

BVGer C-1648/2019 vom 28. Februar 2019

Bundesverwaltungsgericht, 2019-02-28, FR

Quelle: https://mcp.opencaselaw.ch/entscheid/bvger_C-1648_2019_d20190228

FR: TAF C-1648/2019 du 28 février 2019

IT: TAF C-1648/2019 del 28 febbraio 2019

Regeste

Droit à la rente | Assurance-invalidité (décision du 28 février 2019)

Erwägungen

E. 1.1

Sous réserve des exceptions – non réalisées en l’espèce – prévues à l’art. 32 de la loi fédérale du 17 juin 2005 sur le Tribunal administratif fédéral (LTAF, RS 173.32), ce dernier connaît, en vertu de l’art. 31 LTAF en relation avec l’art. 33 let. d LTAF et l’art. 69 al. 1 let. b de la loi fédérale du 19 juin 1959 sur l’assurance-invalidité (LAI, RS 831.20), des recours interjetés par des personnes résidant à l’étranger contre les décisions au sens de l’art. 5 de la loi fédérale du 20 décembre 1968 sur la procédure administrative (PA, RS 172.021) prises par l’OAIE.

E. 1.2

Selon l’art. 37 LTAF, la procédure devant le Tribunal administratif fédéral est régie par la PA, pour autant que la LTAF n’en dispose pas autrement. En vertu de l’art. 3 let. dbis PA, la procédure en matière d’assurances sociales n’est pas régie par la PA dans la mesure où la loi fédérale du 6 octobre 2000 sur la partie générale du droit des assurances sociales (LPGA, RS 830.1) est applicable. Conformément à l’art. 2 LPGA en relation avec l’art. 1 al. 1 LAI, les dispositions de la LPGA s’appliquent à l’assurance-invalidité (art. 1a à 26bis et 28 à 70 LAI), à moins que la LAI ne déroge expressément à la LPGA.

E. 1.3

Selon l’art. 59 LPGA, quiconque est touché par la décision ou la décision sur opposition et a un intérêt digne d’être protégé à ce qu’elle soit annulée ou modifiée a qualité pour recourir. Ces conditions sont remplies en l’espèce.

E. 1.4

Déposé en temps utile et dans les formes requises par la loi (art. 60 LPGA et 52 al. 1 PA), le recours est recevable, l’avance sur les frais de procédure présumés d’un montant de 800 francs ayant été dûment acquittée (art. 63 al. 4 PA [TAF pce 4]).

C-1648/2019 Page 10

E. 2

Le requérant étant un ressortissant espagnol, domicilié en Espagne, ayant travaillé en Suisse (cf. supra consid. A.), l’affaire présente un aspect transnational. La cause doit ainsi être tranchée non seulement au regard des normes du droit suisse mais également à l’aune des dispositions de l’Accord du 21 juin 1999 sur la libre circulation des personnes (ALCP, RS 0.142.112.681), dont l’annexe II règle la coordination des systèmes de sécurité sociale (art.

8 ALCP). Dans ce contexte, l'ALCP fait référence depuis le 1er avril 2012 au règlement (CE) no 883/2004 du Parlement européen et du Conseil du 29 avril 2004 portant sur la coordination des systèmes de sécurité sociale (ci-après : règlement (CE) no 883/2004, RS 0.831.109.268.1), ainsi qu'au règlement (CE) no 987/2009 du Parlement européen et du Conseil du 16 septembre 2009 fixant les modalités d'application du règlement (CE) no 883/2004 (RS 0.831.109.268.11 ; cf. art. 1 al. 1 de l'annexe II en relation avec la section A de l'annexe II et art.153a LAVS). 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 (CE) no 883/2004 par les règlements (UE) no 1244/2010 (RO 2015 343), no 465/2012 (RO 2015 345) et no 1224/2012 (RO 2015 353). 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 par. 3 du règlement (CE) no 883/2004 a contrario ; ATF 130 V 253 consid. 2.4 ; arrêt du TF 9C_573/2012 du 16 janvier 2013 consid. 4 et les références citées).

E. 3

avril 2018 consid. 5.4) et de motiver leur recours (art. 52 PA).

E. 4

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

E. 4.1

Le présent litige porte sur la décision du 28 février 2019 prise par l'OAIE qui supprime la rente d'invalidité du recourant avec effet rétroactif au 1er avril 2014. Cela étant, la cause doit être examinée à l'aune des dispositions de la LAI et de son règlement d'exécution telles que modifiées par la 6e révision de l'AI (premier volet) en vigueur depuis le 1er janvier 2012 (RO 2011 5659, FF 2010 1647) qui seront seules citées dans la présente affaire. Entrées en vigueur le 1er janvier 2022, les modifications de la LAI et de la LPGA adoptées le 19 juin 2020 (Développement continu de l'AI ; RO 2021 705 ; FF 2017 2363), ainsi que celles du 3 novembre 2021 apportées au règlement du 17 janvier 1961 sur l'assurance-invalidité (RAI, RS 831.201 ; RO 2021 706) ne s'appliquent pas au cas d'espèce.

E. 4.2

En outre, le tribunal 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 28 février 2019). Les faits survenus postérieurement et qui ont modifié cette situation doivent en principe faire l'objet d'une nouvelle décision administrative (ATF 132 V 215 consid. 3.1.1, 130 V 445 consid. 1.2 et 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 en influencer l'appréciation au moment où la décision attaquée a été rendue (cf. arrêt du Tribunal fédéral 9C_34/2017 du 20 avril 2017 consid. 5.2 et les références citées).

E. 5

Sur le plan formel, le recourant se plaint tout d'abord d'une violation de son droit d'être entendu pour le motif que la décision attaquée reprend les

C-1648/2019 Page 12 conclusions prétendument insuffisamment motivées du rapport d'expertise du Dr L._____.

E. 5.1.1

En raison du caractère formel de la garantie constitutionnelle du droit d'être entendu dont la violation entraîne en principe l'annulation de la décision attaquée sans égard aux chances de succès du recours sur le fond (ATF 135 I 187 consid. 2.2 et 132 V 387 consid. 5.1 ; voir également WALDMANN/BICKEL, in : B. Waldmann / Ph. Weissenberger [édit.], VwVG, Praxiskommentar zum Bundesgesetz über das Verwaltungsverfahren, 3ème éd., 2023, art. 29 PA nos 28 ss et 106 ss), il convient d'examiner ce grief en premier lieu.

E. 5.1.2

Le droit d'être entendu des administrés est garanti à l'art. 29 al. 2 de la Constitution fédérale de la Confédération suisse du 18 avril 1999 (Cst., RS 101). La jurisprudence a déduit du droit d'être entendu, défini par les dispositions spéciales de procédure (tel l'art. 35 PA), le devoir pour l'autorité de motiver sa décision, afin que le destinataire puisse la comprendre, la contester utilement s'il y a lieu et que l'autorité de recours puisse exercer son contrôle. Ainsi, l'administration doit mentionner, au moins brièvement, les motifs qui l'ont guidée et sur lesquels elle a fondé sa décision. En particulier, lorsque les parties font valoir des griefs pertinents, il doit ressortir de la motivation que l'administration s'est penchée sur les éléments évoqués. Dans ce contexte, on rappellera qu'il n'est pas possible de déterminer de façon générale et abstraite le contenu et la densité que doit présenter une motivation pour être jugée conforme au droit. Bien plutôt, les exigences en matière de motivation seront en relation étroite avec la situation concrète de l'affaire en cause, notamment en ce qui concerne les questions formelles et matérielles soulevées ainsi que celles relevant de l'administration des preuves, précision faite que l'autorité administrative de première instance doit tenir compte de la pertinence et de la densité de l'argumentaire fourni par l'administré dans le cadre du droit d'être entendu (WALDMANN/ BICKEL, op. cit., art. 29 PA nos 102 s.). Le devoir de motivation a pour but de garantir que l'intéressé puisse comprendre la décision en cause et l'attaquer en toute connaissance de cause, en sachant sur quelles circonstances principales, fonder son argumentation (cf. ATF 141 III 28 consid. 3.2.4 et réf. cit.). Partant, une motivation insuffisante ne peut être retenue que si la décision attaquée, sur le point litigieux, n'est aucunement motivée ou si cette motivation est à ce point indigente que la partie recourante n'est pas à même de la contester à bon escient (ATF 133 III 439 consid. 3.3 ; 126 I 97 consid. 2b). La question de

C-1648/2019 Page 13 savoir si une décision est suffisamment motivée est distincte de celle de savoir si la motivation adoptée est convaincante. Lorsque l'on peut discerner les motifs qui fondent une décision, le droit à une décision motivée est respecté, même si la motivation retenue ne convainc pas le recourant ou est erronée (arrêts du TF 1B_195/2010 du 13 juillet 2010 consid. 2.2 et 1C_35/2009 du 29 mai 2009 consid. 3).

E. 5.2

En l'espèce, le Tribunal constate que l'OAIE a dûment mentionné les motifs sur lesquels il a fondé la décision du 28 février 2019 supprimant avec effet rétroactif au 1er avril 2014 le

droit à la rente, à savoir une amélioration de l'état de santé psychique de l'assuré à compter du

E. 5.3

Il suit de là que l'autorité inférieure n'a pas violé le droit d'être entendu du recourant qui a pu comprendre la décision litigieuse et l'attaquer en pleine connaissance de cause en sachant sur quelles circonstances principales fonder son argumentation. Autre est la question – relevant du droit matériel – de savoir si le rapport du Dr L. _____ du 21 août 2018 doit ou non se voir accorder une valeur probante eu égard à la motivation qu'il contient. 6. Sont ensuite litigieuses, d'une part l'initiation de la troisième procédure de révision du droit à la rente, d'autre part l'utilisation dans la procédure administrative des résultats de l'observation illicite de l'assuré. 6.1 Aux termes de son arrêt du 5 décembre 2017 entré en force, le TC-(...) a jugé que c'était à juste titre qu'en application des dispositions finales de la modification du 18 mars 2011 (6ème révision, premier volet) de la LAI, l'OAI-(...) avait initié une troisième procédure de révision du droit à la rente, laquelle avait été allouée au recourant en considération d'un syndrome douloureux somatoforme persistant soit d'une atteinte à la santé sans étiologie claire ni constat de déficit organique (consid. 4). Par ailleurs, les preuves recueillies dans le cadre des surveillances devaient être

C-1648/2019 Page 14 maintenues au dossier et pouvaient être exploitées en lien avec l'instruction et la décision à venir. En effet, les observations avaient été ordonnées sur la base de soupçons étayés par des discordances importantes mises en évidence dans le rapport d'expertise BEM-(...) du 6 mai 2014. En outre, elles avaient été effectuées de manière non systématique ni constante dans des lieux publics ou, à tout le moins, à l'extérieur du bâtiment ou de l'appartement dans lequel l'assuré vivait. De surcroît, elles avaient été commandées par un intérêt public prépondérant puisque la fraude pouvait conduire à la restitution de cinq ans de prestations (consid. 6 [AI pce 166]). 6.2 Le principe de l'autorité (matérielle) de chose jugée ne s'étend en principe qu'au dispositif d'une décision, à l'exclusion de sa motivation. La jurisprudence prévoit cependant une exception en cas de jugement de renvoi. En procédure administrative fédérale, l'art. 61 al. 1 PA autorise exceptionnellement l'autorité de recours à renvoyer l'affaire à l'autorité inférieure avec des instructions impératives. Lorsque tel est le cas, l'autorité à laquelle la cause est renvoyée, de même que celle qui a rendu la décision sur recours sont alors tenues de se conformer aux instructions de l'arrêt de renvoi. Ainsi, l'autorité inférieure doit fonder sa nouvelle décision sur les considérants de droit du jugement de renvoi. Ce principe, qui était exprimé en matière civile à l'art. 66 al. 1 aOJ, est applicable même en l'absence de texte légal et vaut, partant, dans la procédure administrative en général (ATF 113 V 159 consid. 1, 117 V 237 consid. 2a p. 241 ; arrêt du TF 4A_71/2007 du 19 octobre 2007 consid. 2.1 et 2.2).

L'autorité inférieure voit ainsi sa latitude de jugement limitée par les motifs du jugement de renvoi, en ce sens qu'elle est liée par ce qui a été déjà définitivement tranché par l'autorité de recours (cf. ATF 131 III 91 consid. 5.2, 120 V 233 consid. 1a), laquelle ne saurait, de son côté, revenir sur sa décision à l'occasion d'un recours subséquent (arrêts du TF 8C_629/2010 du 29 mars 2010 consid. 5, 9C_703/2009 du 30 octobre 2010 consid. 2.2 et réf. cit. ; REAS 2007 p. 62 [arrêt I 694/05 du 15 décembre 2006] ; arrêts du TAF A-4998/2015 du 17 novembre 2016 consid. 1.5.1, A-3465/2015 du 15 septembre 2016 consid. 3, A-5870/2014 du 22 février 2016 consid. 1.3.4, A-5411/2012 du 5 mai 2015 consid. 1.4.1 ; JACQUES DUBEY/JEAN- BAPTISTE ZUFFEREY, Droit administratif général, 2014, nos 984 s. ; ULRICH MEYER/ISABEL VON ZWEHL, L'objet du litige en

procédure de droit administratif fédéral, in : Mélanges Pierre Moor, 2005, no 30.4 p. 448). Ce principe découle de la constatation que l'autorité supérieure n'est pas autorité de recours contre ses propres décisions et, logiquement, de la hiérarchie des juridictions (cf. ATF 140 III 466 consid. 4.2.1). Ainsi, en rendant la décision attaquée, l'autorité inférieure doit se conformer à l'arrêt

C-1648/2019 Page 15 de renvoi et l'autorité supérieure – saisie d'un nouveau recours – est liée par les considérants de son arrêt de renvoi (cf. KÖLZ/HÄNER/BERTSCHI, *Verwaltungsverfahren und Verwaltungsrechtspflege des Bundes*, 3ème éd. 2013, no 1158 in fine, p. 405 ; WEISSENBERGER/HIRZEL, in : Waldmann/Weissenberger [édit.], *Praxiskommentar VwVG*, 2ème éd. 2016, ad art. 61 no 28 et réf. cit. ; cf. ATF 129 II 286 consid. 4.2 ; arrêts du TAF A- 3697/2014 du 9 juin 2015 consid. 2.1 et A-707/2015 du 19 décembre 2016 consid. 1.4.1). 6.3 En l'espèce, il ne saurait en aller autrement bien que l'autorité supérieure qui a renvoyé la cause (TC-[..]) à l'administration (OAI-[...]) n'est pas la même que celle saisie du nouveau recours (TAF) contre la décision litigieuse de l'administration (OAIE) – le transfert de compétences résultant du changement de domicile de l'assuré reparti vivre en Espagne le 30 novembre 2017 (cf. supra let. E.m). Une autre solution ne trouverait de fondement dans aucune disposition légale et serait contraire à la hiérarchie des juridictions et au principe d'égalité de traitement puisqu'elle accorderait aux assurés déménageant à l'étranger dans le cadre d'une procédure de renvoi une voie de droit supplémentaire. Elle serait d'autant plus critiquable en l'espèce qu'aucune modification de la jurisprudence du Tribunal fédéral s'agissant tant de l'exploitabilité des résultats d'une surveillance illicite (cf. ATF 143 I 377 consid. 4 et 5 ; arrêts du TF 9C_195/2020 du 10 juillet 2020 consid. 3, 8C_196/2020 du 8 juillet 2020 consid. 5.2.1, 8C_2/2018 du 15 février 2018 consid. 4) que du réexamen des rentes octroyées en raison d'un syndrome sans pathogenèse ni étiologie claires et sans constat de déficit organique (cf. ATF 140 V 97 consid. 6.2.3 ; arrêt du TF 8C_209/2022 du 23 décembre 2022 consid. 3.3) n'est survenue depuis l'arrêt du TC-(...) rendu le 5 décembre 2017. Dans ces circonstances, il n'y a pas lieu d'examiner les critiques du recourant portant, d'une part, sur l'ouverture de la troisième procédure de révision et, d'autre part, sur le maintien au dossier, la soumission à l'expert et l'utilisation par l'OAIE du matériel de surveillance (cf. sur ces questions l'arrêt du TC-[...] du 5 décembre 2017 consid. 4 et 6 [supra consid. 6.1]). 6.4 Pour la bonne forme, le Tribunal confirme, au regard de la dernière jurisprudence qui n'a apporté aucune modification en la matière, le bienfondé de l'exploitation dans la procédure administrative des résultats de l'observation de l'assuré, les intérêts de ce dernier ne prévalant pas en l'espèce sur l'intérêt public à ne pas verser des prestations indues (cf. ATF 143 I 377 consid. 5 ; arrêt du TF 9C_455/2022 du 13 novembre 2023 consid. 7.1). En effet, l'observation a été initiée sur la base de doutes avérés suite à des discordances documentées dans le rapport d'expertise

C-1648/2019 Page 16 BEM-(...) du 6 mai 2014 et après analyse d'un spécialiste LFA qualifiant l'affaire comme un probable cas de fraude (AI pces 93, 95 ; supra let. E.c). En outre, les surveillances effectuées ont été faites dans des lieux publics librement visibles sans difficulté (devant le domicile de l'assuré et des parents de son épouse, devant le cabinet du médecin traitant, devant le BEM-[...], sur la route ainsi qu'en ville de [...]), et non à l'intérieur d'immeubles ou d'appartements privés (cf. arrêts du TF 9C_817/2016 du 15 septembre 2017 consid. 3.3.3 et 8C_830/2011 du 9 mars 2012 consid. 6.4). Le recourant ayant été observé les 26 et 27 mai 2015, les 26, 27, 28 janvier 2016 et le 7 mars 2016, soit au total durant six jours, dont trois d'affilée au maximum, rarement sur une journée entière

(excepté le 7 mars 2016), sur une période totale d'un peu plus de 10 mois (AI pces 96, 114, 120), on ne saurait de plus qualifier l'observation réalisée de contrôle systématique et continu. A cela s'ajoute qu'il n'apparaît pas que les scènes observées par le détective soient le résultat d'une influence extérieure, en ce sens que le recourant aurait été poussé par celui-là à entreprendre des actes qu'il n'aurait pas faits autrement ; l'assuré ne le prétend d'ailleurs nullement. Enfin, il y a lieu de relever que, selon le Tribunal fédéral, l'intérêt public à la lutte contre la fraude à l'assurance est considérable (cf. ATF 143 I 377 consid. 5.1.2). Or, en l'espèce, plusieurs années de prestations AI sont en jeu.

E. 6

Sont ensuite litigieuses, d'une part l'initiation de la troisième procédure de révision du droit à la rente, d'autre part l'utilisation dans la procédure administrative des résultats de l'observation illicite de l'assuré.

E. 6.1

Aux termes de son arrêt du 5 décembre 2017 entré en force, le TC-(...) a jugé que c'était à juste titre qu'en application des dispositions finales de la modification du 18 mars 2011 (6ème révision, premier volet) de la LAI, l'OAI-(...) avait initié une troisième procédure de révision du droit à la rente, laquelle avait été allouée au recourant en considération d'un syndrome douloureux somatoforme persistant soit d'une atteinte à la santé sans étiologie claire ni constat de déficit organique (consid. 4). Par ailleurs, les preuves recueillies dans le cadre des surveillances devaient être maintenues au dossier et pouvaient être exploitées en lien avec l'instruction et la décision à venir. En effet, les observations avaient été ordonnées sur la base de soupçons étayés par des discordances importantes mises en évidence dans le rapport d'expertise BEM-(...) du 6 mai 2014. En outre, elles avaient été effectuées de manière non systématique ni constante dans des lieux publics ou, à tout le moins, à l'extérieur du bâtiment ou de l'appartement dans lequel l'assuré vivait. De surcroît, elles avaient été commandées par un intérêt public prépondérant puisque la fraude pouvait conduire à la restitution de cinq ans de prestations (consid. 6 [AI pce 166]).

E. 6.2

Le principe de l'autorité (matérielle) de chose jugée ne s'étend en principe qu'au dispositif d'une décision, à l'exclusion de sa motivation. La jurisprudence prévoit cependant une exception en cas de jugement de renvoi. En procédure administrative fédérale, l'art. 61 al. 1 PA autorise exceptionnellement l'autorité de recours à renvoyer l'affaire à l'autorité inférieure avec des instructions impératives. Lorsque tel est le cas, l'autorité à laquelle la cause est renvoyée, de même que celle qui a rendu la décision sur recours sont alors tenues de se conformer aux instructions de l'arrêt de renvoi. Ainsi, l'autorité inférieure doit fonder sa nouvelle décision sur les considérants de droit du jugement de renvoi. Ce principe, qui était exprimé en matière civile à l'art. 66 al. 1 aOJ, est applicable même en l'absence de texte légal et vaut, partant, dans la procédure administrative en général (ATF 113 V 159 consid. 1, 117 V 237 consid. 2a p. 241 ; arrêt du TF 4A_71/2007 du 19 octobre 2007 consid. 2.1 et 2.2). L'autorité inférieure voit ainsi sa latitude de jugement limitée par les motifs du jugement de renvoi, en ce sens qu'elle est liée par ce qui a été déjà définitivement tranché par l'autorité de recours (cf. ATF 131 III 91 consid. 5.2, 120 V 233 consid. 1a), laquelle ne saurait, de son côté, revenir sur sa décision à l'occasion d'un recours subséquent (arrêts du TF 8C_629/2010 du 29 mars 2010 consid. 5, 9C_703/2009 du 30 octobre 2010 consid. 2.2 et réf. cit. ; REAS 2007 p. 62 [arrêt I 694/05 du 15 décembre 2006] ; arrêts du

TAF A-4998/2015 du 17 novembre 2016 consid. 1.5.1, A-3465/2015 du 15 septembre 2016 consid. 3, A-5870/2014 du 22 février 2016 consid. 1.3.4, A-5411/2012 du 5 mai 2015 consid. 1.4.1 ; Jacques Dubey/Jean-Baptiste Zufferey, *Droit administratif général*, 2014, nos 984 s. ; Ulrich Meyer/Isabel von Zwehl, *L'objet du litige en procédure de droit administratif fédéral*, in : *Mélanges Pierre Moor*, 2005, no 30.4 p. 448). Ce principe découle de la constatation que l'autorité supérieure n'est pas autorité de recours contre ses propres décisions et, logiquement, de la hiérarchie des juridictions (cf. ATF 140 III 466 consid. 4.2.1). Ainsi, en rendant la décision attaquée, l'autorité inférieure doit se conformer à l'arrêt de renvoi et l'autorité supérieure - saisie d'un nouveau recours - est liée par les considérants de son arrêt de renvoi (cf. Kölz/Häner/Bertschi, *Verwaltungsverfahren und Verwaltungsrechtspflege des Bundes*, 3ème éd. 2013, no 1158 in fine, p. 405 ; Weissenberger/Hirzel, in : Waldmann/Weissenberger [édit.], *Praxiskommentar VwVG*, 2ème éd. 2016, ad art. 61 no 28 et réf. cit. ; cf. ATF 129 II 286 consid. 4.2 ; arrêts du TAF A-3697/2014 du 9 juin 2015 consid. 2.1 et A-707/2015 du 19 décembre 2016 consid. 1.4.1).

