

BVGer C-1377/2024 vom 22. Januar 2026

Bundesverwaltungsgericht, 2026-01-22, FR

Quelle: https://mcp.opencaselaw.ch/entscheid/bvger_C-1377_2024

FR: TAF C-1377/2024 du 22 janvier 2026

IT: TAF C-1377/2024 del 22 gennaio 2026

Regeste

Droit à la rente

Erwägungen

E. 1

Le Tribunal administratif fédéral examine d'office et avec une pleine cognition sa compétence et les conditions de recevabilité des recours qui lui sont soumis (art. 7 al. 1 PA ; ATAF 2016/15 consid. 1 ; 2014/4 consid. 1.2).

E. 1.1

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), le Tribunal administratif fédéral est compétent pour connaître du présent recours.

E. 1.2

La procédure devant le Tribunal administratif fédéral est en principe régie par la PA (art. 37 LTAF), sous réserve des dispositions particulières de la LPGA (RS 830.1 ; art. 3 let. dbis PA). Selon un principe général, les règles de procédure sont applicables dès leur entrée en vigueur à tous les cas en cours, sauf dispositions transitoires contraires (cf. ATF 130 V 1 consid. 3.2 ; 129 V 113 consid. 2.2).

E. 1.3

Dans la mesure où le recourant est directement touché par la décision attaquée et a un intérêt digne d'être protégé à ce qu'elle soit annulée ou modifiée, il a qualité pour recourir (art. 59 LPGA). Pour le surplus, déposé en temps utile et dans les formes requises par la loi (art. 60 LPGA ; art. 52 al. 1 PA), le recourant ayant été dispensé des frais de procédure par la décision incidente du 29 octobre 2024 (TAF pce 19), le recours est recevable.

E. 1.4

Le Tribunal examine d'office les conditions formelles de validité et de régularité de la procédure devant l'autorité inférieure, soit notamment le point de savoir si l'autorité qui a rendu la décision litigieuse était compétente (ATF 142 V 67 consid. 2.1 ; 140 V 22 consid. 4). A ce sujet, il y a lieu de remarquer qu'en application de l'art. 88 al. 1 RAI (RS 832.201), la procédure en révision est menée par l'Office AI qui, à la date du dépôt de la demande en révision ou à celle de réexamen du cas, est compétent au sens de l'art. 40 RAI. Selon l'art. 40 al. 1 let. b RAI, l'Office AI pour les assurés résidant à l'étranger est compétent pour enregistrer et examiner les demandes si les assurés sont domiciliés à l'étranger. 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. Cette règle s'applique également aux anciens frontaliers pour autant que leur domicile habituel se trouve encore dans la zone frontalière au moment du dépôt de la demande et que l'atteinte à la santé remonte à l'époque de leur activité en tant que frontalier. L'office AI pour les assurés résidant à l'étranger notifie les décisions. En l'espèce, dès lors que le recourant était domicilié en France au moment de sa nouvelle demande de prestations du 6 mai 2021 (TAF pces 1 et 2) et que l'atteinte à la santé ne remonte pas à l'époque de son activité comme frontalier - la décision du 30 mars 2020 de refus de prestations retenait en effet une pleine capacité de travail dans toute activité depuis janvier 2019 (OAIE pce 73) - c'est à juste titre que l'OAIE a procédé à l'instruction de la demande de révision et notifié la décision attaquée.

E. 2

Le litige porte sur le bien-fondé de la décision du 23 janvier 2024 (OAIE pce 270), par laquelle l'autorité inférieure a rejeté le droit du recourant à une rente d'invalidité, au motif que son état de santé ne s'était pas modifié depuis la dernière décision du 30 mars 2020 (OAIE pce 73).

E. 3.1

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).

E. 3.2

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 ; Moor/Poltier, Droit administratif, vol. II, 3e éd. 2011, ch. 2.2.6.3). Ce faisant, il ne tient pour existants que les faits qui sont prouvés, cas échéant au degré de la vraisemblance prépondérante (ATF 139 V 176 consid. 5.2 ; 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 (Moor/Poltier, op. cit., ch. 2.2.6.5 ; Benoît Bovay, Procédure administrative, 2e éd. 2015, p. 243). L'autorité saisie se limite en principe aux griefs soulevés et n'examine les questions de droit non invoquées que dans la mesure où les arguments des parties ou le dossier l'y incitent (ATF 122 V 157 consid. 1a ; 121 V 204 consid. 6c ; Moser/Beusch/Kneubühler/Kayser, Prozessieren vor dem Bundesverwaltungsgericht, 3e 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 TAF C 6134/2017 du 3 avril 2018 consid. 5.4) et de motiver leur recours (art. 52 PA).

E. 4.1

L'affaire présente un aspect transnational, dans la mesure où le recourant est un ressortissant français, est domicilié en France et a été assuré à l'assurance-vieillesse, survivants et invalidité suisse (AVS/AI) (ATF 145 V 231 consid. 7.1 ; 143 V 354 consid. 4 ; 143 V 81 en particulier consid. 8.1). Est dès lors applicable à la présente cause l'Accord du 21 juin 1999 sur la libre circulation des personnes (ALCP, RS 0.142.112.681), conclu entre la Suisse et la Communauté européenne et ses Etats membres, dont l'annexe II règle la coordination des systèmes de sécurité sociale (art. 8 ALCP). Dans ce contexte, l'ALCP fait référence depuis le 1er avril 2012 au règlement (CE) n° 883/2004 du Parlement européen et du Conseil du 29

avril 2004 portant sur la coordination des systèmes de sécurité sociale (ci-après : règlement n° 883/2004, RS 0.831.109.268.1), ainsi qu'au règlement (CE) n° 987/2009 du Parlement européen et du Conseil du 16 septembre 2009 fixant les modalités d'application du règlement (CE) n° 883/2004 (ci-après : règlement n° 987/2009, RS 0.831.109.268.11 ; art. 1 par. 1 de l'annexe II en relation avec la section A de l'annexe II). A compter du 1er janvier 2015, sont également applicables dans les relations entre la Suisse et les Etats membres de l'Union européenne (UE) les modifications apportées notamment au règlement n° 883/2004 par les règlements (UE) n° 1244/2010 (RO 2015 343), n° 465/2012 (RO 2015 345) et n° 1224/2012 (RO 2015 353). 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 par. 2 du règlement n° 987/2009).

E. 4.2

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 ; 136 V 24 consid. 4.3). Le 1er janvier 2022 sont entrées en vigueur, dans le cadre du « Développement continu de l'AI », la modification de la LAI et de la LPGA adoptée le 19 juin 2020 (RO 2021 705 ; 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). Ces nouvelles dispositions s'appliquent à toutes les rentes qui prennent naissance, au sens de l'art. 29 LAI, à partir du 1er janvier 2022, même si la survenance de l'invalidité a été fixée à une date antérieure au 31 décembre 2021 (Circulaire sur l'invalidité et les rentes dans l'assurance-invalidité [CIRAI], valable dès le 1er janvier 2022, état au 1er janvier 2024, ch. 9100 ; Circulaire relative aux dispositions transitoires concernant le système de rentes linéaire [Circ. DT DC AI], valable dès le 1er janvier 2022, état au 1er juillet 2024, ch. 1007 à 1010. C'est ainsi la date de la naissance potentielle du droit à la rente qui constitue le moment déterminant pour trancher la question du droit temporel applicable ; cf. é.g. arrêt du TF 8C_738/2023 du 3 avril 2024 consid. 2.2). En l'espèce, dès lors que la nouvelle demande de prestations a été déposée le 6 mai 2021, un droit théorique à la rente ne pourrait prendre naissance qu'à partir du 6 novembre 2021, soit avant le 1er janvier 2022 (art. 28 al. 1 let. b et 29 al. 1 LAI ; ATF 142 V 547 consid. 3), étant précisé que, comme exposé dans les considérants qui suivent, aucune incapacité de travail ne doit être reconnue. Par conséquent, ce sont les dispositions légales et réglementaires dans leur version valable jusqu'au 31 décembre 2021 qui s'appliquent à la présente cause et qui sont, sauf indication contraire, citées ci-après.

