

# **BVGer C-6071/2020 vom 18. November 2020**

Bundesverwaltungsgericht, 2020-11-18, FR

Quelle: [https://mcp.opencaselaw.ch/entscheid/bvger\\_C-6071\\_2020\\_d20201118](https://mcp.opencaselaw.ch/entscheid/bvger_C-6071_2020_d20201118)

FR: TAF C-6071/2020 du 18 novembre 2020

IT: TAF C-6071/2020 del 18 novembre 2020

## **Regeste**

Droit &agrave; la rente | Assurance-invalidité, droit à la rente (décision du 18 novembre 2020)

## **Erwägungen**

### **E. 1.1**

Sous réserve des exceptions - non réalisées en l'espèce - prévues à l'art. 32 LTAF, le Tribunal de céans 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 PA prises par l'OAIE.

### **E. 1.2**

Le Tribunal administratif fédéral examine d'office et avec une pleine cognition sa compétence et les conditions de recevabilité des recours qui lui sont soumis (art. 7 PA ; ATAF 2016/15 consid. 1 ; 2014/4 consid. 1.2). La procédure devant le Tribunal administratif fédéral est en principe régie par la PA (art. 37 LTAF), sous réserve des dispositions particulières de la loi fédérale du 6 octobre 2000 sur la partie générale du droit des assurances-sociales (LPGA, RS 830.1 ; art. 3 let. dbis PA). Selon les principes généraux du droit intertemporel, les règles de procédure précitées s'appliquent dans leur version en vigueur ce jour (ATF 130 V 1 consid. 3.2).

### **E. 1.3**

Par ailleurs, il sied de préciser que l'office AI du secteur d'activité dans lequel le frontalier exerce une activité lucrative est compétent pour enregistrer et examiner les demandes présentées par les frontaliers. Cette règle s'applique également aux anciens frontaliers pour autant que leur domicile habituel se trouve encore dans la zone frontière au moment du dépôt de la demande et que l'atteinte à la santé remonte à l'époque de leur activité en tant que frontalier. L'OAIE notifie les décisions (art. 40 al. 2 du règlement du 17 janvier 1961 sur l'assurance invalidité [RAI, RS 831.201]). En l'occurrence, domicilié en France voisine et ayant travaillé en Suisse avant son incapacité de travail (cf. ci-dessus, let. A), le recourant doit être qualifié de frontalier, si bien que c'est à bon droit que la procédure d'instruction de la demande de prestations AI a été menée par l'OAI-B.\_\_\_\_\_ et la décision litigieuse notifiée par l'OAIE.

### **E. 1.4**

Dans la mesure où le recourant est directement touché par la décision attaquée et a un intérêt digne d'être protégé à ce qu'elle soit annulée ou modifiée, il a qualité pour recourir (art. 59 LPGA). Déposé en temps utile et dans les formes requises par la loi (art. 60 al. 1

LPGA et 52 al. 1 PA), et l'avance sur les frais de procédure ayant été dûment acquittée (art. 63 al. 4 PA ; TAF pce 4), le recours est recevable.

## **E. 2**

Le présent litige porte sur le bien-fondé de la décision du 18 novembre 2020, par laquelle l'OAIE a rejeté la demande de prestations du 21 mars 2019, au motif que le recourant peut exercer son activité habituelle ainsi que toute activité lucrative légère, exceptée une période d'incapacité de travail temporaire du 10 octobre 2018 au 28 novembre 2018.

## **E. 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 ; ATAF 2013/46 consid. 3.2), ni par l'argumentation juridique développée dans la décision entreprise (Pierre Moor / Etienne Poltier, *Droit administratif*, vol. II, 3e éd. 2011, no 2.2.6.5 ; Benoît Bovay, *Procédure administrative*, 2e éd. 2015, p. 243). L'autorité saisie se limite en principe aux griefs soulevés et n'examine les questions de droit non invoquées que dans la mesure où les arguments des parties ou le dossier l'y incitent (ATF 122 V 157 consid. 1a ; 121 V 204 consid. 6c ; André Moser / Michael Beusch / Lorenz Kneubühler / Martin Kayser, *Prozessieren vor dem Bundesverwaltungsgericht*, 3e éd. 2022, p. 29 no 1.55).

### **E. 4.1**

Selon les principes généraux du droit intertemporel, le droit matériel applicable est en principe celui en vigueur lors de la réalisation de l'état de fait qui doit être apprécié juridiquement ou qui a des conséquences juridiques, sous réserve de dispositions particulières du droit transitoire (ATF 146 V 364 consid. 7.1 ; 144 V 210 consid. 4.3.1 ; 143 V 446 consid. 3.3 ; 136 V 24 consid. 4.3 ; 132 V 215 consid. 3.1.1). Dès lors, la présente cause doit être examinée à l'aune des dispositions en vigueur dans leur teneur jusqu'au 18 novembre 2020, date de la décision litigieuse, qui marque la limite dans le temps du pouvoir d'examen de l'autorité de recours. 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 RAI (RO 2021 706), entrées en vigueur le 1er janvier 2022, ne sont pas applicables en l'espèce.

### **E. 4.2**

Le juge des assurances sociales apprécie la légalité des décisions attaquées, en règle générale, d'après l'état de fait existant jusqu'au moment où la décision litigieuse a été rendue (en l'espèce, le 18 novembre 2020). Les faits survenus postérieurement, et qui ont modifié cette situation, doivent en principe faire l'objet d'une nouvelle décision administrative (ATF 144 V 210 consid. 4.3.1 ; 130 V 138 consid. 2.1 ; 121 V 362 consid. 1b). Le Tribunal ne peut ainsi 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 130 V 445 consid. 1.2.1, 121 V 362 consid. 1b) 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). Aussi, le Tribunal ne tiendra compte des rapports médicaux postérieurs au 18 novembre 2020 (cf. ci-dessus, let. C.c s.) que dans la mesure où les conditions précitées sont remplies.

### **E. 4.3**

Le requérant étant un ressortissant français, domicilié en France, ayant travaillé en Suisse et demandant l'octroi de prestations AI suisses, l'affaire présente un aspect transfrontalier (ATF 145 V 231 consid. 7.1 ; 143 V 354 consid. 4 ; 143 V 81 en particulier consid. 8.1 ; 141 V 521 consid. 4.3.2). Est 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), dont l'annexe II règle la coordination des systèmes de sécurité sociale (art. 8 ALPC). Dans ce contexte, l'ALCP fait référence depuis le 1er avril 2012 au règlement (CE) n° 883/2004 du Parlement européen et du Conseil du 29 avril 2004 portant sur la coordination des systèmes de sécurité sociale (ci-après : règlement n° 883/2004 [RS 0.831.109.268.1]), ainsi qu'au règlement (CE) n° 987/2009 du Parlement européen et du Conseil du 16 septembre 2009 fixant les modalités d'application du règlement (CE) n° 883/2004 (ci-après : règlement n° 987/2009 [RS 0.831.109.268.11] ; art. 1 al. 1 de l'annexe II en relation avec la section A de l'annexe II). A compter du 1er janvier 2015, sont également applicables dans les relations entre la Suisse et les Etats membres de l'Union européenne (UE) les modifications apportées notamment au règlement n° 883/2004 par les règlements (UE) n° 1244/2010 (RO 2015 343), n° 465/2012 (RO 2015 345) et n° 1224/2012 (RO 2015 353). Il sied de souligner que l'octroi d'une rente étrangère d'invalidité ne préjuge toutefois pas l'appréciation de l'invalidité selon la loi suisse (arrêt du TF I 435/02 du 4 février 2003 consid. 2). Aussi, même après l'entrée en vigueur de l'ALCP et des règlements de coordination, l'invalidité ouvrant droit à des prestations de l'AI suisse se détermine exclusivement d'après le droit suisse (art. 46 al. 3 du règlement n° 883/2004, en relation avec l'annexe VII dudit règlement ; ATF 130 V 253 consid. 2.4 ; arrêt du TF 9C\_573/2012 du 16 janvier 2013 consid. 4).

