

BVGer C-2694/2017 vom 7. Juni 2021

Bundesverwaltungsgericht, 2021-06-07, FR

Quelle: https://mcp.opencaselaw.ch/entscheid/bvger_C-2694_2017

FR: TAF C-2694/2017 du 7 juin 2021

IT: TAF C-2694/2017 del 7 giugno 2021

Regeste

Droit à la rente

Erwägungen

E. 1.1

Selon l'art. 31 de la loi du 17 juin 2005 sur le Tribunal administratif fédéral (LTAF, RS 173.32) et sous réserve des exceptions prévues à l'art. 32 LTAF, le Tribunal de céans, en relation avec les art. 33 let. d LTAF et 69 al. 1 let. b de la loi fédérale du 19 juin 1959 sur l'assurance-invalidité (LAI, RS 831.20), connaît des recours 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 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. À cet égard, 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, 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 dans les formes requises par la loi (art. 60 LPGA et 52 PA) et l'avance sur les frais de procédure ayant été payée le 22 mai 2017 (art. 63 al. 4 PA, art. 69 al. 2 LAI), le recours est recevable.

E. 2

Aux termes de l'art. 40 du règlement du 17 janvier 1961 sur l'assurance-invalidité (RAI, RS 831.201), l'office AI du secteur d'activité dans lequel le frontalier exerce une activité lucrative est compétent pour enregistrer et examiner les demandes présentées par les frontaliers (al. 2), tandis que l'office AI pour les assurés résidant à l'étranger notifie les décisions (al. 3). Compte tenu de la nature transfrontalière de la présente affaire, c'est à juste titre que l'Office AI du canton B. _____ a enregistré et instruit la demande, tandis que l'OAIE a notifié les décisions litigieuses.

E. 3

Le litige a pour objet une deuxième demande de prestations d'invalidité. En particulier, il porte sur le bien-fondé d'une demi-rente d'invalidité à compter du 1er janvier 2016 consécutivement à une rente entière non contestée du 1er août 2015 au 31 décembre 2015.

E. 4.1

L'affaire présente un aspect transfrontalier dans la mesure où le recourant, ressortissant suisse, ayant travaillé en Suisse, est domicilié en France voisine, État membre de l'Union européenne (UE). Est dès lors applicable, à la présente cause, l'accord du 21 juin 1999 sur la libre circulation des personnes (ALCP, RS 0.142.112. 681) conclu entre la Suisse et la Communauté européenne et ses États membres, dont l'annexe II règle la coordination des systèmes de sécurité sociale (art. 8 ALCP). Dans ce contexte, l'ALCP et l'art. 80a LAI font référence depuis le 1er avril 2012 au règlement (CE) n° 883/2004 du Parlement européen et du Conseil du 29 avril 2004 portant sur la coordination des systèmes de sécurité sociale (ci-après : règlement n° 883/2004, RS 0.831.109.268.1), ainsi qu'au règlement (CE) n° 987/2009 du Parlement européen et du Conseil du 16 septembre 2009 fixant les modalités d'application du règlement (CE) n° 883/2004 (ci-après : règlement n° 987/2009, RS 0.831.109.268.11; art. 1 al. 1 de l'annexe II en relation avec la section A de l'annexe II). À compter du 1er janvier 2015, sont également applicables dans les relations entre la Suisse et les États membres de l'Union européenne (UE) les modifications apportées notamment au règlement n° 883/2004 par les règlements (UE) n° 1244/2010 (RO 2015 343), n° 465/2012 (RO 2015 345) et n° 1224/2012 (RO 2015 353).

E. 4.2

Conformément à l'art. 4 du règlement (CE) n°883/2004, les personnes auxquelles ce règlement s'applique, bénéficient en principe des mêmes prestations et sont soumises aux mêmes obligations, en vertu de la législation de tout État membre, que les ressortissants de celui-ci. Dans la mesure où l'ALCP et son annexe II ne prévoient pas de disposition contraire, la procédure ainsi que les conditions à l'octroi d'une rente d'invalidité sont déterminées exclusivement d'après le droit suisse (art. 8 ALPC; art. 46 al. 3 du règlement (CE) n°883/2004; ATF 130 V 253 consid. 2.4). Même après l'entrée en vigueur de l'ALCP, le degré d'invalidité d'un assuré qui prétend à une rente de l'assurance-invalidité suisse est ainsi déterminé exclusivement d'après le droit suisse (ATF 130 V 253 consid. 2.4).

E. 5.1

La procédure dans le domaine des assurances sociales est régie par la maxime inquisitoire (ATF 138 V 218 consid. 6). L'autorité administrative et, en cas de recours, le Tribunal constatent les faits d'office (cf. art. 12 PA, art. 43 al. 1, 1ère phrase LPGa). Par conséquent, il leur appartient d'établir d'office un constat conforme et complet des faits pertinents (ATF 136 V 376 consid. 4.1.1). La maxime inquisitoire ne s'applique pas de manière illimitée. Elle a pour corollaire l'obligation faite aux parties de collaborer à l'instruction (cf. art. 13 PA et art. 43 LPGa; voir également ATF 125 V 195 consid. 2, 122 V 158 consid. 1a).

E. 5.2

L'administration et, en cas de recours, le Tribunal ne tiennent pour existants que les faits qui sont prouvés, cas échéant au degré de la vraisemblance prépondérante (ATF 139 V 176 consid. 5.2). Sauf dispositions contraires de la loi, ils ne fondent leur décision que sur les faits qui, faute d'être établis de manière irréfutable, apparaissent comme les plus

vraisemblables, c'est-à-dire qui présentent un degré de vraisemblance prépondérante. Il ne suffit pas qu'un fait puisse être considéré comme constituant une simple hypothèse possible (ATF 121 V 47 consid. 2a et 208 consid. 6b ainsi que les références). Ils peuvent renoncer à l'administration d'une preuve s'ils acquièrent la conviction, au terme d'une appréciation anticipée des preuves, qu'une telle mesure ne pourra les amener à modifier leur opinion (ATF 130 III 425 consid. 2.1, 125 I 127 consid. 6c/cc in fine; arrêts du TF 9C_548/2015 du 10 mars 2016 consid. 4.2, 9C_702/2013 du 16 décembre 2013 consid. 3.2; Ueli Kieser, ATSG-Kommentar, 4e éd. 2020, art. 42 n° 31).

E. 5.3

Le Tribunal administratif fédéral applique le droit d'office, sans être lié par les motifs invoqués par les parties (art. 62 al. 4 PA), ni par l'argumentation juridique développée dans la décision entreprise (ATF 139 V 349, 136 V 376 consid. 4.1, 132 V 105 consid. 5.2.8). L'autorité saisie se limite en principe aux griefs soulevés et n'examine les questions de droit non invoquées que dans la mesure où les arguments des parties ou le dossier l'y incitent (ATF 122 V 157 consid. 1a, 121 V 204 consid. 6c; Moser/ Beusch/Kneubühler, Prozessieren vor dem Bundesverwaltungsgericht, 2e éd., 2013, p. 25 n. 1.55).

E. 6.1

Le droit matériel applicable est déterminé par les règles en vigueur au moment où les faits juridiquement déterminants ou ayant des conséquences juridiques se sont produits, le juge n'ayant pas, en principe, à prendre en considération les modifications du droit ou de l'état de fait postérieures à la date déterminante de la décision attaquée, sous réserve de dispositions particulières de droit transitoire (ATF 136 V 24 consid. 4.3, 130 V 445, 129 V 1 consid. 1.2). Les faits qui sont survenus postérieurement, et qui ont modifié cette situation, doivent normalement faire l'objet d'une nouvelle décision administrative (ATF 132 V 215 consid. 3.1.1; arrêt du TF 9C_839/ 2017 du 24 avril 2018 consid. 4.2).

E. 6.2

Le Tribunal ne peut prendre en considération que les rapports médicaux établis antérieurement à la décision attaquée, à moins que ceux établis ultérieurement ne permettent de mieux comprendre l'état de santé et la capacité de travail de l'assuré jusqu'à la décision sujette à recours (ATF 121 V 362 consid. 1b, 99 V 98 consid. 4) et qu'ils soient de nature à influencer l'appréciation du cas au moment où la décision attaquée a été rendue (arrêt du TF 9C_34/2017 du 20 avril 2017 consid. 5.2). In casu, les rapports médicaux établis peu après les décisions litigieuses du 31 mars 2017 - soit ceux produits par le recourant avec son recours - seront pris en considération dès lors qu'ils sont étroitement liés à l'objet du litige et de nature à influencer l'appréciation des faits au moment où la décision attaquée a été rendue.

E. 7.1

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

E. 7.2

L'assuré a droit à un quart de rente s'il est invalide à 40% au moins, à une demi-rente s'il est invalide à 50% au moins, à trois-quarts de rente s'il est invalide à 60% au moins et à une rente entière s'il est invalide à 70% au moins (art. 28 al. 2 LAI). L'art. 29 al. 4 LAI prévoit que les rentes correspondant à un taux d'invalidité inférieur à 50% ne sont versées qu'aux assurés qui ont leur domicile et leur résidence habituelle (art. 13 LPGA) en Suisse. Suite à l'entrée en vigueur le 1er juin 2002 de l'ALCP (cf. consid. 4), cette restriction n'est pas applicable lorsqu'un assuré est un ressortissant suisse ou de l'UE et réside dans l'un des États membres de l'UE (ATF 130 V 253 consid. 2.3; art. 4 et 7 du règlement (CE) n° 883/04).