E. 4.3

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 23 janvier 2024). 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.).

E. 5.1

Sur le plan formel, le recourant se plaint d'une violation de son droit d'être entendu par l'autorité inférieure. Il reproche en substance une motivation insuffisante à la décision attaquée, en ce sens que celle-ci ne mentionnerait pas avec quelle période l'évolution de son état de santé a été comparé, point à ses yeux « décisif au regard du projet de décision du 22 juin 2022 ».

E. 5.2

De nature formelle, et qu'il convient ainsi d'examiner en premier lieu (ATF 138 I 232 consid. 5.1 ; arrêt du Tribunal fédéral 9C_692/2016 du 30 janvier 2017 consid. 4.1), le droit d'être entendu est une règle primordiale de procédure dont la violation entraîne en principe l'annulation de la décision attaquée sans égard aux chances de succès du recours sur le fond (Auer/Malinverni/Hottelier, Droit constitutionnel suisse, volume II, Les droits fondamentaux, 3e éd. 2013, n° 1358 ; Dubey/Zufferey, Droit administratif général, 2014, n° 1982 ss ; cf. également ATF 134 V 97, 135 I 279 consid. 2.6.1). En effet, si l'autorité de recours constate la violation du droit d'être entendu, elle renvoie la cause à l'instance inférieure, qui devra entendre la personne concernée et adopter une nouvelle décision, quand bien même sur le fond celle-ci ne s'écartera pas de la solution qu'elle avait retenue lors de la décision annulée (cf. ATF 125 I 113 consid. 3).

E. 5.3

Le droit d'être entendu, inscrit à l'art. 29 al. 2 Cst. comprend le droit de s'exprimer, le droit de consulter le dossier, le droit de faire administrer des preuves et de participer à l'administration de celles-ci, le droit d'obtenir une décision motivée et le droit de se faire représenter ou assister (ATF 137 IV 33 consid. 9.2, 136 I 265 consid. 3.2 et les références ; ATAF 2010/35 consid. 4.1.2). Le droit d'être entendu est consacré, en procédure administrative fédérale, par les art. 26 à 28 PA (droit de consulter les pièces), les art. 29 à 33 PA (droit d'être entendu stricto sensu) et l'art. 35 PA (droit d'obtenir une décision motivée). S'agissant plus particulièrement du devoir pour l'autorité de motiver sa décision, le but est que le destinataire puisse la comprendre, l'attaquer utilement s'il y a lieu et que l'autorité de recours puisse exercer son contrôle (ATF 133 I 270 consid. 3.1, 133 III 439 consid. 3.3). Pour répondre à ces exigences, il suffit que l'autorité mentionne, au moins brièvement, les motifs qui l'ont guidée et sur lesquels elle a fondé sa décision, de manière à ce que l'intéressé puisse se rendre compte de la portée de celle-ci et l'attaquer en connaissance de cause (ATF 135 III 670 consid. 3.3.1, 134 I 83 consid. 4.1, 133 III 439 consid. 3.3). Elle n'a toutefois pas l'obligation d'exposer et de discuter tous les faits, moyens de preuves et griefs invoqués par les parties. Elle peut au contraire se limiter à ceux qui peuvent être tenus comme pertinents. Il n'y a ainsi violation du droit d'être entendu que si l'autorité ne satisfait pas à son devoir minimum d'examiner les problèmes pertinents (ATF 136 I 229 consid. 5.2, 136 I 184 consid. 2.2.1, 135 V 65 consid. 2.6 et les références ; ATAF 2010/35 consid. 4.1.2). En l'espèce, le grief du recourant peut d'emblée être rejeté, s'avérant totalement infondé. En effet, la décision du 23 janvier 2024 précise expressément que l'OAIE doit « se

prononcer sur l'évolution de l'état de santé depuis la date de la décision du 30.03.2020 à ce jour », et non depuis le premier projet de décision du 22 juin 2022 (OAIE pce 106), lequel a été annulé et remplacé par le nouveau projet de décision du 8 novembre 2023 (OAIE pce 244). Quoi qu'en dise le recourant, l'autorité inférieure est dès lors particulièrement explicite sur le moment utilisé comme base de comparaison pour déterminer si son état de santé avait subi des modifications en date de la décision attaquée. Pour le surplus, conformément à la jurisprudence susmentionnée, la décision attaquée est suffisamment motivée. Elle permet de comprendre les raisons pour lesquelles la rente d'invalidité a été refusée, à savoir l'absence de toute incapacité de travail ressortant de l'instruction mise en place dans le cadre de la nouvelle demande. L'autorité inférieure indique notamment les pièces médicales sur lesquelles elle s'est fondée pour statuer sur le droit de l'assuré à une rente d'invalidité. Cette dernière s'est également prononcée sur le contenu des objections déposées par l'assuré à l'encontre du projet de décision du 8 novembre 2023. Dans ces circonstances, aucun défaut de motivation ne saurait être reproché à l'autorité inférieure. Celle-ci n'a dès lors aucunement violé le droit d'être entendu du recourant.

E. 6

Le recourant a versé des cotisations à l'AVS/AI suisse pendant plus de 3 ans (voir supra let. A) et remplit donc la condition de la durée minimale de cotisations eu égard au moment de l'ouverture éventuelle du droit à la rente (art. 36 al. 1 LAI). Il reste à examiner s'il est invalide au sens de la LAI.

E. 7.1

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 le marché du travail équilibré qui entre en considération, 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).

E. 7.2

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 LPGGA) à 40% au moins (let. c).

E. 8.1

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 2 novembre 2018 (OAIE pce 32), 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 LPGGA, 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).

E. 8.2

En vertu de l'art. 17 al. 1 LPGGA, 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 LPGGA. 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 LPGGA (ATF 147 V 167 consid. 4.1 et les réf. cit. ; 144 I 103 consid. 2.1 ; 141 V 9 consid. 2.3 et les réf. cit. ; 134 V 131 consid. 3 ; 133 V 545 consid. 6.1 à 6.3 et 7.1 ; 130 V 343 consid. 3.5 ; voir également arrêt du TF 9C_407/2021 du 17 mai 2022 consid. 3.2 ; arrêt du TAF C-1885/2021 du 7 juin 2023 consid. 4.2.1 ; Margit Moser-Szeless, Commentaire romand LPGGA, 2018, art. 17 n. 11 ss, et les réf. cit.). Un motif de révision doit clairement ressortir du dossier ; la réglementation sur la révision ne saurait en effet constituer un fondement juridique à un réexamen sans condition du droit à la rente (arrêts du TF I 111/07 du 17 décembre 2007 consid. 3 et les réf. cit. ; I 755/04 du 25 septembre 2006 consid. 5.1 ; Michel Valterio, op. cit., art. 31 n° 11 ss).