## **E. 5**

Tout requérant, pour avoir droit à une rente ordinaire de l'assurance-invalidité suisse, doit remplir cumulativement les conditions suivantes : d'une part être invalide au sens de la LPGA et de la LAI (art. 8 LPGA ; art. 4, 28 et 29 al. 1 LAI) ; d'autre part compter au moins trois années entières de cotisations lors de la survenance de l'invalidité (art. 36 al. 1 LAI). Dans ce cadre, les cotisations versées à une assurance sociale assimilée à un Etat membre de l'UE ou de l'Association européenne de libre-échange (AELE) peuvent également être prises en considération, à condition qu'une année au moins de cotisations puisse être comptabilisée en Suisse (art. 36 al. 2 LAI en lien avec l'art. 29 al. 1 de la loi fédérale du 20 décembre 1946 sur l'assurance-vieillesse et survivants [LAVS, RS 831.10] ; ATF 131 V 390 ; FF 2005 4215 p. 4291 ; art. 6 et 45 du règlement n° 883/2004). En l'espèce, le requérant a versé des cotisations à l'AVS/AI suisse pendant plus de trois ans au total et remplit par conséquent la condition de la durée minimale de cotisations (cf. ci-dessus, let. A). Reste à examiner s'il est invalide au sens de la législation suisse.

### **E. 6.1**

L'invalidité au sens de la LPGA et de la LAI est l'incapacité de gain totale ou partielle qui est présumée permanente ou de longue durée (art. 8 al. 1 LPGA). Elle peut résulter d'une infirmité congénitale, d'une maladie ou d'un accident (art. 4 al. 1 LAI) et est réputée survenue dès qu'elle est, par sa nature et sa gravité, propre à ouvrir droit aux prestations entrant en considération (art. 4 al. 2 LAI). Selon l'art. 7 al. 1 LPGA, est réputée incapacité de gain toute diminution de l'ensemble ou d'une partie des possibilités de gain de la personne assurée sur un marché du travail équilibré dans son domaine d'activité, si cette diminution résulte d'une atteinte à sa santé physique, mentale ou psychique et qu'elle persiste après les traitements et les mesures de réadaptation exigibles. Par incapacité de

travail, on entend toute perte, totale ou partielle, résultant d'une atteinte à la santé physique, mentale ou psychique, de l'aptitude de la personne assurée à accomplir dans sa profession ou son domaine d'activité le travail qui peut raisonnablement être exigé d'elle (art. 6, 1<sup>ère</sup> phrase LPGGA). L'AI suisse couvre ainsi seulement les pertes économiques liées à une atteinte à la santé physique ou psychique, et non la maladie en tant que telle (ATF 116 V 246 consid. 1b). En d'autres termes, l'objet assuré n'est pas l'atteinte à la santé, mais l'incapacité de gain probablement permanente ou de longue durée qui en résulte et qui n'est pas objectivement surmontable (art. 7 al. 2 LPGGA). En cas d'incapacité de travail de longue durée, l'activité qui peut être exigée de la personne assurée peut aussi relever d'une autre profession ou d'un autre domaine d'activité (art. 6, 2<sup>e</sup> phrase LPGGA).

### **E. 6.2**

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

### **E. 6.3**

Aux termes de l'art. 28 al. 2 LAI, 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.

### **E. 6.4**

L'évaluation du taux d'invalidité se fait principalement sur la base de trois méthodes : la méthode ordinaire de comparaison des revenus, la méthode spécifique et la méthode mixte. Leur application dépend du statut du bénéficiaire potentiel de la rente. Il faut se demander ce que la personne assurée aurait fait si l'atteinte à la santé n'était pas survenue (voir notamment arrêts du TF 9C\_279/2018 du 28 juin 2018 consid. 2.2 ; 9C\_552/2016 du 9 mars 2017 consid. 4.2 ; 9C\_875/2015 du 11 mars 2016 consid. 6.2). S'agissant d'une personne exerçant une activité lucrative à temps complet, le taux d'invalidité est fixé d'après la méthode ordinaire de comparaison des revenus. Conformément à l'art. 16 LPGGA, applicable par le renvoi de l'art. 28a al. 1 LAI, le revenu que la personne assurée aurait pu obtenir si elle n'était pas invalide (revenu sans invalidité) est comparé avec celui qu'elle pourrait obtenir en exerçant l'activité qui peut être raisonnablement exigée d'elle après les traitements et les mesures de réadaptation, sur un marché du travail équilibré (revenu d'invalide). La différence entre ces deux revenus permet de calculer le taux d'invalidité (cf. notamment ATF 137 V 334 consid. 3.1.1 ; arrêt du TF 8C\_536/2017 du 5 mars 2018 consid. 5.1).

### **E. 6.5**

Selon l'art. 29 al. 1 LAI, le droit à la rente prend naissance au plus tôt à l'échéance d'une période de six mois à compter de la date à laquelle l'assuré a fait valoir son droit aux prestations conformément à l'art. 29 al. 1 LPGGA, mais pas avant le mois qui suit le 18<sup>e</sup> anniversaire de l'assuré.

### **E. 7.1**

La procédure dans le domaine des assurances sociales fait prévaloir la maxime inquisitoire (art. 43 LPGA ; ATF 138 V 218 consid. 6). Ainsi, le Tribunal administratif fédéral définit les faits et apprécie les preuves d'office et librement (art. 12 PA ; Moor / Poltier, op. cit., no 2.2.6.3). Ce faisant, il ne tient pour existants que les faits qui sont prouvés, cas échéant au degré de la vraisemblance prépondérante (ATF 139 V 176 consid. 5.2 ; 138 V 218 consid. 6). Il ne suffit pas qu'un fait puisse être considéré seulement comme une hypothèse possible ; la vraisemblance prépondérante suppose que, d'un point de vue objectif, des motifs importants plaident pour l'exactitude d'une allégation, sans que d'autres possibilités ne revêtent une importance significative ou n'entrent raisonnablement en considération (ATF 144 V 427 consid. 3.2 ; 139 V 176 consid. 5.3 ; 138 V 218 consid. 6). Partant, l'autorité ne peut renoncer à accomplir des actes d'instruction que si elle est convaincue, au terme d'une appréciation consciencieuse des preuves (ATF 125 V 351 consid. 3a), que certains faits présentent un degré de vraisemblance prépondérante et que d'autres mesures probatoires ne pourraient plus modifier cette appréciation (sur l'appréciation anticipée des preuves : ATF 131 I 153 consid. 3 ; 130 II 425 consid. 2).

## **E. 7.2**

Pour pouvoir déterminer la capacité de travail médico-théorique et évaluer l'invalidité de la personne concernée, l'administration, ou le tribunal en cas de recours, a besoin de documents que le médecin ou éventuellement d'autres spécialistes doivent lui fournir (ATF 117 V 282 consid. 4a) et sur lesquels elle s'appuiera, sous peine de violer le principe inquisitoire (arrêt du TF 8C\_623/2012 du 6 décembre 2012 consid. 1). Le Tribunal fédéral a jugé que les données fournies par les médecins constituent un élément utile pour apprécier les conséquences fonctionnelles de l'atteinte à la santé, quand bien même la notion d'invalidité est de nature économique/juridique et non médicale. Précisément, la tâche des médecins consiste à porter un jugement sur l'état de santé et à indiquer dans quelle mesure et pour quelles activités la personne concernée est incapable de travailler, compte tenu de ses limitations (ATF 143 V 418 consid. 6 ; 132 V 93 consid. 4 ; 125 V 256 consid. 4 ; 115 V 133 consid. 2 ; 114 V 310 consid. 3c ; 105 V 156 consid. 1 ; voir également ATF 140 V 193 consid. 3.2 et les références citées). Dans ce contexte, on rappellera qu'il n'appartient pas au juge de remettre en cause le diagnostic retenu par un médecin et de poser de son propre chef des conclusions qui relèvent de la science et des tâches du corps médical (arrêt du TF 9C\_719/2016 du 1er mai 2017 consid. 5.2.1).

## **E. 7.3**

Le principe de la libre appréciation des preuves s'applique de manière générale à toute procédure de nature administrative, que ce soit devant l'administration ou le juge. Si elle n'a jamais entendu créer une hiérarchie rigide entre les différents moyens de preuve disponibles, la jurisprudence a toutefois posé des lignes directrices en matière d'appréciation des rapports médicaux (ATF 125 V 351 consid. 3b et 3c).

