité, mettant l'accent sur une personnalité à traits passifs-dépendants, tout comme les experts du O._____.

Quant aux médecins traitants, dont il convient d'apprécier les rapports médicaux avec une certaine réserve en raison de la relation de confiance, issue du mandat thérapeutique, qui les unit à leur patient (ATF 125 V 351 consid. 3b/cc et les réf. cit. ; arrêt du TF I 655/05 du 20 mars 2006 consid. 5.4) – ceci d'autant plus lorsqu'ils ne disposent pas de spécialisation en psychiatrie, à l'instar des Drs E._____ et G._____ – leurs conclusions ne divergent pas fondamentalement de celles du Dr Q._____. La plupart de leurs rapports se contentent en effet de mentionner un syndrome anxiodépressif (rapports du Dr E._____ des 30 octobre 2018, 27 février, 1^{er} mai, 8 juin 2019 : OAIE pces 60 p. 134, 74 p. 176 et 87 p. 233) ou dépressif (rapports de la Dresse G._____ des 7 et 24 avril 2019, 5 novembre 2019 : OAIE pces 72, 87 p. 237 et 101).

Le 23 septembre 2021, la Dresse G._____ examine le recourant et conclut à un « gros syndrome dépressif » (rapport de la Dresse G._____ du 8 octobre 2019 : OAIE pce 105 p. 291). Six jours plus tard, soit le 29 septembre 2021, le Dr J._____ retient dans le cadre de son expertise

psychiatrique une pleine capacité de travail et une humeur dépressive de gravité légère à moyenne. Le recourant est ensuite hospitalisé en milieu psychiatrique. A son entrée à la clinique K. _____ le 30 septembre 2019, il présentait une dépression sévère et « l'évolution fut modeste » selon le rapport établi à cette occasion (OAIE pce 91). Malgré l'hospitalisation, le recourant a souffert d'une intoxication médicamenteuse volontaire en fin d'année 2019. L'évolution a été décrite comme « rapidement favorable » dans le rapport du Dr M. _____ du 27 décembre 2019 (OAIE pce 105 p. 289). Le rapport du 19 décembre 2019 du Centre hospitalier L. _____ évoque pour sa part un trouble dépressif récurrent (OAIE pce 111 p. 318) et le Dr E. _____, dans son rapport du 2 janvier 2020 (OAIE pce 105 p. 284) un syndrome anxio-dépressif sévère. Ces événements survenus en fin d'année 2019 ne contredisent pas les conclusions de l'expertise du O. _____. En effet, d'une part, les experts ont statué en toute connaissance de cause, les deux hospitalisations et le tentamen médicamenteux étant relevés dans le rapport d'expertise. D'autre part, le volet psychiatrique de l'expertise concède la présence d'inflexions ponctuelles de la capacité de travail du recourant. Les événements de 2019, dans la mesure où ils sont significatifs, s'inscrivent dans ce contexte.

12.4.2 Du point de vue de l'appréciation de la capacité de travail du recourant sur le plan psychiatrique, l'expert relève la présence de nombreuses ressources (OAIE pce 127 p. 415 s.). Ainsi, le recourant a notamment conservé sa capacité de déplacement et d'effectuer ses soins corporels. Il déclare quelques activités spontanées, s'intéresse à la musique, à ses oiseaux ainsi qu'à la randonnée. Il nourrit des relations amicales et sait donner et recevoir un soutien affectif significatif, notamment à son épouse et à ses enfants (OAIE pce 127 p. 415). Il a la capacité d'évoluer au sein d'un groupe, en discerne les règles et s'y adapte. Le sens du contact avec les tiers est indemne, alors que la capacité de s'affirmer est fonctionnelle, malgré les traits de personnalité d'un registre dépendant. Sa capacité d'endurance est toutefois amoindrie en raison de l'asthénie qui le contraint à se reposer l'après-midi. Sa capacité de jugement et de prise de décision est intacte. L'expert relève pour le surplus que le recourant sait faire usage de ses compétences et dispose de flexibilité ainsi que de capacité d'adaptation. Il sait planifier et structurer des tâches. Il consacre le temps adéquat à des activités de gestion de son ménage, rangement, de courses, de soins à ses animaux et de relation interpersonnel. Enfin, le recourant sait s'adapter aux règles et aux routines. Les difficultés sont d'un registre politique au sein d'une relation d'emprise (OAIE pce 127 p. 416).

A ces éléments, il convient d'ajouter que l'expert mentionne l'absence de suivi par un médecin-psychiatre (OAIE pce 127 p. 415). Il estime de plus que des mesures de réadaptation pourraient être aisément soutenues chez un assuré motivé à développer une activité commerciale dans le domaine de la pâtisserie orientale (OAIE pce 127 p. 415).