E. 8.3

Lorsque les faits déterminants pour le droit à la rente se sont modifiés au point de motiver une révision, le droit à la rente doit être examiné à nouveau sous tous ses aspects factuels et juridiques, de manière complète, sans que des évaluations antérieures de l'invalidité ne revêtent un caractère obligatoire. Il n'est pas nécessaire que ce soit l'élément de fait qui s'est

modifié qui conduise à fixer différemment le droit à la rente ; il suffit qu'à la suite de la modification d'une circonstance, un autre élément résultant de l'examen complet du droit à la prestation entraîne une augmentation, une diminution ou une suppression de la rente (ATF 141 V 9 consid. 2.3 et 6 et les réf. cit. ; arrêt du TF 9C_718/2016 du 14 février 2017 consid. 6.2). A l'inverse, si aucune modification notable de l'état de fait n'a pu être établie selon la vraisemblance prépondérante, il n'y a pas lieu d'effectuer un examen du droit à la rente sous tous ses aspects factuels et juridiques et d'évaluer à nouveau le degré d'invalidité en conséquence ; la situation juridique prévalant jusqu'alors est maintenue et le droit à la prestation reste inchangé, conformément au principe régissant le fardeau de la preuve (arrêts du TF 9C_158/2012 du 5 avril 2013 consid. 3 et 9C_418/2010 du 29 août 2011 consid. 3.1 ; Margit Moser-Szeless, op. cit., art. 17 n. 27 et 29).

E. 8.4

La présence de nouveaux diagnostics, tout comme la suppression de diagnostics, ne constitue pas en soi un motif de révision ; encore faut-il que le changement de la situation soit clairement objectivé et propre à influencer le droit à la rente (ATF 141 V 9 consid. 5.2 ; arrêt du TF 9C_573/2019 du 20 décembre 2019 consid. 5.2.2 et les réf. cit. ; Margit Moser-Szeless, op. cit., art. 17 n. 12 ; Michel Valterio, op. cit., art. 31 n° 12).

E. 8.5

En matière de révision, la constatation d'un changement propre à fonder un motif de révision résulte de la mise en parallèle d'un état de santé actuel et passé. L'objet de la preuve est ainsi l'existence - en l'occurrence à tirer des rapports médicaux - d'une différence déterminante dans les états de santé. La constatation de l'état de santé actuel et ses conséquences fonctionnelles est bien le point de départ de l'appréciation ; elle n'est cependant pas en elle-même déterminante, elle ne sera pertinente que dans la mesure seulement où elle constatera effectivement une différence entre les données des états de santé actuel et antérieur. Il s'agit donc de distinguer des différences reposant uniquement sur une évaluation différente d'une même situation, qui ne sont pas pertinentes dans le cadre d'une révision, des modifications effectives justifiant une révision. La valeur probante des rapports médicaux établis aux fins d'une révision de rente dépend en conséquence essentiellement de la question de savoir si un changement déterminant des états de santé peut suffisamment être prouvé. Une évaluation médicale considérée pour elle-même en soi complète, convaincante, qui serait probante dans le cadre d'une évaluation initiale à la base de l'octroi initial des prestations (ATF 134 V 231 consid. 5.1 ; 125 V 351 consid. 3a), ne revêt par conséquent pas la valeur probante juridique requise si l'évaluation médicale (par rapport à une évaluation médicale antérieure divergente) n'établit pas suffisamment dans quelle mesure un changement effectif de l'état de santé a eu lieu. Sont réservées les situations dans lesquelles une modification de l'état de santé est évidente. La question de savoir si un tel changement s'est produit ou si, du point de vue de la révision, il ne s'agit que d'une appréciation médicale différente et sans grande signification d'un état de santé resté inchangé, doit être examinée avec le plus grand soin, notamment au vu de ses conséquences pour la personne concernée. La simple possibilité d'un tel changement ne suffit pas. Il faut qu'il soit établi au degré de la vraisemblance prépondérante (arrêts du TF 9C_418/2010 du 29 août 2011 consid. 4.1 et 4.2 ; 9C_244/2017 du 26 octobre 2017 consid. 4.2 et 4.2.1 ; 8C_160/2017 du 22 juin 2017 consid. 2.2 avec H. ; Margit Moser-Szeless, op. cit., art. 17 n. 12 ; Michel Valterio, op. cit., art. 31 n° 12).

E. 9.1

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 (arrêts du TF 8C_580/2022 du 31 mars 2023 consid. 4.2.4 et 9C_719/2016 du 1er mai 2017 consid. 5.2.1).

E. 9.2

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, op. cit., art. 57 LAI n° 33).

E. 9.3

Concernant 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. Selon la jurisprudence, il n'est donc 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 : ainsi ces rapports doivent-ils être jugés pertinents, compréhensibles et cohérents pour avoir valeur de preuve ; en outre, il ne doit pas exister d'indice suffisant plaidant contre leur

fiabilité. Une instruction complémentaire sera dès lors requise s'il subsiste des doutes, même minimes, quant au bienfondé, à la fiabilité et à la pertinence de ces rapports (ATF 139 V 225 consid. 5.2 ; 135 V 465 consid. 4.4 ; 125 V 351 consid. 3b/ee ; 122 V 157 consid. 1d ; Michel Valterio, op. cit., art. 57 LAI n° 43). 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).

E. 9.4

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).

E. 9.5

Les médecins traitants, qu'il ou elle soit médecin de famille généraliste ou spécialiste, ont avant tout pour objectif de soigner leurs patients, avec lesquels ils se trouvent dans une relation de confiance issue du mandat thérapeutique qui leur a été confié. Leurs rapports répondent donc rarement aux exigences posées par la jurisprudence en matière de valeur probante. Au moment d'apprécier de tels rapports, le juge doit ainsi tenir compte du fait que, selon l'expérience de la vie, le médecin traitant est généralement enclin, en cas de doute, à prendre parti pour son patient, en raison de la relation de confiance, inhérente au mandat thérapeutique qui lui a été confié, qui l'unit à celui-ci ou à celle-ci. Il convient donc d'apprécier ces rapports avec une certaine réserve (ATF 135 V 465 consid. 4.5 ; 125 V 351 consid. 3b/cc et les réf. cit. ; arrêt du TF I 655/05 du 20 mars 2006 consid. 5.4). Cela étant, 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 ; les soins prodigués par les médecins traitants s'inscrivent souvent dans le temps et peuvent ainsi s'avérer source de précieux renseignements (arrêt du TF 8C_278/2011 du 26 juillet 2011 consid. 5.3). On en retiendra donc 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). Les rapports des médecins traitants peuvent également semer le doute quant à la fiabilité et la pertinence des constatations des médecins internes à l'assurance (ATF 135 V 465 consid. 4.5 ; arrêt du TF 9C_147/2018 du 20 avril 2018 consid. 3.2).

E. 9.6

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).