E. 7.3

Le droit à la rente prend naissance au plus tôt à l'échéance d'une période de six mois à compter de la date à laquelle l'assuré a fait valoir son droit aux prestations conformément à l'art. 29 al. 1 LPGA, mais pas avant le mois qui suit le 18e anniversaire de l'assuré (art. 29 al. 1 LAI) et sous réserve d'un délai d'attente d'une année à compter du début de l'atteinte à la santé (art. 28 al. 1 let. b LAI; supra consid. 5.1). La rente est versée dès le début du mois au cours duquel le droit prend naissance (art. 29 al. 3 LAI). Selon l'art. 29bis RAI, si la rente a été supprimée du fait de l'abaissement du degré d'invalidité et que l'assuré, dans les trois ans qui suivent, présente à nouveau un degré d'invalidité ouvrant le droit à la rente en raison d'une incapacité de travail de même origine, on déduira de la période d'attente que lui imposerait l'art. 28 al. 1 let. b LAI celle qui a précédé le premier octroi. En l'espèce, l'assuré a déposé auprès de l'Office AI du canton B. _____ une demande de prestations le 9 février 2015. Le droit éventuel à une rente ne s'ouvre cependant au plus tôt qu'à partir du mois d'août 2015 bien que l'assuré ait été au bénéfice d'une rente AI jusqu'en avril 2012. En effet, si l'art. 29bis RAI permet en cas de nouvelle incapacité de travail de même origine survenant dans un délai de 3 ans de déduire le délai d'attente précédemment pris en compte d'une année de l'art. 28a al. 1 let. b LAI, le délai formel de 6 mois de l'art. 29 al. 1 LAI reste applicable après le dépôt nécessaire de la nouvelle demande (ATF 142 V 547 consid. 3).

E. 7.4

Est réputée invalidité, l'incapacité de gain totale ou partielle qui est présumée permanente ou de longue durée (art. 8 LPGA). L'invalidité peut résulter d'une infirmité congénitale, d'une maladie ou d'un accident (art. 4 al. 1 LAI). Elle est réputée survenue dès qu'elle est, par sa nature et sa gravité, propre à ouvrir droit aux prestations entrant en considération (art. 4 al. 2 LAI).

E. 7.5

En cas de rentes rétroactives limitées dans le temps, les dispositions relatives à la révision sont applicables. Selon l'art. 17 al. 1 LPGA, si le taux d'invalidité du bénéficiaire de la rente subit une modification notable, la rente est, d'office ou sur demande, révisée pour l'avenir, à savoir augmentée ou réduite en conséquence, ou encore supprimée. Selon la jurisprudence du Tribunal fédéral, la rente peut 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 ont subi un changement important (ATF 130 V 349 consid. 3.5).

E. 7.6

En cas de décision simultanée sur l'octroi d'une rente et son remplacement par une autre rente ou même sa suppression, le changement est régi par l'art. 88a RAI. Selon son al. 1, si la capacité de gain ou la capacité d'accomplir les travaux habituels de l'assuré s'améliore (...), ce changement n'est déterminant pour la suppression de tout ou partie du droit aux

prestations qu'à partir du moment où on peut s'attendre à ce que l'amélioration constatée se maintienne durant une assez longue période. Il en va de même lorsqu'un tel changement déterminant a duré trois mois déjà, sans interruption notable et sans qu'une complication prochaine soit à craindre. La deuxième phrase de la disposition est généralement appliquée pour maintenir le droit à la rente trois mois durant à moins qu'à la date du rapport d'expertise une amélioration de santé manifeste, remontant à une date antérieure établie ou ne pouvant être établie, puisse être retenue (cf. arrêt du TF 8C_36/2019 du 30 avril 2019 consid. 5, 9C_687/2018 du 16 mai 2019 consid. 2). En allouant rétroactivement une rente d'invalidité dégressive et/ou temporaire, l'autorité administrative règle un rapport juridique sous l'angle de l'objet de la contestation et de l'objet du litige. Lorsque seule la réduction ou la suppression des prestations est contestée, le pouvoir d'examen du juge n'est pas limité au point qu'il doive s'abstenir de se prononcer en ce qui concerne des périodes à propos desquelles l'octroi de prestations n'est pas remis en cause (ATF 125 V 413). Il n'y a aucune différence si l'office AI rend en même temps une ou plusieurs décisions (ATF 131 V 164 consid. 2.3.4).

E. 7.7

Bien que l'invalidité soit une notion juridique et économique, les données fournies par les médecins constituent un élément utile pour apprécier les conséquences de l'atteinte à la santé et pour déterminer quels travaux on peut encore raisonnablement exiger de l'assuré. Précisément, la tâche des médecins consiste à porter un jugement sur l'état de santé et à indiquer dans quelle mesure et pour quelles activités la personne assurée est incapable de travailler. Il leur appartient de décrire les activités que l'on peut encore raisonnablement attendre de l'assuré compte tenu de ses atteintes à la santé, en exposant les motifs qui les conduisent à retenir telle ou telle limitation de la capacité de travail (ATF 132 V 93 consid. 4, 125 V 256 consid. 4, 115 V 133 consid. 2, 114 V 310 consid. 3c, 105 V 156 consid. 1; voir ég. ATF 140 V 193 consid. 3.2).

E. 7.8

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). 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; Michel Valterio, Commentaire Loi fédérale sur l'assurance-invalidité [LAI], 2018, [cité Commentaire LAI], art. 57 n° 33). La valeur probante d'une expertise est de plus liée à la condition que l'expert dispose de la formation spécialisée nécessaire, de compétences professionnelles dans le domaine d'investigation (cf. arrêts du TF 9C_745/2010 du 30 mars 2011 consid. 3.2 et la référence, 9C_59/2010 du 11 juin 2010 consid. 4.1; cf. Valterio, Commentaire LAI, art. 57 n° 37). En présence d'avis contradictoires, le Tribunal doit apprécier l'ensemble des preuves

à disposition et indiquer les motifs pour lesquels il se fonde sur une appréciation plutôt qu'une autre. Selon la jurisprudence, peut constituer une raison de s'écarter d'une expertise le fait que celle-ci contienne des contradictions manifestes ou ignore des éléments essentiels ou lorsque d'autres spécialistes émettent des opinions contraires objectivement vérifiables - de nature notamment clinique ou diagnostique - aptes à mettre sérieusement en doute la pertinence des déductions de l'expert (cf. ATF 125 V 351 cons. 3b/aa, 118 V 220 consid. 1b et les références; aussi les arrêts du TF 9C_748/2013 du 10 février 2014 consid. 4.1.1 et 4.1.2, I 131/03 du 22 mars 2004 consid. 2.2).

E. 7.8.1

S'agissant des documents produits par le service médical d'un assureur étant partie au procès (art. 59 al. 2bis LAI), le Tribunal fédéral n'exclut pas que l'assureur ou le juge des assurances sociales statuent en grande partie, voire exclusivement sur la base de ceux-ci. Dans de telles constellations, il convient toutefois de poser des exigences sévères à l'appréciation des preuves. Une instruction complémentaire sera ainsi requise, s'il subsiste des doutes, même minimes, quant au bien-fondé des rapports et expertises médicaux versés au dossier par l'assureur (ATF 139 V 225 consid. 5.2, 135 V 465 consid. 4.6, 122 V 157 consid. 1d, 123 V 175 consid. 3d, 125 V 351 consid. 3b ee; arrêt du TF 9C_10/2017 du 27 mars 2017 consid. 5.1). Le simple fait qu'un avis médical divergeant - même émanant d'un spécialiste - ait été produit ne suffit toutefois pas à lui seul à remettre en cause la valeur probante d'un rapport établi par le service médical de l'assureur (cf. arrêt du TF U 365/06 du 26 janvier 2007 consid. 4.1). Le fait précisément que ces médecins soient liés à l'assureur, d'un point de vue institutionnel ou par un rapport de travail, ne permet pas, pour ce seul motif, de douter de l'objectivité de leur appréciation; le Tribunal fédéral n'y voit pas de motif de partialité ou de subjectivité (ATF 135 V 465 consid. 4.4). Les rapports des SMR selon les art. 59 al. 2bis LAI et 49 al. 1 et 3 RAI ont une autre fonction que les examens sur la personne de l'assuré au sens de l'art. 49 al. 2 RAI effectués par les SMR et de l'art. 44 LPGa effectués par un expert indépendant. Les rapports au sens des art. 59 al. 2bis LAI et 49 al. 1 et 3 RAI ne se fondent pas sur des examens médicaux effectués sur la personne mais contiennent les résultats de l'examen des conditions médicales du droit aux prestations et une recommandation, sous l'angle médical, concernant la suite à donner à la demande de prestations. Ils ne posent pas de nouvelles conclusions médicales mais portent une appréciation sur celles déjà existantes (arrêts du TF 9C_581/2007 du 14 juillet 2008 consid. 3.2 et 9C_341/2007 du 17 novembre 2007 consid. 4.1). Au vu de ces différences, ils ne doivent pas remplir les mêmes exigences au niveau de leur contenu que les expertises médicales. Ils n'ont pas une force contraignante pour le juge qui est habilité à les examiner tant du point de vue formel que matériel (Valterio, Commentaire LAI, art. 57 n° 42; arrêt du TF 9C_865/2009 du 3 décembre 2009 consid. 2.2). Ils ont notamment pour but de résumer et de porter une appréciation sur la situation médicale d'un assuré, ce qui implique aussi, en présence de pièces médicales contradictoires, de dire avec une motivation étayée s'il y a lieu de se fonder sur l'une ou l'autre (cf. ATF 137 V 210 consid. 6.2.4) ou s'il y a lieu de procéder à une instruction complémentaire. De tels rapports pour avoir valeur probante présupposent que le dossier qui a servi de base à leur établissement contienne suffisamment d'appréciations médicales résultant d'un examen personnel de l'assuré (TF 8C_565/2008 du 27 janvier 2008, consid. 3.3.3) et permette l'établissement non lacunaire de l'état de santé de l'assuré («lückenloser Befund»); en outre, il ne doit s'être essentiellement agi que d'apprécier un état de fait établi au plan médical («feststehenden medizinischen Sachverhalts»); entre autres: arrêts du TF 9C_335/2015 du 1er septembre 2015 consid. 3.1,

9C_462/2014 du 16 septembre 2014 consid. 3.2.2 et les références, 8C_653/2009 du 28 octobre 2009 consid. 5.2; Valterio, Commentaire LAI, art. 57 n° 43). Si les pièces au dossier ne permettent pas de trancher les questions contestées, les rapports sur dossier du SMR au sens de l'art. 49 al. 1 et 3 RAI ne peuvent généralement pas constituer une évaluation finale, mais doivent donner lieu à une instruction complémentaire (arrêt du TF 9C_58/2011 du 25 mars 2011 consid. 3.3).