E. 6.3

En l'espèce, il ne saurait en aller autrement bien que l'autorité supérieure qui a renvoyé la cause (TC-[...]) à l'administration (OAI-[...]) n'est pas la même que celle saisie du nouveau recours (TAF) contre la décision litigieuse de l'administration (OAIE) - le transfert de compétences résultant du changement de domicile de l'assuré reparti vivre en Espagne le 30 novembre 2017 (cf. supra let. E.m). Une autre solution ne trouverait de fondement dans aucune disposition légale et serait contraire à la hiérarchie des juridictions et au principe d'égalité de traitement puisqu'elle accorderait aux assurés déménageant à l'étranger dans le cadre d'une procédure de renvoi une voie de droit supplémentaire. Elle serait d'autant plus critiquable en l'espèce qu'aucune modification de la jurisprudence du Tribunal fédéral s'agissant tant de l'exploitabilité des résultats d'une surveillance illicite (cf. ATF 143 I 377 consid. 4 et 5 ; arrêts du TF 9C_195/2020 du 10 juillet 2020 consid. 3, 8C_196/2020 du 8 juillet 2020 consid. 5.2.1, 8C_2/2018 du 15 février 2018 consid. 4) que du réexamen des rentes octroyées en raison d'un syndrome sans pathogenèse ni étiologie claires et sans constat de déficit organique (cf. ATF 140 V 97 consid. 6.2.3 ; arrêt du TF 8C_209/2022 du 23 décembre 2022 consid. 3.3) n'est survenue depuis l'arrêt du TC-(...) rendu le 5 décembre 2017. Dans ces circonstances, il n'y a pas lieu d'examiner les critiques du recourant portant, d'une part, sur l'ouverture de la troisième procédure de révision et, d'autre part, sur le maintien au dossier, la soumission à l'expert et l'utilisation par l'OAIE du matériel de surveillance (cf. sur ces questions l'arrêt du TC-[...] du 5 décembre 2017 consid. 4 et 6 [supra consid. 6.1]).

E. 6.4

Pour la bonne forme, le Tribunal confirme, au regard de la dernière jurisprudence qui n'a apporté aucune modification en la matière, le bienfondé de l'exploitation dans la procédure administrative des résultats de l'observation de l'assuré, les intérêts de ce dernier ne prévalant pas en l'espèce sur l'intérêt public à ne pas verser des prestations indues (cf. ATF 143 I 377 consid. 5 ; arrêt du TF 9C_455/2022 du 13 novembre 2023 consid. 7.1). En effet, l'observation a été initiée sur la base de doutes avérés suite à des discordances documentées dans le rapport d'expertise BEM-(...) du 6 mai 2014 et après analyse d'un spécialiste LFA qualifiant l'affaire comme un probable cas de fraude (AI pces 93, 95 ; supra let. E.c). En outre, les surveillances effectuées ont été faites dans des lieux publics librement visibles sans difficulté (devant le domicile de l'assuré et des parents de son épouse, devant le cabinet

du médecin traitant, devant le BEM-[...], sur la route ainsi qu'en ville de [...]), et non à l'intérieur d'immeubles ou d'appartements privés (cf. arrêts du TF 9C_817/2016 du 15 septembre 2017 consid. 3.3.3 et 8C_830/2011 du 9 mars 2012 consid. 6.4). Le recourant ayant été observé les 26 et 27 mai 2015, les 26, 27, 28 janvier 2016 et le 7 mars 2016, soit au total durant six jours, dont trois d'affilée au maximum, rarement sur une journée entière (excepté le 7 mars 2016), sur une période totale d'un peu plus de 10 mois (AI pces 96, 114, 120), on ne saurait de plus qualifier l'observation réalisée de contrôle systématique et continu. A cela s'ajoute qu'il n'apparaît pas que les scènes observées par le détective soient le résultat d'une influence extérieure, en ce sens que le recourant aurait été poussé par celui-là à entreprendre des actes qu'il n'aurait pas faits autrement ; l'assuré ne le prétend d'ailleurs nullement. Enfin, il y a lieu de relever que, selon le Tribunal fédéral, l'intérêt public à la lutte contre la fraude à l'assurance est considérable (cf. ATF 143 I 377 consid. 5.1.2). Or, en l'espèce, plusieurs années de prestations AI sont en jeu.

E. 7

avril 2014 au plus tard, respectivement la récupération d'une capacité totale de travail et de gain dans son activité habituelle depuis cette date, ainsi qu'une violation de son obligation de renseigner. Dans sa décision du 28 février 2019, l'autorité inférieure a, par ailleurs, pris position sur les objections des 13 décembre 2018, 21 décembre 2018 et 31 janvier 2019 dans lesquelles l'assuré avait critiqué le maintien au dossier des résultats des surveillances et le rapport du Dr L. _____ que lui avait communiqué l'administration (AI pces 249, 250, 252, 258 p. 4-5).

E. 7.1

Enfin, toujours sur le plan formel, le recourant reproche à l'expert L. _____ une partialité. Celui-ci ne serait pas reparti de zéro pour réaliser son expertise. Il se serait fié aux appréciations du matériel de surveillance faites par le spécialiste LFA et la Dre G. _____, sans tenir compte des commentaires du couple.

E. 7.2

Selon la jurisprudence, les règles sur l'impartialité des membres d'un tribunal valent en principe pour les experts (ATF 132 V 93 consid. 7.1 ; arrêt du TF 9C_343/2020 du 22 avril 2021 consid. 4.2). En conséquence, un expert passe pour prévenu lorsqu'il existe des circonstances propres à faire naître un doute sur son impartialité. La récusation d'un expert n'est pas limitée aux cas dans lesquels une prévention effective est établie, car une disposition interne de l'expert ne peut guère être prouvée ; il suffit que les circonstances donnent l'apparence de la prévention et fassent redouter une activité partielle. Seules des circonstances constatées objectivement doivent être prises en considération (ATF 139 III 433 consid. 2.1.2 et réf. cit. ; arrêt du TF 9C_343/2020 du 22 avril 2021 consid. 4.2) ; les impressions individuelles d'une des parties au procès ne sont pas

C-1648/2019 Page 17 décisives (ATF 127 I 196 consid. 2b ; 120 V 357 consid. 3a ; arrêt du TF 9C_343/2020 du 22 avril 2021 consid. 4.2). Un expert donne l'apparence de prévention, et peut donc être récusé, s'il a déjà été impliqué, à quelque titre que ce soit (conseiller ou expert privé, témoin, membre d'une autorité), dans la procédure, pour autant qu'il ait pris position au sujet de certaines questions de manière telle qu'il ne semble plus exempt de préjugés (ATF 126 I 68 consid. 3c p. 73, 125 II 541 consid. 4 p. 544).

E. 7.3

En l'espèce, le Tribunal relève qu'aucune circonstance constatée objectivement ne suggère une partialité de l'expert L._____ indépendant et dont la désignation au sens de l'art. 44 al. 2 LPGA n'avait suscité aucune objection ou contre-proposition (AI pces 192, 199, 203). En outre, le recourant critique à tort que le matériel de surveillance ait été soumis au Dr L._____ avant son expertise puisqu'il devait être exploité en lien avec l'instruction médicale à venir (cf. supra consid. 6 ; voir également arrêt du TF 8C_139/2018 du 26 mars 2019 let. A.b et consid. 4.2). De plus, l'expert a posé ses propres constats s'agissant du matériel de surveillance (cf. infra consid. 9.5.2.2). Cela étant, les seules impressions individuelles du recourant ne sont pas décisives d'autant plus qu'elles n'ont été exprimées qu'une fois le résultat de l'expertise porté à sa connaissance (ATF 120 Ia 19 consid. 2c/aa ; arrêt du TF I 832/04 du 3 février 2006 consid. 2.1).

E. 8

Sur le plan matériel, le recourant nie une amélioration de son état de santé psychique propre à influencer son degré d'invalidité, respectivement son droit à la rente.

E. 8.1

Par décision rendue le 28 février 2019, dont est recours, l'OAIE a supprimé le droit à la rente d'invalidité de l'assuré avec effet rétroactif dès le 1er avril 2014, considérant que celui-ci avait récupéré une capacité de travail entière au plus tard depuis la date de la première expertise au BEM- (...) le 7 avril 2014 et avait manqué à son obligation de renseigner (TAF pce 1 annexe ; AI pce 258).

E. 8.2

Aux termes de la loi, la rente d'invalidité est d'office ou sur demande révisée pour l'avenir, à savoir augmentée, réduite ou supprimée, si le taux d'invalidité du bénéficiaire de la rente subit une modification notable (art. 17 al. 1 LPGA dans sa teneur en vigueur au jour de la décision querellée [cf. supra consid. 4.1]).

E. 8.2.1

Tout changement important des circonstances propres à influencer le degré d'invalidité, et donc le droit à la rente, peut motiver une révision. La

C-1648/2019 Page 18 rente peut ainsi être révisée non seulement en cas de modification sensible de l'état de santé, mais aussi lorsque celui-ci est resté le même, mais que ses conséquences sur la capacité de gain (ou d'exercer les travaux habituels) ont subi un changement important (ATF 141 V 9 consid. 2.3, 134 V 131 consid. 3, 130 V 343 consid. 3.5, 113 V 275 consid. 1a) dans le sens qu'elles entraînent une modification du droit à la rente (cf. ATF 133 V 545 consid. 6.1 ; MICHEL VALTERIO, Commentaire, Loi fédérale sur l'assurance- invalidité (LAI), 2018, art. 31 LAI nos 11 ss, p. 498 ss). Lorsque les faits déterminants pour le droit à la rente se sont modifiés au point de faire apparaître un changement important de l'état de santé motivant une révision, le degré d'invalidité doit être fixé à nouveau sur la base d'un état de fait établi de manière correcte et complète, sans référence à des évaluations antérieures de l'invalidité (ATF 141 V 9 consid. 2.3, 117 V 198 consid. 4b ; arrêts du TF 8C_825/2018 du 6 mars 2019 consid. 6.7, 9C_378/2014 du 21 octobre 2014 consid. 4.2). Il n'y a pas matière à révision lorsque les circonstances sont demeurées inchangées et que le motif de la suppression ou de la diminution de la rente réside uniquement dans une nouvelle appréciation du cas (ATF 141 V 9 consid. 2.3, 115 V 308 consid. 4a/bb ; arrêts du TF 8C_160/2017 du 22 juin 2017 consid. 2.2, I 755/04 du 25

septembre 2006 consid. 5.1 et I 574/02 du 25 mars 2003 publié dans SVR 2004 IV n. 5 et réf. cit.). De plus, un motif de révision doit clairement ressortir du dossier (arrêts du TF I 755/04 du 25 septembre 2006 consid. 5.1, I 559/02 du 31 janvier 2003 consid. 3.2 et réf. cit.), la réglementation sur la révision ne constituant pas un fondement juridique à un réexamen sans condition du droit à la rente (arrêts du TF I 755/04 du 25 septembre 2006 consid. 5.1, I 8/04 du 12 octobre 2005 consid. 2.1, I 559/02 du 31 janvier 2003 consid. 3.2 et réf. cit. ; VALTERIO, op. cit., art. 31 LAI no 11, p. 498). La présence de nouveaux diagnostics tout comme la suppression de diagnostics ne constitue pas en soi un motif de révision au sens de l'art. 17 LPGA ; encore faut-il que le changement de la situation soit clairement objectivé et propre à influencer le droit à la rente (cf. ATF 141 V 9 consid. 5.2 ; arrêt du TF 9C_573/2019 du 20 décembre 2019 consid. 5.2.2).

E. 8.2.2

L'art. 88a al. 1 RAI prévoit que s'il y a amélioration de la capacité de gain ou de la capacité d'accomplir les travaux habituels, ce changement n'est déterminant pour la suppression de tout ou partie du droit aux prestations qu'à partir du moment où on peut s'attendre à ce que l'amélioration constatée se maintient durant une assez longue période. Il en va de même lorsqu'un tel changement déterminant a duré trois mois déjà, sans interruption notable et sans qu'une complication prochaine soit à craindre.

C-1648/2019 Page 19

E. 8.2.3

Aux termes de l'art. 88bis al. 2 let. b RAI, la diminution ou la suppression de la rente, de l'allocation pour impotent ou de la contribution d'assistance prend effet rétroactivement à la date où elle a cessé de correspondre aux droits de l'assuré, s'il se l'est faite attribuer irrégulièrement ou s'il a manqué, à un moment donné, à l'obligation de renseigner qui lui incombe raisonnablement en vertu de l'art. 77 RAI, que la poursuite du versement de la prestation ait eu lieu ou non en raison de l'obtention irrégulière ou de la violation de l'obligation de renseigner. Selon la jurisprudence, l'obligation de l'assuré de communiquer immédiatement à l'office AI tout changement important qui peut avoir des répercussions sur le droit aux prestations, en particulier les changements qui concernent l'état de santé et la capacité de gain ou de travail (art. 77 RAI ; cf. aussi art. 31 al. 1 LPGA), est l'expression du principe de la bonne foi entre administration et administré (ATF 140 IV 11 consid. 2.4.5 p. 17 et les références). Pour qu'il y ait violation de l'obligation de renseigner, il faut qu'il y ait un comportement fautif ; d'après une jurisprudence constante, une légère négligence suffit déjà (ATF 112 V 97 consid. 2a p. 101). La possibilité pour l'office AI de réviser avec effet rétroactif les prestations qu'il a allouées, ne présuppose plus, depuis le 1er janvier 2015, qu'il existe un lien de causalité entre le comportement à sanctionner (la violation de l'obligation d'annoncer) et le dommage causé (la perception de prestations indues ; art. 88bis al. 2 let. b RAI dans sa teneur en vigueur à partir du 1er janvier 2015 ; cf. arrêts du TF 9C_33/2021 du 24 juin 2021 consid. 3.2.1 ; 8C_859/2017 du 8 mai 2018 consid. 4.3).

E. 8.2.4

Pour examiner si, dans un cas, il y a eu une modification importante du taux d'invalidité au sens de l'art. 17 al. 1 LPGA, le point de départ est la dernière décision entrée en force qui repose sur un examen matériel du droit à la rente avec une constatation des faits pertinents, une appréciation des preuves et une comparaison des revenus (ATF 133 V 108 consid. 5.4 ; arrêt du TF 8C_395/2018 du 3 septembre 2018 consid. 5.2 et réf. cit.). Une communication

au sens des art. 74ter let. f et 74quater al. 1 RAI par laquelle une révision effectuée d'office est clôturée avec la constatation qu'aucune modification de la situation propre à influencer le droit aux prestations n'est intervenue, peut, cas échéant, être assimilée à une décision formelle (arrêt du TF 8C_395/2018 consid. 5.2 et réf. cit.). L'utilisation d'un tel acte administratif comme base de comparaison présuppose toutefois qu'il se fonde sur les clarifications qui paraissent nécessaires au regard des faits éventuellement modifiés, à savoir des clarifications qui, si elles aboutissent à un résultat différent sur le fond, sont de nature à justifier une augmentation, une réduction ou une suppression de la rente (cf. arrêts du

C-1648/2019 Page 20 TF 8C_395/2018 du 3 septembre 2018 consid. 5.2 et 8C_441/2012 du 25 juillet 2013 consid. 6.2).

E. 8.3

En l'espèce, savoir si le degré d'invalidité du recourant a subi une amélioration notable fondant la suppression du droit à la rente doit être jugé en comparant les faits ayant présidé à la décision initiale d'octroi de la rente du 19 avril 1999 avec ceux tels qu'ils se présentaient à la date de la décision litigieuse du 28 février 2019 prononçant la suppression du droit à la rente du recourant. Les communications des 23 novembre 2001 et

E. 8.4

Par décision du 19 avril 1999, l'OAI(...) a reconnu à l'assuré le droit à une rente entière d'invalidité, fondée sur un degré d'invalidité de 100 %, à compter du 1er novembre 1997 (AI pces 13, 16). A l'appui, il s'est fondé sur la documentation médicale au dossier, établissant les diagnostics de trouble dépressif récurrent existant depuis longtemps, épisode actuel moyen avec syndrome somatique (CIM-10 F33.11), de trouble de la personnalité (personnalité émotionnellement labile de type impulsif avec des traits passifs-agressifs ; CIM-10 F61.0), de trouble somatoforme de type somatisations (CIM-10 F45.0), de status post exostose bilatérale de

C-1648/2019 Page 21 Haglund réalisée le 6 novembre 1996, de status post opérations des canaux carpiens droit et gauche pratiquées respectivement les 25 février et 12 août 1997 et de polyneuropathie sensitive discrète (cf. rapport d'expertise psychiatrique du 29 janvier 1998 du Dr N._____, spécialiste en psychiatrie et psychothérapie mandaté par la Q.____ [AI pce 8 p. 24 ss], rapport du 26 mars 1998 de la Dre O.____ du Centre psycho- social [...] [AI pce 4] et rapports des 20 mai 1997 et 7 septembre 1998 du Dr B.____ [AI pces 8 p. 1, 10]). Les atteintes somatiques avaient entraîné une incapacité de travail attestée de 100% du 4 novembre 1996 au 31 décembre 1996 et de 50% du 1er au 15 janvier 1997 (cf. certificat médical du 11 novembre 1996 du Dr P.____, spécialiste en chirurgie orthopédique et traumatologique [AI pce 8 p. 2], et rapport d'expertise du 29 janvier 1998 du Dr N.____ [AI pce 8 p. 28 s.]). L'incapacité de travail de 100% du 16 janvier 1997 au 2 février 1997 ainsi que dès le 25 février 1997 devait en revanche être mise sur le compte des atteintes psychiques (cf. rapport d'expertise du 29 janvier 1998 du Dr N.____ [AI pce 8 p. 24] ; voir également : rapport du 20 mai 1997 du Dr B.____ [AI pce 8 p. 1] et périodes d'incapacité de travail constatées par la Q.____ [AI pce 10 p. 3]). En effet, après le licenciement de l'assuré en février 1997, la concomitance de l'état dépressif moyen et du trouble sévère de la personnalité justifiait une incapacité entière de travail de durée indéterminée. L'assuré, qui s'était engagé dans un mouvement de type régressif ayant d'ores et déjà conduit à une chronicisation du tableau, se dirigeait sans doute

vers une invalidité (cf. rapport d'expertise du 29 janvier 1998 du Dr N. _____ [AI pce 8 p. 28 s.] et rapport du 26 mars 1998 de la Dre O. _____ [AI pce 4]).

E. 8.5

La décision litigieuse rendue le 28 février 2019 par l'OAIE supprime à compter du 1er avril 2014 le droit à la rente entière d'invalidité du recourant compte tenu d'une amélioration de son état de santé respectivement d'une récupération totale de ses capacités de travail et de gain qui seraient survenues au plus tard le 7 avril 2014. A l'appui de sa décision, l'autorité inférieure se fonde sur le rapport d'expertise psychiatrique du 21 août 2018 du Dr L. _____ (spécialiste en psychiatrie et psychothérapie) et l'appréciation médico-juridique de cette expertise faite le 31 octobre 2018 par le SM/OAIE, lequel reprend entièrement les conclusions de l'expert (AI pce 239). Aux termes de son rapport d'expertise, le Dr L. _____ a retenu les diagnostics de dysphorie/dysthymie (CIM-10 F34.1), d'accentuation de certains traits – surtout caractériels – de la personnalité (CIM-10 Z73.1) et de majoration des symptômes psychiques anamnesticquement (CIM-10 F68.0), n'entraînant aucune incapacité de travail dans l'activité lucrative habituelle. Selon l'expert, l'assuré avait récupéré une capacité totale de

C-1648/2019 Page 22 travail dans son activité habituelle à partir du 7 avril 2014 au plus tard (AI pce 213 p. 27).

E. 8.5.1

Lors de l'expertise s'étant déroulée les 20 et 21 juin 2018, les plaintes principales de l'assuré étaient de nature somatique (problèmes d'estomac [« reflux »], cardiaques, de dents, de la nuque, de hanche [douleurs en marchant], de cheville et surtout de dos [« c'est la catastrophe », douleurs en permanence exacerbées à la marche] [AI pce 213 p. 8, 27]). En revanche, la situation psychiatrique s'était passablement améliorée, l'assuré concédant que son malaise anxieux – il n'était pas angoissé (« tranquille ») sauf pour quelques situations inconnues – de même que son impulsivité avaient nettement diminué depuis son déménagement en Espagne (AI pce 213 p. 8, 14, 25). Il avait une phobie « des serpents, des bestioles, des camions et de la mer ». Il ne relevait pas de modification de son comportement et avait comme seule obsession de « contrôler la porte d'entrée ». Il ne se sentait pas dépressif (tristesse, désespoir, impuissance, dévalorisation), malgré « la sensation de peut-être pleurer » parfois (AI pce 213 p. 7, 25). Il n'avait pas de sentiment de culpabilité, d'idées suicidaires et seulement une tendance occasionnelle aux ruminations. Son humeur de base était « bof » (AI pce 213 p. 14). Il évoquait une faible libido (« c'est difficile pour moi »). Il présentait une fatigue occasionnelle (« comme ça fatigué » [AI pce 213 p. 7]). Sa qualité de sommeil était moyenne à mauvaise, l'endormissement étant difficile (« ça va long..., je ne regarde pas... ») et les réveils fréquents (« je me réveille tout le temps » « petit sommeil le matin »). A la question de savoir s'il s'estimait capable de travailler d'un point de vue personnel, il répondait directement et de manière spontanée : « ouhlàlà, je ne pense pas.... Peut-être quelque- chose de léger... du type une heure par jour ». Il n'avait pas d'autres plaintes, ni spontanément ni sur question, renvoyant au surplus à sa femme. Lors de l'entretien entre l'expert, l'assuré et son épouse, celle-ci avait rapporté que son mari était peu motivé, avait de la peine à se lever le matin et était ennuyé ou mécontent quand on lui demandait de faire quelque chose. Il regardait beaucoup la télévision et n'avait presque pas de vie extérieure mis à part les moments où le couple sortait. Il avait de fortes douleurs au dos, à la nuque et de la peine à se baisser. Moralement, il était tantôt neutre,

tantôt broyait du noir. Il n'était en revanche que rarement de bonne humeur ou souriant. Il n'aimait pas tellement les gens et avait été affecté par la mort de son beau-frère et par les surveillances par détective.