E. 10

En l'espèce, par la décision litigieuse du 23 janvier 2024 (OAIE pce 270), l'autorité inférieure a rejeté le droit du recourant à une rente d'invalidité, considérant qu'il ne présentait aucune incapacité de travail, que ce soit dans son activité habituelle ou dans toute autre activité. L'OAIE précise que son service médical conclut que la situation est restée similaire à celle antérieure, à savoir celle qui prévalait lors de la dernière décision du 30 mars 2020. Par conséquent, tout comme à l'époque, les conditions requises pour l'octroi de prestations de l'assurance-invalidité ne sont pas remplies. Dès lors que l'autorité inférieure est entrée en matière sur la nouvelle demande de prestations déposée par le recourant le 6 mai 2021 (OAIE pces 1 et 2), le Tribunal doit examiner, dans un premier temps, si l'état de santé et/ou ses conséquences sur la capacité de gain du recourant sont bel et bien inchangés, comme retenu par la décision attaquée, ou si tel n'est pas le cas, comme le fait valoir l'assuré à l'appui de son recours, et ce, en comparant les faits tels qu'ils se présentaient à l'époque de la décision de rente et de mesures professionnelles du 30 mars 2020 (OAIE pce 73), dernière décision en force examinant matériellement le droit à la rente, et ceux qui ont

existé jusqu'au 23 janvier 2024, date de la décision litigieuse. Dans l'hypothèse où un changement était constaté, le Tribunal jugera, dans un deuxième temps, si celui-ci suffit le cas échéant à fonder une invalidité donnant droit à des prestations ou si, au contraire, c'est à juste titre que l'OAIE a refusé le droit du recourant à une rente de l'assurance-invalidité.

E. 11.1

Sur le plan médical, la décision attaquée repose d'une part, sur le rapport d'expertise du 7 septembre 2023 du Dr R._____, psychiatre FMH (OAIE pce 212), et d'autre part, sur l'appréciation médico-juridique du 16 octobre 2023 de Mme U._____, juriste, et du Dr N._____, psychiatre FMH, (OAIE pce 241) et les avis SMR des 3 et 11 janvier 2024 du Dr N._____ et du Dr V._____, médecin praticien en médecine générale (OAIE pces 267 et 268), qui confirment la pleine valeur probante des conclusions de l'expert.

E. 11.2

Il convient dès lors d'examiner la valeur probante des rapports médicaux précités, étant rappelé que des exigences strictes prévalent à l'égard des rapports établis par les médecins internes à l'assurance, le moindre doute justifiant un renvoi pour instruction complémentaire (ATF 135 V 465 consid. 4.3 in fine), alors que 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. 4.5 ; 125 V 351 consid. 3b/bb). Par ailleurs, 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 (arrêts du TF 9C_418/2010 du 29 août 2011 consid. 4.2 à 4.4 ; 8C_445/2017 du 9 mars 2018 consid. 2.2). Une évaluation médicale répondant aux requisits jurisprudentiels posés dans le cadre d'une évaluation initiale du droit à la rente ne saurait se voir conférer pleine valeur probante dans le cadre d'une procédure de révision si elle ne démontre pas suffisamment une modification effective de l'état de santé et de la capacité de travail. Un tel rapport d'expertise doit établir clairement que les faits constitutifs de la modification sont nouveaux et/ou que les faits préexistants se sont substantiellement modifiés dans leur nature et/ou leur étendue. Tel sera le cas si les experts décrivent les aspects spécifiques de l'évolution de l'état de santé et leur impact sur le développement de la capacité de travail de l'assuré. Ces exigences doivent se refléter dans le contenu des questions posées à l'expert (arrêt du TF 9C_158/2012 du 5 avril 2013 ; arrêt du TAF C-2687/2017 du 3 février 2022 consid. 9.2.1 ; Margrit Moser-Szeless, op. cit., art. 17 n. 12).

E. 12.1

En l'occurrence, l'examen du Tribunal consistera, en premier lieu, à analyser la valeur probante du rapport d'expertise du 7 septembre 2023 du Dr R._____ (cf. consid. 13 infra), puis à examiner si les griefs du recourant, respectivement les rapports médicaux produits en annexe au recours, sont susceptibles d'en remettre en cause les conclusions (cf. consid. 14 infra). En dernier lieu, le Tribunal vérifiera, le cas échéant, si d'autres éléments au dossier doivent conduire à en nier la valeur probante (cf. consid. 15 infra).

E. 13.1

D'un point de vue formel, le Tribunal constate en premier lieu que l'expert, à savoir le Dr R._____, spécialiste FMH en psychiatrie et en psychothérapie et expert SIM, dispose des qualifications professionnelles adéquates pour se prononcer sur l'état de santé psychique du recourant et ses conséquences en matière d'incapacité de travail. Ses conclusions se fondent sur l'ensemble des pièces au dossier, lesquelles sont résumées de façon détaillée dans son rapport (OAIE pce 212 p. 8 ss). Afin de se renseigner sur l'état de santé récent du recourant, le Dr R._____ a de plus sollicité le psychiatre traitant du recourant, pour qu'il lui fasse parvenir un rapport médical spécifique (rapport médical du Dr S._____ du 31 mai 2023 : OAIE pce 212 p. 14 et 213). Son expertise a par ailleurs dûment tenu compte des plaintes du recourant et décrit en détail l'anamnèse, que ce soit notamment sur le plan professionnel, affectif et social, socio-économique, judiciaire, ou encore des antécédents psychiatriques, de ceux de sa famille, du déroulement d'une journée type et de sa perception de l'avenir (OAIE pce 212 p. 15 à 25). Il a rencontré le recourant dans le cadre de deux entretiens, pour une durée totale d'environ 4 heures (OAIE pce 212 p. 3). Lors de ces entretiens, l'expert a procédé à un examen approfondi sur le plan psychiatrique (OAIE pce 212 p. 26), menant plusieurs tests psychométriques dont les résultats sont décrits dans son rapport d'expertise (OAIE pce 212 p. 29).

E. 13.2

Sur le fond, les points litigieux essentiels, à savoir en particulier les diagnostics et leurs conséquences sur la capacité de travail du recourant font l'objet d'une étude circonstanciée et convaincante par le Dr R._____. Son expertise permet également de statuer sur l'évolution de l'état de l'assuré depuis la dernière décision de refus de rente d'invalidité du 30 mars 2020.

E. 13.2.1

Après une longue analyse, l'expert retient, dans l'Axe I, le diagnostic de trouble dépressif récurrent, en rémission F33.4, ainsi que des troubles mentaux et troubles du comportement liés à l'utilisation d'alcool, utilisation épisodique F26, actuellement anamnestiquement abstinent F10.20. Sur l'Axe II, il retient une personnalité état limite inférieur, avec dépendance affective et traits pervers, alors qu'en relation avec l'Axe IV, il mentionne une « condamnation pour inceste ; instabilité professionnelle et autre ». Dans son raisonnement, le Dr R._____ se réfère, de façon conforme à la jurisprudence (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), à des systèmes de classification reconnus, à savoir le DSM-5 et, partiellement, à la CIM-10 (OAIE pce 212 p. 36 à 46). Dans son appréciation, l'expert prend position de façon convaincante sur les diagnostics posés par les médecins traitants, ainsi que les précédents experts étant intervenus dans le dossier. Il écarte la présence d'un trouble bipolaire, en l'absence d'arguments solides en faveur d'épisodes hypomaniaques ou maniaques. Il précise que le recourant affirme n'avoir jamais perdu le contrôle de lui-même, ni vécu de baisse du niveau de sommeil, un surcroît d'énergie ou des dépenses incontrôlées. Le Dr R._____ rattache les états de désinhibition rapportés par le recourant à une dépendance éthylique « probablement assez conséquente » Il ajoute que le diagnostic de trouble bipolaire, mentionné comme étant en rémission partielle dans le cadre de l'expertise psychiatrique du Dr G._____ du 22 juillet 2019, n'a « rapidement » plus été retenu par les psychiatres traitants, à savoir le Dr Z._____, puis le Dr L._____. Du point de vue de l'expert, seul le trouble de la personnalité, à l'exclusion d'un trouble bipolaire, joue un rôle singulier à l'origine du dysfonctionnement professionnel et relationnel du recourant (OAIE pce 212 p.