E. 7.8.2

S'agissant des rapports établis par les médecins traitant, le juge peut et doit tenir compte du fait que, selon l'expérience, le médecin traitant est généralement enclin, en cas de doute, à prendre parti pour son patient en raison de la relation de confiance issue du mandat thérapeutique qui l'unit à ce dernier (ATF 135 V 465 consid. 4.5, 125 V 351 consid. 3a/cc). Cette constatation s'applique de même aux médecins non traitant ou spécialistes (expertises privées) consultés par un patient en vue d'obtenir un moyen de preuve à l'appui de sa requête (cf. arrêt du TF I 321/03 du 29 octobre 2003 consid. 3.1; Valterio, Commentaire LAI, art. 57 n° 48). Toutefois, le simple fait qu'un certificat médical ou une expertise de partie soit établi et produit pendant la procédure ne justifie pas en soi des doutes quant à sa valeur probante. Ainsi, on en retiendra des éléments, notamment si ceux-ci, objectivement vérifiables, ont été ignorés dans le cadre d'une expertise indépendante et s'avèrent suffisamment pertinents pour remettre en cause les conclusions de l'expert (cf. ATF 125 cité consid. 3b/dd). En particulier, les rapports des médecins traitant peuvent mettre en doute la fiabilité et le caractère concluant des avis médicaux émanant de l'assureur. Il conviendra ainsi d'ordonner une expertise externe (art. 44 LPG) si des doutes, mêmes faibles, subsistent quant à la fiabilité et à la pertinence des constatations médicales effectuées à l'interne (cf. ATF 135 V 465 consid. 4, 4.4-4.6).

E. 8.1

Dans le cadre de l'instruction de la deuxième demande de prestations d'invalidité, l'Office AI du canton B._____ a notamment porté au dossier les documents ci-après : - plusieurs attestations d'incapacité de travail à compter du 18 août 2014 établies par le Dr F._____ (médecin généraliste traitant) (AI pce 80 p. 1-6) et à compter du 18 septembre 2014 par le Dr (chirurgien orthopédiste) (AI pce 80 p. 4); - un rapport du 5 novembre 2014 du Dr G._____ posant le diagnostic de pseudarthrodèse lombosacrée, absence de pont osseux intersomatique solide à l'étage L5-S1, sclérose osseuse et inflammation à l'étage L5-S1 ; le spécialiste propose une intervention chirurgicale (AI pce 80 p. 7) ; - un compte rendu opératoire du 12 décembre 2014 de cure chirurgicale de pseudarthrodèse L5-S1 et remplacement de cage (AI p. 80 p. 10) ; - un rapport du 17 décembre 2014 du Dr G._____ faisant état d'une opération effectuée le 12 décembre 2014 avec suites opératoires favorables (AI pce 80 p. 9) ; - un rapport d'évaluation d'intervention précoce du 28 avril 2015 de l'Office AI du canton B._____ proposant de reporter les mesures après le 6 juillet 2015 (AI pce 88) ; - un rapport du 8 mai 2015 du Dr F._____ attestant une incapacité de travail totale pour toute activité, retenant des limitations d'épargne du dos (rapport non au dossier AI, cité par le Dr C._____ dans un rapport d'examen clinique orthopédique du 25 juillet 2016 (AI pce 107 p. 1) ; - un rapport du 28 mai 2015 du Dr H._____ (chirurgien orthopédiste) attestant une capacité de travail de 50% (rapport non au dossier AI, cité par le Dr C._____ dans un rapport d'examen clinique orthopédique du 25 juillet 2016 (AI pce 107 p. 1) ; - un rapport de clôture d'intervention précoce du 26 août 2015 de l'Office AI du canton B._____ relevant un état de santé non stabilisé, aucune

mesure d'intervention précoce ne pouvant être mise en place (AI pce 94) ; - un rapport du 28 septembre 2015 du Dr F._____ (médecin généraliste) posant le diagnostic de maladie de Scheuermann depuis 2009, indiquant des douleurs lombaires intenses, une aggravation en août 2014, une ré-opération en décembre 2014, un pronostic peu favorable, une incapacité de travail de 100% depuis le 18 août 2014 de durée indéterminée, l'impossibilité de maintenir la position assise et debout prolongée, une marche douloureuse, pas de possibilité de travailler. Il ne note pas de limitation des capacités de concentration, de compréhension, d'adaptation et de résistance sous réserve de restrictions physiques et indique une aptitude au déplacement sans moyen auxiliaire (AI pce 95) ; - un rapport du 28 septembre 2015 du Dr H._____ (chirurgien orthopédique) rappelant le diagnostic de pseudarthrodèse L5-S1, indiquant un pronostic d'amélioration partielle, la prise d'antalgiques, l'impossibilité de maintenir la position assise plus de 30 min. Le rapport note une capacité de travail exigible de 30% dans l'activité habituelle (cf. p. 1), une capacité de travail exigible inférieure à 50% avec restriction de la position assise à 30 min. avec un rendement réduit en raison de la station assise difficile (ch. 1.7/1.9), pas de possibilité de réduire les limitations fonctionnelles par des mesures médicales (ch. 1.8), la possibilité éventuelle de reprendre l'activité professionnelle à « 50% ? » à compter de décembre 2015 (cf. ch. 1.9) (AI pce 98) ; - un rapport du 25 mai 2016 du Service médical romand (SMR) du Dr E._____ (pas de spécialisation indiquée) préconisant une expertise rhumatologique (AI pce 105) ; - un rapport SMR du 25 juillet 2016 (examen du 5 juillet 2016) d'examen clinique rhumatologique du Dr C._____ (spécialiste en médecine interne et rhumatologie) rappelant le cursus professionnel de l'assuré, relevant un statut de partenariat depuis 2013 avec un conjoint sans activité lucrative. L'expert évoque les plaintes actuelles de douleurs dans la région lombaire, de sciatgie gauche, de douleurs dorsales et à hauteur du sacrum. Les douleurs sont cotées 7-8/10 sur l'échelle EVA de la douleur avec des pics à 10/10 en cas de mouvements ou d'efforts. La position assise est rapportée limitée à 30 min. par les lombosciatgies gauches, la position debout également. Des sciatgies droites moins fréquentes et moins intenses sont évoquées. Le périmètre de marche est indiqué limité à 30-45 min. L'expert mentionne deux ou trois réveils nocturnes par les douleurs ainsi que la prise de Laroxyl® et de morphiniques, des raideurs matinales de 30-60 min., des fourmillements du bras gauche et de la jambe gauche avec une perte de sensibilité. Des faiblesses et lâchages des membres inférieurs ne sont pas évoqués. L'expert relève que l'assuré ne se voit pas reprendre une activité professionnelle, même légère, en raison de ses douleurs. Le Dr F._____ (généraliste) suit l'assuré mensuellement. La dernière consultation auprès du Dr H._____ (chirurgien orthopédique) remonte à décembre 2015 avec une consultation prévue dans cinq ans. L'expert rapporte un mode de vie sédentaire, un levé matinal vers 11-12h.00, des activités occupationnelles, le suivi de traitements de kinésithérapie deux fois par semaine nécessitant de s'allonger ensuite toute la journée pour récupérer, du travail sur ordinateur pendant quelque 4-5 heures d'affilée que l'expert mentionne effectuer en position couchée, un intérêt pour le cinéma et les émissions de télévision, un couché vers 04-05h.00 du matin, le partenaire de l'assuré étant adepte de jeux vidéo pendant la nuit. Le cadre de vie de l'assuré est constitué principalement de son partenaire de vie et régulièrement de sa fille, du conjoint de celle-ci et de leur fils. Il voit sa mère une fois par mois, il a peu d'amis qu'il voit aussi rarement. À l'examen clinique, le Dr C._____ note un bon état général (171cm/82kg/ BMI28), un (dés)habillage évitant l'antéflexion du tronc, une boiterie d'appui du membre inférieur gauche, la possibilité de marcher sur la pointe des pieds et les talons mais avec douleurs au membre inférieur gauche