### **E. 7.3.1**

Ainsi, 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. A cet égard, l'élément déterminant pour reconnaître pleine valeur probante à un rapport médical n'est ni son origine, ni sa désignation, mais son contenu. Avant de conférer pleine valeur probante à un rapport médical, il convient donc de s'assurer que les points litigieux importants ont fait

l'objet d'une étude circonstanciée, que le rapport se fonde sur des examens complets, qu'il prend également en considération les plaintes exprimées par la personne examinée, qu'il a été établi en pleine connaissance de l'anamnèse, que la description du contexte médical et l'appréciation de la situation médicale sont claires et enfin que les conclusions du médecin sont dûment motivées (ATF 134 V 231 consid. 5.1 ; 125 V 351 consid. 3a). La valeur probante d'un rapport médical ou d'une expertise est de plus liée à la condition que le médecin qui se prononce dispose de la formation spécialisée nécessaire et de compétences professionnelles dans le domaine d'investigation (arrêts du TF 9C\_555/2017 du 22 novembre 2017 consid. 3.1 et les références citées ; 9C\_745/2010 du 30 mars 2011 consid. 3.2 ; 9C\_59/2010 du 11 juin 2010 consid. 4.1 ; Michel Valterio, Commentaire, Loi fédérale sur l'assurance-invalidité [LAI], 2018, ad art. 57 n° 33).

### **E. 7.3.2**

Il n'est pas interdit à l'administration et aux tribunaux de se fonder uniquement ou principalement sur les prises de position des SMR au sens de l'art. 49 al. 1 et 3 RAI ou du service médical interne de l'OAIE qui ne se fondent pas sur des examens médicaux effectués sur la personne de l'assuré (arrêts du TF 9C\_542/2011 du 26 janvier 2012 consid. 4.1 ; 9C\_581/2007 du 14 juillet 2008 consid. 3.2 ; 9C\_341/2007 du 16 novembre 2007 consid. 4.1). Ces prises de position ont notamment pour but de résumer et de porter une appréciation sur la situation médicale de la personne concernée, ainsi que de faire une recommandation, sous l'angle médical, concernant la suite à donner à la demande de prestations. Ceci implique aussi, en présence de pièces médicales contradictoires, de dire de façon motivée s'il y a lieu de se fonder sur l'une ou l'autre de ces pièces (ATF 137 V 210 consid. 6.2.4; Valterio, op. cit., ad art. 57 n° 43) ou s'il y a lieu de procéder à une instruction complémentaire (ATF 142 V 58 consid. 5.1). Pour avoir valeur probante, ces rapports présupposent donc que le dossier ayant servi de base à leur établissement soit complet (anamnèse, évolution de l'état de santé et status actuel), contienne suffisamment d'appréciations médicales résultant d'un examen personnel de l'assuré et permette l'appréciation d'un état de fait médical stabilisé et non contesté, établi de manière concordante par les médecins (ATF 142 V 58 consid. 5.1 ; 137 V 210 consid. 6.2.4 ; arrêts du TF 9C\_165/2015 du 12 novembre 2015 consid. 4.3 ; 9C\_58/2011 du 25 mars 2011 consid. 3.3 ; 8C\_565/2008 du 27 janvier 2009 consid. 3.3.3 ; 9C\_335/2015 du 1er septembre 2015 ; arrêt du TAF C 2843/2016 du 30 mai 2018 consid. 8.2 ; Valterio, op. cit., ad art. 57 LAI n° 43). Si les pièces au dossier ne permettent pas de trancher les questions contestées, les prises de position médicales internes de l'assureur ne peuvent pas, en règle générale, constituer une évaluation finale, mais doivent donner lieu à une instruction complémentaire (arrêts du TF 9C\_165/2015 du 12 novembre 2015 consid. 4.3; 9C\_58/2011 du 25 mars 2011 consid. 3.3; arrêt du TAF C 2843/2016 du 30 mai 2018 consid. 8.2).

### **E. 7.3.3**

S'agissant des rapports établis par les médecins traitants, qu'ils soient médecins de famille généralistes ou spécialistes, il convient de les apprécier avec une certaine réserve en raison de la relation de confiance, issue du mandat thérapeutique confié au médecin traitant, qui unit celui-ci à son patient (ATF 125 V 351 consid. 3b/cc et les références citées ; arrêt du TF I 655/05 du 20 mars 2006 consid. 5.4). Toutefois, le simple fait qu'un rapport médical soit établi à la demande d'une partie et soit produit pendant la procédure ne justifie pas en soi des doutes quant à sa valeur probante (arrêt du TF 8C\_278/2011 du 26 juillet 2011 consid. 5.3) ; ainsi, on en retiendra des éléments, notamment si ceux-ci, objectivement

vérifiables, ont été ignorés dans le cadre d'une expertise indépendante et s'avèrent suffisamment pertinents pour remettre en cause les conclusions de l'expert (ATF 125 V 351 consid. 3b/dd et les références citées ; arrêts du TF 9C\_338/2016 du 21 février 2017, publié in : Droit des assurances sociales Jurisprudence [SVR] 2017 IV n° 49 consid. 5.5 ; 9C\_876/2009 du 6 juillet 2010 consid. 2.2 ; 9C\_24/2008 du 27 mai 2008 consid. 2.3.2 ; 9C\_201/2007 du 29 janvier 2008 consid. 3.2 ; Valterio, op. cit., ad. art. 57 LAI nos 48 et 49).

#### **E. 7.3.4**

Cela étant, la jurisprudence a établi des directives sur l'appréciation de certaines formes de rapports ou d'expertises médicaux (ATF 125 V 351 consid. 3b ; cf. également arrêt du TF 9C\_55/2016 du 14 juillet 2016 consid. 3). Ainsi, le juge ne s'écarter en principe pas sans motifs impérieux (« zwingende Gründe ») des conclusions d'une expertise judiciaire, la tâche de l'expert étant précisément de mettre ses connaissances spéciales à la disposition de la justice afin de l'éclairer sur les aspects médicaux d'un état de fait donné (ATF 135 V 465 consid. 4.4 ; 125 V 351 consid. 3b/aa ; 118 Ia 144). Lorsqu'une appréciation repose sur une évaluation médicale complète, il appartient partant à la partie recourante, si elle entend remettre en cause l'évaluation d'un expert, de faire état d'éléments objectivement vérifiables ignorés dans le cadre de l'expertise et suffisamment pertinents pour en remettre en cause les conclusions ou en établir le caractère objectivement incomplet (arrêt du TF 9C\_809/2014 du 7 juillet 2015 consid. 4.1). Selon la jurisprudence, peut constituer une raison de s'écarter d'une expertise judiciaire le fait que celle-ci contient des contradictions, ou qu'une surexpertise ordonnée par le tribunal en infirme les conclusions de manière convaincante. En outre, lorsque d'autres spécialistes émettent des opinions contraires aptes à mettre sérieusement en doute la pertinence des déductions de l'expert, on ne peut exclure, selon les cas, une interprétation divergente des conclusions de ce dernier par le juge ou, au besoin, une instruction complémentaire sous la forme d'une nouvelle expertise médicale (ATF 125 V 352 consid. 3b/aa et les références).

#### **E. 7.3.5**

En ce qui concerne les expertises psychiatriques, depuis l'ATF 143 V 418 consid. 6 s., en règle générale, toutes les affections psychiques doivent faire l'objet d'une procédure probatoire structurée au sens de l'ATF 141 V 281 afin d'établir l'existence d'une incapacité de travail et de gain invalidante. Le point de départ de cet examen, et donc sa condition première, nécessaire à la reconnaissance de l'existence d'une atteinte à la santé psychique, est l'existence d'un diagnostic émanant d'un médecin psychiatre s'appuyant lege artis sur les critères d'un système de classification reconnu, tel la CIM-10 ou le DSM (ATF 141 V 281 consid. 2.1, 143 V 418 consid. 6 et 8.1). Puis, afin d'évaluer la capacité de travail et le caractère invalidant des affections retenues, le Tribunal fédéral a conçu un catalogue d'indicateurs, base de l'analyse (ATF 141 V 281 consid. 4.1.3). Bien plus que le diagnostic, c'est la question des effets fonctionnels d'un trouble qui importe. Toutefois, une telle évaluation est superflue lorsque l'incapacité de travail est niée sur la base de rapports probants établis par des médecins spécialistes et que d'éventuelles appréciations contraires n'ont pas de valeur probante du fait qu'elles proviennent de médecins n'ayant pas une qualification spécialisée ou pour d'autres raisons (ATF 143 V 418 consid. 7.1 in fine; 143 V 409 consid. 4.5 et 5.1; Valterio, op. cit., ad art. 4 no 22). Dans l'ATF 148 V 49, le Tribunal fédéral a précisé qu'un trouble dépressif de degré léger à moyen sans interférence notable avec des comorbidités psychiatriques ne peut généralement pas être défini comme une

maladie mentale grave. S'il existe en outre un potentiel thérapeutique significatif, le caractère durable de l'atteinte à la santé est notamment remis en question. Dans ce cas, il doit exister des motifs importants pour que l'on puisse néanmoins conclure à une maladie invalidante.