C-1648/2019 Page 23

E. 8.5.2

Au niveau des constats et observations cliniques, l'expert a relevé que l'assuré s'était présenté au premier entretien avec sa femme, laquelle était entrée en premier en échange avec l'expert, l'assuré « restant passablement en arrière fond ». Lors de l'entretien avec l'assuré, la coopération s'était révélée très difficile au début avec des réponses laconiques (p.ex. « aucune idée... je ne sais pas », « ça, il faut demander à ma femme »), rien ne venant spontanément, l'expert devant au contraire faire beaucoup d'effort pour obtenir des informations. Elle s'était toutefois améliorée par la suite, ce qui permettait de qualifier dans l'ensemble la collaboration de l'assuré de partielle (AI pce 213 p. 15). L'attitude générale transmise par l'assuré était celle de « bof » « j'ai envie que vous me laissiez tranquille ». L'intelligence était dans la norme. L'assuré parlait avec une voix retenue peu modulée dans un débit normal. Il n'avait pas de difficulté majeure en ce qui concerne la concentration et l'attention. L'assuré disait souvent ne pas se rappeler, ce que l'expert interprétait comme une protection. La fluidité idéique était extrêmement faible. Il n'avait pas de troubles formels de la pensée. Les capacités de jugement et de raisonnement étaient préservées. Plus l'entretien avançait et plus l'assuré approfondissait les problèmes somatiques qui apparaissaient en première ligne de ses préoccupations. Il n'avait pas de symptômes de la lignée psychotique. L'assuré n'était pas en proie à des délires ou des hallucinations. Il n'avait pas d'attitude d'écoute. La cohérence du moi était préservée. Il n'y avait pas de signes négatifs de psychose. Sur le plan affectif, l'oscillation émotionnelle était faible, l'assuré restant pratiquement tout au long de l'entretien dans le registre de la normalité avec des variations en direction de la dysphorie (expressions d'ennui, de distance, de morosité et de mécontentement). L'assuré présentait régulièrement un abaissement des commissures labiales vers le bas. Il n'était jamais souriant. L'énergie vitale était présente et palpable. L'assuré était très évasif par rapport à ses occupations, rien ne semblait l'investir d'un véritable plaisir. L'estime de soi était préservée. La résonance affective était faible. Dans l'ensemble, la réactivité et l'oscillation émotionnelle étaient abaissées par rapport à la norme. L'assuré n'était pas anxieux en situation d'examen et ne présentait pas de symptômes neurovégétatifs. L'assuré n'avait pas d'émotions agressives ou colériques, l'expert soupçonnant toutefois des colères retenues. A l'évocation des surveillances par détective, l'assuré se montrait toutefois très mécontent, levait la voix et était très légèrement agité. Lors de l'examen ensemble avec son épouse souhaité par l'expert vu le manque d'informations et avec l'accord de l'assuré, celui-ci restait dans la même attitude un peu distant, un peu mécontent mais bien capable de

C-1648/2019 Page 24 suivre les échanges et participant une fois ou l'autre. A la fin de l'entretien d'une durée de 2h15 sans pause, l'assuré s'était levé avec difficulté de sa chaise, signalant des courbatures, des douleurs dorsales et s'était mis très lentement en route. Observé à l'extérieur du cabinet, l'assuré présentait des mouvements d'ajustement corporel se dressant puis se baissant et signalait à sa femme avoir encore besoin de faire quelques pas avant de rentrer dans la voiture, après lesquels ses mouvements étaient devenus légèrement plus fluides. Lors du deuxième jour d'expertise, le lendemain, l'assuré s'était présenté sans sa femme. Il était collaborant pour l'élaboration des questions restantes et des parties de

l'anamnèse inachevées mais répétait souvent ne pas savoir ou ne pas se souvenir. Quant à son état psychique, il était assez affirmatif que, depuis le déménagement en Espagne, il y avait un mieux assez net. Il ne présentait à nouveau pas de trouble cognitif majeur. Sur le plan affectif, il était à peu près dans la même attitude, parfois un peu renfrogné, un peu bougon, négatif et maussade. Il n'avait pas de sourire, mais apparaissait une fois ou l'autre plus détendu. L'auto-appréciation par rapport à son état psychique (pas de perturbation majeure) était très proche de l'hétéro-appréciation de l'expert. La partie démotivation et déconditionnement était toujours très présente, mais l'assuré se défendait par rapport aux remarques de sa femme faites la veille expliquant que celle-ci ne voyait pas toujours tout, qu'il participait tout de même et n'avait au fond rien à se reprocher. Il se montrait légèrement plus mécontent et révolté à l'évocation des interventions des autorités à son ancien domicile au (...). Il était reparti avec un côté légèrement décontracté. Sa poignée de main était normalement forte, sans moiteur.

E. 8.5.3

L'expert a également fait passer à l'assuré les tests psychologiques complémentaires (hétéro-évaluation) suivants : – échelle psychopathologique AMDP : ce test a mis en évidence quelques items surtout liés aux énoncés et appréciations subjectives (méfiance non délirante, phobies, trouble de l'éprouvé vital centré sur le somatique, dysphorie prononcée en observation, irritabilité décrite comme diminuée, propension à se plaindre, sentiment d'insuffisance, monotonie affective tendancielle, laconisme tendanciel, sociabilité diminuée, tendance à dramatiser, diminution des activités et des compétences sociales) dont la concordance avec les observations était faible et qui constituaient un tableau peu dramatique ;

C-1648/2019 Page 25 – échelle de ralentissement EDR : ce test a mis en évidence une valeur légèrement significative de 16 sur 56 à nuancer en cela que certains items étaient influencés par des facteurs comportementaux ; – échelle de dépression MADRS : ce test a mis en évidence une valeur de 14 sur 60 se situant à la limite de l'absence de dépression (0-14).

E. 8.5.4

L'expert a, par ailleurs, porté une appréciation médicale sur les résultats des surveillances effectuées les 26 et 27 mai 2015, les 26, 27 et 28 janvier 2016 et le 7 mars 2016, qui mettaient selon lui en lumière un homme au comportement normal dans la réalité et ne donnant à aucun moment l'impression d'être sujet à une problématique anxieuse ou dépressive significative (AI pce 213 p. 24-25 ; infra consid. 9.5.2.2).

E. 8.5.5

L'expert a encore confirmé l'absence d'un état dépressif clinique en se référant aux critères consacrés pour un trouble dépressif (CIM-10 F32 ; l'assuré n'avait pas d'abaissement de l'humeur ou une humeur dépressive inhabituelle à un degré nettement anormal toute la journée presque chaque jour persistante au moins pendant deux semaines, bien que des variations de l'humeur fussent décrites ; il ne présentait pas une diminution constante et marquée de l'intérêt et du plaisir, mais une réduction liée à un état régressif ; l'énergie chez l'assuré était bien présente, sa fatigabilité ponctuelle permettant néanmoins des activités régulières ; l'assuré ne présentait pas de perte de l'estime de soi, ni une culpabilité excessive, ni des idées ou comportements suicidaires ; il n'avait pas de diminution de l'aptitude à penser ou à se concentrer ; d'un point de vue psychomoteur, seul un léger

ralentissement était constaté ; le sommeil était relativement bien compensé ; l'assuré n'avait pas de modification de l'appétit [AI pce 213 p. 25-26]). L'assuré présentait d'avantage une expression à la fois euthymique et dysphorique empreinte de distance, d'une certaine morosité, d'un mécontentement et d'une attitude parfois bougonne, négative et maussade. Cette expression dysphorique semblait très ancrée dans son mode de fonctionnement et avait été confirmée par les descriptions faites par son épouse (AI pce 213 p. 25). L'expert a, par ailleurs, ajouté qu'il était très difficile voire impossible de se déterminer rétroactivement sur la présence ou non d'un état dépressif clinique entre 1996 et 1998. Les données recueillies lors de l'expertise lui permettaient toutefois de tenir pour relativement probable que les différents médecins s'étant prononcés sur le cas de l'assuré entre 1996 et 1998 avaient interprété à tort l'état de mal-être dysphorique de l'assuré dans le sens d'une dépression. En effet, les rapports étaient marqués par une

C-1648/2019 Page 26 confusion entre énoncés et observations et les médecins semblaient impressionnés par l'état de mal-être de l'assuré ainsi que très pessimistes sans pour autant avoir vérifié son potentiel en dépit de son jeune âge (AI pce 213 p. 23, 26). Ceci permettait d'expliquer, du reste, indirectement pourquoi les différents traitements n'avaient jamais fonctionné (AI pce 213 p. 26). A cet égard, le médecin de famille, le Dr B. _____, retenait une dépression résistante au traitement par antidépresseurs sans avoir établi un protocole (dosage plasmatique) afin de vérifier la compliance du patient. Les résultats des analyses en laboratoire faites lors du complément d'expertise au BEM-(...) ne corroboraient toutefois pas ce diagnostic, puisqu'ils avaient mis en évidence une non-compliance aux antidépresseurs – Valdoxan (AI pce 213 p. 24). Par ailleurs, selon les déclarations claires de l'assuré, les troubles anxieux (notamment certaines craintes vis-à-vis de l'extérieur) n'étaient pas traités par une médication anxiolytique permanente (prise occasionnelle) et avaient diminué (AI pce 213 p. 14).

E. 8.5.6

L'expert a, de plus, nié la présence d'un trouble de la personnalité sur la base de l'expertise effectuée, considérant que les observations faites permettaient tout au plus de parler de traits caractériels prononcés ayant pu ici ou là heurter son entourage ou amener à une conflictualité (AI pce 213 p. 23). Si l'assuré avait connu des difficultés (mal-adaptations dans sa jeunesse, réaction dépressive suite à une rupture sentimentale, difficultés avec l'éducation de l'un de ses fils), il n'existait aucune description clinique au dossier qui pouvait expliquer le diagnostic précédemment posé de trouble de la personnalité contredit par la linéarité des différentes trames biographiques (AI pce 213 p. 23).

E. 8.5.7

L'expert n'a, en outre, pas retenu le diagnostic de trouble douloureux somatoforme en l'absence de plaintes douloureuses généralisées ubiquitaires et car une partie des plaintes au moins était liée à un substrat anatomopathologique identifiable. En effet, l'atteinte dorsale évoquée par l'assuré était particulièrement explicite et les observations cliniques lors de l'expertise correspondaient à une problématique à ce niveau (le jour de l'expertise, l'assuré était lent dans la démarche et avait eu besoin de se dégoûter un long moment après être resté assis durant 2h30 [AI pce 213 p. 27]).

E. 8.5.8

Enfin, l'expert a diagnostiqué une majoration de symptômes psychiques anamnesticquement (CIM-10 F68.0). A cet égard, il a relevé que dans les rapports BEM-(...), les expertes

mentionnaient, sur le plan somatique, une amplification certaine de symptômes, la présence C-1648/2019 Page 27 d'éléments non-organiques et des contradictions. Sur le plan psychique, les discordances étaient telles que la Dre G._____ (spécialiste en psychiatrie et psychothérapie) n'avait pu, dans un premier temps, établir un diagnostic ni évaluer la capacité de travail de l'assuré, ce qui constituait une conclusion très inhabituelle qui renvoyait en grande partie à nouveau à des éléments extra-médicaux (AI pce 213 p. 24). Il ne faisait aucun doute, au vu des surveillances (dont une s'était déroulée le 7 mars 2016, soit le jour du complément d'expertise par la Dre G._____), que l'assuré avait actionné la démonstration de son mal-être lors des expertises réalisées au BEM-(...) en 2014 et 2016. Selon l'expert, cela avait vraisemblablement déjà été le cas les années précédentes. Concernant l'hypothèse d'une simulation, il était difficile, voire impossible, de déterminer dans quelle mesure il y avait eu production intentionnelle de symptômes entre 1996 et 1998, car l'assuré était resté très proche de la notion de maladie qui avait de plus été certifiée à de multiples reprises par ses thérapeutes. Il y avait très certainement eu un mouvement en cercle auto-confirmant, ayant abouti à l'attribution de la rente (AI pce 213 p. 26). Une fois les rentes octroyées à toute la famille, l'assuré, qui s'était habitué à sa situation de rentier, à son rôle passif à domicile, à la raréfaction de ses contacts sociaux et surtout à l'idée d'être en incapacité de travail, n'avait pas eu de raison de revenir en arrière. Un déconditionnement très important avait ainsi perduré pendant presque vingt ans. La précision « anamnestiquement » se justifiait car le décalage entre auto-appréciation et hétéro-observations s'était nettement réduit lors de l'expertise devant le Dr L._____, l'assuré ayant fourni des informations démontrant un fonctionnement proche de la normalité dans la réalité privée ou extérieure (AI pce 213 p. 27). L'expert a précisé qu'il n'y avait pas non plus d'indices de retard mental ou d'une difficulté intellectuelle dans l'examen direct de l'assuré. A tous les niveaux de sa vie, l'assuré avait su mobiliser des capacités d'adaptation et n'était nullement uniquement dépendant de sa femme (AI pce 213 p. 23).

E. 8.5.9

Sur la base de ces constats, le Dr L._____ a considéré que l'assuré ne présentait pas de limitations fonctionnelles significatives. Il possédait des ressources disponibles ou mobilisables et notamment des capacités de communication, à respecter un cadre et d'endurance. Il présentait également sur le principe des aptitudes à la prise de décision ainsi que relationnelles (bien que le réseau social de l'assuré soit restreint), et une autonomie dans les activités quotidiennes bien qu'il soit très habitué aux services et soutien de sa femme et de sa famille. La capacité d'adaptation était cependant diminuée en raison de la démotivation et de

C-1648/2019 Page 28 la fixation personnelle sur l'incapacité de travail. Il en allait de même de la capacité d'organisation en raison du déconditionnement (AI pce 213 p. 29). D'un point de vue psychiatrique, l'assuré présentait une capacité de travail de 100% qui avait toutes les chances de rester stable jusqu'à l'âge de la retraite. Selon toute vraisemblance, l'assuré avait retrouvé au plus tard un état de fonctionnement normal à la date de la première expertise au BEM- (...) le 7 avril 2014 lors de laquelle les premières incohérences étaient apparues (AI pce 213 p. 28). Il présentait toutefois des facteurs extra- médicaux défavorables à la reprise d'une activité lucrative : situation sociale, âge, passivité, manque de motivation, conflictualité avec l'assurance-invalidité, déconditionnements multiples, besoins familiaux, (etc.). L'expert précisait encore que le diagnostic retenu de

dysphorie/dysthymie pouvait potentiellement être amélioré par des mesures thérapeutiques diverses. 9. Le recourant met en cause la valeur probante du rapport d'expertise du 21 août 2018 du Dr L._____. 9.1 Le recourant critique avant tout la motivation dudit rapport d'expertise qu'il juge lacunaire. L'expert L._____ n'avait pas discuté de manière satisfaisante les avis des Drs N._____, O._____ et D._____, tous spécialistes en psychiatrie. En particulier, il avait entièrement omis le rapport d'expertise du 29 janvier 1998 du Dr N._____ (spécialiste en psychiatrie et psychothérapie) et le rapport d'entretien SMR du 7 août 2001 du Dr C._____. Le rapport d'expertise du Dr L._____ n'amenait, par ailleurs, pas d'éléments véritablement nouveaux et contenait des incohérences : l'entretien avec l'épouse n'avait pas eu lieu sur demande du recourant mais de l'expert ; des résultats des surveillances, le Dr L._____ tirait des éléments en défaveur du recourant bien qu'à ses dires les vidéos de surveillance soient toujours difficiles à interpréter sur le plan psychique ; le recourant n'avait pas pris lui-même l'initiative d'arrêter ses antidépresseurs mais l'avait fait sur demande de son épouse avec l'accord du Dr B._____ ; il n'était pas musclé ; il n'avait jamais été opéré du dos ; le couple n'avait jamais eu une résidence secondaire au (...) mais bien un domicile principal ; une rente d'invalidité ne lui avait pas été rapidement octroyée puisqu'il avait dû patienter quatre ans pour qu'une décision soit rendue. Le recourant conteste, en outre, ne pas avoir de sentiments dépressifs ou de culpabilité. Il n'avait pas manqué d'expression durant l'entretien, puisqu'aux dires de son épouse, il avait les larmes aux yeux, pleurait parfois et avait l'air triste. Son épouse avait du reste insisté sur le fait qu'il était triste, désespéré, impuissant, se dévalorisait souvent

C-1648/2019 Page 29 et se sentait coupable de beaucoup de choses. Il avait, de plus, été clairement expliqué à l'expert que la fatigue n'était pas qu'occasionnelle mais permanente. L'expert se contredisait également s'agissant des impressions d'ennui, de distance, de morosité, de mécontentement, de déconditionnement et de démotivation données par le recourant. Enfin, la date du 7 avril 2014, retenue comme étant celle de l'amélioration soudaine de son état de santé, n'était corroborée par aucun élément fondé (TAF pce 1). 9.2 L'autorité inférieure estime que le rapport d'expertise du 21 août 2018 du Dr L._____ doit se voir accorder une pleine valeur probante. L'assuré était particulièrement malvenu de contester le contenu du rapport d'expertise alors même qu'il n'avait que peu collaboré lors de celle-ci, répétant notamment ne pas se rappeler et restant évasif dans ses réponses, attitude qu'il avait déjà adoptée lors des expertises réalisées au BEM(...). De plus, si le rapport d'expertise du 21 août 2018 omettait de mentionner le rapport d'expertise du 29 janvier 1998 du Dr N._____, le Dr L._____ avait eu connaissance de l'ensemble du dossier et prenait en compte les diagnostics qui avaient présidé à l'octroi de la rente. En outre, l'expert L._____ expliquait dûment les raisons qui lui permettaient d'exclure le trouble dépressif, le trouble de la personnalité, le trouble somatoforme douloureux, les troubles envahissants du développement ainsi que le retard mental léger, tout comme il motivait les diagnostics finalement retenus de dysphorie/dysthymie, d'accentuation de certains traits de la personnalité et de majoration de symptômes psychiques anamnestiquement. En particulier, il détaillait au moyen d'un tableau les critères qui permettaient d'écarter le trouble dépressif, en indiquant pour chacun des critères ce qu'il avait observé chez l'assuré. Il justifiait également le diagnostic d'état dysphorique (dysthymie), soulignant la présence d'expressions de distance, d'une certaine morosité, d'un mécontentement et parfois d'une attitude bougonne et négative (jamais de sourire). Enfin, l'assuré avait bien subi, durant l'année 2003, une fenestration L3/L4 bilatérale pour

une sténose du canal lombaire, ainsi qu'une reprise chirurgicale avec micro-dissectomie et une laminectomie L3 avec stabilisation du segment L3/L4, étant précisé qu'il avait indiqué aux expertes du BEM-(...) que tous les documents radiologiques avaient été détruits (TAF pce 6 ; AI pce 258). 9.3 9.3.1 Le juge des assurances sociales doit examiner de manière objective tous les moyens de preuve, quelle que soit leur provenance, puis décider

C-1648/2019 Page 30 si les documents à disposition permettent de porter un jugement valable sur le droit litigieux. Avant de conférer pleine valeur probante à un rapport médical, il s'assurera que les points litigieux 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 de l'expert sont dûment motivées (ATF 143 V 124 consid. 2.2.2, 134 V 231 consid. 5.1, 125 V 351 consid. 3a ; arrêt du TF 9C_453/2017 du 6 mars 2018 consid. 4.2). 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 réf. cit., 9C_745/2010 du 30 mars 2011 consid. 3.2 et 9C_59/2010 du 11 juin 2010 consid. 4.1 ; VALTERIO, op. cit., art. 57 LAI no 33). L'élément déterminant pour la valeur probante n'est ni l'origine du moyen de preuve ni sa désignation comme rapport ou comme expertise, mais bel et bien son contenu (ATF 135 V 465 consid. 4.4, 125 V 351 consid. 3 ; arrêt du TF 9C_555/2015 du 23 mars 2016 consid. 5.2 ; VALTERIO, op. cit., art. 57 LAI no 33). 9.3.2 Lorsqu'au stade de la procédure administrative une expertise confiée à un médecin indépendant est établie par un spécialiste reconnu, sur la base d'observations approfondies et d'investigations complètes, ainsi qu'en pleine connaissance du dossier, et que l'expert aboutit à des résultats convaincants, le juge ne saurait les écarter aussi longtemps qu'aucun indice concret ne permet de douter de leur bien-fondé (ATF 125 V 351 consid. 3b/bb ; arrêt du TFA I 701/04 du 27 juillet 2005 consid. 2.1.2). 9.3.3 Lors de l'appréciation des preuves, il faut tenir compte du fait que l'exploration psychiatrique ne peut pas, de par sa nature, être effectuée sans appréciation. Elle ouvre donc pratiquement toujours une certaine marge de manœuvre au psychiatre chargé de l'expertise, à l'intérieur de laquelle différentes interprétations médico-psychiatriques sont possibles, admissibles et doivent être respectées, pour autant que l'expert ait procédé dans les règles de l'art (cf. arrêt du TF 8C_103/2022 du 10 mai 2022 consid. 4.3.1 et réf. cit. ; voir également : ATF 145 V 361 consid. 4.3). 9.3.4 La reconnaissance de l'existence d'une atteinte à la santé psychique – troubles dépressifs de degré léger ou moyen inclus (ATF 143 V 409 consid. 4.5.1 s.) – suppose en plus de la présence d'un diagnostic émanant

C-1648/2019 Page 31 d'un expert (psychiatre) et s'appuyant selon les règles de l'art sur les critères d'un système de classification reconnu, tel le CIM ou le DSM-IV (notamment : ATF 143 V 409 consid. 4.5.2, 141 V 281 consid. 2.2 et 3.2 ; arrêts du TF 8C_841/2016 du 30 novembre 2017 consid. 4.5.2, 9C_815/2012 du 12 décembre 2012 consid. 3), le respect d'une procédure probatoire structurée au sens de l'ATF 141 V 281 afin de pouvoir évaluer le droit de la personne concernée à obtenir une rente d'invalidité. Cette procédure tient compte, d'une part, des facteurs d'incapacité et, d'autre part, des ressources de la personne assurée. Les limitations constatées doivent encore être examinées à l'aune des indicateurs se rapportant à la cohérence (cf. ATF 141 V 281 consid. 4.1.3). Concrètement, le Tribunal fédéral a conçu le catalogue d'indicateurs suivant, classés en deux catégories (cf. ATF 141

V 281 consid. 4.3 à 4.4.2) : 1. Catégorie "degré de gravité fonctionnel" a. Complexe "atteinte à la santé" i. Expressions des éléments pertinents pour le diagnostic ii. Succès du traitement ou résistance à cet égard iii. Succès de la réadaptation ou résistance à cet égard iv. Comorbidités b. Complexe "personnalité" (diagnostic de la personnalité, ressources personnelles) c. Complexe "contexte social".