24, 35 et 50). Quant au diagnostic de dépression sévère mentionné dans son rapport du 31 mai 2023 par le psychiatre actuel, le Dr S. _____, il est, aux yeux du Dr R. _____, totalement incompatible avec le fait que l'assuré travaillait à 50% au moment de l'expertise (emploi qui a été perdu quelques mois après ; cf. rapport employeur du 21 septembre 2023 : OAIE pce 219 p. 14). L'expert relève également que son examen clinique n'a pas révélé de symptômes anxio-dépressifs significatifs (OAIE pce 212 p. 49 et 56). Tout au plus, il aurait éventuellement présenté un léger trouble de l'adaptation à son procès, où il a été condamné, ainsi que suite à la vente de sa maison. L'assuré a toutefois rapidement recouvré son équilibre, de sorte qu'il n'y a pas de justification, de manière durable, à une incapacité de travail (OAIE pce 212 p. 56).

E. 13.2.2

Du point de vue de l'appréciation de la capacité de travail du recourant sur le plan psychiatrique, il convient de rappeler que l'examen du caractère invalidant des atteintes psychiatriques doit s'effectuer en procédant à une analyse conforme au catalogue d'indicateurs posé par la jurisprudence du Tribunal fédéral, lequel exige en substance, après qu'un diagnostic ait été posé dans les règles de l'art, d'examiner les ressources de la personne expertisée et la cohérence des limitations présentées par l'assuré, dans le cadre d'une appréciation globale (ATF 140 V 418 ; cf. également consid 9.6 supra). A cet égard, l'examen de l'expert se révèle en tous points conforme aux exigences jurisprudentielles du Tribunal fédéral. Dans son analyse, le Dr R. _____ relève la présence de nombreuses ressources, en dépit d'une personnalité qualifiée de « pathologique » et des difficultés du recourant à s'investir sur la durée, notamment dans ses relations et ses emplois - mais qui n'ont jamais empêché l'assuré de travailler lorsqu'il en avait besoin. D'après l'expert, l'assuré, dont la relation aux traitements est décrite comme uniquement superficielle et utilitaire (OAIE pce 212 p. 48) dispose en effet de « nombreuses cordes à son arc », d'une certaine créativité et de dynamisme. Il est apte à créer des relations facilement (OAIE pce 212 p. 51), s'adonne à des loisirs, notamment du roller, du vélo et de la moto (OAIE pce 212 p. 27), gère son ménage avec l'aide de sa voisine (OAIE pce 212 p. 25 et 58), dispose d'une vie sociale, travaille à 50% et exerce toujours son activité de chansonnier (OAIE pce 212 p. 50). Aux yeux de l'expert, le recourant semble avoir retrouvé son niveau d'activité habituel entre les phases de dépression réactionnelle (OAIE pce 212 p. 50) et a fait preuve depuis 2017 d'excellentes capacités de résilience (OAIE pce 212 p. 56). De façon plus détaillée, l'expert recourt avec pertinence à la Mini CIF-TAPP pour dresser un tableau global des « capacités et incapacités » du recourant. Il en ressort que l'assuré est capable de s'adapter en cas de nécessité à des règles et routines, même s'il présente des difficultés à respecter le cadre et se trouve dans la transgression. Le Dr R. _____ constate également que l'assuré est apte, « désormais », à se structurer. Il a fait preuve de capacités de résilience non négligeables, car il s'est trouvé, à chaque fois, en mesure de rebondir malgré son instabilité. L'assuré présente des compétences professionnelles multiples, de sorte qu'il peut s'adapter à différents domaines professionnels. Les capacités de décision et de jugement sont altérées dans sa perception de son propre fonctionnement, avec le déni de tout ce qui pourrait « fâcher ». Il a par ailleurs tendance à projeter sur autrui l'origine de ses difficultés. Au demeurant, l'endurance n'est pas diminuée, alors que l'affirmation de soi est marquée par les besoins de s'affirmer parfois de manière mégalomane, cachant mal la faible estime de lui-même et l'insécurité affective. Du point de vue social, l'assuré noue facilement des contacts avec des tiers ou un groupe, mais les relations familiales et intimes ont toujours été conflictuelles et instables. L'assuré a de nombreuses activités spontanées. L'expert relève

encore qu'il gère lui-même ses soins et se déplace sans restriction et qu'à ce titre, il est venu de lui-même en voiture aux entretiens (OAIE pce 212 p. 54). S'agissant de la cohérence, l'expert relève qu'en dehors d'une certaine tendance à se disperser, à se montrer théâtral et facilement manipulateur, il n'y a pas de discordances, le discours du recourant se révélant en partie cohérent et plausible (OAIE pce 212 p. 49 et 56).

E. 13.3

Sur la base de l'ensemble de ces éléments, le Dr R. _____ parvient à la conclusion qu'après un épisode plus sévère en 2017 (OAIE pce 212 p. 39), ainsi qu'un éventuel léger trouble de l'adaptation au moment du procès et de la vente de la maison - n'entraînant toutefois pas d'incapacité de travail durable - (OAIE pce 212 p. 56), le recourant a fait preuve d'excellentes capacités de résilience. Il estime dès lors que celui-ci présente une pleine capacité de travail « dans toute activité adaptée à ses compétences et à sa motivation » (OAIE pce 212 p. 57).

E. 14.1

A l'appui de son recours, le recourant conteste toute valeur probante aux conclusions du rapport d'expertise du Dr R. _____ du 7 septembre 2023. Les reproches qu'il formule à l'égard de l'expert ne mettent toutefois aucunement en évidence des éléments objectifs permettant de douter du bien-fondé des conclusions de l'expert. Comme il en a déjà été question supra (cf. consid. 13), le Dr R. _____ a en effet scrupuleusement respecté la jurisprudence du Tribunal fédéral relative à l'examen du caractère invalidant d'un trouble psychique, contrairement à ce que prétend l'assuré. On peine ainsi à comprendre les raisons qui poussent le recourant à reprocher à l'expert d'avoir procédé à un examen approfondi de ses antécédents professionnels, élément qu'il convient précisément d'examiner selon la jurisprudence du Tribunal fédéral (ATF 141 V 281 consid. 4.3.1). S'agissant de la prétendue contradiction de l'expert alléguée par le recourant sur la gestion des tâches ménagères, il convient de la relativiser. En effet, le fait de présenter des difficultés à s'organiser pour son ménage et de bénéficier de l'aide de sa voisine âgée, comme relevé dans l'anamnèse de l'expertise (OAIE pce 212 p. 25), ne signifie pas encore que le recourant ne serait pas apte à gérer son ménage, ainsi que le précise l'expert en réponse aux questions de l'OAIE (OAIE pce 212 p. 50 et 58 ss). Quoi qu'il en soit, plusieurs rapports au dossier, à l'instar du rapport E213 du 1er juillet 2022 de la Dresse O. _____, médecin conseil auprès de la Commission administrative pour la sécurité sociale des travailleurs migrants (OAIE pce 110), vont dans le sens des constatations de l'expert et font état d'une bonne autonomie pour les actes de la vie quotidienne. Il ne s'agit dès lors pas d'un élément décisif permettant de disqualifier les conclusions de l'expertise du Dr R. _____. Il en va de même de la perte de l'emploi que le recourant exerçait à 50%, survenue postérieurement à l'expertise, qui peut être interprétée comme un nouvel exemple des difficultés de l'assuré à s'investir dans la durée mentionnées par l'expert (OAIE pce 212 p. 51). L'exercice d'une activité à 50% sur une période de près d'une année est effectivement, comme l'avait retenu le Dr R. _____, constitutif d'une ressource importante. Elle ne modifie pas non plus le raisonnement de l'expert quant au diagnostic de dépression sévère, qui reposait, non seulement sur l'activité exercée par le recourant, mais également sur l'ensemble de l'anamnèse, l'examen clinique pratiqué et des tests psychométriques complets (OAIE pce 212 p. 29 ss). Enfin, s'agissant de la prétendue résistance au traitement du recourant, il convient de rappeler que le Dr R. _____ était parfaitement informé du traitement au long cours du recourant, celui-ci lui ayant expressément minimisé, voire disqualifié, l'utilité de la prise en charge de médicaments