et à la région lombaire, un rachis présentant une déviation scoliothique dorsale droite et lombaire gauche modérée, des douleurs à la palpation, à la flexion et extension cervicale, des douleurs lombaires et aux fesses à la flexion et rétroflexion du tronc. L'accroupissement est limité entraînant des douleurs lombaires, le relèvement se faisant sans aide extérieure. Les membres supérieurs et inférieurs sont indiqués sans amyotrophie ni synovite avec une mobilité normale symétrique. Les manoeuvres de Lasègue sont négatives, limitées à 70° par des lombalgies. Le Dr C._____ note que l'assuré est un peu démonstratif, il indique 3/5 signes de Waddell, 2/2 signes de Kummel et 7/18 points de Smythe de détection de la fibromyalgie. Des troubles statiques modérés du rachis sont relevés. Le dossier radiologique (18 documents 2009-2015 [p. 7-9]) est présenté en détail. Il appert en particulier d'une IRM lombaire du 6 juillet 2015, d'un CT-scan lombaire du 4 septembre 2015 et d'un examen RX de la colonne du 14 décembre 2015 un status après arthrodèse étendue de L2 à S2 sans anomalie notable, une discopathie D12-L1 et L1-L2 sus-jacente à l'arthrodèse, des ponts osseux bien visibles sur l'ensemble des espaces intersomatiques, un status après arthrodèse lombaire sans anomalie notable. Le Dr C._____ pose le diagnostic avec répercussion durable sur la capacité de travail de lombosciatalgies bilatérales à prédominance gauche avec accessoirement des dorsalgies dans le cadre de troubles statiques et dégénératifs du rachis avec séquelles de maladie de Scheuermann et status après 3 opérations lombaires avec notamment un status après arthrodèse de L2 au sacrum (M54.4). Les diagnostics sans répercussion sur la capacité de travail ci-après sont indiqués : discrètes limitations fonctionnelles de l'épaule gauche dans le cadre d'un status après traumatisme de l'épaule gauche (M75), syndrome rotulien dans le cadre d'un status après arthroscopie pour lésion du ligament croisé antérieur du genou gauche (M22.2), excès pondéral (BMI 27), asthme allergique et rhinite allergique anamnesticque avec allergies aux pollens, aux graminées, au Bactrim® et à l'iode ingérable, discret hallux valgus bilatéral, discrète arthrose nodulaire des doigts, (M19.0), thalassémie mineure avec anémie subséquente, eczéma des mains, status après opération de strabisme. Le Dr C._____ note une mobilité lombaire très diminuée résultant de la spondylodèse étendue de L2 au sacrum, une mobilité cervicale un peu diminuée, une mobilité des articulations périphériques bien conservée sous réserve de l'épaule gauche. Il indique les limitations fonctionnelles de pouvoir alterner 3 à 4 fois par heure la position assise et debout, voire si possible à sa guise, de ne pas devoir effectuer des ports ou soulèvements réguliers de charges d'un poids de plus de 5 kg, pas de travail en porte-à-faux statique prolongé du tronc, pas d'exposition à des vibrations, pas d'élévation ou abduction de l'épaule gauche à plus de 70°, pas de genuflexion répétée, pas de franchissement régulier d'escabeau, d'utilisation d'échelles ou escaliers. Il retient une incapacité de travail totale dans l'activité habituelle depuis le 18 août 2014 et de 50% depuis le 28 septembre 2015 comme l'a retenu à cette date le Dr H._____ dans une activité d'informaticien-analyste proche de son domicile ou à domicile. Il relève, à l'appui de son appréciation, que l'expertisé a fait un long trajet en position assise en voiture et en train avant la consultation et qu'il passe un temps important à l'ordinateur parfois en position couchée. Il indique s'écarter de l'appréciation de la capacité de travail du Dr F._____ relevant que ce médecin ne précise pas les raisons de l'incapacité de travail totale retenue, seules des mesures d'épargne du dos étant indiquées par ce médecin. Il suggère une reprise de l'activité habituelle à un poste ne nécessitant pas un long trajet pour s'y rendre ou une activité informatique à domicile. Il note que l'assuré, intelligent, disposant de bonnes ressources, ayant maintenu une intégration sociale tout au moins familiale, dispose d'un potentiel d'amélioration de sa symptomatologie en adoptant un meilleur rythme

nycthémeral et en procédant à un sevrage de sa prise de morphiniques dans un centre de la douleur. Il note l'absence de trouble de l'attention et de la concentration, des propos tout à fait clairs lors de l'examen malgré la prise régulière de morphiniques (Aktiskenan® 20mg [2-4/jour], Skenan LP® 30mg [1-2x/jour]) dont l'intensité et l'incidence du syndrome de dépendance aux morphiniques n'ayant pas entraîné de troubles irréversibles sont mal établies. Il relève toutefois un risque d'échec de réintégration dans le marché du travail, l'assuré n'étant pas motivé par la reprise d'une activité professionnelle et présentant de nombreux signes de non organicité selon Waddell ou Kummel. Relevant un risque d'aggravation des troubles dégénératifs du rachis, il suggère un réexamen dans les 2 ans (AI pce 107) ; - un rapport final SMR du 5 décembre 2016 du Dr E._____ confirmant les conclusions du Dr C._____, retenant le diagnostic de lombosciatalgies bilatérales à prédominance gauche, notant un début de longue maladie le 16 août 2014 (recte 18 août 2014), une capacité de travail exigible dans l'activité habituelle de 50% sans long déplacement et de 50% dans une activité adaptée dès le 28 septembre 2015 (AI pce 109).

E. 8.2

À la suite du recours du 10 mai 2017, les documents médicaux ci-après ont été versés au dossier : - un rapport de radiographies du bassin et du rachis du 26 janvier 2017 relevant notamment une bonne statique du bassin et le respect des articulations, une importante lésion de dorsarthrose avec ostéophytose périsonatique étagée diffuse, une discopathie C3-C4 mais surtout C4-C5, C5-C6, C6-C7 avec ostéophytose (TAF pce 1 annexe 8), - un courrier du 10 février 2017 du Dr H._____ (chirurgien orthopédiste) au Dr F._____ rapportant des douleurs multi-systématisées du rachis, au niveau cervical et dorsal, associées à des lombalgies. Ce médecin indique avoir retenu dans un rapport du 28 septembre 2015 que l'on pouvait s'attendre à une reprise d'activité professionnelle ou une amélioration et noté une capacité de travail de 50% comme simple hypothèse et que la réalité avait montré que le patient n'arrive à reprendre aucune activité professionnelle (TAF pce 1 annexe 3) ; - un rapport du 21 mars 2017 du Dr H._____ (spécialiste en médecine du sport) faisant état des consultations et rapports médicaux au dossier, énonçant les plaintes de fond douloureux au niveau du rachis dorso-lombaire, de position assise pénible après 30 min., de la nécessité de 3-4 heures de repos pour que les douleurs s'atténuent, les mêmes douleurs se produisant lors de piétinement, d'un périmètre de marche estimé à 30 min., d'effets secondaires induits des morphiniques, d'un temps de conduite limité à 20 min. en raison de l'attention diminuée par les médicaments. Le rapport évoque des problèmes psychiques mal définis liés à la situation présente. À l'examen, le Dr H._____ observe un (dés)habillage avec difficulté, pas de trouble statique du rachis dans son ensemble, dans le plan frontal ou sagittal. Il note des contractures paravertébrales bilatérales étagées, une flexion douloureuse, un indice de Schöber à 10/10.5, des inflexions latérales de 10°, le segment lombaire étant totalement rigide. La manoeuvre de Lasègue provoque à droite à 40° une douleur lombo-fessière et à gauche à 20° une douleur lombo-fessière irradiant à la cuisse et au mollet. Le spécialiste retient les diagnostics de maladie de Scheuermann et de lombalgies avec radiculopathie. Selon le Dr H._____, une activité d'informaticien, même sédentaire, proche de son domicile voire à son domicile, reste contre indiquée compte tenu des douleurs incompatibles avec une position assise prolongée et les effets secondaires de médicaments ; l'expertisé, dans son état actuel, doit être considéré en inaptitude totale et définitive pour toute activité professionnelle depuis 2014 (TAF pce 1 annexe 5) ; - un rapport d'IRM cervicale du 22 mars 2017 notant une discarthrose étagée avec atteinte prédominante à l'étage C5-C6 avec une réduction canalaire (TAF pce 1 annexe

7) ; - un rapport d'IRM cérébral du 28 mars 2017 notant un petit anévrisme millimétrique de l'artère cérébral (TAF pce 1 annexe 9), - un rapport du 29 mars 2017 du Dr I. _____ (spécialiste en médecine physique et sportive), rapportant des lombalgies intenses associées à une lombocruro-sciatalgie gauche, des troubles du sommeil, des idées noires, un traitement par Laroxyl® n'améliorant pas le syndrome dépressif, des jeux vidéo nocturnes en raison d'insomnies, des pleurs irrépessibles à l'évocation de sa situation actuelle, un temps important en position allongée, cette position diminuant ses douleurs. L'examen clinique est énoncé superposable à celui du Dr C. _____. Il relève que le moindre mouvement déclenche des douleurs intenses. Le signe de Lasègue est indiqué dès 40° d'élévation avec douleurs sciatalgiques bilatérales. Les réflexes ostéotendineux sont perçus. Il n'existe pas de déficit neurologique. Le Dr I. _____ retient le diagnostic avec répercussion durable sur la capacité de travail énoncé par le Dr C. _____ i, soit lombosciatalgies bilatérales à prédominance gauche avec accessoirement des dorsalgies dans le cadre de troubles statiques et dégénératifs du rachis avec séquelles de maladie de Scheuermann et status après 3 opérations lombaires avec notamment un status après arthrodèse de L2 au sacrum (M54.4), complété des diagnostics de syndrome majeur (F32.2) (selon CIM-10 : Épisode dépressif sévère sans symptômes psychotiques) et de syndrome de dépendance aux opiacés (F10.2). Il exclut toute capacité de travail résiduelle quelle qu'elle soit, y compris le télétravail, du fait que le patient ne peut rester plus de 30 min. assis et que son état psychiatrique ne lui permet pas de pouvoir bénéficier de la confiance de ses employeurs. Il souligne que de façon surprenante le Dr C. _____ n'a pas pris l'avis auprès d'un psychiatre pour préciser les graves pathologies psychiatriques et déterminer leur incidence sur la capacité de travail (TAF pce 1 annexe 4) ; - un rapport du 3 avril 2017 du Dr K. _____ (médecine générale, expert auprès des tribunaux) faisant référence au dossier, rappelant les doléances connues de l'assuré, une consultation tous les deux mois environ de son médecin traitant, notant à l'examen une marche équilibrée, régulière non claudicante, une marche sur les pointes et les talons effectuée avec souplesse malgré une certaine appréhension, aucun sautellement n'étant effectué, des appuis monopodaux et bipodaux stables et symétriques. L'accroupissement et l'agenouillement sont indiqués complets et symétriques. L'inspection de la colonne retient une légère attitude scoliotique. À la palpation, il n'est pas relevé de contracture au niveau cervical ni au niveau dorsal haut, mais une contracture paravertébrale de T10 jusqu'au sacrum. Les sacro-iliaques sont sensibles des deux côtés. Le médecin relève un signe de Lasègue à 40° à droite et 30° à gauche, il ne note pas d'amyotrophie mesurable. Au total, le médecin retient une raideur cervicale modérée respectivement majeure et douloureuse lombaire, avec sciatalgie bilatérale, plus marquée à gauche. Le Dr K. _____ relève sur la base du dossier et de son examen une consolidation de l'état de santé de l'assuré depuis la fin avril 2016. Il indique que l'assuré ne peut absolument plus exercer son activité d'informaticien à D. _____ en raison des déplacements. Il note la possibilité d'une activité adaptée évitant les stations assise et debout prolongées, mais que celle-ci de l'ordre de 30% serait d'un rendement très modeste en raison des traitements antalgiques. Il conclut au final à l'inexistence d'une capacité de travail dans l'activité habituelle et à la possibilité d'une activité adaptée exercée à 30% permettant des arrêts fréquents, des changements de position, des moments de repos. Il indique une aggravation de l'état de santé de l'assuré au cours des années à venir sans envisager d'intervention complémentaire (TAF pce 1 annexe 6) ; - un rapport SMR du 26 juin 2017 de la Dre J. _____ (médecin SMR, onco-hématologue). Ce médecin a résumé les nouveaux rapports produits, relevé qu'aucun indice ne laissait penser lors de l'expertise

du 5 juillet 2016 que l'assuré avait une quelconque pathologie psychiatrique, et retenu que les nouveaux rapports faisaient état d'une évaluation différente d'un même état de fait, aucun élément objectif d'aggravation n'étant amené y compris par les rapports d'IRM et radiographiques (TAF pce 7).