2. Catégorie "cohérence" (point de vue du comportement) a. Limitation uniforme du niveau des activités dans tous les domaines comparables de la vie b. Poids des souffrances relevé par l'anamnèse établie en vue du traitement et de la réadaptation.

Le suivi (et l'évolution) d'une thérapie adéquate de psychothérapie constitue un indicateur de la gravité de l'affection et est exigible compte tenu de l'obligation de réduire le dommage de la personne assurée (ATF 143 V 409 consid. 4.4, 4.5.2). Il convient par ailleurs de bien intégrer la question des ressources personnelles dont dispose la personne concernée, eu égard en particulier à sa personnalité et au contexte social dans lequel elle évolue. Jouent en outre un rôle essentiel les questions de savoir si les limitations alléguées se manifestent de la même manière dans tous les domaines de la vie (travail et loisirs) et si la souffrance se traduit par un recours aux offres thérapeutiques existantes (ATF 141 V 281, précisé notamment par les ATF 143 V 409 et 143 V 418). Le catalogue

C-1648/2019 Page 32 d'indicateurs susmentionné n'est pas immuable, devant au contraire évoluer avec les connaissances scientifiques médicales et juridiques. Il sied par ailleurs de toujours tenir compte des circonstances du cas concret, le catalogue n'ayant pas la fonction d'une simple check-list (ATF 141 V 281 consid. 4.1.1). Pour des raisons de proportionnalité, il n'est pas nécessaire de recourir à une procédure probatoire structurée tenant compte des indicateurs susmentionnés, lorsque celle-ci n'est pas nécessaire ou appropriée. Il en va en règle générale ainsi lorsque des constats médicaux concis ont été établis et que des spécialistes ont émis des appréciations concordantes sur le ou les diagnostics, ainsi que sur leurs répercussions fonctionnelles, aux termes de rapports médicaux et d'expertises ayant valeur probante (ATF 143 V 418 consid. 7.1). Une procédure probatoire structurée est également superflue lorsque des rapports médicaux ayant valeur probante et émis par des spécialistes dénie toute incapacité de travail aux termes d'une motivation convaincante et justifiée et que les éventuels avis contraires sont dépourvus de valeur probante à défaut d'être émis par des spécialistes disposant des qualifications requises ou pour d'autres motifs. Cela étant, la nécessité de recourir à une procédure probatoire structurée s'évalue au cas par cas, compte tenu des circonstances spécifiques du cas d'espèce et des besoins respectifs d'une éventuelle instruction complémentaire (ATF 143 V 418 consid. 7.1). A titre d'exemple, il n'y a en principe pas besoin de réaliser un examen de preuve structuré dans les cas où il est établi selon la vraisemblance prépondérante que la personne assurée ne souffre que d'un trouble dépressif léger qui n'est pas encore chronique et que, de plus, elle ne présente pas de comorbidités (ATF 143 V 409 consid. 4.5.3 ; arrêt du TF 9C_580/2017 du 16 janvier 2018 consid. 3.1). Il n'y a pas davantage eu lieu de procéder à un examen normatif structuré dans une affaire où l'assuré avait notamment présenté une dysthymie ainsi qu'un trouble dépressif en rémission (arrêt du TF 8C_341/2018 du 13 août 2018 consid. 6.2). Il est également possible de se passer d'une procédure d'établissement des faits basée sur des indicateurs si une maladie mentale n'affectant pas la capacité de travail a été diagnostiquée (ATF 143 V 409 consid. 4.5.3). 9.3.5 Il appartient en principe au médecin spécialiste en psychiatrie d'évaluer la capacité de travail, en tenant compte des éventuels déficits neuropsychologiques. Une

évaluation neuropsychologique ne constitue qu'un examen complémentaire, qui doit être envisagée en cas d'indication fondée (arrêts du TF 9C_752/2018 du 12 avril 2019 consid. 5.3, 9C_566/2017 du 20 novembre 2017 consid. 2.1 et 9C_338/2016 du 21

C-1648/2019 Page 33 février 2017 consid. 5.4 ; cf. également ch. 4.3.2.2 des directives sur la qualité des expertises psychiatriques dans l'assurance-invalidité fédérale établies par la Société suisse de psychiatrie et de psychothérapie [SSPP] 2016). 9.3.6 Il y a encore lieu de préciser que 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 sous réserve des situations dans lesquelles il est évident que l'état de santé s'est modifié (arrêts du TF 9C_418/2010 du 29 août 2011 consid. 4.2 à 4.4 et 8C_441/2012 du 25 juillet 2013 consid. 6.1.2). Les experts doivent alors prendre en considération que la modification de l'état de santé doit être notable et qu'une nouvelle appréciation du cas alors que les circonstances sont demeurées inchangées ne constitue pas un motif de révision (ATF 141 V 9 consid. 2.3, 112 V 371 consid. 2b ; arrêts du TF 9C_418/2010 du 29 août 2011 consid. 4.2 à 4.4, I 755/04 du 25 septembre 2006 consid. 5.1 ; voir aussi arrêt du TF 8C_445/2017 du 9 mars 2018 consid. 2.2 ; ANDREAS TRAUB, Zum Beweiswert medizinischer Gutachten im Zusammenhang mit der Rentenrevision, RSAS 2012 p. 183 ss ; VALTERIO, op. cit., art. 31 LAI no 11). 9.4 9.4.1 En l'espèce, l'expertise a été réalisée par le Dr L. _____, médecin spécialisé en psychiatrie et psychothérapie (AI pce 213 p. 2), possédant les qualifications et les connaissances nécessaires pour se prononcer sur l'état de santé psychique du recourant et son évolution. 9.4.2 L'expert a décrit de manière circonstanciée et complète l'anamnèse sous l'angle familial, personnel jusqu'à l'âge adulte, professionnel et social, affectif/relationnel et systématique (AI pce 213 p. 8-15). S'agissant de l'anamnèse médicale et psychiatrique, le Dr L. _____ a certes omis de mentionner le rapport d'expertise du 29 janvier 1998 du Dr N. _____ (spécialiste en psychiatrie et psychothérapie mandaté par la Q. _____), sur lequel s'était fondé l'OAI(...) lors de l'octroi de la rente, et le rapport SMR du 7 août 2001 du Dr C. _____, qui avait motivé le maintien de la rente lors de la première procédure de révision. Ce nonobstant, le dossier médical de l'assuré a été soumis en entier au Dr L. _____ et les rapports auxquels celui-ci se réfère discutent le rapport d'expertise du Dr N. _____ (en particulier, le rapport du 26 mars 1998 de la Dre O. _____ qui en reprend les conclusions à l'identique) et le rapport SMR du Dr C. _____, de sorte que le Dr L. _____ en a eu au moins indirectement

C-1648/2019 Page 34 connaissance. Du reste, les diagnostics d'état dépressif récidivant épisode moyen, de trouble de la personnalité (type émotionnellement labile, impulsif, avec des traits passifs-agressifs) et de trouble somatoforme de type somatisations retenus par le Dr N. _____ ont été pris en compte et discutés par le Dr L. _____ dans son rapport. Par ailleurs, si le Dr L. _____ a retenu, à tort, que l'assuré avait été opéré en 2003 du dos pour cause d'un canal lombaire étroit (cf. avis SMR du 30 août 2016 du Dr K. _____ : « notre avis du 19 octobre 2012, au terme du résumé de la situation exposant notamment l'information erronée que l'assuré aurait subi une chirurgie du rachis » [AI pce 129]), cette erreur connue du SMR est sans incidence en l'espèce, le Dr L. _____ ayant été mandaté pour apprécier l'état de santé psychiatrique de l'assuré et non somatique. 9.4.3 Les plaintes exprimées par le recourant durant l'expertise ont été dûment retranscrites dans le rapport (cf. supra consid. 8.5.1). En particulier, les critiques du recourant sur le contenu des reformulations notamment au sujet de ses sentiments dépressif et de culpabilité, ne

sauraient être suivies. En effet, l'expert a vérifié tout au long de l'examen que les reformulations correspondaient à ce que voulait exprimer l'assuré et à la fin de l'expertise que l'assuré s'était senti compris, l'invitant du reste à compléter ses dires s'il le désirait (AI pce 213 p. 18). De plus, comme le soulève à juste titre l'autorité inférieure, le recourant n'a que partiellement collaboré lors de l'expertise devant le Dr L. _____ répondant aux questions de manière laconique (AI pce 213 p. 15-16), de sorte qu'il est malvenu de contester le contenu du rapport s'agissant des plaintes exprimées. 9.4.4 Les points litigieux importants ont fait l'objet d'une étude circonstanciée. Le déroulement de l'expertise est expliqué et les constatations faites sont étayées dans le rapport (cf. supra consid. 8.5.2 ; AI pce 213 p. 15-21). Ainsi, un status clinique est posé. Les diagnostics retenus dans les rapports médicaux antérieurs (trouble dépressif récurrent épisode moyen/sévère [CIM-10 F32.1/F32.2], trouble de la personnalité [CIM-10 F61.0], trouble somatoforme douloureux [CIM-10 F45.4], troubles envahissants du développement [CIM-10 F 89], retard mental léger [CIM- 10 F70]) ont été discutés et exclus dans la partie 6 du rapport « Diagnostics et leur motivation » (AI pce 213 p. 22-28). En particulier, un trouble dépressif majeur a été nié après la réalisation de tests complémentaires (système AMDP, échelle de ralentissement dépressif [ERD] et échelle MADRS), l'examen des critères consacrés pour un trouble dépressif (CIM- 10 F32) et l'appréciation du matériel de surveillance. Les diagnostics finalement retenus par l'expert (dysphorie/dysthymie [CIM-10 F34.1],

C-1648/2019 Page 35 accentuation de certains traits surtout caractériels de la personnalité [CIM- 10 Z73.1] et majoration des symptômes psychiques anamnestiquement [CIM-10 F68.0]) sont, de plus, dûment motivés à l'aide des constats posés lors de l'expertise, des tests réalisés et de l'appréciation du matériel de surveillance faite par l'expert (cf. chiffre 6 du rapport intitulé « Diagnostics et leur motivation », p. 22-28). Une évaluation neuropsychologique (cf. supra consid. 9.3.5) – utile selon la psychologue J. _____ (AI pce 123 p. 34) – n'a pas été jugée nécessaire par le Dr L. _____ en l'absence de symptômes de la lignée psychotique lors de l'examen devant lui, l'assuré n'ayant pas été en proie à des délires ou des hallucinations et n'ayant présenté aucune attitude d'écoute ni un trouble de dépersonnalisation (AI pce 213 p. 16). Le Dr L. _____ a, de surcroît, ajouté que les tests projectifs (Rorschach et TAT) effectués par la psychologue J. _____ n'étaient en principe plus utilisés en expertise (AI pce 213 p. 24). A la lecture du dossier, le Tribunal constate qu'une symptomatologie psychotique et des troubles du cours de la pensée ont également été niés par la Dre O. _____ (cf. rapport du 26 mars 1998 [AI pce 4]) et le Dr D. _____ (cf. rapport du 25 octobre 2010 [AI pce 72]), psychiatres ayant suivi l'assuré. Dans ces circonstances, il y a lieu de retenir, au degré de la vraisemblance prépondérante, qu'il n'existait pas d'indication suffisamment fondée justifiant la mise en œuvre d'une évaluation neuropsychologique complémentaire. Par conséquent, le Dr L. _____ s'est bien fondé sur des examens complets. 9.4.5 Il convient ensuite d'examiner si le rapport d'expertise psychiatrique suit la grille d'évaluation normative et structurée voulue par la jurisprudence du Tribunal fédéral, à supposer qu'un tel examen soit nécessaire en l'espèce malgré le diagnostic de dysthymie et la rémission du trouble dépressif (cf. arrêt du TF 8C_341/2018 du 13 août 2018 consid. 6.2). Pour les indicateurs de la catégorie degré de gravité fonctionnel (1.), le complexe "atteinte à la santé" (1.a) est traité par l'expert dans son rapport dans les parties « 3.2.6 Anamnèse systématique », « 4. Constatations – observations cliniques », « 5. Informations éventuelles fournies par des tiers » et « 6. Diagnostics et leur motivation » (AI pce 213 p. 11-28). L'expert a exprimé les éléments pertinents lui permettant de retenir les seuls diagnostics de dysphorie/dysthymie (CIM-10 F34.1),

d'accentuation de certains traits de personnalité surtout caractériels (CIM-10 Z73.1) et de majoration des symptômes psychiques anamnesticquement (CIM-10 F68.0) (cf. partie 6 du rapport intitulée « Diagnostics et leur motivation » [AI pce 213 p. 22-28]). En particulier, il a souligné que le recourant ne prenait plus

C-1648/2019 Page 36 d'antidépresseurs et qu'une médication anxiolytique permanente faisait défaut, l'assuré indiquant prendre seulement occasionnellement un demi comprimé de Tranxilium 20 mg. Il n'avait, en outre, plus de suivi psychiatrique ou psychothérapeutique depuis longtemps, bien que la dysphorie/dysthymie de l'assuré puisse potentiellement être améliorée par des mesures thérapeutiques diverses (AI pce 213 p. 13 s., 24, 28). Le rapport n'évoque logiquement pas de comorbidité, dans la mesure où aucune atteinte psychiatrique invalidante n'est retenue. S'agissant du complexe "personnalité" (1.b), l'expert a retenu et expliqué que le recourant ne présentait aucun trouble de la personnalité (AI pce 213 p. 23). En termes de ressources personnelles, il possédait des capacités de communication, à respecter un cadre et d'endurance. Il présentait également sur le principe des aptitudes à la prise de décision ainsi que relationnelles (bien que le réseau social de l'assuré soit restreint), et une autonomie dans les activités quotidiennes (bien qu'il soit très habitué aux services et soutien de sa femme et de sa famille). La capacité d'adaptation était cependant diminuée en raison de la démotivation et de la fixation personnelle sur l'incapacité de travail. Il en allait de même de la capacité d'organisation en raison du déconditionnement de l'assuré (AI pce 213 p. 29). Le complexe "contexte social" (1.c) est décrit au moyen de l'anamnèse familiale/hérédité, personnelle jusqu'à l'âge adulte, professionnelle/sociale, affective/relationnelle et systématique (AI pce 213 p. 8-15). L'expert a relevé que l'assuré avait surtout des relations intrafamiliales vivant avec ses parents et sa femme, entreprenant beaucoup d'activités avec celle-ci, ainsi que côtoyant la cousine de sa femme. Il entretenait également quelques rapports de voisinage sans toutefois avoir véritablement des amis. Quant aux indicateurs de la catégorie "cohérence" (2.), il ressort du rapport d'expertise que les plaintes formulées par le recourant les 20 et 21 juin 2018 (auto-appréciation) étaient dans une certaine cohérence avec la présentation clinique (hétéro- observations), l'anamnèse systématique ayant en particulier montré un fonctionnement proche de la normalité dans la réalité privée ou extérieure (AI pce 213 p. 27-28). Aussi, le rapport d'expertise psychiatrique du Dr L. _____ suit-il la grille d'évaluation normative et structurée voulue par la jurisprudence. 9.4.6 Enfin, l'expert a tenu compte du fait qu'il intervenait dans le cadre d'une révision du droit à la rente et qu'il convenait donc de considérer non seulement les circonstances présentes au moment de son expertise mais également celles qui avaient prévalu au moment de l'octroi de la rente. Même à retenir que pour expliquer la modification survenue de l'état de

C-1648/2019 Page 37 santé, il aurait fait une nouvelle appréciation du cas en remettant en question les diagnostics initialement posés de trouble dépressif récurrent épisode actuel moyen (CIM-10 F33.1) et de trouble de la personnalité (CIM-10 F61.0) dont la concomitance avait justifié une incapacité entière de travail (cf. rapport d'expertise du 29 janvier 1998 du Dr N. _____ [AI pce 8 p. 24] et rapport du 26 mars 1998 de la Dre O. _____ [AI pce 4]), les circonstances n'étaient pas demeurées inchangées, l'amélioration de l'état de santé psychique de l'assuré depuis l'instruction médicale de la demande de rente AI déposée en 1998 apparaissant en l'espèce évidente au niveau de ces atteintes (cf. infra consid. 9.4.6.1 et 9.4.6.2). 9.4.6.1 Concernant le trouble mixte de la personnalité (CIM-10 F61.0), les Drs O. _____ et N. _____ avaient à l'époque décrit

une personnalité impulsive, émotionnellement instable et présentant des traits passifs-agressifs marqués (cf. rapport d'expertise du 29 janvier 1998 du Dr N. _____ [AI pce 8 p. 24] et rapport du 26 mars 1998 de la Dre O. _____ [AI pce 4]). Lors des procédures de révision ultérieures, une pareille description n'apparaît en revanche plus que ce soit dans les rapports du Dr B. _____ des 16 mai 2001 (AI pce 25), 26 juin 2006 (AI pce 40), 18 avril 2007 (AI pce 49), 1er octobre 2007 (AI pce 64), 24 août 2010 (AI pce 71) et 14 octobre 2016 (AI pce 137), dans l'appréciation du Dr C. _____ du 7 août 2001 (AI pce 32), ou encore dans les rapports d'expertise BEM-(...) des 6 mai 2014 (AI pce 93) et 17 mai 2016 (AI pce 123). Seul le Dr D. _____ (spécialiste en psychiatrie et psychothérapie), qui n'avait alors vu l'assuré en consultation qu'à une seule reprise le

E. 9

Le recourant met en cause la valeur probante du rapport d'expertise du 21 août 2018 du Dr L. _____.

E. 9.1

Le recourant critique avant tout la motivation dudit rapport d'expertise qu'il juge lacunaire. L'expert L. _____ n'avait pas discuté de manière satisfaisante les avis des Drs N. _____, O. _____ et D. _____, tous spécialistes en psychiatrie. En particulier, il avait entièrement omis le rapport d'expertise du 29 janvier 1998 du Dr N. _____ (spécialiste en psychiatrie et psychothérapie) et le rapport d'entretien SMR du 7 août 2001 du Dr C. _____. Le rapport d'expertise du Dr L. _____ n'amenait, par ailleurs, pas d'éléments véritablement nouveaux et contenait des incohérences : l'entretien avec l'épouse n'avait pas eu lieu sur demande du recourant mais de l'expert ; des résultats des surveillances, le Dr L. _____ tirait des éléments en défaveur du recourant bien qu'à ses dires les vidéos de surveillance soient toujours difficiles à interpréter sur le plan psychique ; le recourant n'avait pas pris lui-même l'initiative d'arrêter ses antidépresseurs mais l'avait fait sur demande de son épouse avec l'accord du Dr B. _____ ; il n'était pas musclé ; il n'avait jamais été opéré du dos ; le couple n'avait jamais eu une résidence secondaire au (...) mais bien un domicile principal ; une rente d'invalidité ne lui avait pas été rapidement octroyée puisqu'il avait dû patienter quatre ans pour qu'une décision soit rendue. Le recourant conteste, en outre, ne pas avoir de sentiments dépressifs ou de culpabilité. Il n'avait pas manqué d'expression durant l'entretien, puisqu'aux dires de son épouse, il avait les larmes aux yeux, pleurait parfois et avait l'air triste. Son épouse avait du reste insisté sur le fait qu'il était triste, désespéré, impuissant, se dévalorisait souvent et se sentait coupable de beaucoup de choses. Il avait, de plus, été clairement expliqué à l'expert que la fatigue n'était pas qu'occasionnelle mais permanente. L'expert se contredisait également s'agissant des impressions d'ennui, de distance, de morosité, de mécontentement, de déconditionnement et de démotivation données par le recourant. Enfin, la date du 7 avril 2014, retenue comme étant celle de l'amélioration soudaine de son état de santé, n'était corroborée par aucun élément fondé (TAF pce 1).

E. 9.2

L'autorité inférieure estime que le rapport d'expertise du 21 août 2018 du Dr L. _____ doit se voir accorder une pleine valeur probante. L'assuré était particulièrement malvenu de contester le contenu du rapport d'expertise alors même qu'il n'avait que peu collaboré lors de celle-ci, répétant notamment ne pas se rappeler et restant évasif dans ses réponses, attitude qu'il avait déjà adoptée lors des expertises réalisées au BEM-(...). De plus, si le

rapport d'expertise du 21 août 2018 omettait de mentionner le rapport d'expertise du 29 janvier 1998 du Dr N._____, le Dr L._____ avait eu connaissance de l'ensemble du dossier et prenait en compte les diagnostics qui avaient présidé à l'octroi de la rente. En outre, l'expert L._____ expliquait dûment les raisons qui lui permettaient d'exclure le trouble dépressif, le trouble de la personnalité, le trouble somatoforme douloureux, les troubles envahissants du développement ainsi que le retard mental léger, tout comme il motivait les diagnostics finalement retenus de dysphorie/dysthymie, d'accentuation de certains traits de la personnalité et de majoration de symptômes psychiques anamnesticquement. En particulier, il détaillait au moyen d'un tableau les critères qui permettaient d'écarter le trouble dépressif, en indiquant pour chacun des critères ce qu'il avait observé chez l'assuré. Il justifiait également le diagnostic d'état dysphorique (dysthymie), soulignant la présence d'expressions de distance, d'une certaine morosité, d'un mécontentement et parfois d'une attitude bougonne et négative (jamais de sourire). Enfin, l'assuré avait bien subi, durant l'année 2003, une fenestration L3/L4 bilatérale pour une sténose du canal lombaire, ainsi qu'une reprise chirurgicale avec micro-discectomie et une laminectomie L3 avec stabilisation du segment L3/L4, étant précisé qu'il avait indiqué aux expertes du BEM-(...) que tous les documents radiologiques avaient été détruits (TAF pce 6 ; AI pce 258).