(OAIE pce 212 p. 48). Dans ce contexte, on ne saurait retenir une véritable résistance au traitement, comme l'affirme le recourant dans sa réplique. Le Tribunal observe encore que la médication semble avoir fait effet, puisqu'après son incapacité de travail totale survenue en 2017 et 2018, l'assuré avait retrouvé une pleine capacité de travail, comme cela ressortait de l'expertise psychiatrique du Dr G._____ de juillet 2019 (OAIE pce 65), situation qui demeure encore valable actuellement, selon la nouvelle expertise du Dr R._____ (OAIE pce 212 p. 50). Pour le surplus, dans ses autres griefs, le recourant se contente d'apporter sa propre lecture subjective du rapport d'expertise du Dr R._____ et des autres pièces du dossier lorsqu'il conteste les diagnostics retenus par l'expert, qu'il affirme avoir été « dégradé de façon choquante » par ce dernier, que celui-ci n'aurait pas tenu compte de sa situation familiale complexe - l'expert avait pourtant bien conscience des accusations formulées sur le plan pénal et des difficultés que cette situation engendrait chez l'assuré (OAIE pce 212 p. 15, 20 et 22) -, ou encore que sa capacité à rebondir démontrerait une instabilité et plaiderait selon lui contre son endurance. Le recourant n'explique pas davantage en quoi le fait qu'il ait pleuré ou se serait trouvé, selon ses déclarations, en état d'excitation lors des entretiens d'expertise permettrait de douter des conclusions de l'expert, qui a, comme on l'a vu, procédé à un examen clinique complet.

E. 14.2

Il convient d'ajouter que dans le cadre de son recours, l'assuré se réfère abondamment au premier rapport SMR du Dr N._____, daté du 3 mai 2022 (OAIE pce 103), qui retenait, après une brève analyse des indicateurs standards jurisprudentiels, le diagnostic d'épisode dépressif moyen. Le médecin du SMR concluait à une incapacité de travail de 100% dans l'activité habituelle et de 50% dans une activité adaptée, estimant que les symptômes décrits par le Dr L._____ dans son rapport du 21 avril 2022 étaient invalidants pour l'activité habituelle, y compris pour des raisons de sécurité au travail sous traitement psychotrope et manipulation d'outils. Or, le rapport du 3 mai 2022 du Dr N._____ ne saurait prévaloir sur l'évaluation expertale du Dr R._____. En effet, l'appréciation du médecin interne à l'OAIE a été réalisée sans examen personnel du recourant, uniquement sur dossier, et, essentiellement, sur la base du seul rapport du 21 avril 2022 du Dr L._____. Par ailleurs, après réception des rapports produits dans le cadre des objections, le Dr N._____ a estimé nécessaire de mettre en oeuvre une expertise psychiatrique, dans un nouvel avis SMR du 25 novembre 2022 (OAIE pce 190). A réception du rapport d'expertise du 7 septembre 2023, qui mentionne expressément les traitements psychotropes successifs de l'assuré (OAIE pce 212 p. 13 et 24) sans retenir un quelconque impact invalidant, le Dr N._____ est revenu sur son estimation précédente de la capacité de travail, pour rejoindre l'évaluation du Dr R._____, dans sa nouvelle appréciation médico-juridique du 16 octobre 2023. Pour ces motifs, la valeur probante du premier avis SMR du 3 mai 2022 doit être niée. Ce document ne saurait servir de fondement pour l'examen du droit aux prestations d'assurance du recourant.

E. 14.3

Enfin, en annexe à sa réplique du 17 janvier 2025 (TAF pce 26), le recourant a produit plusieurs documents. Aucune de ces pièces ne met toutefois en évidence des éléments objectifs qui permettraient de douter des conclusions de l'expertise du Dr R._____. Dans le document « synthèse des prises en charge et diagnostics psychiatriques et psychologiques depuis août 2017 » du 20 octobre 2024 (TAF pce 26 annexe 2), Mme W._____, psychothérapeute, relate l'historique du dossier et apporte sa propre appréciation de la

situation, sur le plan psychologique, sans mentionner d'incapacité de travail. Etablie dans le cadre de la procédure pénale visant le recourant, cette synthèse laisse entendre que l'expert judiciaire aurait, tout comme le Dr R._____, également retenu une personnalité avec des traits pervers (« l'hypothèse de la perversion a été semble-t-il retenue par l'expert judiciaire » : TAF pce 26 annexe 2 p. 8). Ce rapport vient dès lors confirmer, au moins partiellement, l'appréciation du Dr R._____ quant à la personnalité du recourant (« personnalité état limite inférieur, avec dépendance affective et traits pervers » : OAIE pce 212 p. 46). Les ordonnances du 20 novembre 2020 du Dr Z._____ et du 21 octobre 2021 du Dr L._____ (TAF pce 26 annexe 7), ainsi que celles du 21 janvier 2022 de Mme Moratille (TAF pce 16 annexe 9), du 22 novembre 2022 de Mme Binetruy (TAF pce 26 annexe 8), des 20 novembre 2024, 15 décembre 2024, 18 décembre 2024 et 13 janvier 2025 du Dr S._____ (TAF pce 26 annexe 11) n'amènent aucun élément médical nouveau, se bornant à indiquer le traitement prescrit par les médecins traitants et à attester du suivi psychologique. Tout au plus, ces documents viennent confirmer la stabilité de l'état de santé du recourant, puisque le traitement n'a pas évolué. S'agissant du rapport de transmission extra-hospitalière du 10 août 2017 au 21 décembre 2021 (TAF pce 26 annexe 10), il relate le suivi médical du recourant sur le plan psychiatrique, mettant en évidence les fluctuations de son humeur, mais ne retient aucun diagnostic, ni incapacité de travail. Quant aux autres documents produits par le recourant, ils ne comportent aucune composante médicale. L'attestation du 13 janvier 2025 (TAF pce 26 annexe 3) de la voisine, Mme X._____, relate les difficultés déjà mises en avant par le recourant devant l'expert s'agissant de ses tâches ménagères (OAIE pce 212 p. 25 : « (il) a beaucoup de peine à s'organiser pour son ménage qu'il tend à négliger »). Les deux courriers de Me Y._____ du 9 janvier 2025 (TAF pce 26 annexes 4 et 6) ainsi que le rapport de fin de mesure du 26 novembre 2024 (TAF pce 26 annexe 5) ont trait à la procédure pénale concernant le recourant. Ils mettent en évidence que ces accusations ont été particulièrement pénibles à supporter pour lui, ce dont le Dr R._____ avait déjà connaissance au moment de son expertise (OAIE pce 212 p. 15, 20 et 22).