12.4.3 S'agissant de la cohérence, si l'expert psychiatre mentionne que le tableau clinique est cohérent entre les allégations du recourant et les observations objectives lors de l'examen, il relève également qu'il n'existe pas de réduction uniforme des activités dans tous les domaines de la vie. Le recourant s'intéresse à ses animaux de compagnie, à la pratique de la randonnée et aux relations intrafamiliales et amicales (OAIE pce 127 p. 415). En sus de ces éléments, le Tribunal constate que le recourant déclare aider volontiers ses enfants dans leurs devoirs scolaires et jouer avec eux. Il effectue les tâches ménagères, de rangement, ainsi que les courses, avec son épouse. Il a été en mesure de se rendre en Algérie pour une semaine de vacances auprès de sa famille en 2020 (OAIE pce 127 p.410).

L'absence de limitations dans la vie quotidienne est une observation constante dans le dossier. Ainsi, le rapport du 7 avril 2019 de la Dresse G._____ (OAIE pce 72) décrit expressément qu'il n'y a « pas de réelles limitations dans l'accomplissement » des tâches ménagères. Le rapport du 1^{er} mai 2019 du Dr E._____ (OAIE pce 74 p. 176) précise qu'il n'y a aucun déficit fonctionnel pour les actes ordinaires et les activités instrumentales de la vie quotidienne. Le rapport d'expertise du Dr J._____ du 3 octobre 2019 (OAIE pce 87 p. 222) retenait des symptômes anxiodépressifs légers, voire modérés, sans répercussion majeure sur les activités de la vie quotidienne. Un second rapport de la Dresse G._____, daté du 5 novembre 2019 (OAIE 101), décrit un patient autonome dans les gestes de la vie courante, celui-ci ayant toutefois besoin de pauses.

12.4.4 Sur la base de l'ensemble de ces éléments, les experts parviennent à la conclusion que le recourant présente une pleine capacité de travail sur le plan psychiatrique et que tel a toujours été le cas, à l'exception de certains périodes d'inflexions ponctuelles.

Dite conclusion, prise au terme d'une appréciation conforme aux réquisits jurisprudentiels en matière de valeur probante et établie selon la procédure probatoire structurée exigée par le Tribunal fédéral en matière d'affection psychiatrique, doit ainsi être confirmée par le Tribunal de céans. Il y a dès

lors lieu d'en confirmer la pleine valeur probante des conclusions rendues par les experts sur le plan psychiatrique.

12.5 Du point de vue somatique, les experts du O._____ retiennent également l'absence de toute incapacité de travail. Dite conclusion rejoint pour l'essentiel l'appréciation des médecins traitants, à l'exception du Dr E._____ qui a attesté d'une asthénie consécutive à une primo-infection au VIH (rapports des 27 février et 1^{er} mai 2019 du Dr E._____ : OAIE pces 60 et 74 p. 176) et de la Dresse G._____, qui évoque une BPCO incapacitante (rapport du 5 novembre 2019 de la Dresse G._____ : OAIE pce 106).

Ces appréciations isolées des médecins traitants ne sont toutefois pas de nature à remettre en cause les conclusions expertales sur le plan somatique. En effet, s'agissant de l'asthénie consécutive à l'infection au VIH, les spécialistes du pôle des maladies infectieuses du CHRU F._____ ont rapidement considéré, dans leurs rapports des 24 avril 2019 et 7 janvier 2020, que le problème principal était d'ordre psychique, en précisant que le « syndrome dépressif est au-devant de la scène » et que le « problème n'est pas infectieux » (OAIE pces 87 p. 237 et 107).

Sur la question de la BPCO, seule la Dresse G._____ a qualifié cette atteinte comme incapacitante, à l'exclusion des autres médecins traitant. Les experts, de leur côté, ont estimé que celle-ci ne provoquait une dyspnée que pour des efforts d'intensité moyenne qui ne se retrouvaient pas dans son activité professionnelle. Or, d'une part, la Dresse G._____, infectiologue, ne dispose pas d'une spécialité en pneumologie, ce qui ôte d'emblée toute valeur probante à ses conclusions en la matière. D'autre part, le rapport de la Dresse G._____ ne met en évidence aucun élément objectif qui aurait été ignoré dans le cadre de l'expertise du O._____. Elle se contente en effet de porter une appréciation différente de celle des experts, sans autre motivation.

Au vu de ce qui précède, le Tribunal confirme la valeur probante des conclusions somatiques de l'expertise du O._____. En effet, aucun élément objectif qui aurait été omis par les experts n'est mis en évidence, de sorte qu'il est établi au degré de la vraisemblance prépondérante que le recourant présente une pleine capacité de travail sur le plan somatique.

13.

Afin d'être exhaustif, le Tribunal relève encore que les rapports médicaux produits par le recourant à l'appui de ses objections, puis de son recours,

ainsi que les décisions d'octroi de prestations d'invalidité par les autorités françaises, ne sont pas de nature à remettre en cause la valeur probante de l'expertise du O._____, ni de porter une appréciation différente concernant sa capacité de travail.