E. 9.3.1

Le juge des assurances sociales doit examiner de manière objective tous les moyens de preuve, quelle que soit leur provenance, puis décider si les documents à disposition permettent de porter un jugement valable sur le droit litigieux. Avant de conférer pleine valeur probante à un rapport médical, il s'assurera que les points litigieux 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 de l'expert sont dûment motivées (ATF 143 V 124 consid. 2.2.2, 134 V 231 consid. 5.1, 125 V 351 consid. 3a ; arrêt du TF 9C_453/2017 du 6 mars 2018 consid. 4.2). 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 réf. cit., 9C_745/2010 du 30 mars 2011 consid. 3.2 et 9C_59/2010 du 11 juin 2010 consid. 4.1 ; Valterio, op. cit., art. 57 LAI no 33). L'élément déterminant pour la valeur probante n'est ni l'origine du moyen de preuve ni sa désignation comme rapport ou comme expertise, mais bel et bien son contenu (ATF 135 V 465 consid. 4.4, 125 V 351 consid. 3 ; arrêt du TF 9C_555/2015 du 23 mars 2016 consid 5.2 ; Valterio, op. cit., art. 57 LAI no 33).

E. 9.3.2

Lorsqu'au stade de la procédure administrative une expertise confiée à un médecin indépendant est établie par un spécialiste reconnu, sur la base d'observations approfondies et d'investigations complètes, ainsi qu'en pleine connaissance du dossier, et que l'expert aboutit à des résultats convaincants, le juge ne saurait les écarter aussi longtemps qu'aucun indice concret ne permet de douter de leur bien-fondé (ATF 125 V 351 consid. 3b/bb ; arrêt du TFA I 701/04 du 27 juillet 2005 consid. 2.1.2).

E. 9.3.3

Lors de l'appréciation des preuves, il faut tenir compte du fait que l'exploration psychiatrique ne peut pas, de par sa nature, être effectuée sans appréciation. Elle ouvre donc pratiquement toujours une certaine marge de manoeuvre au psychiatre chargé de l'expertise, à l'intérieur de laquelle différentes interprétations médico-psychiatriques sont possibles, admissibles et doivent être respectées, pour autant que l'expert ait procédé dans les règles de l'art (cf. arrêt du TF 8C_103/2022 du 10 mai 2022 consid. 4.3.1 et réf. cit. ; voir également : ATF 145 V 361 consid. 4.3).

E. 9.3.4

La reconnaissance de l'existence d'une atteinte à la santé psychique - troubles dépressifs de degré léger ou moyen inclus (ATF 143 V 409 consid. 4.5.1 s.) - suppose en plus de la présence d'un diagnostic émanant d'un expert (psychiatre) et s'appuyant selon les règles de l'art sur les critères d'un système de classification reconnu, tel le CIM ou le DSM-IV (notamment : ATF 143 V 409 consid. 4.5.2, 141 V 281 consid. 2.2 et 3.2 ; arrêts du TF 8C_841/2016 du 30 novembre 2017 consid. 4.5.2, 9C_815/2012 du 12 décembre 2012 consid. 3), le respect d'une procédure probatoire structurée au sens de l'ATF 141 V 281 afin de pouvoir évaluer le droit de la personne concernée à obtenir une rente d'invalidité. Cette procédure tient compte, d'une part, des facteurs d'incapacité et, d'autre part, des ressources de la personne assurée. Les limitations constatées doivent encore être examinées à l'aune des indicateurs se rapportant à la cohérence (cf. ATF 141 V 281 consid. 4.1.3).

Concrètement, le Tribunal fédéral a conçu le catalogue d'indicateurs suivant, classés en deux catégories (cf. ATF 141 V 281 consid. 4.3 à 4.4.2) : 1. Catégorie "degré de gravité fonctionnel" a. Complexe "atteinte à la santé" i. Expressions des éléments pertinents pour le diagnostic ii. Succès du traitement ou résistance à cet égard iii. Succès de la réadaptation ou résistance à cet égard iv. Comorbidités b. Complexe "personnalité" (diagnostic de la personnalité, ressources personnelles) c. Complexe "contexte social". 2. Catégorie "cohérence" (point de vue du comportement) a. Limitation uniforme du niveau des activités dans tous les domaines comparables de la vie b. Poids des souffrances relevé par l'anamnèse établie en vue du traitement et de la réadaptation. Le suivi (et l'évolution) d'une thérapie adéquate de psychothérapie constitue un indicateur de la gravité de l'affection et est exigible compte tenu de l'obligation de réduire le dommage de la personne assurée (ATF 143 V 409 consid. 4.4, 4.5.2). Il convient par ailleurs de bien intégrer la question des ressources personnelles dont dispose la personne concernée, eu égard en particulier à sa personnalité et au contexte social dans lequel elle évolue. Jouent en outre un rôle essentiel les questions de savoir si les limitations alléguées se manifestent de la même manière dans tous les domaines de la vie (travail et loisirs) et si la souffrance se traduit par un recours aux offres thérapeutiques existantes (ATF 141 V 281, précisé notamment par les ATF 143 V 409 et 143 V 418). Le catalogue d'indicateurs susmentionné n'est pas immuable, devant au contraire évoluer avec les connaissances scientifiques médicales et juridiques. Il sied par ailleurs de toujours tenir compte des circonstances du cas concret, le catalogue n'ayant pas la fonction d'une simple check-list (ATF 141 V 281 consid. 4.1.1). Pour des raisons de proportionnalité, il n'est pas nécessaire de recourir à une procédure probatoire structurée tenant compte des indicateurs susmentionnés, lorsque celle-ci n'est pas nécessaire ou appropriée. Il en va en règle générale ainsi lorsque des constats médicaux concis ont été établis et que des spécialistes ont émis des appréciations concordantes sur le ou les diagnostics, ainsi que sur leurs répercussions fonctionnelles, aux termes de rapports médicaux et d'expertises ayant valeur probante (ATF 143 V 418 consid. 7.1). Une procédure probatoire structurée est également superflue lorsque des rapports médicaux

ayant valeur probante et émis par des spécialistes dénie toute incapacité de travail aux termes d'une motivation convaincante et justifiée et que les éventuels avis contraires sont dépourvus de valeur probante à défaut d'être émis par des spécialistes disposant des qualifications requises ou pour d'autres motifs. Cela étant, la nécessité de recourir à une procédure probatoire structurée s'évalue au cas par cas, compte tenu des circonstances spécifiques du cas d'espèce et des besoins respectifs d'une éventuelle instruction complémentaire (ATF 143 V 418 consid. 7.1). A titre d'exemple, il n'y a en principe pas besoin de réaliser un examen de preuve structuré dans les cas où il est établi selon la vraisemblance prépondérante que la personne assurée ne souffre que d'un trouble dépressif léger qui n'est pas encore chronique et que, de plus, elle ne présente pas de comorbidités (ATF 143 V 409 consid. 4.5.3 ; arrêt du TF 9C_580/2017 du 16 janvier 2018 consid. 3.1). Il n'y a pas davantage eu lieu de procéder à un examen normatif structuré dans une affaire où l'assuré avait notamment présenté une dysthymie ainsi qu'un trouble dépressif en rémission (arrêt du TF 8C_341/2018 du 13 août 2018 consid. 6.2). Il est également possible de se passer d'une procédure d'établissement des faits basée sur des indicateurs si une maladie mentale n'affectant pas la capacité de travail a été diagnostiquée (ATF 143 V 409 consid. 4.5.3).

E. 9.3.5

Il appartient en principe au médecin spécialiste en psychiatrie d'évaluer la capacité de travail, en tenant compte des éventuels déficits neuropsychologiques. Une évaluation neuropsychologique ne constitue qu'un examen complémentaire, qui doit être envisagée en cas d'indication fondée (arrêts du TF 9C_752/2018 du 12 avril 2019 consid. 5.3, 9C_566/2017 du 20 novembre 2017 consid. 2.1 et 9C_338/2016 du 21 février 2017 consid. 5.4 ; cf. également ch. 4.3.2.2 des directives sur la qualité des expertises psychiatriques dans l'assurance-invalidité fédérale établies par la Société suisse de psychiatrie et de psychothérapie [SSPP] 2016).

E. 9.3.6

Il y a encore lieu de préciser que 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 sous réserve des situations dans lesquelles il est évident que l'état de santé s'est modifié (arrêts du TF 9C_418/2010 du 29 août 2011 consid. 4.2 à 4.4 et 8C_441/2012 du 25 juillet 2013 consid. 6.1.2). Les experts doivent alors prendre en considération que la modification de l'état de santé doit être notable et qu'une nouvelle appréciation du cas alors que les circonstances sont demeurées inchangées ne constitue pas un motif de révision (ATF 141 V 9 consid. 2.3, 112 V 371 consid. 2b ; arrêts du TF 9C_418/2010 du 29 août 2011 consid. 4.2 à 4.4, I 755/04 du 25 septembre 2006 consid. 5.1 ; voir aussi arrêt du TF 8C_445/2017 du 9 mars 2018 consid. 2.2 ; Andreas Traub, Zum Beweiswert medizinischer Gutachten im Zusammenhang mit der Rentenrevision, RSAS 2012 p. 183 ss ; Valterio, op. cit., art. 31 LAI no 11).

E. 9.4.1

En l'espèce, l'expertise a été réalisée par le Dr L. _____, médecin spécialisé en psychiatrie et psychothérapie (AI pce 213 p. 2), possédant les qualifications et les connaissances nécessaires pour se prononcer sur l'état de santé psychique du recourant et son évolution.

E. 9.4.2

L'expert a décrit de manière circonstanciée et complète l'anamnèse sous l'angle familial, personnel jusqu'à l'âge adulte, professionnel et social, affectif/relationnel et systématique (AI pce 213 p. 8-15). S'agissant de l'anamnèse médicale et psychiatrique, le Dr L. _____ a certes omis de mentionner le rapport d'expertise du 29 janvier 1998 du Dr N. _____ (spécialiste en psychiatrie et psychothérapie mandaté par la Q. _____), sur lequel s'était fondé l'OAI-(...) lors de l'octroi de la rente, et le rapport SMR du 7 août 2001 du Dr C. _____, qui avait motivé le maintien de la rente lors de la première procédure de révision. Ce nonobstant, le dossier médical de l'assuré a été soumis en entier au Dr L. _____ et les rapports auxquels celui-ci se réfère discutent le rapport d'expertise du Dr N. _____ (en particulier, le rapport du 26 mars 1998 de la Dre O. _____ qui en reprend les conclusions à l'identique) et le rapport SMR du Dr C. _____, de sorte que le Dr L. _____ en a eu au moins indirectement connaissance. Du reste, les diagnostics d'état dépressif récidivant épisode moyen, de trouble de la personnalité (type émotionnellement labile, impulsif, avec des traits passifs-agressifs) et de trouble somatoforme de type somatisations retenus par le Dr N. _____ ont été pris en compte et discutés par le Dr L. _____ dans son rapport. Par ailleurs, si le Dr L. _____ a retenu, à tort, que l'assuré avait été opéré en 2003 du dos pour cause d'un canal lombaire étroit (cf. avis SMR du 30 août 2016 du Dr K. _____ : « notre avis du 19 octobre 2012, au terme du résumé de la situation exposant notamment l'information erronée que l'assuré aurait subi une chirurgie du rachis » [AI pce 129]), cette erreur connue du SMR est sans incidence en l'espèce, le Dr L. _____ ayant été mandaté pour apprécier l'état de santé psychiatrique de l'assuré et non somatique.

E. 9.4.3

Les plaintes exprimées par le recourant durant l'expertise ont été dûment retranscrites dans le rapport (cf. supra consid. 8.5.1). En particulier, les critiques du recourant sur le contenu des reformulations notamment au sujet de ses sentiments dépressif et de culpabilité, ne sauraient être suivies. En effet, l'expert a vérifié tout au long de l'examen que les reformulations correspondaient à ce que voulait exprimer l'assuré et à la fin de l'expertise que l'assuré s'était senti compris, l'invitant du reste à compléter ses dires s'il le désirait (AI pce 213 p. 18). De plus, comme le soulève à juste titre l'autorité inférieure, le recourant n'a que partiellement collaboré lors de l'expertise devant le Dr L. _____ répondant aux questions de manière laconique (AI pce 213 p. 15-16), de sorte qu'il est malvenu de contester le contenu du rapport s'agissant des plaintes exprimées.

E. 9.4.4

Les points litigieux importants ont fait l'objet d'une étude circonstanciée. Le déroulement de l'expertise est expliqué et les constatations faites sont étayées dans le rapport (cf. supra consid. 8.5.2 ; AI pce 213 p. 15-21). Ainsi, un status clinique est posé. Les diagnostics retenus dans les rapports médicaux antérieurs (trouble dépressif récurrent épisode moyen/sévère [CIM-10 F32.1/F32.2], trouble de la personnalité [CIM-10 F61.0], trouble somatoforme douloureux [CIM-10 F45.4], troubles envahissants du développement [CIM-10 F 89], retard mental léger [CIM-10 F70]) ont été discutés et exclus dans la partie 6 du rapport « Diagnostics et leur motivation » (AI pce 213 p. 22-28). En particulier, un trouble dépressif majeur a été nié après la réalisation de tests complémentaires (système AMDP, échelle de ralentissement dépressif [ERD] et échelle MADRS), l'examen des critères consacrés pour un trouble dépressif (CIM-10 F32) et l'appréciation du matériel de surveillance. Les diagnostics finalement retenus par l'expert (dysphorie/dysthymie [CIM-10

F34.1], accentuation de certains traits surtout caractériels de la personnalité [CIM-10 Z73.1] et majoration des symptômes psychiques anamnestiquement [CIM-10 F68.0]) sont, de plus, dûment motivés à l'aide des constats posés lors de l'expertise, des tests réalisés et de l'appréciation du matériel de surveillance faite par l'expert (cf. chiffre 6 du rapport intitulé « Diagnostics et leur motivation », p. 22-28). Une évaluation neuropsychologique (cf. supra consid. 9.3.5) - utile selon la psychologue J. _____ (AI pce 123 p. 34) - n'a pas été jugée nécessaire par le Dr L. _____ en l'absence de symptômes de la lignée psychotique lors de l'examen devant lui, l'assuré n'ayant pas été en proie à des délires ou des hallucinations et n'ayant présenté aucune attitude d'écoute ni un trouble de dépersonnalisation (AI pce 213 p. 16). Le Dr L. _____ a, de surcroît, ajouté que les tests projectifs (Rorschach et TAT) effectués par la psychologue J. _____ n'étaient en principe plus utilisés en expertise (AI pce 213 p. 24). A la lecture du dossier, le Tribunal constate qu'une symptomatologie psychotique et des troubles du cours de la pensée ont également été niés par la Dre O. _____ (cf. rapport du 26 mars 1998 [AI pce 4]) et le Dr D. _____ (cf. rapport du 25 octobre 2010 [AI pce 72]), psychiatres ayant suivi l'assuré. Dans ces circonstances, il y a lieu de retenir, au degré de la vraisemblance prépondérante, qu'il n'existait pas d'indication suffisamment fondée justifiant la mise en oeuvre d'une évaluation neuropsychologique complémentaire. Par conséquent, le Dr L. _____ s'est bien fondé sur des examens complets.

E. 9.4.5

Il convient ensuite d'examiner si le rapport d'expertise psychiatrique suit la grille d'évaluation normative et structurée voulue par la jurisprudence du Tribunal fédéral, à supposer qu'un tel examen soit nécessaire en l'espèce malgré le diagnostic de dysthymie et la rémission du trouble dépressif (cf. arrêt du TF 8C_341/2018 du 13 août 2018 consid. 6.2). Pour les indicateurs de la catégorie degré de gravité fonctionnel (1.), le complexe "atteinte à la santé" (1.a) est traité par l'expert dans son rapport dans les parties « 3.2.6 Anamnèse systématique », « 4. Constatations - observations cliniques », « 5. Informations éventuelles fournies par des tiers » et « 6. Diagnostics et leur motivation » (AI pce 213 p. 11-28). L'expert a exprimé les éléments pertinents lui permettant de retenir les seuls diagnostics de dysphorie/dysthymie (CIM-10 F34.1), d'accentuation de certains traits de personnalité surtout caractériels (CIM-10 Z73.1) et de majoration des symptômes psychiques anamnestiquement (CIM-10 F68.0) (cf. partie 6 du rapport intitulée « Diagnostics et leur motivation » [AI pce 213 p. 22-28]). En particulier, il a souligné que le recourant ne prenait plus d'antidépresseurs et qu'une médication anxiolytique permanente faisait défaut, l'assuré indiquant prendre seulement occasionnellement un demi comprimé de Tranxilium 20 mg. Il n'avait, en outre, plus de suivi psychiatrique ou psychothérapeutique depuis longtemps, bien que la dysphorie/dysthymie de l'assuré puisse potentiellement être améliorée par des mesures thérapeutiques diverses (AI pce 213 p. 13 s., 24, 28). Le rapport n'évoque logiquement pas de comorbidité, dans la mesure où aucune atteinte psychiatrique invalidante n'est retenue. S'agissant du complexe "personnalité" (1.b), l'expert a retenu et expliqué que le recourant ne présentait aucun trouble de la personnalité (AI pce 213 p. 23). En termes de ressources personnelles, il possédait des capacités de communication, à respecter un cadre et d'endurance. Il présentait également sur le principe des aptitudes à la prise de décision ainsi que relationnelles (bien que le réseau social de l'assuré soit restreint), et une autonomie dans les activités quotidiennes (bien qu'il soit très habitué aux services et soutien de sa femme et de sa famille). La capacité d'adaptation était cependant diminuée en raison de la démotivation et de la fixation personnelle sur

l'incapacité de travail. Il en allait de même de la capacité d'organisation en raison du déconditionnement de l'assuré (AI pce 213 p. 29). Le complexe "contexte social" (1.c) est décrit au moyen de l'anamnèse familiale/hérédité, personnelle jusqu'à l'âge adulte, professionnelle/sociale, affective/relationnelle et systématique (AI pce 213 p. 8-15). L'expert a relevé que l'assuré avait surtout des relations intrafamiliales vivant avec ses parents et sa femme, entreprenant beaucoup d'activités avec celle-ci, ainsi que côtoyant la cousine de sa femme. Il entretenait également quelques rapports de voisinage sans toutefois avoir véritablement des amis. Quant aux indicateurs de la catégorie "cohérence" (2.), il ressort du rapport d'expertise que les plaintes formulées par le recourant les 20 et 21 juin 2018 (auto-appréciation) étaient dans une certaine cohérence avec la présentation clinique (hétéro-observations), l'anamnèse systématique ayant en particulier montré un fonctionnement proche de la normalité dans la réalité privée ou extérieure (AI pce 213 p. 27-28). Aussi, le rapport d'expertise psychiatrique du Dr L. _____ suit-il la grille d'évaluation normative et structurée voulue par la jurisprudence.

E. 9.4.6

Enfin, l'expert a tenu compte du fait qu'il intervenait dans le cadre d'une révision du droit à la rente et qu'il convenait donc de considérer non seulement les circonstances présentes au moment de son expertise mais également celles qui avaient prévalu au moment de l'octroi de la rente. Même à retenir que pour expliquer la modification survenue de l'état de santé, il aurait fait une nouvelle appréciation du cas en remettant en question les diagnostics initialement posés de trouble dépressif récurrent épisode actuel moyen (CIM-10 F33.1) et de trouble de la personnalité (CIM-10 F61.0) dont la concomitance avait justifié une incapacité entière de travail (cf. rapport d'expertise du 29 janvier 1998 du Dr N. _____ [AI pce 8 p. 24] et rapport du 26 mars 1998 de la Dre O. _____ [AI pce 4]), les circonstances n'étaient pas demeurées inchangées, l'amélioration de l'état de santé psychique de l'assuré depuis l'instruction médicale de la demande de rente AI déposée en 1998 apparaissant en l'espèce évidente au niveau de ces atteintes (cf. infra consid. 9.4.6.1 et 9.4.6.2).

E. 9.4.6.1

Concernant le trouble mixte de la personnalité (CIM-10 F61.0), les Drs O. _____ et N. _____ avaient à l'époque décrit une personnalité impulsive, émotionnellement instable et présentant des traits passifs-agressifs marqués (cf. rapport d'expertise du 29 janvier 1998 du Dr N. _____ [AI pce 8 p. 24] et rapport du 26 mars 1998 de la Dre O. _____ [AI pce 4]). Lors des procédures de révision ultérieures, une pareille description n'apparaît en revanche plus que ce soit dans les rapports du Dr B. _____ des 16 mai 2001 (AI pce 25), 26 juin 2006 (AI pce 40), 18 avril 2007 (AI pce 49), 1er octobre 2007 (AI pce 64), 24 août 2010 (AI pce 71) et 14 octobre 2016 (AI pce 137), dans l'appréciation du Dr C. _____ du 7 août 2001 (AI pce 32), ou encore dans les rapports d'expertise BEM(...) des 6 mai 2014 (AI pce 93) et 17 mai 2016 (AI pce 123). Seul le Dr D. _____ (spécialiste en psychiatrie et psychothérapie), qui n'avait alors vu l'assuré en consultation qu'à une seule reprise le 15 octobre 2010, diagnostiquait encore un trouble mixte de la personnalité qu'il décrivait toutefois différemment évoquant principalement une personnalité dépendante et seulement « peut-être passive-agressive » (cf. rapport du Dr D. _____ du 25 octobre 2010 p. 4 s. [AI pce 72]). De surcroît, lors de l'expertise devant le Dr L. _____, l'assuré déclarait être beaucoup moins impulsif depuis son déménagement en Espagne, alors qu'auparavant il pouvait notamment « parler fort » (AI pce 213 p. 14).