E. 9.1

Dans sa décision du 31 mars 2017, l'OAIE a relevé une capacité de travail considérablement restreinte dès le 16 (recte : 18) août 2014, mais a retenu dès le 28 septembre 2015 une capacité de travail recouvrée de 50% dans toutes activités pour le motif d'une amélioration de l'état de santé au 27 septembre 2015. Il a reconnu à A. _____ une rente entière d'invalidité du 1er août 2015 au 31 décembre 2015, suivie à compter du 1er janvier 2016 d'une demi-rente d'invalidité pour un taux d'incapacité de travail de 50% se confondant avec son taux d'invalidité.

E. 9.2

A. _____ conteste la décision de l'OAIE dans la mesure où elle met un terme à la rente entière au 31 décembre 2015 et n'alloue plus qu'une demi-rente à compter du 1er janvier 2016. Il conclut à ce que soit ordonné une expertise médicale judiciaire comprenant les volets rhumatologique et psychiatrique. Il élève le grief que le Dr C. _____ a retenu de sa part une certaine démonstrativité qu'il n'explique pas, faisant preuve d'une partialité flagrante justifiant l'invalidation de l'expertise. Dans le cadre de ce grief de partialité, il relève que l'examineur avait mentionné à tort qu'il travaillait 4 à 5 heures par jour sur son ordinateur au lit alors qu'il ne faisait que de surfer et regarder des films, ceci ne correspondant pas à une activité d'informaticien, et note qu'il a retenu en synthèse 4/5 signes de Waddell alors que 3/5 avaient été relevés à l'examen clinique. Il émet ensuite le grief matériel que l'expertise du SMR n'a absolument pas investigué le volet relatif à son addiction aux opiacés et le volet de sa dépression qui sont pourtant tous deux réactionnels aux très importantes douleurs et à leur durée. Il relève ainsi que le rapport a passé à côté de plusieurs diagnostics psychiatriques dont l'impact sur sa capacité de travail n'a pas du tout été évalué par l'avis médical SMR. Il conclut de ce fait à la nécessité d'une expertise psychiatrique. En troisième lieu, s'agissant de sa capacité de travail résiduelle, il fait valoir que les conclusions quant à l'évaluation de celle-ci du point de vue ostéoarticulaire ne sont pas motivées et partent de prémisses erronées, à savoir que le Dr H. _____ avait retenu en septembre 2015 une capacité de travail de 30-50%, qui était une hypothèse, sur laquelle ce médecin est revenu dans un rapport du 10 février 2017. Il note que l'appréciation ne prend pas en compte ses limitations fonctionnelles dont la nécessité de pouvoir alterner 3 à 4 fois par heure la position assise et debout et qu'après une période assise il doit se coucher 3 à 4 heures pour récupérer. De plus son périmètre de marche est limité à env. 30 min. Pour le cas où le Tribunal confirmerait une capacité de travail résiduelle de 50%, il conteste que celle-ci ne fonde qu'un droit à une demi-rente d'invalidité selon les modalités de calcul de l'invalidité. Il rappelle que son contrat à D. _____ a été résilié au 31 janvier 2017. Faisant valoir une diminution de rendement de 25% et un abattement de 15% sur le revenu d'invalidité d'informaticien (niveau IV) selon l'Enquête suisse sur la structure des salaires (ESS) 2014, il relève que son taux d'invalidité lui donnerait le droit à une rente entière.

E. 9.3

L'OAIE propose le rejet du recours et la confirmation de la décision attaquée. Sa position est fondée sur l'avis du service médical de l'Office AI du canton B. _____. Il fait

principalement valoir que l'expertise du Dr C._____ est complète et plus détaillée que les rapports produits à son encontre, que les opinions contradictoires des médecins traitants ne peuvent remettre en cause une expertise ordonnée par l'administration à moins d'éléments objectivement vérifiables ayant été ignorés dans le cadre de l'expertise suffisamment pertinents pour remettre en cause les conclusions de l'expert. Il indique en conséquence se rallier à l'appréciation du service médical de l'AI qui a relevé qu'il n'existait aucun motif de mettre en oeuvre une instruction complémentaire (TAF pce 7).

E. 10.1

L'examen du bien-fondé d'une rente entière d'invalidité à compter du 1er août 2015 et d'une demi-rente au 1er janvier 2016 demande d'examiner les conditions du droit à la rente à l'ouverture du droit et si le taux d'invalidité du recourant s'est modifié de manière à influencer le droit à celle-ci, en comparant l'état de santé ainsi que la capacité de travail correspondante ayant présidé à l'octroi de la rente entière d'invalidité avec ceux ayant fondé la diminution à une demi-rente à partir du 1er janvier 2016, eu égard à une amélioration de l'état de santé retenue par l'OAIE au 28 septembre 2015 selon son service médical.

E. 10.2

À titre liminaire, il convient d'examiner le grief de partialité de l'expert élevé par le recourant à l'encontre du Dr C._____ du SMR. Si la partialité est confirmée le rapport d'expertise du Dr C._____ ne peut qu'être déclaré non probant.

E. 10.2.1

L'expertise ayant un rôle cardinal en matière d'assurances sociales, on doit se montrer très rigoureux avec la notion d'impartialité (arrêt du TF 8C_62/2019 du 9 août 2019 consid. 5.2). Pour qu'un avis médical puisse être écarté, il est nécessaire qu'il existe des circonstances particulières qui permettent de justifier objectivement les doutes émis quant à l'impartialité ou au bien-fondé de l'évaluation (arrêt du TF 9C_607/2008 du 27 avril 2009 consid. 3.2 et les références). S'agissant de la prévention dont aurait fait preuve l'expert à l'égard de l'assuré, on rappellera que des praticiens passent pour prévenus lorsqu'il existe des circonstances propres à faire naître un doute sur leur impartialité. Dans ce domaine, il s'agit toutefois d'un état intérieur dont la preuve est difficile à rapporter. C'est pourquoi il n'est pas nécessaire de prouver que la prévention est effective pour récuser un expert. Il suffit que les circonstances donnent l'apparence de la prévention et fassent redouter une activité partielle de celui-ci. L'appréciation des circonstances ne peut pas reposer sur les seules impressions de l'expertisé, la méfiance à l'égard de l'expert devant au contraire apparaître comme fondée sur des éléments objectifs (ATF 143 IV 69 consid. 3.2, 132 V 93 consid. 7.1; arrêts du TF 9C_1/2020 du 24 août 2020 consid. 5.1.2, 9C_519/2011 du 5 avril 2012 consid. 3.1). Tant l'organe d'exécution de l'assurance-invalidité que le juge ne peuvent se fonder sur un rapport médical qui, en soi, remplit les exigences en matière de valeur probante lorsqu'il existe des circonstances qui soulèvent des doutes, fondés non pas sur une impression subjective mais une approche objective, quant à l'impartialité et l'indépendance de son auteur (ATF 137 V 210 consid. 6.1.2, 132 V 93 consid. 7.1 et la référence; arrêt du TF 9C_104/2012 du 12 septembre 2012 consid. 3.1). En d'autres termes, il n'est pas admissible de reprendre les conclusions d'une expertise qui a été établie dans des circonstances ébranlant de manière générale la confiance placée dans l'expert.

E. 10.2.2

Le recourant reproche au Dr C._____ d'avoir indiqué dans son rapport qu'il avait exprimé une certaine démonstrativité sans l'expliciter, faisant ainsi preuve d'une partialité flagrante justifiant l'invalidation de l'expertise. Par ailleurs, il relève que l'examineur avait mentionné à tort qu'il travaillait 4 à 5 heures par jour sur son ordinateur au lit alors qu'il ne faisait que de surfer et regarder des films, ceci ne correspondant pas à une activité d'informaticien, et note qu'il a retenu en synthèse 4/5 signes de Waddell alors que 3/5 avaient été relevés à l'examen clinique. Il relève enfin une appréciation inopportune de son rythme nyctéméral décalé. Dans son rapport du 25 juillet 2016 (AI pce 107), le Dr C._____ a indiqué que « l'assuré participe de manière adéquate à l'entretien et à l'examen clinique, mais est un peu démonstratif » (p. 6). Il a relevé dans le corps du rapport 3/5 signes de Waddell, 2/2 signes de Kummel et 7/18 points de Smythe. En synthèse à l'évocation de ces signes, le Dr C._____ a noté que l'assuré présentait « 2 signes de non organicité selon Kummel (...) [et] également 4 (en effet recte 3/5) signes de non organicité selon Waddell sous forme de lombalgies à la pression axiale céphalique, à la rotation du tronc les ceintures bloquées, des troubles sensitifs mal systématisés de l'hémicorps G (...) et une certaine démonstrativité, l'assuré poussant des gémissements, des grognements et des soupirs lors de l'entretien, lorsqu'il se lève, ainsi que lors de l'examen du rachis lombaire » (p. 12). Le Dr C._____ a encore indiqué, évoquant des motifs d'exclusion, que l'assuré « [était] démonstratif » et qu'il ne semblait pas que « l'assuré [avait] une bonne hygiène de vie puisqu'il [avait] décalé son rythme nyctéméral avec son conjoint, ce dernier passant ces nuits à jouer à des jeux électroniques » (p. 13). Enfin, dans le cadre du pronostic, l'examineur a indiqué que « des mesures d'ordre professionnel risquent d'échouer, l'assuré n'étant pas motivé par la reprise d'une activité professionnelle, même légère, et même à temps partiel et étant un peu démonstratif et présentant de nombreux signes de non organicité selon Waddell et Kummel » (p. 14). Si en soi ces formulations hors leur contexte peuvent heurter, on ne saurait y voir objectivement des indices de partialité si l'expert relève en termes neutres un comportement quelque peu démonstratif dès lors qu'il incombe à un expert invité à se prononcer sur la situation d'un assuré présentant un état douloureux de décrire le comportement de celui-ci et de faire des observations y relatives (voir ég. dans ce sens arrêt du TF 9C_624/2019 du 13 janvier 2020 consid. 5). De l'ensemble du rapport, il ne transparait objectivement pas de partialité étant précisé que le Tribunal retient que c'est à tort que le Dr C._____ a indiqué que l'expertisé travaillait à l'ordinateur 4-5 h. par jour en position couchée alors que ce dernier avait indiqué simplement passer 4-5 h. par jour sur son ordinateur au lit. S'agissant de l'appréciation du rythme nyctéméral décalé, il n'apparaît pas que celle-ci exprime autre-chose qu'un constat ne favorisant pas la reprise d'une activité lucrative pendant la journée. En conclusion, la Cour ne retient pas l'existence d'une partialité propre à invalider le rapport d'expertise du Dr C._____ pour les motifs allégués.