En effet, d'une part, la plupart des rapports dont se prévaut le recourant, à l'exception du rapport de rachis lombaire-bassin du 30 août 2018 (OAIE pce 135 p. 435), du rapport du 22 septembre 2020 de la Dresse G._____, (OAIE pce 135 p. 434), et du rapport du 24 septembre 2020 du Dr E._____ (OAIE pce 135 p. 436), figuraient déjà dans le dossier à disposition des experts du O._____. Ils ont donc été dûment pris en compte au stade de leur appréciation.

Concernant les nouveaux rapports, ils émanent des médecins traitants et doivent par conséquent être considérés avec réserve (cf. ATF 125 V 351 consid. 3b/cc et les réf. cit. ; arrêt du TF I 655/05 du 20 mars 2006 consid. 5.4). Ils ne contiennent toutefois aucun élément qui aurait été omis par les experts. Si le rapport IRM du 30 août 2018 fait état d'un déséquilibre du bassin et d'une perte de hauteur de l'espace inter-somatique L5-S1 isolée, aucun médecin ne s'est appuyé sur cette atteinte pour retenir une quelconque incapacité de travail. De plus, le volet de médecine interne de l'expertise du O._____ a procédé à un examen clinique exhaustif, de sorte que les éventuelles conséquences de cette atteinte auraient alors été mises en évidence. Tel n'a toutefois pas été le cas. Quant au rapport du 22 septembre 2020 de la Dresse G._____, il rappelle surtout l'historique médical du recourant. Enfin, dans son rapport du 24 septembre 2020, le Dr E._____ s'estime certain que la capacité de travail du recourant est clairement limitée du fait de ses problématiques de santé et des traitements. Les troubles auraient par ailleurs tendance à se majorer, de sorte qu'un nouvel avis psychiatrique serait en cours selon le médecin traitant. Toutefois, ledit nouvel avis psychiatrique, que le recourant a également mentionné dans son mémoire de recours (TAF pce 1, et ses annexes, en particulier la PJ 10), n'a jamais été transmis au Tribunal de céans. Partant, l'aggravation alléguée de l'état de santé postérieure à l'expertise du O._____ ne saurait être établie au degré de la vraisemblance prépondérante, étant pour le surplus précisé que les éventuels faits postérieurs à la décision litigieuse ne peuvent pas être pris en considération (ATF 121 V 366 consid. 1b) et qu'une décompensation passagère après réception d'une décision de l'OAI ne permet pas la reconnaissance d'une atteinte durablement invalidante (ATF 127 V 294 consid. 5a).

Enfin, contrairement à ce que fait valoir le recourant, de jurisprudence constante, l'octroi de prestations d'invalidité par des autorités étrangères, qui semble ressortir des pièces produites en annexe au recours – il aurait été mis au bénéfice d'une reconnaissance « RQTH » et d'une « AAH » de 50 à 79% par les autorités françaises – ne préjuge aucunement de l'appréciation de l'invalidité selon le droit suisse (cf. notamment consid. 3 supra).

14.

Sur le vu de ce qui précède, le Tribunal confirme intégralement la valeur probante du rapport d'expertise bidisciplinaire du O. _____ du 27 juillet 2020. En effet, celui-ci a été rendu en pleine connaissance du dossier, à l'issue d'examens complets, et ses conclusions sont claires et convaincantes. Pour le surplus, aucun élément ou indice concret ne permettent de douter du bien-fondé et de la fiabilité du raisonnement et des conclusions des experts. Partant, il est dès lors établi au degré de la vraisemblance prépondérante que le recourant présente, en l'absence d'atteinte incapacitante, une pleine capacité de travail dans toute activité, à l'exception de quelques périodes passées d'inflexions ponctuelles sur le plan psychiatrique.

Dans ces circonstances, c'est à juste titre que l'autorité inférieure a nié le droit du recourant à une rente d'invalidité ainsi qu'à des mesures professionnelles.

15.

En définitive, le recours, mal fondé, doit être rejeté et la décision attaquée confirmée.

16.

16.1 La présente procédure est soumise à des frais de justice (art. 69 al. 1^{bis} et 2 LAI), fixés, compte tenu de la charge liée à la procédure, à CHF 800.-. La partie recourante, qui succombe, en est toutefois dispensée dans la mesure où elle a été mise au bénéfice de l'assistance judiciaire gratuite par décision incidente du Tribunal du 27 avril 2021 (TAF pce 5).

16.2 En outre, vu l'issue du litige, il n'est pas alloué de dépens (art. 64 al. 1 PA, art. 7 al. 1 et al. 3 du règlement du 21 février 2008 concernant les frais, dépens et indemnités fixés par le Tribunal administratif fédéral [FITAF, RS 173.320.2]).

Par ces motifs, le Tribunal administratif fédéral prononce :

1.

Le recours est rejeté.

2.

Il n'est pas perçu de frais de procédure.

3.

Il n'est pas alloué de dépens.

4.

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

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

La présidente du collège :

Le greffier :

Madeleine Hirsig-Vouilloz

Séverin Tissot-Daguette

Indication des voies de droit :

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

Expédition :