E. 9.4.6.2

Quant au trouble dépressif récurrent épisode moyen, durant les entretiens avec les Drs O. _____ et N. _____, le recourant avait évoqué un état dépressif, des ruminations, des idées suicidaires, une anxiété et une perte d'appétit s'étant suivie d'une perte de 7 kg en deux ans (cf. rapport d'expertise du 29 janvier 1998 du Dr N. _____ [AI pce 8 p. 24] et rapport du 26 mars 1998 de la Dre O. _____ [AI pce 4]). A l'inverse, lors de l'expertise devant le Dr L. _____, l'assuré ne se sentait pas dépressif et moins angoissé (« tranquille » sauf pour quelques situations inconnues [AI pce 213 p. 7 s.]). Il n'avait plus qu'une tendance occasionnelle aux ruminations et avait beaucoup d'appétit en hiver ce qui lui faisait prendre quelques kilos (cf. anamnèse systématique [AI p. 213 p. 11-15]). Le Dr N. _____ avait, par ailleurs, constaté un élan vital nettement diminué, une estime de soi mauvaise, une gestique/mimique assez pauvre (l'assuré présentant une inhibition psychomotrice modérée), des difficultés à se concentrer et à organiser son discours dans le temps, ainsi qu'à trouver ses mots ou à s'exprimer (sa voix étant défaite/atone) (cf. rapport d'expertise du 29 janvier 1998 du Dr N. _____ p. 4 [AI pce 8 p. 27]). A l'inverse, le Dr L. _____ faisait état d'une énergie vitale présente et palpable, d'une estime de soi préservée, de l'absence de difficulté majeure à se concentrer et d'une aptitude à la communication tout à fait correcte (AI pce 213 p. 16, 17, 24, 29). La grande fatigue dont s'était plaint l'assuré devant le Dr N. _____ (AI pce 8 p. 27) apparaissait du reste moindre devant le Dr L. _____ (« fatigue occasionnelle » « comme ça fatigué » [AI pce 213 p. 7, 14]). Lors de l'instruction de la demande de rente, l'assuré s'était retiré socialement, inactif et clinophile. Même lors des fêtes de Noël passées en famille, il s'était senti isolé, affectivement anesthésié. Plus rien ne lui faisait plaisir, il avait abandonné ses activités de loisirs, notamment le sport et le football qu'il pratiquait auparavant couramment (cf. rapport d'expertise du 29 janvier 1998 du Dr N. _____ [AI pce 8 p. 27] et rapport du 26 mars 1998 de la Dre O. _____ [AI pce 4]). A l'inverse, lors de l'expertise devant le Dr L. _____, l'assuré déclarait notamment se lever entre 8h30 et 9h00, promener son chien marchant au moins une heure par jour et faire parfois les commissions seul. Il indiquait également pratiquer des exercices physiques avec la cousine de sa femme (monitrice de sport). A cet égard, en 2014 et 2016, les expertes E. _____ (spécialiste en médecine interne et rhumatologie) et F. _____ (spécialiste en médecine générale) avaient estimé que l'excellente stature musculaire présentée par l'assuré supposait des activités sportives intensives, également suggérées par la présence de callosités aux genoux, de traces de tannage aux doigts et de cloques sur les mains (cf. rapports d'expertise BEM-(...) des 6 mai 2014 et 17 mai 2016 [AI pces 93 p. 31, 123 p. 7, 23, 38]). Dans ce contexte, le Tribunal rappelle que les assurés sont tenus, sur la base de l'obligation de réduire le dommage, d'utiliser leur potentiel d'activité dans une optique lucrative plutôt que de l'utiliser dans le cadre d'activités de loisirs (cf. arrêt du TF 8C_349/2015 du 2 novembre 2015 consid. 5 ; voir également arrêt du TAF C-1167/2016 du 23 janvier 2018 consid. 8.1.10). Sur le plan relationnel, si l'assuré entretenait quelques relations de voisinage sans véritablement avoir d'amis, les relations intrafamiliales étaient en revanche bien présentes, en particulier avec ses parents et sa femme avec lesquels ils cohabitaient harmonieusement (« La cohabitation avec ses parents se passe très bien » [AI pce 213 p. 12 s.]). A cet égard, selon les dires de l'assuré, la relation conjugale était passée de très conflictuelle en 1998 (cf. rapport d'expertise du 29 janvier 1998 du Dr N. _____ p. 3 [AI pce 8 p. 26] et rapport du 26 mars 1998 de la Dre O. _____ p. 3 [AI pce 4]) à bonne en juin 2018 (« oui, ça va bien »), l'assuré déclarant tout faire avec sa femme (AI pce 213 p. 12). En outre, en 1998, l'assuré avait bénéficié d'un suivi psychiatrique ainsi que d'un

traitement médicamenteux pour sa dépression et ses angoisses qualifiés de nécessaires par ses médecins traitants (cf. rapports de la Dre O. _____ du 26 mars 1998 [AI pce 4] et du Dr B. _____ du 7 septembre 1998 [AI pce 10 p. 1]). Ce traitement avait consisté en la prise de 2 comprimés par jour de Deanxit (antidépresseur utilisé pour le traitement de la dépression et de l'anxiété) et d'un comprimé le soir de Loramet 2mg (somnifère) (cf. rapport de la Dre O. _____ du 26 mars 1998 [TAF pce 4]). Lors de l'expertise devant le Dr L. _____, l'assuré n'avait en revanche plus de suivi psychiatrique estimant un tel suivi non nécessaire. Il n'avait plus non plus de traitement par antidépresseurs arrêté depuis assez longtemps, l'assuré soutenant n'avoir vu aucun changement entre les différents antidépresseurs prescrits ni une différence avec ou sans substance antidépressive. L'expert L. _____ constate toutefois qu'il n'existe aucune preuve (dosage plasmatique) pour retenir, à l'instar du Dr B. _____, une dépression résistante au traitement et met en cause la compliance médicamenteuse du patient. L'analyse en laboratoire effectuée lors du complément d'expertise au BEM-(...) en 2016 avait, en effet, démontré une non-compliance au traitement antidépresseur alors prescrit - Valdoxan (AI pces 123 p. 27 et 61, 213 p. 36). A cet égard, le Tribunal relève que lors de l'expertise BEM-(...) du 7 avril 2014, une analyse en laboratoire n'avait pas été possible, car l'assuré ignorait sa médication. Ce dernier indiquait toutefois n'avoir rien pris le matin même (AI pce 93, p. 26). S'agissant d'autres médicaments, l'assuré ne prenait en juin 2018 plus qu'occasionnellement un anxiolytique - demi comprimé de Tranxilium 20 mg - ainsi qu'un antihistaminique indiqué dans le traitement de l'insomnie occasionnelle - Dormirel (AI pce 213 p. 14, 24).

E. 9.4.6.3

Dans ces circonstances, il ressort clairement du dossier médical et en particulier du rapport d'expertise du Dr L. _____ - tant de l'auto-appréciation de l'assuré que des hétéro-observations de l'expert - une amélioration de l'état de santé psychiatrique de l'assuré depuis le prononcé d'octroi de la rente le 19 avril 1999.

E. 9.4.7

Il convient toutefois de déterminer si l'amélioration de l'état de santé de l'assuré a été, à juste titre, datée par le Dr L. _____ au 7 avril 2014 (au plus tard).

E. 9.4.7.1

Le Dr L. _____ considère au degré de la vraisemblance prépondérante que l'assuré ne présentait plus aucune atteinte psychiatrique incapacitante au plus tard à compter de la date de la première expertise au BEM-(...), le 7 avril 2014. En effet, eu égard aux discordances consignées dans les rapports d'expertise BEM-(...), à l'impossibilité pour la Dre G. _____ d'établir un diagnostic ou d'évaluer la capacité de travail de l'assuré qui constituait une conclusion très inhabituelle renvoyant en grande partie à des éléments extra-médicaux, et vu le net décalage objectivé le 7 mars 2016 entre le comportement de l'assuré lors de l'expertise psychiatrique complémentaire et en dehors du BEM-(...), l'assuré avait, selon toute vraisemblance, actionné la démonstration de son malaise et majoré ses symptômes lors des expertises réalisées par le BEM-(...) en 2014 et 2016. Selon le Dr L. _____, il en avait certainement déjà été ainsi les années précédentes. Le décalage entre auto-appréciation et hétéro-observations s'était en revanche nettement amoindri lors de l'expertise qu'il avait réalisé les 20 et 21 juin 2018, raison pour laquelle il nuançait le diagnostic de majoration des symptômes psychiques (CIM-10 F68.0) par le terme « anamnesticquement » (AI pce 213 p. 27-28).

E. 9.4.7.2

Selon la jurisprudence, il y a lieu de conclure à l'absence d'une atteinte à la santé ouvrant le droit aux prestations d'assurance, si les limitations liées à l'exercice d'une activité résultent d'une exagération des symptômes ou d'une constellation semblable, et ce même si les caractéristiques d'un trouble somatoforme douloureux - respectivement d'une affection psychosomatique comparable - au sens de la classification sont réalisées. Des indices d'une telle exagération apparaissent notamment en cas de discordance entre les douleurs décrites et le comportement observé, d'allégation d'intenses douleurs dont les caractéristiques demeurent vagues, d'absence de demande de soins, de grandes divergences entre les informations fournies par le patient et celles ressortant de l'anamnèse, de plaintes très démonstratives laissant insensible l'expert, ainsi que d'allégation de lourds handicaps malgré un environnement psycho-social intact. S'il est évident dans le cas d'espèce qu'il existe des motifs excluant la reconnaissance d'une atteinte à la santé, il n'existe d'emblée aucun fondement pour une rente d'invalidité (cf. ATF 141 V 281 consid. 2.2 ; arrêts du TF 8C_291/2016 du 12 août 2016 consid. 2.2, 9C_16/2016 du 14 juin 2016 consid. 3.2).

E. 9.4.7.3

En l'espèce, il ressort du rapport BEM-(...) du 6 mai 2014 établi suite à l'expertise du 7 avril 2014 plusieurs indices d'exagération des symptômes, à savoir : - des discordances importantes entre les plaintes de l'assuré et le comportement observé comme : - une excellente stature musculaire présupposant des activités sportives très régulières (« intensives » ou « de bûcheronnage ») incompatibles avec l'apragmatisme montré durant l'examen et la vie inactive voire grabataire décrite par l'assuré (AI pce 93 p. 28, 31) ; - un comportement différent selon que l'assuré était ou non observé, paraissant calme et bien présent en salle d'attente alors qu'il grimaçait, faisait des rictus et paraissait hagard en examen (AI pce 93 p. 25, 31) ; - une dépendance totale à sa femme alléguée par l'assuré non objectivée par les expertes, l'épouse de ce dernier n'ayant jamais été aperçue au BEM-(...) le 7 avril 2014, ni le matin, ni le midi, ni au départ dans l'après-midi (AI pce 93 p. 29, 31) ; - une incapacité de conduire sur plus de 10 km en raison de problèmes de concentration alléguée par le recourant le 7 avril 2014 contredite par les surveillances réalisées ultérieurement (AI pce 93 p. 21) ; - une faible demande de soins : - un suivi psychiatrique irrégulier avec le Dr D._____ mis en place sur insistance de l'épouse mais qui a été rapidement cessé car l'assuré n'en voyait pas l'utilité (AI pces 93 p. 20, 123 p. 14) ; - une absence d'hospitalisation en milieu psychiatrique (AI pce 93 p. 20) ; - une compliance douteuse à la médication antidépressive en 2014 déjà, bien qu'une analyse en laboratoire n'ait pu être effectuée, car l'assuré, qui déclarait n'avoir rien pris le matin même, ignorait sa médication (AI pce 93 p. 26) ; et - une impossibilité pour l'experte G._____ d'établir sur le plan psychiatrique un diagnostic ni d'évaluer la capacité de travail de l'assuré à l'issue de la journée d'expertise eu égard aux nombreuses discordances constatées (AI pce 93 p. 31).

E. 9.4.7.4

Dans ces circonstances, le Tribunal estime que l'expert L._____, qui dispose d'une certaine marge de manoeuvre à l'intérieur de laquelle différentes interprétations médico-psychiatriques sont possibles, admissibles et doivent être respectées (cf. supra consid. 9.3.3), était fondé à retenir que l'assuré avait majoré ses symptômes psychiques dès la première expertise au BEM-(...), ce qui excluait la reconnaissance d'une atteinte à la santé psychique depuis le 7 avril 2014 (cf. arrêt du TF 9C_234/2018 du 3 septembre 2018 consid. 6.3).

E. 9.4.7.5

De surcroît, le Tribunal constate que le recourant n'a amené aucun indice sérieux permettant de douter de l'amélioration de son état de santé psychique, respectivement de la récupération d'une pleine capacité de travail dans son activité habituelle dès le 7 avril 2014. En effet, il n'a produit aucun avis médical émanant d'un spécialiste en psychiatrie qui contredirait les conclusions du Dr L. _____ mais uniquement un courrier de son médecin de famille, le Dr B. _____, selon lequel l'assuré aurait encore présenté en date du 14 octobre 2016 un trouble dépressif chronique, un trouble anxieux, une fatigue, des troubles douloureux et un ralentissement idéatoire (AI pce 221). Ce dernier courrier établi par le médecin généraliste traitant ne saurait toutefois supplanter les conclusions de l'expert indépendant L. _____, spécialiste en psychiatrie et psychothérapie (ATF 124 I 170 consid. 4 et réf. cit. et 125 V 351 consid. 3b/bb et réf. cit.) et ce à plus forte raison que l'experte indépendante G. _____, spécialiste en psychiatrie et psychothérapie, a corroboré une amélioration de l'état de santé de l'assuré et une absence d'atteinte incapacitante sur le plan psychiatrique à tout le moins depuis le 7 mars 2016 - soit avant le 14 octobre 2016 (cf. appréciation du 26 août 2016 de la Dre G. _____ [AI pce 127 ; supra let. E.f]).

E. 9.4.8

Le recourant reproche encore au rapport d'expertise du Dr L. _____ de contenir des incohérences et contrevérités. S'agissant de l'entretien entre l'expert, l'assuré et l'épouse de celui-ci, la critique est vaine, l'expert ayant certes indiqué en page 21 du rapport d'expertise que l'entretien avait eu lieu sur demande explicite de l'assuré mais également précisé en page 17 qu'il avait été avant tout souhaité par l'expert et réalisé avec l'accord de l'assuré (AI p. 213). Concernant l'arrêt des antidépresseurs, le Dr L. _____ ne retranscrit nulle part dans son rapport que le recourant aurait pris seul l'initiative d'arrêter ses antidépresseurs, citant simplement les dires de l'assuré (« ce n'est pas nécessaire »). Il explique, en revanche, que l'assuré avait affirmé n'avoir vu aucune amélioration entre les différents antidépresseurs prescrits ni une différence avec ou sans substance antidépressive, ce qui avait été interprété par son médecin de famille le Dr B. _____ dans le sens d'une dépression résistante au traitement. L'expert constate toutefois qu'aucun protocole (dosage plasmatique) n'a été établi pour retenir un tel diagnostic et met plutôt en cause la compliance du patient au traitement compte tenu de l'analyse en laboratoire faite lors du complément d'expertise au BEM-(...) en 2016 qui avait démontré une non-adhésion au Valdoxan - antidépresseur (AI pce 213 p. 6, 36). En outre, à la lecture du rapport du 21 août 2018, le Dr L. _____ ne se prononce pas sur la musculature développée de l'assuré, qui a en revanche été documentée à différentes reprises dans les rapports d'expertise BEM-(...) (AI pces 93, 123). De surcroît, contrairement à ce qu'il avance, le recourant n'a pas dû attendre quatre ans avant de recevoir une rente, puisque la décision d'octroi de la rente a été rendue le 19 avril 1999 à peine plus d'une année après le dépôt de la demande le 11 février 1998. La question de savoir si l'assuré avait une résidence secondaire ou principale au (...) est, par ailleurs, sans incidence sur le litige. Enfin, le fait que l'expert convienne qu'il est difficile d'interpréter des vidéos de surveillance sur le plan psychique n'empêche pas qu'il soit néanmoins possible et nécessaire de faire certains constats concernant le comportement et le fonctionnement de l'assuré en dehors des expertises.

E. 9.5

A cet égard, il convient encore d'examiner la situation de l'assuré à l'aide du matériel de surveillance et des appréciations qu'en ont faites le spécialiste LFA et les Drs G. _____ et

L._____.

E. 9.5.1

Dans ses écritures, le recourant se plaint que le Dr L._____ reprenne les conclusions de la Dre G._____ et du spécialiste LFA sans plus d'approfondissement. Il ajoute que l'expert L._____ n'a pas mis en évidence les différences dans son comportement et son fonctionnement dans une même journée et les motifs ressortant des surveillances lui permettant d'invalider les diagnostics retenus par les médecins s'étant préalablement prononcés sur son cas. En outre, les mouvements et l'attitude générale qui lui sont opposés (sembler méfiant, marcher rapidement, porter un sac à commission, passer un sac à commission d'une main à l'autre, conduire une voiture sur une distance de 113 km [recte : 185 km lors de la troisième observation]) ne démontreraient rien de compromettant. Le recourant demande à cet égard expressément l'avis du Tribunal. Au demeurant, le comportement quelque peu différent selon que le recourant faisait ou non l'objet d'une consultation médicale était lié à sa maladie, ce dernier étant pris de craintes en présence d'un médecin et n'appréciant guère faire l'objet d'examens médicaux. Il ressentait une véritable peur que l'on puisse l'enfermer, raison pour laquelle il lui arrivait de perdre ses moyens et de paniquer.

E. 9.5.2

L'autorité inférieure relève que des discordances manifestes ont été objectivées entre le comportement du recourant lors des expertises au BEM-(...) et lors des consultations avec la psychologue J._____ et le comportement observé hors examens.

E. 9.5.2.1

En l'occurrence, dans son analyse du 13 juillet 2016, le spécialiste LFA a souligné plusieurs contradictions entre les rapports d'observation et d'expertise BEM-(...), parmi lesquelles : - L'assuré a conduit sur 120 kilomètres lors de la deuxième observation le 27 janvier 2016 puis sur 185 kilomètres lors de la troisième observation le 7 mars 2016, alors qu'il avait déclaré aux expertes avoir été amené par son épouse, lui-même ne conduisant que très peu et uniquement sur de petites distances en raison d'un trouble de la concentration ; - L'assuré a été filmé en train de porter un sac à commission dans la main gauche le 26 janvier 2016, alors que durant le complément d'expertise du 27 janvier 2016, il avait déclaré avoir mal au bras gauche et ne pouvoir guère tenir quelque chose, même pas une fourchette ou un verre d'eau ; - Sur les vidéos, l'assuré apparaissait énergique, se rendant sans difficultés seul dans des endroits fréquentés et d'un bon pas, alors qu'il s'était montré en expertise passif et apragmatique et avait déclaré devoir toujours être accompagné dans ses activités et présenter une énergie diminuée ainsi qu'une phobie des gens. Lors de l'entretien avec la psychologue J._____, l'assuré avait adopté un comportement encore plus régressif. Il avait été trouvé en salle d'attente comme effondré sur le fauteuil, penché en avant, bouche ouverte et langue sortie, regard vers le sol et expression hagarde avant de prendre une démarche laborieuse, jambes un peu écartées, bras ballants, marchant lourdement comme si chaque pas était un effort (AI pce 125).

E. 9.5.2.2

Dans son rapport d'expertise, le Dr L._____ a considéré, après visionnement des vidéos de surveillance, que l'assuré présentait dans la réalité - hors expertise - un comportement normal ne suggérant à aucun moment une problématique anxieuse ou dépressive significative contrairement à ce qu'avaient pu observer ou entendre la Dre G._____ et la

psychologue J._____ lors de leurs examens. Les vidéos de surveillance permettaient de faire les constats suivants : - l'assuré était en tout moment dans une posture droite et normale ; - il était dans une dynamique/activité normale, parfois supérieure à celle de son épouse (à plusieurs reprises, il la devançait dans la démarche) ; - il portait facilement des sacs de commission ; - son expression faciale était normale et expressive, il parlait régulièrement avec son épouse et visiblement argumentait ; - son épouse avait ajusté une fois ou l'autre sa veste et son habillement ; - le couple était toujours en interaction, bien que sans échange affectif proche ; - la conduite du véhicule ne posait visiblement aucun problème particulier à l'assuré, celui-ci pouvant faire en une journée presque 185 km ; - l'assuré ne présentait aucun signe de distance, de peur, d'anxiété ou d'évitement par rapport aux nombreuses personnes rencontrées à différents endroits (AI pce 213 p. 24-25).

E. 9.5.3

Selon la jurisprudence, un rapport de surveillance ne constitue pas, à lui seul, un fondement sûr pour constater les faits relatifs à l'état de santé ou la capacité de travail de la personne assurée. Il peut tout au plus fournir des points de repère ou entraîner certaines présomptions. Seule l'évaluation par un médecin du matériel d'observation peut apporter une connaissance certaine des faits pertinents (cf. ATF 137 I 327 consid. 7.1 ; arrêts du TF 8C_139/2018 du 26 mars 2019 consid. 4.2 et 8C_434/2011 du 8 décembre 2011 consid. 4.2). Cette exigence d'un regard et d'une appréciation médicale sur le résultat de l'observation permet d'éviter une évaluation superficielle et hâtive de la documentation fournie par le détective privé (voir à ce sujet Margit Moser-Szeless, La surveillance comme moyen de preuve en assurance sociale, in : RSAS 57/2013, p. 129 ss, plus spécialement p. 152). L'évaluation du médecin est faite sur la base du résultat des mesures de surveillance, sans qu'il soit nécessaire d'ordonner dans tous les cas une expertise médicale. Il appartient en effet à l'assureur social ou au juge d'apprécier la portée du produit d'une surveillance en fonction du principe de la libre appréciation des preuves (Moser-Szeless, op. cit., p. 153 ; arrêts du TF 8C_139/2019 du 26 mars 2019 consid. 4.2 et 8C_830/2011 du 9 mars 2012 consid. 6.5).

E. 9.5.4

En l'espèce, force est d'emblée de répondre au recourant qu'il appartient avant tout au(x) médecin(s) d'apprécier et d'interpréter son comportement sur les vidéos de surveillance. Ce nonobstant, le Tribunal relève que la capacité du recourant à conduire sur de longs trajets (185 km en partie sur une route glacée malgré une forte chute de neige [AI pce 120 p. 3, 5]), démentie lors des expertises BEM-(...), n'apparaît pas conciliable avec les problèmes de concentration au volant, la grande fatigue, la vie passive et grabataire ou l'apragmatisme dont il s'était plaint devant les expertes E._____, F._____ et G._____ (cf. rapports d'expertise BEM-(...) des 6 mai 2014 et 17 mai 2016 [AI pces 93 p. 21, 123 p. 19, 44]). Au demeurant, dans son rapport d'expertise du 21 août 2018, le Dr L._____ a rallié l'appréciation médicale du 26 août 2016 de la Dre G._____ en ce sens qu'il a considéré que le matériel de surveillance mettait en lumière un homme au comportement normal dans la réalité et ne donnant à aucun moment l'impression d'être sujet à une problématique anxieuse ou dépressive significative. Cela étant, le Dr L._____ n'a pas simplement repris les conclusions du spécialiste LFA ou de la Dre G._____ en les prenant pour acquises, mais a tiré ses conclusions des constats détaillés qu'il a posés sur le résultat de l'observation (cf. supra consid. 9.5.2.2). En définitive, confrontés au matériel de surveillance, les Drs G._____ et L._____ - deux spécialistes en psychiatrie et psychothérapie, experts indépendants au sens de l'art. 44 LPGA - ont conclu à l'absence d'atteinte invalidante à la

santé psychiatrique et ce, en outre, après avoir tous deux expertisé l'assuré et donc s'être faits une image complète de ce dernier. Le fait que l'assuré ait été observé le 7 mars 2016 hors du BEM-(...) juste avant et après le complément d'expertise psychiatrique renforce encore l'authenticité des appréciations médicales.