E. 10.3

L'examen du droit à la rente n'est pas limité à la deuxième décision portant sur le droit à une demi-rente à compter du 1er janvier 2016 (cf. supra consid. 7.2). A._____ a été en incapacité de travail totale depuis le 18 août 2014 et a subi une pseudarthrose L5-S1 le 12 décembre 2014. Dans un rapport du 8 mai 2015 le Dr F._____ (médecin traitant) a attesté une incapacité totale de travail pour toute activité ne retenant cependant que des limitations d'épargne du dos (rapport non au dossier résumé par le Dr C._____) tandis que le Dr H._____ (chirurgien orthopédiste) attestait dans un rapport du 28 mai 2015 une capacité de travail de 50% (rapport non au dossier résumé par le Dr C._____). Dans un rapport du 26 août 2015, l'Office AI du canton B._____ a conclu à un état de santé non stabilisé,

aucune mesure d'intervention précoce ne pouvant être mise en place (AI pce 94). Un rapport du 28 septembre 2015 du Dr F._____ fait état de douleurs lombaires intenses, indique une aggravation de l'état de santé en août 2014, un pronostic peu favorable, l'impossibilité de maintenir la position assise et debout prolongée, une marche douloureuse, pas de possibilité de travailler. Son rapport retient des limitations fonctionnelles à la station assise et debout prolongée et de mobilité (AI pce 95). Egalement du 28 septembre 2015, un rapport du Dr H._____ fait état d'un pronostic d'amélioration partielle, la prise d'antalgiques, pas de possibilité de maintenir la position assise plus de 30 min. Le rapport note une capacité de travail exigible de 30% dans l'activité habituelle (cf. p. 1), une capacité de travail exigible inférieure à 50% avec restriction de la position assise à 30 min. avec un rendement réduit en raison de la station assise difficile (ch. 1.7/1.9), pas de possibilité de réduire les limitations fonctionnelles par des mesures médicales (ch. 1.8). Il mentionne la possibilité éventuelle de reprendre l'activité professionnelle à « 50% ? » à compter de décembre 2015 (AI pce 98). Il appert de ces rapports médicaux que c'est à juste titre que l'OAIE a reconnu à l'assuré une incapacité de travail déterminante sous l'angle de l'AI dès le 18 août 2014 et une rente d'invalidité à compter du 1er août 2015 compte tenu de la date du dépôt de la demande de prestation (cf. supra consid. 6.2). Toutefois, il n'appert pas du rapport d'expertise du Dr C._____ de détermination quant au taux d'incapacité de travail à retenir au 1er août 2015 bien qu'un taux d'incapacité de travail de 100% puisse, à l'examen du dossier, s'inférer du rapport du 26 août 2015 de l'Office AI du canton B._____ ayant conclu à un état de santé non stabilisé (AI pce 94).

E. 10.4

L'existence d'une amélioration de l'état de santé au 28 septembre 2015 déjà (rapport du Dr H._____ ; AI pce 98), soit plus de 9 mois avant l'examen clinique du Dr C._____ du 5 juillet 2016 qui retient une amélioration, est litigieux, ce d'autant plus que le rapport de clôture d'intervention précoce du 26 août 2015 de l'Office AI du canton B._____ avait conclu à un état de santé non stabilisé (AI pce 94). Dans son rapport, le Dr H._____ rappelle le diagnostic de pseudarthrose L5-S1, indique un pronostic d'amélioration partielle, la prise d'antalgiques, pas de possibilité de maintenir la position assise plus de 30 min. Il note, comme indiqué plus haut, une capacité de travail exigible inférieure à 50% avec restriction de la position assise à 30 min. avec un rendement réduit en raison de la station assise difficile (ch. 1.7), soit une capacité de travail manifestement inférieure à 50%. Il n'indique pas de possibilité de réduire les limitations fonctionnelles par des mesures médicales (ch. 1.8). Enfin, il mentionne la possibilité - éventuelle selon sa formulation avec un point d'interrogation - de reprendre l'activité professionnelle à « 50% ? » à compter de décembre 2015 (AI pce 98). Manifestement, on ne saurait voir à la lecture de ce rapport médical une quelconque amélioration de l'état de santé de l'assuré déterminante du point de vue de l'AI au 28 septembre 2015 par rapport au 1er août 2015 (ouverture du droit à la rente). De plus, le Dr H._____ a exprimé des doutes quant à une capacité de travail recouvrée de 50% dès décembre 2015. C'est manifestement de façon erronée que le Dr C._____ a retenu rétrospectivement, en se référant incorrectement au rapport médical du Dr H._____, une capacité de travail exigible de 50% pour toute activité adaptées aux limitations fonctionnelles retenues. Le Dr H._____ a par ailleurs relevé, dans une lettre du 10 février 2017 adressée au Dr F._____, lettre dont la Dre J._____, médecin SMR, a eu connaissance, que son hypothèse d'une reprise de travail à 50% dès décembre 2015 ne s'était pas vérifiée (TAF pce 1 annexe 3).

E. 10.5

Reste à examiner sur le plan médical si le rapport du Dr C. _____ du 25 juillet 2016 permet de retenir à la date des examens cliniques du 5 juillet 2016 une amélioration de l'état de santé. Une date antérieure ne peut être retenue faute de rapports médicaux ultérieurs à ceux précités des Drs F. _____ et H. _____ du 28 septembre 2015.

E. 10.5.1

Dans son rapport du 25 juillet 2016, le Dr C. _____ retient au vu de l'arthrodèse étendue, des troubles dégénératifs du rachis dorsal, de la tolérance à la position assise qui n'a pas été bonne au cours de l'entretien (la cause d'un long déplacement est évoquée) une incapacité de travail de 50%. Il relève, à l'appui de son appréciation, que l'expertisé a pu effectuer un long trajet en position assise en voiture et en train avant la consultation et qu'il passe un temps important à l'ordinateur en position couchée. Il suggère une reprise de l'activité habituelle à un poste ne nécessitant pas un long trajet pour s'y rendre ou une activité informatique à domicile. Il indique les limitations fonctionnelles de pouvoir alterner 3-4 fois par heure la position assise et debout, voire si possible à sa guise, de ne pas devoir effectuer des ports ou soulèvements réguliers de charges d'un poids de plus de 5 kg, pas de travail en porte-à-faux statique prolongé du tronc, pas d'exposition à des vibrations, pas d'élévation ou abduction de l'épaule gauche à plus de 70°, pas de genuflexion répétée, pas de passage régulier d'escaliers, d'utilisation d'échelles ou escaliers. Le Dr C. _____ relève certes un syndrome de dépendance aux morphiniques mais ledit syndrome n'ayant cependant pas entraîné un trouble irréversible, l'assuré étant tout à fait clair dans ses propos et ne présentant pas de fatigue ou de troubles de la concentration en cours d'examen malgré la plainte de tels troubles.

E. 10.5.2

En soi, il n'apparaît pas a priori des constats précités et de leur appréciation qu'une activité d'informaticien-analyste à 50% permettant d'alterner la position 3-4 fois par heure (cas échéant avec l'usage d'un bureau électrique réglable en hauteur et par périodes de travail successives [une activité exigible de 50% n'implique pas de travailler 4 heures d'affilée par jour]) soit incompatible avec l'état de santé de l'assuré et les limitations énoncées. Cette appréciation relative aux constats début juillet 2016 n'est toutefois en soi pas complète et ne peut sans autre être reportée à fin mars 2017 au vu des rapports médicaux au dossier établis avant la décision attaquée et peu après celle-ci : - Le rapport même du Dr C. _____ du 25 juillet 2016 est uniquement centré sur des problèmes d'ordre rhumatologique. Le Docteur retient dans ce cadre une amélioration de santé au 28 septembre 2015 non documentée (cf. supra), il écarte toute composante de troubles psychiatriques chez l'assuré alors même que le dossier de ce dernier en lien avec la première demande de prestations relève des atteintes d'ordre psychiatrique (fatigue psychique voire dépressive passagère, burnout, terrain dépressif, état dépressif non investigué [AI pces 34.8, 34.9, 34.22, 35.5]). Par ailleurs, le Dr C. _____ relève une dépendance aux morphiniques laquelle apparaît importante à la lecture du dossier (AI pces 34.5, 34.8, 34.9, 34.20, 34.22, 37.12, 48, 63.3). Dans le cadre de la deuxième demande de prestations, cette dépendance et les incidences sur la capacité de travail et de concentration de l'assuré n'ont pas fait l'objet de requêtes d'investigations complémentaires. Le Dr C. _____ a certes relevé à l'occasion de son examen que l'expertisé ne présentait pas de fatigue ou de troubles de la concentration en cours d'examen malgré la plainte de tels troubles en lien avec la prise de morphiniques, mais ce constat, sans investigation connexe dont un entretien avec le médecin traitant de l'assuré, ne saurait être