## **E. 8**

En l'occurrence, il s'agit d'examiner si l'on peut accorder pleine valeur probante aux rapports d'expertise des Drs E. \_\_\_\_\_ et F. \_\_\_\_\_, sur la base desquels l'autorité précédente a rendu sa décision.

### **E. 8.1.1**

Dans son rapport d'expertise du 8 juillet 2020 (AI pce 50), le Dr F. \_\_\_\_\_ indique avoir examiné le recourant en date du 30 juin 2020 durant 1 heure et 30 minutes (AI pce 50 p. 1 et 3). Le psychiatre énumère et synthétise les différentes pièces médicales mises à sa disposition par l'OAI-B. \_\_\_\_\_. Procédant à l'anamnèse du recourant, le psychiatre fait notamment état d'un patient qui a eu de bons rapports avec ses parents - son père étant décédé en 2008 - et ne signale pas de problèmes durant l'enfance et l'adolescence. En ce qui concerne l'anamnèse professionnelle, le psychiatre indique que, depuis le 22 mai 2018 une incapacité de travail pour raison psychiatrique a été attestée par le Dr D. \_\_\_\_\_.

### **E. 8.1.2**

En ce qui concerne les plaintes de l'assuré, ce dernier met en avant ses problèmes psychiatriques, affirmant n'avoir plus de volonté (« keinen Willen » ; AI pce 50 p. 9), se sentir constamment fatigué et ne pas éprouver de joie, d'intérêt et de plaisir, mises à part les promenades avec son chien, qui lui procurent du plaisir. Par ailleurs, le Dr F. \_\_\_\_\_ indique que le recourant n'a pas d'idées suicidaires concrètes et qu'il n'a jamais fait de tentatives de suicide. En ce qui concerne le sommeil, l'expertisé dit se réveiller régulièrement durant la nuit. L'intéressé indique aussi oublier des choses, avoir un mauvais appétit et réfléchir souvent sur sa situation actuelle et future. Par ailleurs, le recourant dit avoir peur des hauteurs et ne pas avoir d'hallucinations.

### **E. 8.1.3**

Pour ce qui est du déroulement de la journée, le recourant se lève entre 8 et 9 heures, ne prend pas régulièrement son petit-déjeuner, et prend parfois son déjeuner ou son dîner, sous forme de plats préparés. Par ailleurs, l'intéressé peut s'occuper seul de son ménage ainsi que de ses tâches administratives. Il ressort aussi du rapport d'expertise que le recourant a un chien, avec lequel il fait des promenades une à deux fois par jour pendant une à deux heures. Le Dr F. \_\_\_\_\_ indique aussi que le recourant s'est rendu en voiture, le (...) 2020, à l'anniversaire de ses filles jumelles à (...), en parcourant environ 300 km (AI pce 50 p. 10). En ce qui concerne son cercle d'amis, il ressort du rapport d'expertise que l'intéressé voit régulièrement un collègue qui passe lui rendre visite. Avec son ex-femme, l'expertisé a gardé de bons contacts.

### **E. 8.1.4**

En ce qui concerne la thérapie, le Dr F. \_\_\_\_\_ indique que le recourant voit, depuis mai 2018, un psychiatre une fois par mois. De plus, l'expert souligne que l'intéressé n'a jamais été hospitalisé pour raisons psychiatriques (AI pce 50 p. 11).

### **E. 8.1.5**

Objectivement, l'expert fait état d'un patient qui s'est présenté à l'heure du rendez-vous, orienté, soigné, avec un faciès montrant une dépression moyenne, une fatigue, mais pas de manque de vitalité. Sur le plan psychomoteur, le Dr F.\_\_\_\_\_ signale l'absence de ralentissement et d'agitation, malgré la présence d'une certaine tension. L'expert fait également état d'expressions faciales et de gestes légèrement réduits, d'un contact visuel adéquat et paraissant fatigué, ainsi que d'une humeur générale moyennement dépressive (AI pce 50 p. 12 s.).

#### **E. 8.1.6**

Sur la base de l'anamnèse, de son examen et de ses constatations cliniques et des pièces médicales à sa disposition, le Dr F.\_\_\_\_\_ retient le diagnostic - sans répercussion sur la capacité de travail - d'épisode dépressif moyen (F32.1 CIM-10 ; AI pce 50 p. 13). Pour justifier ce diagnostic, l'expert psychiatre explique notamment ne pas pouvoir retenir de troubles de la personnalité, le recourant ayant notamment eu de bonnes relations avec ses parents, était bien intégré à l'école et dans le monde du travail et s'est montré coopératif, poli et gentil tout au long de l'expertise (AI pce 50 p. 14). Le Dr F.\_\_\_\_\_ indique que le patient remplit les critères d'un épisode dépressif selon la CIM-10 (cf. Classification statistique internationale des maladies et des problèmes de santé connexes, Organisation mondiale de la Santé, vol. I, 2008), compte tenu d'une diminution de l'élan vital, une fatigue diurne et une perte de joie, d'intérêt et de plaisir (AI pce 50 p. 15). Par ailleurs, le Dr F.\_\_\_\_\_ met en exergue le fait que le recourant accomplit les activités de la vie de tous les jours, notamment l'entretien du logement, les emplettes et les tâches administratives, et est en mesure de conduire une voiture, ce qu'il a fait pour se rendre à (...) en 2020, en parcourant presque 300 km. Et le psychiatre d'affirmer que de telles activités ne sont pas compatibles avec le diagnostic d'épisode dépressif sévère (AI pce 50 p. 15).

#### **E. 8.1.7**

Le Dr F.\_\_\_\_\_ ajoute que le traitement psychiatrique et médicamenteux est insuffisant, étant précisé qu'une consultation psychiatrique à raison d'une fois par mois est incompatible avec un épisode dépressif significatif. Compte tenu de ce qui précède, l'expert psychiatre ne se rallie pas à l'avis du Dr D.\_\_\_\_\_, qui a retenu, dans son rapport du 29 avril 2019 notamment (AI pce 12), une dépression majeure (F32.2 CIM-10). Le Dr F.\_\_\_\_\_ affirme en particulier que ce rapport médical, rempli de manière rudimentaire et ne contenant pas de status psychique objectif (AI pce 50 p. 18), ne permet de tirer aucune conclusion. Aussi, l'expert psychiatre ne retient pas de trouble psychique chronique et durable et résistant à la thérapie, en l'absence notamment de troubles de la personnalité (AI pce 50 p. 20).

#### **E. 8.1.8**

Au sujet des ressources de l'expertisé, le Dr F.\_\_\_\_\_ souligne en particulier que l'âge de l'assuré peut certes être un obstacle à sa réinsertion professionnelle (AI pce 51 p. 50), tout en rappelant qu'un tel obstacle n'est pas dû à une affection psychiatrique. Par ailleurs, le psychiatre met en exergue le fait que l'assuré estime ne pas être en mesure de travailler, alors qu'il dit pouvoir effectuer des activités de la vie de tous les jours. De surcroît, le Dr F.\_\_\_\_\_ relève une autre incohérence dans les propos de l'expertisé, lorsque ce dernier a, dans un premier temps, affirmé prendre régulièrement les quatre médicaments psychotropes qui lui ont été prescrits, alors que, par la suite, il a dit ne pas prendre ces médicaments de manière régulière (AI pce 51 p. 51). Par ailleurs, le Dr F.\_\_\_\_\_ met en relief le fait que la prise de médicaments psychotropes irrégulière démontre l'absence de compliance

médicamenteuse. Le Dr F. \_\_\_\_\_ indique également que la symptomatologie dépressive se serait améliorée, voire serait même guérie, avec des consultations plus fréquentes chez le psychiatre et une meilleure compliance médicamenteuse (AI pce 51 p. 53).

#### **E. 8.1.9**

En conclusion, le Dr F. \_\_\_\_\_ ne retient aucune incapacité de travail au niveau psychiatrique, le recourant pouvant exercer son activité lucrative habituelle à 100 % (OAIE pce 50 p. 20).

#### **E. 8.2.1**

Dans son rapport d'expertise du 3 août 2020 (AI pce 51), le Dr E. \_\_\_\_\_ indique avoir examiné le recourant en date du 16 juillet 2020 durant deux heures (AI pce 51 p. 4). Le rhumatologue énumère, synthétise et commente les différentes pièces médicales mises à sa disposition, y compris le dossier radiologique.