E. 9.6

Sur le vu de ce qui précède, les éléments au dossier permettent à l'autorité de céans de se convaincre que l'amélioration de l'état de santé psychique de l'assuré, respectivement la récupération de sa pleine capacité de travail dans son activité habituelle à partir du 7 avril 2014 sont établies au degré de la vraisemblance prépondérante, sans qu'il ne soit nécessaire de procéder à une instruction complémentaire. En particulier, le Tribunal estime que le recourant s'est suffisamment exprimé sur sa situation, de sorte que la Cour de céans est en mesure de statuer en pleine connaissance de cause. La jurisprudence admet d'ailleurs un tel procédé. En effet, si l'administration ou le juge, se fondant sur une appréciation consciencieuse des preuves, sont convaincus que certains faits présentent un degré de vraisemblance prépondérante et que d'autres mesures probatoires ne pourraient plus modifier cette appréciation, il est superflu d'administrer d'autres preuves (appréciation anticipée des preuves ; Anne-Sylvie Dupont, *Loi sur la partie générale des assurances sociales*, Commentaire Romand, 2018, art. 42 LPGA no 11 ; Ueli Kieser, *Kommentar zum Bundesgesetz über den Allgemeinen Teil des Sozialversicherungsrechts ATSG*, 4e éd., 2020, art. 42 LPGA no 31 ; ATF 122 II 464 consid. 4a). Une telle manière de procéder ne viole pas le droit d'être entendu selon l'art. 29 al. 2 de la Constitution fédérale de la Confédération suisse (Cst. ; RS 101). L'assuré ayant manqué de manière fautive à l'obligation de renseigner qui lui incombait raisonnablement en vertu de l'art. 77 RAI - notamment en majorant intentionnellement ses symptômes psychiques devant l'experte G. _____ et la psychologue J. _____, en mentant sur sa capacité réelle de conduire et en prétextant des troubles de la mémoire ou une dépendance totale à sa femme pour ne pas répondre aux questions lors des expertises - au plus tard à partir du 7 avril 2014 (cf. supra consid. 9.4.7), c'est partant à juste titre que l'OAIE a supprimé la rente depuis le 1er avril 2014 en application de l'art. 88bis al. 2 let. b RAI.

E. 10

Dans son mémoire, le recourant conclut subsidiairement à la reprise du versement de sa rente d'invalidité pendant la mise en oeuvre de mesures de nouvelle réadaptation au sens de l'art. 8a LAI conformément à l'alinéa 3 de la lettre a. des Dispositions finales de la modification du 18 mars 2011 (6e révision de l'AI, premier volet) de la LAI.

E. 10.1

L'OAIE objecte qu'il n'a finalement pas révisé la rente sur la base de la lettre a. des Dispositions finales de la modification du 18 mars 2011 (6e révision de l'AI, premier volet) de la LAI mais en se fondant sur l'art. 17 LPGA, de sorte que l'assuré n'a pas droit à des mesures de nouvelle réadaptation ni à la reprise du versement de la rente durant la mise en oeuvre de celles-ci. Un examen de la capacité de réadaptation de l'assuré n'était, en outre, ni justifié ni proportionné car l'assuré s'était éloigné du marché du travail pour des motifs étrangers à l'invalidité en omettant de communiquer un changement important des circonstances et en violant son obligation de réduire la durée et l'étendue de l'incapacité de travail.

E. 10.2.1

En vertu de la lettre a. des Dispositions finales de la modification du 18 mars 2011 (6e révision de l'AI, premier volet) de la LAI, les rentes octroyées en raison d'un syndrome sans pathogenèse ni étiologie claires et sans constat de déficit organique seront réexaminées dans un délai de trois ans à compter de l'entrée en vigueur de la présente modification. Si les conditions visées à l'art. 7 LPGA ne sont pas remplies, la rente sera réduite ou supprimée, même si les conditions de l'art. 17 al. 1 LPGA ne sont pas remplies (al. 1). En cas de réduction ou de suppression de sa rente, l'assuré a droit aux mesures de nouvelle réadaptation au sens de l'art. 8a LAI. Cela ne lui donne pas droit à la prestation transitoire prévue à l'art. 32 al. 1 let. c LAI (al. 2). Durant la mise en oeuvre de mesures de réadaptation au sens de l'art. 8a LAI, l'assurance continue de verser la rente à l'assuré, mais au plus pendant deux ans à compter du moment de la suppression ou de la réduction de la rente (al. 3).

E. 10.2.2

En l'espèce, il ressort de la décision entreprise que l'OAIE a supprimé la rente de l'assuré en se fondant sur l'art. 17 LPGA en lien avec l'art. 88bis al. 2 let. b RAI et non en application des Dispositions finales de la modification du 18 mars 2011 (6e révision de l'AI, premier volet) de la LAI. Cela étant, le recourant n'a pas droit à des mesures de nouvelle réadaptation au sens de l'art. 8a LAI, de sorte qu'une reprise du versement de sa rente au sens de l'alinéa 3 de la lettre a. des Dispositions finales de la modification du 18 mars 2011 (6e révision de l'AI, premier volet) de la LAI est exclue.

E. 10.3.1

Au demeurant, il y a lieu de rappeler qu'avant de réduire ou de supprimer une rente d'invalidité, l'administration doit examiner si la capacité de travail que la personne assurée a recouvrée sur le plan médico-théorique se traduit pratiquement par une amélioration de la capacité de gain et, partant, une diminution du degré d'invalidité ou si, le cas échéant, il est nécessaire de mettre préalablement en oeuvre une mesure d'observation professionnelle (afin d'établir l'aptitude au travail, la résistance à l'effort, etc.), voire des mesures de réadaptation au sens de la loi. Le manque de volonté ou de capacité subjective à la réadaptation constitue toutefois un motif étranger à l'invalidité, pour lequel la rente peut être réduite ou supprimée sans examen préalable de mesures de réinsertion et sans qu'il soit nécessaire d'engager préalablement une procédure de mise en demeure avec un délai de réflexion au sens de l'art. 21 al. 4 LPGA (arrêts du TF 9C_407/2021 du 17 mai 2022 consid. 6 et 9C_442/2017 du 8 juin 2018 consid. 3.2.3). L'absence de volonté de réadaptation ou d'aptitude subjective à la réadaptation ne doit être présumée que si elle est établie au degré de la vraisemblance prépondérante ; il faut notamment tenir compte des déclarations faites à l'administration et aux experts médicaux concernant la conviction d'être malade ou la motivation au travail ou des explications et demandes formulées dans la procédure de préavis et devant l'instance inférieure (arrêt du TF 9C_407/2021 du 17 mai 2022 consid. 6.3.1 et réf. cit.).

E. 10.3.2

En l'espèce, l'OAIE oppose à bon droit à l'assuré de s'être éloigné du marché du travail pour des motifs étrangers à l'invalidité. En effet, l'assuré a manifesté un manque de volonté respectivement de capacité subjective à la réadaptation tant en majorant ses symptômes psychiques depuis avril 2014 que par ses déclarations à l'administration et aux experts concernant sa conviction d'être malade (respectivement incapable de travailler) et sa

démotivation à travailler. L'assuré a déclaré ne pas être capable de travailler durant l'expertise BEM-(...) du 7 avril 2014 (« à cause de sa grande fatigue, de l'humeur (« ma femme me dit que je pleure tout le temps »), et les douleurs notamment au genou et maintenant aussi au coude » [AI pce 93 p. 13, 15]), puis dans le cadre de l'expertise réalisée les 20 et 21 juin 2018 par le Dr L._____ (« ouhlala, je ne pense pas ... peut-être quelque-chose de léger... du type une heure par jour » [AI pce 213 p. 15, 27]). L'expert L._____ relevait, de plus, plusieurs facteurs extra-médicaux limitant la capacité de gain de l'assuré dont notamment son manque de motivation (AI pce 213 p. 29). L'assuré a également déclaré à l'OAIE qu'il était désormais trop tard pour lui proposer une mesure de réinsertion dès lors qu'il avait déménagé à l'étranger (cf. opposition du 31 janvier 2019 [AI pce 253 p. 3] ; voir également mémoire de recours [TAF pce 1 p. 14]).

E. 10.4

Il suit de ce qui précède que l'OAIE était légitimé à supprimer la rente d'invalidité de l'assuré sans examen préalable de mesures de réadaptation et sans qu'il soit nécessaire d'engager préalablement une procédure de mise en demeure avec un délai de réflexion.

E. 11

avril 2011 prononcées à l'issue de deux procédures de révision d'office du droit à la rente s'avèrent en effet n'être que des confirmations formelles du droit du recourant à une rente entière d'invalidité qui ne reposent pas sur des clarifications suffisantes (cf. supra consid. 8.2.4). En effet, la communication du 23 novembre 2001 (cf. supra let. C.a) se fonde uniquement sur le rapport du 16 mai 2001 du Dr B._____, médecin généraliste traitant de l'assuré (AI pce 25), et l'appréciation succincte du 7 août 2001 du Dr C._____, médecin SMR dont la spécialisation n'est pas mentionnée, suite à un entretien et non à une consultation médicale (cf. convocation du 2 juillet 2001 [AI pce 31]). Par ailleurs, si la communication du 11 avril 2011 (cf. supra let. D.a) est basée, en sus de l'avis du médecin généraliste traitant (AI pces 40, 49, 64, 71), sur le rapport du 25 octobre 2010 du Dr D._____, spécialiste en psychiatrie (AI pce 72), ce dernier n'est pas un expert indépendant au sens de l'art. 44 LPGA et n'avait vu l'assuré en consultation qu'une fois en date du 15 octobre 2010 au moment d'établir son rapport (cf. courrier du 3 avril 2012 du Dr D._____ [AI pces 72, 77 p. 4]). Quoiqu'il en soit, les Drs C._____, B._____ et D._____ reprennent les conclusions précédemment posées par les Drs N._____ (spécialiste en psychiatrie et psychothérapie) et O._____ (du Centre psycho-social [...]), à la nuance près que le Dr D._____ retient un épisode dépressif sévère (CIM-10 F32.2) et mentionne une dépendance fonctionnelle de l'assuré à sa femme (cf. rapport du 25 octobre 2010 du Dr D._____ [AI pce 72]).

E. 12.1

La présente procédure est soumise à des frais de justice (art. 69 al. 1 bis et 2 LAI), fixés à 800 francs mis à la charge du recourant, qui succombe (art. 63 al. 1 PA). Ils sont prélevés sur l'avance de frais du même montant dont le recourant s'est acquitté au cours de la procédure (TAF pces 2, 4).

E. 12.2

Vu l'issue du litige, il n'est alloué de dépens ni au recourant, qui succombe (art. 64 al. 1 PA et 7 al. 1 du règlement du 21 février 2008 concernant les frais, dépens et indemnités fixés par le Tribunal administratif fédéral [FITAF, RS 173.320.2]), ni à l'autorité inférieure, les autorités fédérales et, en règle générale, les autres autorités parties n'ayant pas droit aux

dépens (art. 7 al. 3 FITAF). (Le dispositif figure à la page suivante.)

E. 15

octobre 2010, diagnostiquait encore un trouble mixte de la personnalité qu'il décrivait toutefois différemment évoquant principalement une personnalité dépendante et seulement « peut-être passive-agressive » (cf. rapport du Dr D. _____ du 25 octobre 2010 p. 4 s. [AI pce 72]). De surcroît, lors de l'expertise devant le Dr L. _____, l'assuré déclarait être beaucoup moins impulsif depuis son déménagement en Espagne, alors qu'auparavant il pouvait notamment « parler fort » (AI pce 213 p. 14). 9.4.6.2 Quant au trouble dépressif récurrent épisode moyen, durant les entretiens avec les Drs O. _____ et N. _____, le recourant avait évoqué un état dépressif, des ruminations, des idées suicidaires, une anxiété et une perte d'appétit s'étant suivie d'une perte de 7 kg en deux ans (cf. rapport d'expertise du 29 janvier 1998 du Dr N. _____ [AI pce 8 p. 24] et rapport du 26 mars 1998 de la Dre O. _____ [AI pce 4]). A l'inverse, lors de l'expertise devant le Dr L. _____, l'assuré ne se sentait pas dépressif et moins angoissé (« tranquille » sauf pour quelques situations inconnues [AI pce 213 p. 7 s.]). Il n'avait plus qu'une tendance

C-1648/2019 Page 38 occasionnelle aux ruminations et avait beaucoup d'appétit en hiver ce qui lui faisait prendre quelques kilos (cf. anamnèse systématique [AI p. 213 p. 11-15]). Le Dr N. _____ avait, par ailleurs, constaté un élan vital nettement diminué, une estime de soi mauvaise, une gestique/mimique assez pauvre (l'assuré présentant une inhibition psychomotrice modérée), des difficultés à se concentrer et à organiser son discours dans le temps, ainsi qu'à trouver ses mots ou à s'exprimer (sa voix étant défaite/atone) (cf. rapport d'expertise du 29 janvier 1998 du Dr N. _____ p. 4 [AI pce 8 p. 27]). A l'inverse, le Dr L. _____ faisait état d'une énergie vitale présente et palpable, d'une estime de soi préservée, de l'absence de difficulté majeure à se concentrer et d'une aptitude à la communication tout à fait correcte (AI pce 213 p. 16, 17, 24, 29). La grande fatigue dont s'était plaint l'assuré devant le Dr N. _____ (AI pce 8 p. 27) apparaissait du reste moindre devant le Dr L. _____ (« fatigue occasionnelle » « comme ça fatigué » [AI pce 213 p. 7, 14]). Lors de l'instruction de la demande de rente, l'assuré s'était retiré socialement, inactif et clinophile. Même lors des fêtes de Noël passées en famille, il s'était senti isolé, affectivement anesthésié. Plus rien ne lui faisait plaisir, il avait abandonné ses activités de loisirs, notamment le sport et le football qu'il pratiquait auparavant couramment (cf. rapport d'expertise du 29 janvier 1998 du Dr N. _____ [AI pce 8 p. 27] et rapport du 26 mars 1998 de la Dre O. _____ [AI pce 4]). A l'inverse, lors de l'expertise devant le Dr L. _____, l'assuré déclarait notamment se lever entre 8h30 et 9h00, promener son chien marchant au moins une heure par jour et faire parfois les commissions seul. Il indiquait également pratiquer des exercices physiques avec la cousine de sa femme (monitrice de sport). A cet égard, en 2014 et 2016, les expertes E. _____ (spécialiste en médecine interne et rhumatologie) et F. _____ (spécialiste en médecine générale) avaient estimé que l'excellente stature musculaire présentée par l'assuré supposait des activités sportives intensives, également suggérées par la présence de callosités aux genoux, de traces de tannage aux doigts et de cloques sur les mains (cf. rapports d'expertise BEM-(...) des 6 mai 2014 et 17 mai 2016 [AI pces 93 p. 31, 123 p. 7, 23, 38]). Dans ce contexte, le Tribunal rappelle que les assurés sont tenus, sur la base de l'obligation de réduire le dommage, d'utiliser leur potentiel d'activité dans une optique lucrative plutôt que de l'utiliser dans le cadre d'activités de loisirs (cf. arrêt du TF 8C_349/2015 du 2 novembre 2015 consid. 5 ; voir également arrêt du TAF C-1167/2016 du 23 janvier 2018 consid. 8.1.10). Sur le plan

relationnel, si l'assuré entretenait quelques relations de voisinage sans véritablement avoir d'amis, les relations intrafamiliales étaient en revanche bien présentes, en particulier avec ses parents et sa femme avec lesquels ils cohabitaient harmonieusement (« La cohabitation avec ses parents se passe très bien » [AI pce 213 p. 12 s.]).

C-1648/2019 Page 39 A cet égard, selon les dires de l'assuré, la relation conjugale était passée de très conflictuelle en 1998 (cf. rapport d'expertise du 29 janvier 1998 du Dr N. _____ p. 3 [AI pce 8 p. 26] et rapport du 26 mars 1998 de la Dre O. _____ p. 3 [AI pce 4]) à bonne en juin 2018 (« oui, ça va bien »), l'assuré déclarant tout faire avec sa femme (AI pce 213 p. 12). En outre, en 1998, l'assuré avait bénéficié d'un suivi psychiatrique ainsi que d'un traitement médicamenteux pour sa dépression et ses angoisses qualifiés de nécessaires par ses médecins traitants (cf. rapports de la Dre O. _____ du 26 mars 1998 [AI pce 4] et du Dr B. _____ du 7 septembre 1998 [AI pce 10 p. 1]). Ce traitement avait consisté en la prise de 2 comprimés par jour de Deanxit (antidépresseur utilisé pour le traitement de la dépression et de l'anxiété) et d'un comprimé le soir de Loramet 2mg (somnifère) (cf. rapport de la Dre O. _____ du 26 mars 1998 [TAF pce 4]). Lors de l'expertise devant le Dr L. _____, l'assuré n'avait en revanche plus de suivi psychiatrique estimant un tel suivi non nécessaire. Il n'avait plus non plus de traitement par antidépresseurs arrêté depuis assez longtemps, l'assuré soutenant n'avoir vu aucun changement entre les différents antidépresseurs prescrits ni une différence avec ou sans substance antidépressive. L'expert L. _____ constate toutefois qu'il n'existe aucune preuve (dosage plasmatique) pour retenir, à l'instar du Dr B. _____, une dépression résistante au traitement et met en cause la compliance médicamenteuse du patient. L'analyse en laboratoire effectuée lors du complément d'expertise au BEM-(...) en 2016 avait, en effet, démontré une non-compliance au traitement antidépresseur alors prescrit – Valdoxan (AI pces 123 p. 27 et 61, 213 p. 36). A cet égard, le Tribunal relève que lors de l'expertise BEM-(...) du 7 avril 2014, une analyse en laboratoire n'avait pas été possible, car l'assuré ignorait sa médication. Ce dernier indiquait toutefois n'avoir rien pris le matin même (AI pce 93, p. 26). S'agissant d'autres médicaments, l'assuré ne prenait en juin 2018 plus qu'occasionnellement un anxiolytique – demi comprimé de Tranxilium 20 mg – ainsi qu'un antihistaminique indiqué dans le traitement de l'insomnie occasionnelle – Dormirel (AI pce 213 p. 14, 24). 9.4.6.3 Dans ces circonstances, il ressort clairement du dossier médical et en particulier du rapport d'expertise du Dr L. _____ – tant de l'auto-appréciation de l'assuré que des hétéro-observations de l'expert – une amélioration de l'état de santé psychiatrique de l'assuré depuis le prononcé d'octroi de la rente le 19 avril 1999. 9.4.7 Il convient toutefois de déterminer si l'amélioration de l'état de santé de l'assuré a été, à juste titre, datée par le Dr L. _____ au 7 avril 2014 (au plus tard).

C-1648/2019 Page 40 9.4.7.1 Le Dr L. _____ considère au degré de la vraisemblance prépondérante que l'assuré ne présentait plus aucune atteinte psychiatrique incapacitante au plus tard à compter de la date de la première expertise au BEM-(...), le 7 avril 2014. En effet, eu égard aux discordances consignées dans les rapports d'expertise BEM-(...), à l'impossibilité pour la Dre G. _____ d'établir un diagnostic ou d'évaluer la capacité de travail de l'assuré qui constituait une conclusion très inhabituelle renvoyant en grande partie à des éléments extra-médicaux, et vu le net décalage objectivé le 7 mars 2016 entre le comportement de l'assuré lors de l'expertise psychiatrique complémentaire et en dehors du BEM-(...), l'assuré avait, selon toute vraisemblance, actionné la démonstration de son malaise et majoré ses symptômes lors des expertises réalisées par le BEM-(...) en 2014 et

2016. Selon le Dr L. _____, il en avait certainement déjà été ainsi les années précédentes. Le décalage entre auto-appréciation et hétéro-observations s'était en revanche nettement amoindri lors de l'expertise qu'il avait réalisé les 20 et 21 juin 2018, raison pour laquelle il nuancait le diagnostic de majoration des symptômes psychiques (CIM-10 F68.0) par le terme « anamnesticquement » (AI pce 213 p. 27-28). 9.4.7.2 Selon la jurisprudence, il y a lieu de conclure à l'absence d'une atteinte à la santé ouvrant le droit aux prestations d'assurance, si les limitations liées à l'exercice d'une activité résultent d'une exagération des symptômes ou d'une constellation semblable, et ce même si les caractéristiques d'un trouble somatoforme douloureux – respectivement d'une affection psychosomatique comparable – au sens de la classification sont réalisées. Des indices d'une telle exagération apparaissent notamment en cas de discordance entre les douleurs décrites et le comportement observé, d'allégation d'intenses douleurs dont les caractéristiques demeurent vagues, d'absence de demande de soins, de grandes divergences entre les informations fournies par le patient et celles ressortant de l'anamnèse, de plaintes très démonstratives laissant insensible l'expert, ainsi que d'allégation de lourds handicaps malgré un environnement psycho-social intact. S'il est évident dans le cas d'espèce qu'il existe des motifs excluant la reconnaissance d'une atteinte à la santé, il n'existe d'emblée aucun fondement pour une rente d'invalidité (cf. ATF 141 V 281 consid. 2.2 ; arrêts du TF 8C_291/2016 du 12 août 2016 consid. 2.2, 9C_16/2016 du 14 juin 2016 consid. 3.2). 9.4.7.3 En l'espèce, il ressort du rapport BEM-(...) du 6 mai 2014 établi suite à l'expertise du 7 avril 2014 plusieurs indices d'exagération des symptômes, à savoir :