suffisant. - Le courrier du Dr H. _____ (chirurgien orthopédiste) du 10 février 2017 au Dr F. _____ (médecin traitant) rapporte des douleurs multi-systématisées du rachis au niveau cervical et dorsal associées à des lombalgies. Il constate qu'une reprise éventuelle de travail qui avait été envisagée en décembre 2015 à 50% en tant qu'hypothèse n'a pas eu lieu, relevant que le patient n'arrive pas à reprendre une activité professionnelle. Ce bref rapport n'est certes pas étayé mais le Dr H. _____ est un spécialiste en son domaine. Il ne fait mention ni d'une amélioration ni d'une péjoration de l'état de santé de l'assuré depuis son rapport du 28 septembre 2015. - Le rapport du Dr I. _____ (spécialiste en médecine physique et sportive) du 29 mars 2017 évoque un examen clinique superposable à celui du Dr C. _____. Il fait par contre état de douleurs plus importantes et d'une appréciation de la capacité de travail résiduelle différente. Il comprend un diagnostic de syndrome dépressif qui n'est pas de sa compétence et non confirmé par un rapport émanant d'un psychiatre s'appuyant *lege artis* sur les critères d'un système de classification reconnu tel le CIM ou le DSM (cf. ATF 143 V 418 consid. 6 et 8.1; 141 V 281 consid. 2.1; arrêt du TF 9C_430/2020 du 17 mars 2021 consid. 2.2). Si avec le SMR, il peut être relevé que des troubles psychiatriques n'existaient pas au moment de l'examen du Dr C. _____, il sied de relever que, compte tenu de l'existence passée de troubles psychiatriques non investigués, et de l'existence d'une dépendance réelle aux morphiniques dans le cadre de la première demande de prestations, un examen aurait dû être requis par la Dre J. _____ (onco-hématologue) dans son rapport SMR du 26 juin 2017 en application de l'art. 43 al. 1 LPGA. Certes, à la décharge de ce médecin, la seule mention de l'existence de limitations fonctionnelles liées à une symptomatologie psychique, relevée par un médecin hors le cadre de sa spécialisation, dans un contexte médical prédominé par des affections de nature somatique, ne suffit en principe pas à justifier la mise en oeuvre d'une expertise psychiatrique (cf. ATF 143 V 409 consid. 4.5.3; arrêts du TF 9C_14/2018 du 12 mars 2018 consid. 2.1 et 9C_580/2017 du 16 janvier 2018 consid. 3.1). Toutefois, en l'espèce, les troubles évoqués et la dépendance morphinique demandaient un complément d'investigation (cf. supra consid. 7.8.1). - Le Dr H. _____ (spécialiste en médecine du sport) évoque lui aussi dans son rapport du 21 mars 2017 un examen clinique superposable à celui du Dr C. _____. Or ce médecin, prenant en compte les douleurs de l'assuré et les effets de sa prise importante de morphiniques, ne reconnaît à l'assuré aucune capacité de travail exploitable dans son domaine proche de son domicile, voire même à domicile. Ce rapport met par ailleurs l'accent sur l'incidence des morphiniques qui n'a pas été investiguée. - Le rapport du Dr K. _____ du 3 avril 2017 fait état de constats à l'examen clinique proches de ceux retenus par le Dr C. _____, voire plus favorables. Il confirme à quelques jours des décisions attaquées leur actualité. Ce médecin, expert auprès des tribunaux en France, mandaté par l'assuré, relève en effet une marche équilibrée, régulière non claudicante, une marche sur les pointes et les talons effectuée avec souplesse malgré une certaine appréhension, aucun sautellement n'étant effectué, des appuis monopodaux et bipodaux stables et symétriques. L'accroupissement et l'agenouillement sont indiqués complets et symétriques. L'inspection de la colonne retient une légère attitude scoliotique. À la palpation, il n'est pas relevé de contracture au niveau cervical ni au niveau dorsal haut, mais une contracture paravertébrale de T10 jusqu'au sacrum. Les sacro-iliaques sont indiquées sensibles des deux côtés. À l'examen cervical et lombaire, le médecin retient une raideur modérée respectivement majeure et douloureuse avec sciatalgie bilatérale, plus marquée à gauche. Le Dr K. _____ indique sur la base du dossier et de son examen une consolidation de l'état de santé de l'assuré depuis la fin avril 2016. De son appréciation, il note que l'assuré ne peut plus exercer son activité d'informaticien à D. _____ en raison de

longs déplacements. Par contre, il indique une capacité de travail résiduelle de l'ordre de 30% avec un rendement très modeste en raison de la nécessité pour l'assuré de changer de positions, d'effectuer des arrêts fréquents et en raison des traitements très importants antalgiques. En soi, le rapport paraît effectuer une appréciation différente (plus restrictive) de celle du Dr C._____ sur des constats somatiques plus favorables. Il met par ailleurs en exergue l'incidence de la prise importante d'antalgiques sur la capacité de travail résiduelle.

E. 10.5.3

Il appert de ce qui précède que l'appréciation du Dr C._____ est manifestement sujette à discussion. Elle est contredite par les nombreux rapports médicaux produits par l'assuré de façon à soulever des doutes quant à sa pertinence. En particulier, il n'est pas certain que l'assuré ne présente pas d'atteintes à la santé d'ordre psychiatrique et qu'il ne souffre pas d'effets secondaires importants liés à la prise d'un traitement antalgique important, notamment de morphiniques. Il sied de rappeler qu'une instruction complémentaire doit être requise s'il subsiste des doutes, même minimes, quant au bien-fondé des conclusions d'une expertise médicale versée au dossier par l'assureur (ATF 139 V 225 consid. 5.2, 135 V 465 consid. 4.6, 122 V 157 consid. 1d, 123 V 175 consid. 3d, 125 V 351 consid. 3b ee; arrêt du TF 9C_10/2017 du 27 mars 2017 consid. 5.1) qui n'est manifestement pas probante sur la date retenue d'une amélioration de santé. Pour ces motifs, la décision de l'OAIE ne peut être confirmée.

E. 11.1

Vu ce qui précède, le recours est partiellement admis et les décisions du 31 mars 2017 sont annulées. Le dossier est renvoyé à l'OAIE pour complément d'instruction afin que soient clarifiés l'état de santé du recourant et sa capacité de travail. Il se justifie de renvoyer la cause à l'autorité inférieure pour qu'elle procède aux mesures d'instruction nécessaires en application de l'art. 61 al. 1 PA, bien qu'un renvoi doive rester exceptionnel compte tenu de l'exigence de célérité de la procédure (cf. art. 29 de la Constitution fédérale du 18 avril 1999 de la Confédération suisse [Cst., RS 101]; arrêt du TF 8C_633/2014 du 11 décembre 2014 consid. 2.2). Le Tribunal fédéral a précisé que le renvoi est notamment justifié lorsqu'il s'agit d'enquêter sur une situation médicale qui n'a pas encore fait l'objet d'un examen, respectivement lorsque l'autorité inférieure n'a nullement instruit une question déterminante pour l'examen du droit aux prestations ou lorsqu'un éclaircissement, une précision ou un complément d'expertise s'avèrent nécessaires (ATF 137 V 210 consid. 4.4.1.4; arrêt du TF 8C_633/2014 du 11 décembre 2014 consid. 3.2 et 3.3). En l'espèce, il ressort du dossier que la situation médicale ainsi que les conséquences qui en découlent (limitations fonctionnelles et incapacité de travail) n'ont pas été instruites à satisfaction par l'autorité inférieure qui n'a effectué qu'un examen rhumatologique, raison pour laquelle le renvoi à l'autorité inférieure avec l'instruction de la mise en place d'une expertise polydisciplinaire est justifié.

E. 11.2

Pour sa nouvelle décision, l'autorité inférieure, dans un premier temps, complétera le dossier avec les pièces médicales manquantes (cf. supra consid. 8.1 p. 15 [pièces désignées non au dossier rapportées par le Dr C._____]). Puis, elle mettra en place par le biais de la plateforme d'attribution aléatoire SuisseMed@P (cf. art. 72bis al. 2 RAI; ATF 139 V 349 consid. 5.2.1) une expertise pluridisciplinaire (art. 44 LPG) dans les disciplines de la médecine interne, de l'orthopédie (au lieu de la rhumatologie en raison du status postopératoire du rachis) et de la psychiatrie, ainsi que d'autres disciplines si nécessaire afin

de prendre en considération notamment l'incidence du traitement morphinique suivi, qui devra établir l'état de santé global, son évolution et les incidences sur la capacité de travail et spécialement de concentration de l'intéressé (cf. ATF 139 V 349 consid. 3.3) en particulier depuis le 18 août 2014 jusqu'en août 2015 (ouverture théorique du droit à la rente) et depuis cette date jusqu'à la nouvelle décision à rendre. L'expertise sera complétée d'un examen standard selon les indicateurs (ATF 141 V 281) intégrant la prise en compte du syndrome de dépendance aux morphiniques (cf. ATF 145 V 215; arrêt du TF 8C_245/2019 du 16 septembre 2019 consid. 5). On rappellera qu'il est en dernier ressort du devoir des experts de déterminer la nature des évaluations médicales permettant de répondre au questionnaire qui leur sera soumis dans le cas d'espèce. L'administration requerra expressément une prise de position des experts en consilium quant aux effets des morphiniques sur la capacité de travail de l'assuré et si ce mode thérapeutique est opportun, respectivement s'il ne doit pas être reconsidéré. En cas d'amélioration de l'état de santé et de la capacité de travail depuis août 2015, les experts l'établiront clairement en référence aux rapports médicaux et en application des principes d'évaluation prévalant dans la médecine d'assurance.