E. 15

Afin d'être exhaustif, le Tribunal relève encore qu'aucun des autres éléments du dossier n'est susceptible de fonder un doute à l'égard des conclusions de l'expert. Certes, certains médecins traitants ont retenu d'autres diagnostics sur le plan psychiatrique que le Dr R._____. Ainsi, le Dr L._____, psychiatre, dans ses rapports des 3 février et 21 avril 2022, mentionnait une symptomatologie dépressive d'intensité moyenne (OAIE pces 178 et 182). De son côté, le Dr Q._____, médecin généraliste, retenait dans son rapport du 29 septembre 2021 un syndrome dépressif sévère avec un état psychologique, en amélioration (OAIE pce 176 p. 2). De son côté, le Dr S._____ mentionnait, dans son rapport du 31 mai 2023 (OAIE pce 213), la présence d'un état dépressif sévère avec une composante anxieuse et de troubles du sommeil. Dans son rapport du 24 novembre 2023 (OAIE pce 251), il maintient succinctement ce diagnostic, tout en estimant qu'une réinsertion professionnelle n'est pas possible « actuellement », sans autre explication. Comme il en a été question supra, le Dr R._____ a toutefois écarté ces diagnostics différentiels de façon motivée, tout comme d'ailleurs celui de trouble bipolaire, qui avait été attesté dans le cadre de la première demande de prestations de l'assuré. S'agissant de rapports établis par les médecins traitants, il convient par ailleurs de les apprécier avec une certaine réserve, compte tenu du rapport de confiance, issu du mandat thérapeutique, qui unit le médecin traitant à son patient (ATF 125 V 351 consid. 3b/bb et les réf. cit. ; arrêt du TF I 655/05 du 20 mars 2006

consid. 5.4). Pour le surplus, à l'exception du dernier bref rapport du Dr S._____, aucun ne mentionne une quelconque incapacité de travail, pas plus qu'ils ne font clairement état d'une aggravation depuis la dernière décision entrée en force du 30 mars 2020. Au contraire, le rapport précité du Dr Q._____ retient un diagnostic identique à celui qui ressortait du rapport de ce même praticien antérieur à la dernière décision du 30 mars 2020 (rapport du Dr Q._____ du 23 août 2019 : OAIE pce 160 p. 2) - ce qui plaide fortement contre l'hypothèse d'une péjoration de l'état de santé et vient confirmer les conclusions du Dr R._____. Quant au bref rapport du 18 novembre 2023 de Mme W._____, il n'émane pas d'un médecin, mais d'une psychologue. Du reste, s'il atteste d'une réinsertion professionnelle qui serait problématique notamment au vu de l'état de santé de l'assuré, il mentionne également d'autres obstacles sortant du champ de l'assurance-invalidité, à savoir l'âge du recourant et sa formation professionnelle. Ce rapport relève expressément une stabilité de l'état de santé du recourant, ce qui permet d'exclure une éventuelle aggravation postérieure aux entretiens d'expertise avec le Dr R._____ (OAIE pce 250). Enfin, le dossier de l'autorité inférieure contient deux rapports E213, qui ne permettent pas davantage de remettre en cause le rapport d'expertise du Dr R._____. En effet, le premier rapport E213, daté du 20 avril 2021 (OAIE pce 4) est établi par le Dr I._____, dont la spécialisation n'est pas mentionnée. Il retient pour seul diagnostic « F32 » et se borne à considérer que le recourant est en arrêt de travail depuis 2018 - ce qui ne plaide pas en faveur d'une aggravation depuis 2020. S'il atteste que le recourant n'est plus en mesure de travailler « à temps plein » dans son activité habituelle et dans une activité adaptée, il ne précise pas le taux d'activité effectif auquel le recourant pourrait toujours travailler. Quant au second rapport E213, il est daté du 1er juillet 2022 (OAIE pce 110) et signé de la Dresse O._____. Cette dernière reprend intégralement le contenu du rapport susmentionné du 21 avril 2022 du Dr L._____ et son diagnostic de syndrome anxiodépressif sévère. Elle atteste d'un état d'incapacité totale permanente au travail, malgré un bon degré d'autonomie pour les actes de la vie courante. Or, cette appréciation ne saurait être suivie. En effet, d'une part, ce médecin ne dispose d'aucune spécialisation en psychiatrie, mais en chirurgie générale (<https://www.maquestionmedicale.fr/medecins/chirurgie-generale/paris/dr-rohan-daniella/>, consulté le 24 juillet 2025). D'autre part, quand bien même un examen clinique a été pratiqué, ses conclusions en matière d'incapacité de travail ne sont nullement motivées, le médecin examinateur s'étant uniquement borné à les formuler sans aucune explication. Une telle manière de procéder doit conduire à nier toute valeur probante à son évaluation, compte tenu notamment de la jurisprudence du Tribunal fédéral en matière d'examen du caractère invalidant des atteintes psychiatriques, et n'est ainsi aucunement susceptible de faire douter des conclusions de l'expertise du Dr R._____.

E. 16.1

Au vu de ce qui précède, le Tribunal confirme intégralement les conclusions du rapport d'expertise du Dr R._____ du 7 septembre 2023. En effet, celui-ci a été rendu en pleine connaissance du dossier, à l'issue d'examen 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 de l'expert. L'expertise du Dr R._____ satisfait aux requisits jurisprudentiels en matière de valeur probante et a été établie selon la procédure probatoire structurée exigée par le Tribunal fédéral en présence d'une atteinte psychique. De plus, en retenant l'absence de toute atteinte à la santé ainsi qu'une pleine capacité de travail dans toute activité du point de vue psychiatrique, elle permet de

confirmer la stabilité de la situation médicale du recourant depuis la dernière décision du 30 mars 2020. Partant, il est dès lors établi au degré de la vraisemblance prépondérante que l'état de santé du recourant n'entraîne aucune incapacité de travail du point de vue psychiatrique, tout comme c'était le cas lors de la dernière décision entrée en force du 30 mars 2020. Aucune aggravation de l'état de santé sur le plan psychiatrique ne peut dès lors retenue. Pour les mêmes motifs, le Tribunal confirme la valeur probante de l'appréciation médico-juridique du 16 octobre 2023 et de l'avis SMR du 3 janvier 2024 du Dr N._____, psychiatre, qui reconnaissent le caractère probant du rapport d'expertise du Dr R._____, et en reprennent les conclusions en matière d'incapacité de travail (OAIE pces 241 et 267).

E. 16.2

Sur le plan somatique, le recourant ne conteste pas, à juste titre, l'instruction médicale réalisée par l'OAIE, en particulier la prise de position médicale du 11 janvier 2024 du Dr V._____, médecin praticien en médecine générale, qui constate que l'assuré a subi une opération d'une maladie de Dupuytren aux deux mains, sans toutefois qu'une incapacité de travail durable ne soit retenue (OAIE pce 268). En l'absence de tout rapport médical contredisant l'avis du Dr V._____, il convient de reconnaître pleine valeur probante à sa prise de position médicale du 11 janvier 2024.

E. 17

La capacité de travail du recourant n'ayant subi aucune modification notable depuis la dernière décision entrée en force du 30 mars 2020, que ce soit sur le plan psychique ou somatique, le taux d'invalidité de ce dernier est dès lors toujours identique à celui qui prévalait alors, soit de 0%. C'est dès lors à juste titre que l'autorité inférieure a nié le droit du recourant à une rente d'invalidité.