#### **E. 8.2.2**

L'expert s'intéresse ensuite aux plaintes exprimées par l'assuré, qui met au premier plan son affection psychiatrique (AI pce 51 p.17) et qui mentionne, au niveau somatique, des douleurs au dos, aux cervicales et à la tête, en lien avec un accident subi le 19 juillet 1989 (chute d'une hauteur de 4 mètres). De surcroît, le Dr E. \_\_\_\_\_ indique que l'expertisé peut marcher 60 minutes environ et qu'il peut rester assis 45 minutes environ, avant qu'il ne perçoive des douleurs. En outre, lors de l'expertise, le recourant s'est plaint de douleurs au genou gauche perdurant depuis au moins 10 ans (AI pce 51 p. 19), en lien avec des accidents survenus en 1983 (accident en cyclomoteur), le 27 novembre 1997 (accident domestique) et le 3 juin 2015 (distorsion du genou gauche). Au niveau de la main gauche, le recourant mentionne des douleurs lorsqu'il doit porter quelque chose (AI pce 51 p. 20), douleurs en rapport avec un accident survenu en date du 10 octobre 2018 (chute). De plus, il ressort du rapport d'expertise que le recourant a contracté la borréliose en 2016, et qu'il n'a plus de douleurs en lien avec cette maladie.

#### **E. 8.2.3**

Le Dr E. \_\_\_\_\_ fait également état du déroulement de la journée du recourant, qui se lève en règle générale entre 8 et 9 heures, regarde la télé, fait des promenades d'une ou deux heures avec son chien le matin et l'après-midi, regarde de nouveau la télé le soir et se couche vers 2 heures. Au niveau professionnel, il ressort du rapport d'expertise que, dans sa dernière activité lucrative exercée, le recourant ne devait pas accomplir de lourds travaux (AI pce 51 p. 22).

#### **E. 8.2.4**

L'expert rhumatologue procède également à l'anamnèse personnelle et sociale de l'expertisé, en énumérant notamment les accidents et les interventions chirurgicales subis et le parcours scolaire et professionnel, mettant en particulier en exergue l'interruption de la dernière activité à compter du 22 mai 2018 pour des raisons psychiatriques (AI pce 51 p. 24 ss).

#### **E. 8.2.5**

Grâce à son examen, le Dr E. \_\_\_\_\_, qui fait notamment état d'un expertisé coopérant et soigné et qui est resté assis sans gêne lors de l'anamnèse (AI pce 51 p. 26 et 38), a pu retenir les diagnostics rhumatologiques précités (cf. ci-dessus, let. B.b). De surcroît, le rhumatologue mentionne que des mesures thérapeutiques pourrait être entreprises au niveau

de la colonne cervicale et du genou. Pour ce qui est des activités ordinaires et légères de la vie quotidienne, le Dr E. \_\_\_\_\_ souligne que l'intéressé peut les accomplir, étant précisé que le recourant peut conduire sa voiture (AI pce 51 p. 33). En particulier, le rhumatologue insiste sur le fait qu'une activité adaptée ménageant le genou gauche, telle que celle exercée en dernier lieu - consistant surtout en des tâches de surveillance -, est médicalement exigible à 100 % au niveau somatique, le recourant ayant les ressources nécessaires pour cela (AI pce 51 p. 34). Seule une période temporaire d'incapacité de travail est retenue par l'expert, du 10 octobre 2018 au 28 novembre 2018, et ce en raison de la fracture de la base du 5<sup>e</sup> métacarpien gauche.

#### **E. 8.3.1**

Compte tenu de ce qui précède, le Tribunal de céans constate que les experts ont fourni des rapports complets et probants, en tenant en particulier compte des points litigieux importants et des plaintes exprimées par l'assuré, en procédant à une anamnèse exhaustive de l'expertisé ainsi qu'à une évaluation interdisciplinaire consensuelle (cf. ci-dessus, let. B.b ; OAIE pce 51 p. 48 ss), ce qui a permis aux experts de livrer des conclusions convaincantes et de motiver les diagnostics retenus.

#### **E. 8.3.2**

En particulier, les autres rapports présents au dossier ne remettent nullement en question les conclusions des experts, les médecins consultés par l'assuré ne prenant pas position sur les rapports d'expertise, le recourant ne parvenant ainsi pas à démontrer d'éventuels contradictions ou incohérences affectant ces derniers.

#### **E. 8.3.3**

En ce qui concerne le volet psychiatrique, l'expert a notamment pris position sur le diagnostic de dépression majeure posé par son confrère français, en motivant pourquoi seul le diagnostic sans répercussion sur la capacité de travail d'épisode dépressif moyen peut être retenu (cf. ci-dessus, consid. 8.1.6). Le Tribunal de céans ne voit ainsi aucune raison de se distancier de l'appréciation dûment motivée, approfondie et structurée (cf. ci-dessus, consid. 7.3.5) de l'expert psychiatre, mettant en particulier en exergue les ressources dont dispose l'assuré - pouvant faire son ménage, de longues promenades avec son chien, conduire sa voiture sur de longues distance et compter sur la présence d'autrui - et la possibilité d'améliorer son état par un traitement adéquat, pour justifier une capacité de travail non réduite sur le plan psychiatrique (cf. ci-dessus, consid. 8.1.3 et 8.1.8).

#### **E. 8.3.4**

Sur le plan somatique, force est de constater que l'arrêt de travail en date du 22 mai 2018 était dû à des raisons psychiatriques (cf. ci-dessus, let. B.d, consid. 8.1.1 et 8.2.4) et que ce sont les affections psychiatriques que le recourant met au premier plan devant les experts (cf. ci-dessus, consid. 8.1.2 et 8.2.2). De surcroît, les diagnostics somatiques retenus par le rhumatologue - qui n'ont pas d'influence sur la capacité de travail - n'ont pas empêché le recourant d'exercer sa dernière activité lucrative, et ce malgré le fait qu'il allègue notamment des douleurs en lien avec des accidents survenus avant l'arrêt de travail (cf. ci-dessus, consid. 8.2.2). En ce qui concerne l'accident du 10 octobre 2018, celui-ci ne motive qu'une incapacité de travail jusqu'au 28 novembre 2018, la fracture de la main gauche, traitée de manière conservatrice, étant guérie (cf. ci-dessus, let. B.a et B.b, consid. 8.2.2 et 8.2.5). De surcroît, au niveau neurologique, l'électroencéphalogramme du 24 juin 2020 et l'IRM de juillet 2020 étant sans particularité (cf. ci-dessus, let. C.c s.), le Tribunal

retient, au degré de la vraisemblance prépondérante, qu'il n'existe pas d'atteinte neurologique causant une incapacité de travail invalidante.

### **E. 8.3.5**

En ce qui concerne les pièces produites en procédure de recours et postérieures à la décision litigieuse (cf. ci-dessus, let. C.c s.), dans la mesure où elles doivent être prises en compte car elles portent sur l'état de santé du recourant tel qu'il était avant la date de la décision litigieuse et où elles n'ont pas de valeur probante (cf. ci-dessus, consid. 4.2), elles ne sont pas de nature à remettre en question les conclusions des experts. En effet, la Dre L.\_\_\_\_\_ indique que l'hospitalisation du 22 décembre 2020 au 14 janvier 2021 a amené une nette amélioration clinique, l'assuré envisageant notamment une reconversion sur le plan professionnel (cf. rapport médical du 14 janvier 2021 ; annexe à TAF pce 11). Pour ce qui est du diagnostic d'épisode dépressif sévère sans symptômes psychotiques (F32.2 CIM-10) retenu par la Dre L.\_\_\_\_\_, ce seul diagnostic, ne reposant notamment pas sur une anamnèse exhaustive ni sur une motivation objective, ne saurait ébranler la valeur probante de l'expertise du Dr F.\_\_\_\_\_.

### **E. 8.3.6**

Au vu de ce qui précède, le Tribunal retient, pour la période litigieuse - soit jusqu'à la date de la décision dont est recours du 18 novembre 2020 - et au degré de la vraisemblance prépondérante, que le recourant peut exercer son activité lucrative habituelle à 100 %, excepté durant la période du 10 octobre 2018 au 28 novembre 2018, ainsi que toute autre activité lucrative ménageant le genou gauche. Aussi, c'est à juste titre que l'OAIE a rejeté la demande de prestations de l'intéressé en application de la méthode ordinaire de comparaison des revenus (cf. ci-dessus, consid. 6.4), l'assuré ayant notamment exercé sa dernière activité professionnelle à temps complet.