E. 11.3

Il sied enfin, dans le cadre de ce renvoi, de préciser que le calcul de l'invalidité de l'assuré devra s'effectuer - sous réserve de nova - selon la méthode dite générale ordinaire (cf. art. 28a al. 1 LAI et 16 LPGa; ATF 132 V 393 consid. 2.1, 129 V 222 consid. 4.1 et 4.2 et 128 V 174 consid. 4a) non en fonction de la comparaison des pourcentages d'activité avant et après invalidité (pour ce dernier mode d'évaluation voir parmi d'autres: arrêt du TF 9C_225/2016 du 14 juillet 2016 consid. 6.2.2; Valterio, Commentaire LAI, art. 28a n° 33.). En effet, la capacité de travail résiduelle de l'assuré, cas échéant, ne pourra se confondre avec son invalidité car l'assuré, dans l'impossibilité de faire de longs trajets assis, comme l'a relevé le Dr C._____, ne pouvait pas reprendre son activité à D._____ à 50% du fait d'une capacité de travail ne pouvant être exploitée que relativement proche de son domicile ou à domicile ; son contrat a par ailleurs été résilié au 31 janvier 2017 pour raison de santé. Aussi, le mode de calcul de l'Office AI du canton B._____ a omis de prendre en compte qu'il n'y a pas d'automatisme dans l'application de la méthode par comparaison de pourcentages, en ce sens que le degré d'incapacité de gain ne correspond pas nécessairement au degré d'incapacité de travail : l'application de cette méthode ne dispense pas l'autorité d'examiner si la capacité de travail médicalement attestée ne doit pas être encore réduite pour tenir compte d'autres facteurs, dont la situation professionnelle et salariale concrète de la personne concernée et son maintien (arrêt du TF 8C_530/2015 du 6 janvier 2016 consid. 6.2; Meyer/Reichmuth, Bundesgesetz über die Invalidenversicherung [IVG], 3e éd. 2014, art. 28a n° 37). Or, l'Office AI du canton B._____ n'a procédé à aucune évaluation à cet égard et ne s'est pas enquis de la possibilité pour l'assuré de travailler à domicile en télétravail et si du télétravail était possible compte tenu de l'activité exercée. Le cas échéant, une réduction supplémentaire ne pouvait être exclue a priori, ce qui aurait pu conduire à la reconnaissance d'un degré d'invalidité supérieur à 50% (cf. arrêt du TF cité 9C_225/2016 consid. 6.2.3). Il conviendra donc d'établir un revenu théorique sans et avec invalidité sur le marché suisse par référence aux données de l'Enquête suisse sur la structure des salaires (ESS) et un calcul de l'invalidité selon la méthode générale. Il sied de relever qu'il peut être attendu d'un assuré sollicitant une rente d'invalidité et en mesure d'obtenir un revenu particulièrement élevé dans le cadre de son activité professionnelle habituelle, malgré l'existence d'une invalidité, d'avoir soit son domicile soit un pied-à-terre proche de son lieu

de travail si cela lui est favorable sur le plan de sa santé, voire nécessaire dans le cadre d'un certain temps de présence au lieu de travail de l'employeur (voir ATF 113 V 22 consid. 4b; arrêt du TF 9C_916/2010 du 20 juin 2011 consid. 3.3). En d'autres termes, le recourant ne saurait faire valoir l'incidence du fait de ne pas être en mesure de trouver un emploi proche de son domicile présentant les mêmes conditions salariales élevées de son précédent emploi car il appartient à l'assuré de prendre toutes mesures utiles pour réduire son dommage (arrêts du TF 9C_661/2016 du 19 avril 2017 consid. 2.3, 8C_771/2011 du 15 novembre 2012 consid. 3).

E. 12

Dans son recours, A. _____ a conclu à titre liminaire sans développement ni motivation à être auditionné. Cette demande n'a pas été rappelée en cours de procédure, en particulier lors de ses derniers courriers. En vertu de l'art. 6 § 1, 1ère phrase, de la Convention européenne des droits de l'homme du 4 novembre 1950 (CEDH, RS 0.101), toute personne a droit à ce que sa cause soit entendue équitablement, publiquement et dans un délai raisonnable, par un tribunal indépendant et impartial, établi par la loi, qui décidera, soit des contestations sur ses droits et obligations de caractère civil, soit du bien-fondé de toute accusation en matière pénale dirigée contre elle. La publicité des débats, selon également l'art. 30 al. 3 de la Constitution fédérale de la Confédération suisse du 18 avril 1999 (Cst., RS 101), vise à assurer un traitement conforme à la loi en rendant l'application de la justice transparente (ATF 142 I 188 consid. 3.1.1, 133 I 106 consid. 8.1). Selon la jurisprudence, l'affaire en cause dans la présente procédure est une demande « civile » au sens de la CEDH à laquelle s'applique l'art. 6 § 1 CEDH (ATF 122 V 47 consid. 2a). On relèvera, dans la mesure d'une demande claire en ce sens, qu'il ne peut être renoncé à des débats publics au motif que la procédure écrite convient mieux pour discuter de question d'ordre médical, même si l'objet du litige porte essentiellement sur la confrontation d'avis spécialisés au sujet de l'état de santé et de l'incapacité de travail d'un assuré en matière d'assurance-invalidité (ATF 136 I 279 consid. 3). Une requête de publicité des débats doit cependant pour être reconnue comme telle être claire, une simple demande d'audition relevant de l'art. 29 al. 2 Cst. ne suffisant pas (cf. ATF 134 I 140 consid. 5.2, 130 II 425 consid. 2.4, 125 V 37 consid. 2, 122 V 47 consid. 3a ; arrêts du TF 8C_722/2019 du 20 février 2020 consid. 2.1, 9C_88/2016 du 12 mai 2016 consid. 1). En l'espèce, la requête n'a pas été présentée au sens d'une demande de publicité des débats garantie par les art. 6 § 1 CEDH et 30 al. 3 Cst. Non développée ni motivée, elle apparaît in casu s'inscrire dans une procédure probatoire au sens de l'art. 57 al. 2 PA en lien avec l'art. 12 PA, laquelle s'inscrit dans le cadre du droit d'être entendu de l'art. 29 al. 2 Cst., lequel ne comprend pas le droit inconditionnel à être entendu oralement (ATF 140 I 68 consid. 9.6.1, 134 I 140 consid. 5.3; arrêt du TF 8C_72/2018 du 13 novembre 2018 consid. 2.2 et les références; Valterio, Commentaire LAI, art. 55 n° 61). Dans ce cadre, il appartient en effet au requérant de démontrer l'intérêt de sa comparution personnelle, à défaut l'autorité est habilitée à ne pas y donner suite (cf. ATF 142 I 188 consid. 3.3.1). Du fait de l'annulation des décisions attaquées et du renvoi de la cause à l'autorité inférieure pour un complément d'instruction en la mise en place d'une expertise polydisciplinaire au sens de l'art. 44 LPGA externe à l'administration et le prononcé d'une nouvelle décision, la conclusion tendant à être auditionné au sens de l'administration des preuves de l'art. 57 al. 2 PA en lien avec l'art. 12 PA est devenue sans objet. En effet, une telle audience ne serait pas en mesure de changer l'issue actuelle de la procédure. Dans ces conditions, il peut être renoncé à l'audition requise, le recourant n'y ayant par ailleurs plus d'intérêt (voir ég. dans ce sens les arrêts du TAF C-4037/2018 du 23 mars 2021 consid. 9.2,

C-5626/2017 du 16 juillet 2019 consid. 9.2 et C-6646/2016 du 20 mars 2019 consid. 6).

E. 13.1

En règle générale, les frais de procédure sont en principe mis à la charge de la partie qui succombe (art. 63 al. 1, 1^{ère} phrase, PA). D'après la jurisprudence, la partie qui a formé recours est réputée avoir obtenu gain de cause lorsque l'affaire est renvoyée à l'administration pour instruction complémentaire et nouvelle décision (ATF 132 V 215 consid. 6.2). Aucun frais de procédure n'est mis à la charge des autorités inférieures (art. 63 al. 2, 1^{ère} phrase, PA). En l'occurrence, il n'y a pas lieu de percevoir de frais de procédure, dès lors que le recourant a obtenu gain de cause par le renvoi de l'affaire à l'OAIE et qu'aucun frais de procédure n'est mis à la charge de l'autorité inférieure. Partant, l'avance de frais versée par le recourant à hauteur de 800.- francs (TAF pces 3 et 5) lui sera restituée dès l'entrée en force du présent arrêt.

E. 13.2

Conformément aux 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), le Tribunal peut allouer à la partie ayant entièrement ou partiellement obtenu gain de cause une indemnité pour les frais indispensables et relativement élevés qui lui ont été occasionnés. Le Tribunal fixe l'indemnité d'office dans le cas où il n'a pas reçu de décomptes (cf. art. 14 al. 2 FITAF; arrêts du TF 2C_730/2017 du 4 avril 2018 consid. 3.4; 2C_422/2011 du 9 janvier 2012 consid. 2) en tenant compte de l'importance et de la difficulté du litige, ainsi que du travail et du temps que le représentant du recourant a dû y consacrer, sans égard à la valeur litigieuse (art. 61 let. g LPGA par analogie). En l'espèce, le recourant a eu gain de cause par le renvoi de l'affaire à l'autorité inférieure. Ce dernier peut ainsi prétendre à une pleine indemnité de dépens. Le recourant ayant agi en s'étant fait représenter par une association de défense d'intérêts de patients et assurés, il lui est alloué une indemnité de dépens tenant compte de la personne de son représentant de 1'800.- francs (cf. arrêt du TF 9C_485/2016 du 21 mars 2017 consid. 3 [tarif horaire de CHF 145.- hors TVA], 8C_682/2012 du 7 mars 2013 consid. 5) non soumise à la TVA (art. 1 al. 2 en relation avec l'art. 8 de la loi fédérale du 12 juin 2009 régissant la taxe sur la valeur ajoutée [LTVA, RS 641.20]) à charge de l'autorité inférieure pour le travail effectué qui a consisté notamment en la rédaction d'un recours substantiel en fait et en droit de 15 pages (TAF pce 2), d'une réplique de 2 pages (TAF pce 10) et de quatre courriers.

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