C-1648/2019 Page 41 – des discordances importantes entre les plaintes de l'assuré et le comportement observé comme : – une excellente stature musculaire présupposant des activités sportives très régulières (« intensives » ou « de bûcheronnage ») incompatibles avec l'apragmatisme montré durant l'examen et la vie inactive voire grabataire décrite par l'assuré (AI pce 93 p. 28, 31) ; – un comportement différent selon que l'assuré était ou non observé, paraissant calme et bien présent en salle d'attente alors qu'il grimaçait, faisait des rictus et paraissait hagard en examen (AI pce 93 p. 25, 31) ; – une dépendance totale à sa femme alléguée par l'assuré non objectivée par les expertes, l'épouse de ce dernier n'ayant jamais été aperçue au BEM-(...) le 7 avril 2014, ni le matin, ni le midi, ni au départ dans l'après-midi (AI pce 93 p. 29, 31) ; – une incapacité de conduire sur plus de 10 km en raison de problèmes de concentration alléguée par le recourant le 7 avril 2014 contredite par les surveillances réalisées ultérieurement (AI pce 93 p. 21) ; – une faible demande de soins : – un suivi psychiatrique irrégulier avec le Dr D. _____ mis en place sur insistance de l'épouse mais qui a été rapidement cessé car l'assuré n'en voyait pas l'utilité (AI pces 93 p. 20, 123 p. 14) ; – une absence d'hospitalisation en milieu psychiatrique (AI pce 93 p. 20) ; – une compliance douteuse à la médication antidépressive en 2014 déjà, bien qu'une analyse en laboratoire n'ait pu être effectuée, car l'assuré, qui déclarait n'avoir rien pris le matin même, ignorait sa médication (AI pce 93 p. 26) ; et – une impossibilité pour l'experte G. _____ d'établir sur le plan psychiatrique un diagnostic ni d'évaluer la capacité de travail de l'assuré à l'issue de la journée d'expertise eu égard aux nombreuses discordances constatées (AI pce 93 p. 31). 9.4.7.4 Dans ces circonstances, le Tribunal estime que l'expert L. _____, qui dispose d'une certaine marge de manœuvre à l'intérieur de laquelle différentes interprétations médico-psychiatriques sont possibles, admissibles et doivent être respectées (cf. supra consid. 9.3.3), était fondé à retenir que l'assuré avait majoré ses symptômes psychiques dès la première expertise au BEM-(...), ce qui excluait la reconnaissance d'une

C-1648/2019 Page 42 atteinte à la santé psychique depuis le 7 avril 2014 (cf. arrêt du TF 9C_234/2018 du 3 septembre 2018 consid. 6.3). 9.4.7.5 De surcroît, le Tribunal constate que le recourant n'a amené aucun indice sérieux permettant de douter de l'amélioration de son état de santé psychique, respectivement de la récupération d'une pleine capacité de travail dans son activité habituelle dès le 7 avril 2014. En effet, il n'a produit aucun avis médical émanant d'un spécialiste en psychiatrie qui contredirait les conclusions du Dr L. _____ mais uniquement un courrier de son médecin de famille, le Dr B. _____, selon lequel l'assuré aurait encore présenté en date du 14 octobre 2016 un trouble dépressif chronique, un trouble anxieux, une fatigue, des troubles douloureux et un ralentissement idéatoire (AI pce 221). Ce dernier courrier établi par le médecin généraliste traitant ne saurait toutefois supplanter les conclusions de l'expert indépendant L. _____, spécialiste en psychiatrie et psychothérapie (ATF 124 I 170 consid. 4 et réf. cit. et 125 V 351 consid. 3b/bb et réf. cit.) et ce à plus forte raison que l'experte indépendante G. _____, spécialiste en psychiatrie et psychothérapie, a corroboré une amélioration de l'état de santé de l'assuré et une absence d'atteinte incapacitante sur le plan psychiatrique à tout le moins depuis le 7 mars 2016 – soit avant le 14 octobre 2016 (cf. appréciation du 26 août 2016 de la Dre G. _____ [AI pce 127 ; supra let. E.f]). 9.4.8 Le recourant reproche encore au rapport d'expertise du Dr L. _____ de contenir des incohérences et contrevérités. S'agissant de l'entretien entre l'expert, l'assuré et l'épouse de celui-ci, la critique est vaine, l'expert ayant certes indiqué en page 21 du rapport d'expertise que l'entretien avait eu lieu sur demande explicite de l'assuré mais également précisé en page 17 qu'il avait été avant tout souhaité par l'expert et réalisé avec l'accord de l'assuré (AI p. 213). Concernant l'arrêt des antidépresseurs, le Dr L. _____ ne retranscrit nulle part dans son rapport que le recourant aurait pris seul l'initiative d'arrêter ses antidépresseurs, citant simplement les dires de l'assuré (« ce n'est pas nécessaire »). Il explique, en revanche, que l'assuré avait affirmé n'avoir vu aucune amélioration entre les différents antidépresseurs prescrits ni une différence avec ou sans substance antidépressive, ce qui avait été interprété par son médecin de famille le Dr B. _____ dans le sens d'une dépression résistante au traitement. L'expert constate toutefois qu'aucun protocole (dosage plasmatique) n'a été établi pour retenir un tel diagnostic et met plutôt en cause la compliance du patient au traitement compte tenu de l'analyse en laboratoire faite lors du complément d'expertise au BEM-(...) en 2016 qui avait démontré une non-adhésion au Valdoxan –

C-1648/2019 Page 43 antidépresseur (AI pce 213 p. 6, 36). En outre, à la lecture du rapport du 21 août 2018, le Dr L. _____ ne se prononce pas sur la musculature développée de l'assuré, qui a en revanche été documentée à différentes reprises dans les rapports d'expertise BEM-(...) (AI pces 93, 123). De surcroît, contrairement à ce qu'il avance, le recourant n'a pas dû attendre quatre ans avant de recevoir une rente, puisque la décision d'octroi de la rente a été rendue le 19 avril 1999 à peine plus d'une année après le dépôt de la demande le 11 février 1998. La question de savoir si l'assuré avait une résidence secondaire ou principale au (...) est, par ailleurs, sans incidence sur le litige. Enfin, le fait que l'expert convienne qu'il est difficile d'interpréter des vidéos de surveillance sur le plan psychique n'empêche pas qu'il soit néanmoins possible et nécessaire de faire certains constats concernant le comportement et le fonctionnement de l'assuré en dehors des expertises. 9.5 A cet égard, il convient encore d'examiner la situation de l'assuré à l'aide du matériel de surveillance et des appréciations qu'en ont faites le spécialiste LFA et les Drs G. _____ et L. _____. 9.5.1 Dans ses écritures, le recourant se plaint que le Dr L. _____ reprenne les conclusions de la Dre G. _____ et du spécialiste LFA sans plus

d'approfondissement. Il ajoute que l'expert L. _____ n'a pas mis en évidence les différences dans son comportement et son fonctionnement dans une même journée et les motifs ressortant des surveillances lui permettant d'invalidier les diagnostics retenus par les médecins s'étant préalablement prononcés sur son cas. En outre, les mouvements et l'attitude générale qui lui sont opposés (sembler méfiant, marcher rapidement, porter un sac à commission, passer un sac à commission d'une main à l'autre, conduire une voiture sur une distance de 113 km [recte : 185 km lors de la troisième observation]) ne démontreraient rien de compromettant. Le recourant demande à cet égard expressément l'avis du Tribunal. Au demeurant, le comportement quelque peu différent selon que le recourant faisait ou non l'objet d'une consultation médicale était lié à sa maladie, ce dernier étant pris de craintes en présence d'un médecin et n'appréciant guère faire l'objet d'examen médicaux. Il ressentait une véritable peur que l'on puisse l'enfermer, raison pour laquelle il lui arrivait de perdre ses moyens et de paniquer. 9.5.2 L'autorité inférieure relève que des discordances manifestes ont été objectivées entre le comportement du recourant lors des expertises au BEM(...) et lors des consultations avec la psychologue J. _____ et le comportement observé hors examens.

C-1648/2019 Page 44 9.5.2.1 En l'occurrence, dans son analyse du 13 juillet 2016, le spécialiste LFA a souligné plusieurs contradictions entre les rapports d'observation et d'expertise BEM(...), parmi lesquelles : – L'assuré a conduit sur 120 kilomètres lors de la deuxième observation le 27 janvier 2016 puis sur 185 kilomètres lors de la troisième observation le 7 mars 2016, alors qu'il avait déclaré aux expertes avoir été amené par son épouse, lui-même ne conduisant que très peu et uniquement sur de petites distances en raison d'un trouble de la concentration ; – L'assuré a été filmé en train de porter un sac à commission dans la main gauche le 26 janvier 2016, alors que durant le complément d'expertise du 27 janvier 2016, il avait déclaré avoir mal au bras gauche et ne pouvoir guère tenir quelque chose, même pas une fourchette ou un verre d'eau ; – Sur les vidéos, l'assuré apparaissait énergique, se rendant sans difficultés seul dans des endroits fréquentés et d'un bon pas, alors qu'il s'était montré en expertise passif et apragmatique et avait déclaré devoir toujours être accompagné dans ses activités et présenter une énergie diminuée ainsi qu'une phobie des gens. Lors de l'entretien avec la psychologue J. _____, l'assuré avait adopté un comportement encore plus régressif. Il avait été trouvé en salle d'attente comme effondré sur le fauteuil, penché en avant, bouche ouverte et langue sortie, regard vers le sol et expression hagarde avant de prendre une démarche laborieuse, jambes un peu écartées, bras ballants, marchant lourdement comme si chaque pas était un effort (AI pce 125). 9.5.2.2 Dans son rapport d'expertise, le Dr L. _____ a considéré, après visionnement des vidéos de surveillance, que l'assuré présentait dans la réalité – hors expertise – un comportement normal ne suggérant à aucun moment une problématique anxieuse ou dépressive significative contrairement à ce qu'avaient pu observer ou entendre la Dre G. _____ et la psychologue J. _____ lors de leurs examens. Les vidéos de surveillance permettaient de faire les constats suivants : – l'assuré était en tout moment dans une posture droite et normale ; – il était dans une dynamique/activité normale, parfois supérieure à celle de son épouse (à plusieurs reprises, il la devançait dans la démarche) ; – il portait facilement des sacs de commission ; – son expression faciale était normale et expressive, il parlait régulièrement avec son épouse et visiblement argumentait ; – son épouse avait ajusté une fois ou l'autre sa veste et son habillement ; – le couple était toujours en interaction, bien que sans échange affectif proche ;

C-1648/2019 Page 45 – la conduite du véhicule ne posait visiblement aucun problème particulier à l'assuré, celui-ci pouvant faire en une journée presque 185 km ; – l'assuré ne présentait aucun signe de distance, de peur, d'anxiété ou d'évitement par rapport aux nombreuses personnes rencontrées à différents endroits (AI pce 213 p. 24-25). 9.5.3 Selon la jurisprudence, un rapport de surveillance ne constitue pas, à lui seul, un fondement sûr pour constater les faits relatifs à l'état de santé ou la capacité de travail de la personne assurée. Il peut tout au plus fournir des points de repère ou entraîner certaines présomptions. Seule l'évaluation par un médecin du matériel d'observation peut apporter une connaissance certaine des faits pertinents (cf. ATF 137 I 327 consid. 7.1 ; arrêts du TF 8C_139/2018 du 26 mars 2019 consid. 4.2 et 8C_434/2011 du 8 décembre 2011 consid. 4.2). Cette exigence d'un regard et d'une appréciation médicale sur le résultat de l'observation permet d'éviter une évaluation superficielle et hâtive de la documentation fournie par le détective privé (voir à ce sujet MARGIT MOSER-SZELESS, La surveillance comme moyen de preuve en assurance sociale, in : RSAS 57/2013, p. 129 ss, plus spécialement p. 152). L'évaluation du médecin est faite sur la base du résultat des mesures de surveillance, sans qu'il soit nécessaire d'ordonner dans tous les cas une expertise médicale. Il appartient en effet à l'assureur social ou au juge d'apprécier la portée du produit d'une surveillance en fonction du principe de la libre appréciation des preuves (MOSER-SZELESS, op. cit., p. 153 ; arrêts du TF 8C_139/2019 du 26 mars 2019 consid. 4.2 et 8C_830/2011 du 9 mars 2012 consid. 6.5). 9.5.4 En l'espèce, force est d'emblée de répondre au recourant qu'il appartient avant tout au(x) médecin(s) d'apprécier et d'interpréter son comportement sur les vidéos de surveillance. Ce nonobstant, le Tribunal relève que la capacité du recourant à conduire sur de longs trajets (185 km en partie sur une route glacée malgré une forte chute de neige [AI pce 120 p. 3, 5]), démentie lors des expertises BEM-(...), n'apparaît pas conciliable avec les problèmes de concentration au volant, la grande fatigue, la vie passive et grabataire ou l'apragmatisme dont il s'était plaint devant les expertes E._____, F._____ et G._____ (cf. rapports d'expertise BEM-(...) des 6 mai 2014 et 17 mai 2016 [AI pces 93 p. 21, 123 p. 19, 44]). Au demeurant, dans son rapport d'expertise du 21 août 2018, le Dr L._____ a rallié l'appréciation médicale du 26 août 2016 de la Dre G._____ en ce sens qu'il a considéré que le matériel de surveillance mettait en lumière un homme au comportement normal dans la réalité et ne donnant à aucun moment l'impression d'être sujet à une problématique

C-1648/2019 Page 46 anxieuse ou dépressive significative. Cela étant, le Dr L._____ n'a pas simplement repris les conclusions du spécialiste LFA ou de la Dre G._____ en les prenant pour acquises, mais a tiré ses conclusions des constats détaillés qu'il a posés sur le résultat de l'observation (cf. supra consid. 9.5.2.2). En définitive, confrontés au matériel de surveillance, les Drs G._____ et L._____ – deux spécialistes en psychiatrie et psychothérapie, experts indépendants au sens de l'art. 44 LPGA – ont conclu à l'absence d'atteinte invalidante à la santé psychiatrique et ce, en outre, après avoir tous deux expertisé l'assuré et donc s'être faits une image complète de ce dernier. Le fait que l'assuré ait été observé le 7 mars 2016 hors du BEM-(...) juste avant et après le complément d'expertise psychiatrique renforce encore l'authenticité des appréciations médicales. 9.6 Sur le vu de ce qui précède, les éléments au dossier permettent à l'autorité de céans de se convaincre que l'amélioration de l'état de santé psychique de l'assuré, respectivement la récupération de sa pleine capacité de travail dans son activité habituelle à partir du 7 avril 2014 sont établies au degré de la vraisemblance prépondérante, sans qu'il ne soit nécessaire de procéder à une instruction complémentaire. En particulier, le Tribunal estime que le recourant s'est

suffisamment exprimé sur sa situation, de sorte que la Cour de céans est en mesure de statuer en pleine connaissance de cause. La jurisprudence admet d'ailleurs un tel procédé. En effet, si l'administration ou le juge, se fondant sur une appréciation consciencieuse des preuves, sont convaincus que certains faits présentent un degré de vraisemblance prépondérante et que d'autres mesures probatoires ne pourraient plus modifier cette appréciation, il est superflu d'administrer d'autres preuves (appréciation anticipée des preuves ; ANNE- SYLVIE DUPONT, Loi sur la partie générale des assurances sociales, Commentaire Romand, 2018, art. 42 LPGA no 11 ; UELI KIESER, Kommentar zum Bundesgesetz über den Allgemeinen Teil des Sozialversicherungsrechts ATSG, 4e éd., 2020, art. 42 LPGA no 31 ; ATF 122 II 464 consid. 4a). Une telle manière de procéder ne viole pas le droit d'être entendu selon l'art. 29 al. 2 de la Constitution fédérale de la Confédération suisse (Cst. ; RS 101). L'assuré ayant manqué de manière fautive à l'obligation de renseigner qui lui incombait raisonnablement en vertu de l'art. 77 RAI – notamment en majorant intentionnellement ses symptômes psychiques devant l'experte G._____ et la psychologue J._____, en mentant sur sa capacité réelle de conduire et en prétextant des troubles de la mémoire ou une dépendance totale à sa femme pour ne pas répondre aux questions lors des expertises – au plus tard à partir du 7 avril 2014 (cf. supra consid.

C-1648/2019 Page 47 9.4.7), c'est partant à juste titre que l'OAIE a supprimé la rente depuis le 1er avril 2014 en application de l'art. 88bis al. 2 let. b RAI. 10. Dans son mémoire, le recourant conclut subsidiairement à la reprise du versement de sa rente d'invalidité pendant la mise en œuvre de mesures de nouvelle réadaptation au sens de l'art. 8a LAI conformément à l'alinéa 3 de la lettre a. des Dispositions finales de la modification du 18 mars 2011 (6e révision de l'AI, premier volet) de la LAI. 10.1 L'OAIE objecte qu'il n'a finalement pas révisé la rente sur la base de la lettre a. des Dispositions finales de la modification du 18 mars 2011 (6e révision de l'AI, premier volet) de la LAI mais en se fondant sur l'art. 17 LPGA, de sorte que l'assuré n'a pas droit à des mesures de nouvelle réadaptation ni à la reprise du versement de la rente durant la mise en œuvre de celles-ci. Un examen de la capacité de réadaptation de l'assuré n'était, en outre, ni justifié ni proportionné car l'assuré s'était éloigné du marché du travail pour des motifs étrangers à l'invalidité en omettant de communiquer un changement important des circonstances et en violant son obligation de réduire la durée et l'étendue de l'incapacité de travail. 10.2 10.2.1 En vertu de la lettre a. des Dispositions finales de la modification du

E. 18

mars 2011 (6e révision de l'AI, premier volet) de la LAI, les rentes octroyées en raison d'un syndrome sans pathogenèse ni étiologie claires et sans constat de déficit organique seront réexaminées dans un délai de trois ans à compter de l'entrée en vigueur de la présente modification. Si les conditions visées à l'art. 7 LPGA ne sont pas remplies, la rente sera réduite ou supprimée, même si les conditions de l'art. 17 al. 1 LPGA ne sont pas remplies (al. 1). En cas de réduction ou de suppression de sa rente, l'assuré a droit aux mesures de nouvelle réadaptation au sens de l'art. 8a LAI. Cela ne lui donne pas droit à la prestation transitoire prévue à l'art. 32 al. 1 let. c LAI (al. 2). Durant la mise en œuvre de mesures de réadaptation au sens de l'art. 8a LAI, l'assurance continue de verser la rente à l'assuré, mais au plus pendant deux ans à compter du moment de la suppression ou de la réduction de la rente (al. 3). 10.2.2 En l'espèce, il ressort de la décision entreprise que l'OAIE a supprimé la rente de l'assuré en se fondant sur l'art. 17 LPGA en lien avec l'art. 88bis al. 2 let. b RAI

et non en application des Dispositions finales de

C-1648/2019 Page 48 la modification du 18 mars 2011 (6^e révision de l'AI, premier volet) de la LAI. Cela étant, le recourant n'a pas droit à des mesures de nouvelle réadaptation au sens de l'art. 8a LAI, de sorte qu'une reprise du versement de sa rente au sens de l'alinéa 3 de la lettre a. des Dispositions finales de la modification du 18 mars 2011 (6^e révision de l'AI, premier volet) de la LAI est exclue. 10.3 10.3.1 Au demeurant, il y a lieu de rappeler qu'avant de réduire ou de supprimer une rente d'invalidité, l'administration doit examiner si la capacité de travail que la personne assurée a recouvrée sur le plan médico-théorique se traduit pratiquement par une amélioration de la capacité de gain et, partant, une diminution du degré d'invalidité ou si, le cas échéant, il est nécessaire de mettre préalablement en œuvre une mesure d'observation professionnelle (afin d'établir l'aptitude au travail, la résistance à l'effort, etc.), voire des mesures de réadaptation au sens de la loi. Le manque de volonté ou de capacité subjective à la réadaptation constitue toutefois un motif étranger à l'invalidité, pour lequel la rente peut être réduite ou supprimée sans examen préalable de mesures de réinsertion et sans qu'il soit nécessaire d'engager préalablement une procédure de mise en demeure avec un délai de réflexion au sens de l'art.

E. 21

al. 4 LPGa (arrêts du TF 9C_407/2021 du 17 mai 2022 consid. 6 et 9C_442/2017 du 8 juin 2018 consid. 3.2.3). L'absence de volonté de réadaptation ou d'aptitude subjective à la réadaptation ne doit être présumée que si elle est établie au degré de la vraisemblance prépondérante ; il faut notamment tenir compte des déclarations faites à l'administration et aux experts médicaux concernant la conviction d'être malade ou la motivation au travail ou des explications et demandes formulées dans la procédure de préavis et devant l'instance inférieure (arrêt du TF 9C_407/2021 du 17 mai 2022 consid. 6.3.1 et réf. cit.). 10.3.2 En l'espèce, l'OAIE oppose à bon droit à l'assuré de s'être éloigné du marché du travail pour des motifs étrangers à l'invalidité. En effet, l'assuré a manifesté un manque de volonté respectivement de capacité subjective à la réadaptation tant en majorant ses symptômes psychiques depuis avril 2014 que par ses déclarations à l'administration et aux experts concernant sa conviction d'être malade (respectivement incapable de travailler) et sa démotivation à travailler. L'assuré a déclaré ne pas être capable de travailler durant l'expertise BEM(...) du 7 avril 2014 (« à cause de sa grande fatigue, de l'humeur (« ma femme me dit que je pleure tout le temps »), et les douleurs notamment au genou et maintenant aussi au

C-1648/2019 Page 49 coude » [AI pce 93 p. 13, 15]), puis dans le cadre de l'expertise réalisée les 20 et 21 juin 2018 par le Dr L. _____ (« ouhlala, je ne pense pas ... peut-être quelque-chose de léger... du type une heure par jour » [AI pce 213 p. 15, 27]). L'expert L. _____ relevait, de plus, plusieurs facteurs extra-médicaux limitant la capacité de gain de l'assuré dont notamment son manque de motivation (AI pce 213 p. 29). L'assuré a également déclaré à l'OAIE qu'il était désormais trop tard pour lui proposer une mesure de réinsertion dès lors qu'il avait déménagé à l'étranger (cf. opposition du 31 janvier 2019 [AI pce 253 p. 3] ; voir également mémoire de recours [TAF pce 1 p. 14]). 10.4 Il suit de ce qui précède que l'OAIE était légitimé à supprimer la rente d'invalidité de l'assuré sans examen préalable de mesures de réadaptation et sans qu'il soit nécessaire d'engager préalablement une procédure de mise en demeure avec un délai de réflexion. 11. En conséquence, mal fondé, le recours doit être rejeté et la décision attaquée confirmée. 12. 12.1 La présente procédure est soumise à des frais de justice (art. 69 al. 1bis et 2 LAI), fixés à 800 francs mis

à la charge du recourant, qui succombe (art. 63 al. 1 PA). Ils sont prélevés sur l'avance de frais du même montant dont le recourant s'est acquitté au cours de la procédure (TAF pces 2, 4). 12.2 Vu l'issue du litige, il n'est alloué de dépens ni au recourant, qui succombe (art. 64 al. 1 PA et 7 al. 1 du règlement du 21 février 2008 concernant les frais, dépens et indemnités fixés par le Tribunal administratif fédéral [FITAF, RS 173.320.2]), ni à l'autorité inférieure, les autorités fédérales et, en règle générale, les autres autorités parties n'ayant pas droit aux dépens (art. 7 al. 3 FITAF). (Le dispositif figure à la page suivante.)

C-1648/2019 Page 50

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