### **E. 9**

Il résulte de ce qui précède que le recours doit être rejeté et la décision du 18 novembre 2020 confirmée.

### **E. 10.1**

Vu l'issue du litige, les frais judiciaires - fixés à Fr. 800.- - sont mis à la charge du recourant (art. 63 PA en relation avec les art. 2 ss du règlement du 21 février 2008 concernant les frais, dépens et indemnités fixés par le Tribunal administratif fédéral [FITAF, RS 173.320.2]). Ils sont compensés par l'avance de frais du même montant dont il s'est acquitté au cours de l'instruction (TAF pce 4).

### **E. 10.2**

Il n'est pas alloué d'indemnité de dépens (art. 7 al. 1 et 3 FITAF).

### **E. 22**

mai 2018 (AI pces 1 s.). B.a Les documents médicaux suivants ont notamment été versés au dossier AI : - le rapport du Dr C.\_\_\_\_\_ (chirurgien orthopédique et traumatologue : ci-après : le Dr C.\_\_\_\_\_ ) du 3 août 2015 (AI pce 30.7 p. 2), dont il ressort que l'arthroscanner du genou gauche montre une chondropathie très discrète, l'absence de perte de substance importante sur le cartilage et l'absence de lésion méniscale visible, - le rapport de radiographie de la main gauche du 19 novembre 2018 (AI pce 51 p. 56) mentionnant une fracture de la base du 5e métacarpien, en cours de consolidation, et

l'absence de déplacement secondaire,

- le rapport du Dr D. \_\_\_\_\_ (psychiatre ; ci-après : le Dr D. \_\_\_\_\_) du

#### **E. 24**

février 2020 (AI pce 51 p. 54) mentionnant un état dépressif majeur et précisant que l'état de l'intéressé, qui s'est aggravé avec des troubles du sommeil importants, ne permet en aucun cas au recourant de reprendre une activité professionnelle. B.b Mandatés par l'OAI-B. \_\_\_\_\_, les Drs E. \_\_\_\_\_ (rhumatologue et médecin interniste ; ci-après : le Dr E. \_\_\_\_\_) et F. \_\_\_\_\_ (psychiatre ; ci-après : le Dr F. \_\_\_\_\_) ne retiennent, dans leurs rapports d'expertise des 3 août 2020 et 8 juillet 2020 (AI pces 50 s.), aucun diagnostic avec répercussion sur la capacité de travail. Dans leur évaluation consensuelle

C-6071/2020 Page 3 du 3 août 2020 (AI pce 51 p. 48 ss), les experts mentionnent les diagnostics suivants, qui n'ont pas de répercussion sur la capacité de travail : - épisode dépressif moyen (F32.1 CIM-10), - début de gonarthrose médiale et latérale gauche avec malposition en varus, - status après traitement conservateur d'une fracture du tibia gauche en 1983, consolidée en position de varus, - status après ostéosynthèse d'une fracture proximale du tibia gauche le

#### **E. 27**

novembre 1997, - syndrome cervico-vertébral chronique, - dos rond, - status après fracture C3 et C5 en raison d'une chute le 19 juillet 1989, - modifications dégénératives avec ostéochondrose C5/6 et rétrolisthésis C5/6 de 2 mm environ, légère arthrose de l'articulation intervertébrale, - status après fracture de la base du 5e métacarpien gauche, en raison d'une chute le 10 octobre 2018, traitée de manière conservative, guérie, - status après erythema chronicum migrans de la jambe gauche après morsure de tique le 8 juin 2016, avec traitement antibiotique adéquat, - status après opération de la cataracte des deux yeux vers 2010, - status après accident en 1983 avec traumatisme crânien, coma, fracture du tibia gauche, traité de manière conservative, - abus important de nicotine. Les experts ne retiennent pas d'incapacité de travail, excepté durant la période du 10 octobre 2018 au 28 novembre 2018, l'activité lucrative habituelle étant exigible à 100 %, ainsi que toute autre activité lucrative menaçant le genou gauche (AI pce 51 p. 35 et 52). B.c Dans son appréciation du 13 août 2020 (AI pce 54), le G. \_\_\_\_\_ (spécialiste en chirurgie orthopédique et traumatologie de l'appareil locomoteur auprès du Service médical régional [ci-après : le SMR] ; ci-après : le Dr G. \_\_\_\_\_) accorde pleine valeur probante aux rapports d'expertise précités et fait donc siennes les conclusions des experts. B.d Par courrier du 16 septembre 2020 (AI pce 58), l'assuré, représenté par H. \_\_\_\_\_, informe notamment l'OAI-B. \_\_\_\_\_ de l'aggravation de son état de santé. A l'appui de sa lettre, le recourant a en particulier produit les documents suivants : - rapport du Dr D. \_\_\_\_\_ du 5 mai 2020, indiquant le suivi du recourant depuis le 25 mai 2018, date du premier arrêt de travail,

C-6071/2020 Page 4 - avis d'arrêt de travail du Dr D. \_\_\_\_\_ du 20 août 2020, - ordonnance du Dr D. \_\_\_\_\_ du 31 août 2020, - rapport du Dr D. \_\_\_\_\_ du 7 septembre 2020, faisant état d'une incapacité de travail qui perdure, - rapport manuscrit du Dr I. \_\_\_\_\_ (médecin généraliste ; ci-après : le Dr I. \_\_\_\_\_) du 9 septembre 2020, faisant notamment état d'un patient qui se plaint de sa colonne cervicale et de céphalées pouvant être en rapport avec un accident de travail de 1989, ainsi que de multiples fractures et de douleurs et d'impotence fonctionnelle du genou gauche pouvant être en rapport avec un

accident de travail d'il y a quelques années. B.e Dans sa prise de position du 28 octobre 2020 (AI pce 62), le Dr G. \_\_\_\_\_, se référant à l'ordonnance du Dr D. \_\_\_\_\_ du 31 août 2020 et au rapport du Dr I. \_\_\_\_\_ du 9 septembre 2020, confirme la valeur probante de l'expertise bi-disciplinaire et ne constate pas d'aggravation de l'état de santé. B.f Confirmant le projet de décision de l'OAI-B. \_\_\_\_\_ du 17 août 2020 (AI pce 55), l'Office de l'assurance-invalidité pour les assurés résidant à l'étranger (ci-après : l'OAIE, l'autorité inférieure ou l'autorité précédente) a, par décision du 18 novembre 2020 (annexe à TAF pce 1), rejeté la demande de prestations du 21 mars 2019, au motif que l'assuré peut exercer son activité habituelle ainsi que toute activité lucrative légère ménageant le genou à temps complet, exceptée une période d'incapacité de travail temporaire du 10 octobre 2018 au 28 novembre 2018. C. C.a Le 27 novembre 2020, l'intéressé, représenté par le H. \_\_\_\_\_, a interjeté recours par-devant le Tribunal administratif fédéral (ci-après : le Tribunal ou le Tribunal de céans) contre la décision précitée (TAF pce 1), concluant implicitement à l'annulation de celle-ci. C.b Dans sa réponse du 17 février 2021 (TAF pce 6), l'OAIE conclut au rejet du recours et à la confirmation de la décision attaquée. A l'appui de sa réponse, l'autorité précédente a transmis au Tribunal l'avis de l'OAI-B. \_\_\_\_\_ du 28 janvier 2021, confirmant en particulier la valeur probante de l'expertise bi-disciplinaire des Drs E. \_\_\_\_\_ et F. \_\_\_\_\_. De surcroît, l'OAI-B. \_\_\_\_\_ indique que le Dr D. \_\_\_\_\_ n'a pas transmis de rapport médical au premier, malgré plusieurs rappels.