E. 18

Il sera encore précisé que l'octroi de prestations d'invalidité par des autorités étrangères, comme c'est le cas en l'espèce, ne préjuge aucunement de l'appréciation de l'invalidité selon le droit suisse (cf. consid. 4 supra). Le recourant ne peut dès lors tirer aucun argument de la reconnaissance par les autorités de son domicile d'une invalidité de catégorie II, ni que celles-ci lui aient octroyé une pension d'invalidité à compter du 23 mars 2021 (OAIE pce 9 p. 6).

E. 19

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

E. 20.1

La présente procédure est soumise à des frais de justice, lesquels sont mis, en règle générale, à la charge de la partie qui succombe (art. 69 al. 1bis et 2 LAI et 63 al. 1 PA). La partie recourante, qui succombe en l'espèce, en est toutefois dispensée dans la mesure où elle a été mise au bénéfice de l'assistance judiciaire gratuite par décision incidente du 29 octobre 2024 (TAF pce 19 ; art. 63 al. 1 et 65 PA). Il n'y a donc pas lieu de percevoir des frais de procédure.

E. 20.2

Il y a lieu par ailleurs d'allouer à Me Sylvain Laurent, en sa qualité de mandataire d'office, une indemnité à titre de frais et honoraires (art. 65 al. 2 PA, en relation avec les art. 8 à 11 du règlement du 21 février 2008 concernant les frais, dépens et indemnités fixés par le

Tribunal administratif fédéral [FITAF, RS 173.320.2], applicables par renvoi de l'art. 12 FITAF), étant précisé que seuls les frais nécessaires à la défense des intérêts du recourant sont indemnisés à ce titre (art. 8 al. 2 FITAF a contrario). Les parties qui ont droit aux dépens doivent faire parvenir au Tribunal, avant le prononcé, un décompte détaillé de leurs prestations, sur la base duquel le Tribunal fixera les dépens (art. 14 al. 1 et 2 FITAF). Ceux-ci comprennent les frais de représentation, en particulier les honoraires d'avocat, le remboursement des débours (frais de photocopie de documents, frais de déplacement et de repas, frais de port et de téléphone, etc.), le remboursement de la TVA le cas échéant, et les éventuels autres frais nécessaires de la partie (art. 8 et art. 9 al. 1 FITAF). Les honoraires d'avocat pour lesquels des dépens sont alloués sont calculés en fonction du temps nécessaire à la défense de la partie représentée, le tarif horaire pris en compte pour un avocat étant de CHF 200.- au moins et de CHF 400.- au plus (art. 10 al. 1 et 2 FITAF). A l'intérieur de cette fourchette, l'autorité détermine librement le tarif horaire applicable à la lumière de l'ensemble des circonstances du cas d'espèce (arrêts du TAF C-1337/2021 du 23 avril 2024 consid. 13.1 ; C-564/2021 du 14 décembre 2023 consid. 9.3). Quant aux débours et autres frais, ils sont remboursés sur la base des coûts effectifs (art. 11 al. 1 1ère phrase FITAF), un montant forfaitaire pouvant toutefois être accordé en lieu et place d'un tel remboursement, si des circonstances particulières le justifient (art. 11 al. 3 FITAF). Les photocopies peuvent être facturées au prix de 50 centimes par page (art. 11 al. 4 FITAF). La jurisprudence précise à cet égard que les honoraires d'avocat pour lesquels une indemnité est allouée sont, en règle ordinaire, fixés en fonction de l'importance et de la difficulté du litige, ainsi que d'après le travail et le temps que le mandataire a dû y consacrer (art. 10 al. 1 FITAF arrêts du TF 8C_417/2020 du 9 mars 2021 consid. 12.2.1 ; 2C_730/2017 du 4 avril 2018 consid. 3.2 ; I 30/03 du 22 mai 2003 ; ATAF 2010/14 consid. 8.2.2). En matière d'assurances sociales, l'autorité tiendra notamment compte du fait que la procédure est régie par la maxime inquisitoire, ce qui est de nature à faciliter la tâche de l'avocat ; seul le travail nécessaire est dédommagé (cf. art. 64 al. 1 PA et art. 8 al. 2 FITAF ; arrêts du TF 2C_171/2023 du 16 octobre 2023 consid. 4.2 et les réf. cit. ; 9C_47/2021 du 18 mars 2021 consid. 5.2.3 ; arrêt du TAF C-131/2023 du 19 janvier 2024 consid. 4.2.4). L'autorité appelée à fixer les frais de l'avocat sur la base d'un décompte ne saurait donc se contenter de s'y référer ; elle doit bien plutôt examiner dans quelle mesure les frais allégués se sont avérés indispensables à la représentation de la partie recourante. Lors de telles procédures enfin, l'indemnité allouée aux parties représentées par un avocat correspond en général à un forfait de CHF 2'800.-, frais et TVA compris (ATF 141 III 560 consid. 3.2 ss ; 141 IV 344 consid. 2 à 4, applicables par analogie ; arrêts du TAF C-1337/2021 du 23 avril 2024 consid. 13.4 et les réf. cit. ; C-4069/2021 du 15 mars 2023 consid. 11 et les réf. cit. ; arrêt du TF 9C_440/2021 du 25 mars 2022 consid. 6). En l'espèce, le mandataire d'office a produit sa note d'honoraires en annexe à sa correspondance du 17 mars 2025 (TAF pce 30). Il fait état d'un total d'heures travaillées sur le dossier de 33.51, tarifées à CHF 220.- l'heure, soit CHF 7'372.20, de frais à hauteur de CHF 220.50 et d'un montant à titre de TVA de CHF 615.90, à savoir un montant total de CHF 8'207.70. Compte tenu de la nature du litige, qui ne présente pas de difficultés particulières, et des démarches du mandataire, qui se sont essentiellement limitées au dépôt d'une requête d'assistance judiciaire, d'une réplique circonstanciée de 10 pages et d'une prise de position sur la duplique de 3 pages, la note d'honoraires présentée dépasse largement ce qu'il convient de considérer comme nécessaire à la défense des intérêts du recourant. Par conséquent, au vu du travail accompli et nécessaire en l'espèce, ainsi que de la difficulté relative de l'affaire, le Tribunal de céans

admet non pas 33.51 heures, comme le requiert la partie recourante, mais 10.77 heures, à un tarif horaire qu'il fixe à CHF 220.-, soit CHF 2'369.40, à quoi s'ajoutent CHF 220.50.- dus au titre de frais et débours et CHF 209.80 de TVA. Il se justifie donc d'allouer à Me Sylvain Laurent, à la charge de la caisse du Tribunal, une indemnité au titre de l'assistance judiciaire de CHF 2'800.-, ce qui correspond par ailleurs à la pratique du Tribunal en la matière (Stefan Meichssner, in : Praxiskommentar VwVG, 3e éd. 2023, art. 65 N 84).

Conformément à l'art. 65 al. 4 PA, le recourant sera tenu de rembourser au Tribunal les honoraires et frais d'avocat versés à son mandataire, s'il revient à meilleure fortune. (le dispositif se trouve sur la page suivante)

Export aus OpenCaseLaw (CC0). Verbindlich ist allein der vom erlassenden Gericht veröffentlichte Originaltext. Quellen-URL siehe oben.