C-6071/2020 Page 5 C.c Par réplique du 3 mars 2021 (timbre postal ; TAF pce 8), le recourant a notamment transmis au Tribunal les documents suivants : - rapport de la Dre J. \_\_\_\_\_ (neurologue ; ci-après : la Dre J. \_\_\_\_\_) du 24 juin 2020, se référant à un électroencéphalogramme du même jour, mettant notamment en exergue la présence de ralentissements à droite, sans réel caractère pathologique, et indiquant une IRM cérébrale prévue pour le 18 juillet 2020, - lettre de sortie du Centre hospitalier K. \_\_\_\_\_ (spécialisé en psychiatrie) du 14 janvier 2021 (hospitalisation du 22 décembre 2020 au 14 janvier 2021), - avis d'arrêt de travail de la Dre L. \_\_\_\_\_ (psychiatre ; ci-après : la Dre L. \_\_\_\_\_) du 14 janvier 2021, mentionnant le diagnostic d'épisode dépressif sévère sans symptômes psychotiques (F32.2 CIM-10), - ordonnance du Dr D. \_\_\_\_\_ du 1er février 2021, - avis d'arrêt de travail du Dr D. \_\_\_\_\_ du 1er février 2021, mentionnant notamment une dépression chronique. C.d Par courrier du 14 avril 2021 (timbre postal ; TAF pce 11), le recourant a transmis au Tribunal le rapport de la Dre L. \_\_\_\_\_ du 14 janvier 2021. Dans son rapport, le médecin indique que l'intéressé a été hospitalisé du 22 décembre 2020 au 14 janvier 2021 à cause de l'aggravation de l'état dépressif, malgré l'adaptation du traitement par le Dr D. \_\_\_\_\_. En particulier, la Dre L. \_\_\_\_\_ mentionne des troubles dépressifs évoluant depuis plusieurs mois et une IRM de juillet 2020 sans particularité. Décrivant un patient calme, coopérant et orienté, la Dre L. \_\_\_\_\_ fait état de troubles du sommeil, de souffrance morale, d'angoisse, d'apathie, de perte d'envie et de perte de poids en raison du manque d'appétit. De plus, la Dre L. \_\_\_\_\_ mentionne l'absence d'idées suicidaires. Grâce à l'hospitalisation, une nette amélioration clinique a été observée par la psychiatre, le patient envisageant une reconversion sur le plan professionnel. Comme diagnostic principal, la Dre L. \_\_\_\_\_ mentionne un épisode dépressif sévère sans symptômes psychotiques (F32.2 CIM-10). C.e Par duplique du 21 avril 2021 (TAF pce 13), l'autorité précédente conclut de nouveau au rejet du recours et à la confirmation de la décision attaquée. A l'appui de sa duplique, l'OAIE transmet au Tribunal l'avis de l'OAI-B. \_\_\_\_\_ du 16 avril 2021, confirmant la décision litigieuse. C.f Par complément de duplique du 30 avril 2021 (TAF pce 15), l'autorité inférieure a transmis

au Tribunal la prise de position de l'OAI-B. \_\_\_\_\_ du 28 avril 2021, dans laquelle ce dernier retient en substance, se référant au rapport d'hospitalisation du 14 janvier 2021 (cf. ci-dessus, let. C.d), qu'il

C-6071/2020 Page 6 n'y a pas eu d'aggravation de l'état de santé pour plus de trois mois, ce dernier s'étant stabilisé. Aussi, l'OAI-B. \_\_\_\_\_ confirme sa position et propose le rejet du recours. C.g Par ordonnance du 7 mai 2021 (TAF pce 16), le Tribunal de céans a porté un double du complément de duplique de l'autorité inférieure du 30 avril 2021 et de son annexe à la connaissance du recourant et a clos l'échange d'écritures, sous réserve d'autres mesures d'instruction. C.h En date du 23 janvier 2023 (TAF pce 18), le H. \_\_\_\_\_ a informé le Tribunal de sa fermeture définitive et que, par conséquent, à compter du 1er février 2023, tous les courriers doivent être directement adressés au recourant. D. Les autres faits et arguments pertinents de la cause seront repris, en tant que de besoin, dans les considérants qui suivent. Droit : 1. 1.1 Sous réserve des exceptions – non réalisées en l'espèce – prévues à l'art. 32 LTAF, le Tribunal de céans 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 PA prises par l'OAIE. 1.2 Le Tribunal administratif fédéral examine d'office et avec une pleine cognition sa compétence et les conditions de recevabilité des recours qui lui sont soumis (art. 7 PA ; ATAF 2016/15 consid. 1 ; 2014/4 consid. 1.2). La procédure devant le Tribunal administratif fédéral est en principe régie par la PA (art. 37 LTAF), sous réserve des dispositions particulières de la loi fédérale du 6 octobre 2000 sur la partie générale du droit des assurances-sociales (LPGA, RS 830.1 ; art. 3 let. dbis PA). Selon les principes généraux du droit intertemporel, les règles de procédure précitées s'appliquent dans leur version en vigueur ce jour (ATF 130 V 1 consid. 3.2). 1.3 Par ailleurs, il sied de préciser que l'office AI du secteur d'activité dans lequel le frontalier exerce une activité lucrative est compétent pour enregistrer et examiner les demandes présentées par les frontaliers. Cette règle s'applique également aux anciens frontaliers pour autant que leur domicile habituel se trouve encore dans la zone frontière au moment du dépôt de la demande et que l'atteinte à la santé remonte à l'époque de leur activité en

C-6071/2020 Page 7 tant que frontalier. L'OAIE notifie les décisions (art. 40 al. 2 du règlement du 17 janvier 1961 sur l'assurance invalidité [RAI, RS 831.201]). En l'occurrence, domicilié en France voisine et ayant travaillé en Suisse avant son incapacité de travail (cf. ci-dessus, let. A), le recourant doit être qualifié de frontalier, si bien que c'est à bon droit que la procédure d'instruction de la demande de prestations AI a été menée par l'OAI-B. \_\_\_\_\_ et la décision litigieuse notifiée par l'OAIE. 1.4 Dans la mesure où le recourant est directement touché par la décision attaquée et a un intérêt digne d'être protégé à ce qu'elle soit annulée ou modifiée, il a qualité pour recourir (art. 59 LPGA). Déposé en temps utile et dans les formes requises par la loi (art. 60 al. 1 LPGA et 52 al. 1 PA), et l'avance sur les frais de procédure ayant été dûment acquittée (art. 63 al. 4 PA ; TAF pce 4), le recours est recevable. 2. Le présent litige porte sur le bien-fondé de la décision du 18 novembre 2020, par laquelle l'OAIE a rejeté la demande de prestations du 21 mars 2019, au motif que le recourant peut exercer son activité habituelle ainsi que toute activité lucrative légère, exceptée une période d'incapacité de travail temporaire du 10 octobre 2018 au 28 novembre 2018. 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 ; ATAF 2013/46 consid. 3.2), ni par

l'argumentation juridique développée dans la décision en- treprise (PIERRE MOOR / ETIENNE POLTIER, Droit administratif, vol. II, 3e éd. 2011, no 2.2.6.5 ; BENOÎT BOVAY, Procédure administrative, 2e éd. 2015, p. 243). L'autorité saisie se limite en principe aux griefs soulevés et n'exa- mine les questions de droit non invoquées que dans la mesure où les ar- guments des parties ou le dossier l'y incitent (ATF 122 V 157 consid. 1a ; 121 V 204 consid. 6c ; ANDRÉ MOSER / MICHAEL BEUSCH / LORENZ KNEU- BÜHLER / MARTIN KAYSER, Prozessieren vor dem Bundesverwaltungsge- richt, 3e éd. 2022, p. 29 no 1.55). 4. 4.1 Selon les principes généraux du droit intertemporel, le droit matériel applicable est en principe celui en vigueur lors de la réalisation de l'état de fait qui doit être apprécié juridiquement ou qui a des conséquences juridiques, sous réserve de dispositions particulières du droit transitoire (ATF 146 V 364 consid. 7.1 ; 144 V 210 consid. 4.3.1 ; 143 V 446

C-6071/2020 Page 8 consid. 3.3 ; 136 V 24 consid. 4.3 ; 132 V 215 consid. 3.1.1). Dès lors, la présente cause doit être examinée à l'aune des dispositions en vigueur dans leur teneur jusqu'au 18 novembre 2020, date de la décision litigieuse, qui marque la limite dans le temps du pouvoir d'examen de l'autorité de recours. 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 RAI (RO 2021 706), entrées en vigueur le 1er janvier 2022, ne sont pas applicables en l'espèce. 4.2 Le juge des assurances sociales apprécie la légalité des décisions at- taquées, en règle générale, d'après l'état de fait existant jusqu'au moment où la décision litigieuse a été rendue (en l'espèce, le 18 novembre 2020). Les faits survenus postérieurement, et qui ont modifié cette situation, doi- vent en principe faire l'objet d'une nouvelle décision administrative (ATF 144 V 210 consid. 4.3.1 ; 130 V 138 consid. 2.1 ; 121 V 362 con- sid. 1b). Le Tribunal ne peut ainsi prendre en considération que les rap- ports 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 re- cours (ATF 130 V 445 consid. 1.2.1, 121 V 362 consid. 1b) et qu'ils soient de nature à influencer l'appréciation du cas au moment où la décision at- taquée a été rendue (arrêt du TF 9C\_34/2017 du 20 avril 2017 consid. 5.2). Aussi, le Tribunal ne tiendra compte des rapports médicaux postérieurs au 18 novembre 2020 (cf. ci-dessus, let. C.c s.) que dans la mesure où les conditions précitées sont remplies. 4.3 Le requérant étant un ressortissant français, domicilié en France, ayant travaillé en Suisse et demandant l'octroi de prestations AI suisses, l'affaire présente un aspect transfrontalier (ATF 145 V 231 consid. 7.1 ; 143 V 354 consid. 4 ; 143 V 81 en particulier consid. 8.1 ; 141 V 521 consid. 4.3.2). Est 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), dont l'annexe II règle la coordination des systèmes de sécurité sociale (art. 8 ALPC). Dans ce contexte, l'ALCP fait référence depuis le 1er avril 2012 au règlement (CE) n° 883/2004 du Parlement européen et du Conseil du 29 avril 2004 portant sur la coordination des systèmes de sécurité sociale (ci-après : règlement n° 883/2004 [RS 0.831.109.268.1]), ainsi qu'au règlement (CE) n° 987/2009 du Parlement européen et du Conseil du 16 septembre 2009 fixant les modalités d'application du règlement (CE) n° 883/2004 (ci-après : règlement n° 987/2009 [RS 0.831.109.268.11] ; art. 1 al. 1 de l'annexe II en relation avec la section A de l'annexe II). A compter du 1er janvier 2015, sont également applicables dans les relations entre la Suisse et les Etats

C-6071/2020 Page 9 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). Il sied de souligner que l'octroi d'une rente étrangère d'invalidité ne préjuge toutefois pas l'appréciation de l'invalidité selon la loi suisse (arrêt du TF I 435/02 du 4 février 2003 consid. 2). Aussi, même après l'entrée en vigueur de l'ALCP et des règlements de coordination, l'invalidité ouvrant droit à des prestations de l'AI suisse se détermine exclusivement d'après le droit suisse (art. 46 al. 3 du règlement n° 883/2004, en relation avec l'annexe VII dudit règlement ; ATF 130 V 253 consid. 2.4 ; arrêt du TF 9C\_573/2012 du 16 janvier 2013 consid. 4). 5. Tout requérant, pour avoir droit à une rente ordinaire de l'assurance-invalidité suisse, doit remplir cumulativement les conditions suivantes : d'une part être invalide au sens de la LPGA et de la LAI (art. 8 LPGA ; art. 4, 28 et 29 al. 1 LAI) ; d'autre part compter au moins trois années entières de cotisations lors de la survenance de l'invalidité (art. 36 al. 1 LAI). Dans ce cadre, les cotisations versées à une assurance sociale assimilée à un Etat membre de l'UE ou de l'Association européenne de libre-échange (AELE) peuvent également être prises en considération, à condition qu'une année au moins de cotisations puisse être comptabilisée en Suisse (art. 36 al. 2 LAI en lien avec l'art. 29 al. 1 de la loi fédérale du 20 décembre 1946 sur l'assurance-vieillesse et survivants [LAVS, RS 831.10] ; ATF 131 V 390 ; FF 2005 4215 p. 4291 ; art. 6 et 45 du règlement n° 883/2004). En l'espèce, le recourant a versé des cotisations à l'AVS/AI suisse pendant plus de trois ans au total et remplit par conséquent la condition de la durée minimale de cotisations (cf. ci-dessus, let. A). Reste à examiner s'il est invalide au sens de la législation suisse. 6. 6.1 L'invalidité au sens de la LPGA et de la LAI est l'incapacité de gain totale ou partielle qui est présumée permanente ou de longue durée (art. 8 al. 1 LPGA). Elle peut résulter d'une infirmité congénitale, d'une maladie ou d'un accident (art. 4 al. 1 LAI) et est réputée survenue dès qu'elle est, par sa nature et sa gravité, propre à ouvrir droit aux prestations entrant en considération (art. 4 al. 2 LAI). Selon l'art. 7 al. 1 LPGA, est réputée incapacité de gain toute diminution de l'ensemble ou d'une partie des possibilités de gain de la personne assurée sur un marché du travail équilibré dans son domaine d'activité, si cette diminution résulte d'une atteinte à sa santé physique, mentale ou psychique et qu'elle persiste

C-6071/2020 Page 10 après les traitements et les mesures de réadaptation exigibles. Par incapacité de travail, on entend toute perte, totale ou partielle, résultant d'une atteinte à la santé physique, mentale ou psychique, de l'aptitude de la personne assurée à accomplir dans sa profession ou son domaine d'activité le travail qui peut raisonnablement être exigé d'elle (art. 6, 1ère phrase LPGA). L'AI suisse couvre ainsi seulement les pertes économiques liées à une atteinte à la santé physique ou psychique, et non la maladie en tant que telle (ATF 116 V 246 consid. 1b). En d'autres termes, l'objet assuré n'est pas l'atteinte à la santé, mais l'incapacité de gain probablement permanente ou de longue durée qui en résulte et qui n'est pas objectivement surmontable (art. 7 al. 2 LPGA). En cas d'incapacité de travail de longue durée, l'activité qui peut être exigée de la personne assurée peut aussi relever d'une autre profession ou d'un autre domaine d'activité (art. 6, 2e phrase LPGA). 6.2 Conformément à l'art. 28 al. 1 LAI, l'assuré a droit à une rente si sa capacité de gain ou sa capacité d'accomplir ses travaux habituels ne peut être rétablie, maintenue ou améliorée par des mesures de réadaptation raisonnablement exigibles (let. a) ; s'il a présenté une incapacité de travail (art. 6 LPGA) d'au moins 40 % en moyenne durant une année sans interruption notable (let. b) ; et si, au terme de cette année, il est invalide (art. 8 LPGA) à 40 % au moins (let. c). 6.3 Aux termes de l'art. 28 al. 2 LAI, 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. 6.4 L'évaluation du taux d'invalidité se fait principalement sur la base de trois méthodes : la méthode ordinaire de comparaison des revenus, la méthode spécifique et la méthode mixte. Leur application dépend du statut du bénéficiaire potentiel de la rente. Il faut se demander ce que la personne assurée aurait fait si l'atteinte à la santé n'était pas survenue (voir notamment arrêts du TF 9C\_279/2018 du 28 juin 2018 consid. 2.2 ; 9C\_552/2016 du 9 mars 2017 consid. 4.2 ; 9C\_875/2015 du 11 mars 2016 consid. 6.2). S'agissant d'une personne exerçant une activité lucrative à temps complet, le taux d'invalidité est fixé d'après la méthode ordinaire de comparaison des revenus. Conformément à l'art. 16 LPGA, applicable par le renvoi de l'art. 28a al. 1 LAI, le revenu que la personne assurée aurait pu obtenir si elle n'était pas invalide (revenu sans invalidité) est comparé avec celui qu'elle pourrait obtenir en exerçant l'activité qui peut être raisonnablement

C-6071/2020 Page 11 exigée d'elle après les traitements et les mesures de réadaptation, sur un marché du travail équilibré (revenu d'invalide). La différence entre ces deux revenus permet de calculer le taux d'invalidité (cf. notamment ATF 137 V 334 consid. 3.1.1 ; arrêt du TF 8C\_536/2017 du 5 mars 2018 consid. 5.1). 6.5 Selon l'art. 29 al. 1 LAI, 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. 7. 7.1 La procédure dans le domaine des assurances sociales fait prévaloir la maxime inquisitoire (art. 43 LPGA ; ATF 138 V 218 consid. 6). Ainsi, le Tribunal administratif fédéral définit les faits et apprécie les preuves d'office et librement (art. 12 PA ; MOOR / POLTIER, op. cit., no 2.2.6.3). Ce faisant, il ne tient pour existants que les faits qui sont prouvés, cas échéant au degré de la vraisemblance prépondérante (ATF 139 V 176 consid. 5.2 ; 138 V 218 consid. 6). Il ne suffit pas qu'un fait puisse être considéré seulement comme une hypothèse possible ; la vraisemblance prépondérante suppose que, d'un point de vue objectif, des motifs importants plaident pour l'exactitude d'une allégation, sans que d'autres possibilités ne revêtent une importance significative ou n'entrent raisonnablement en considération (ATF 144 V 427 consid. 3.2 ; 139 V 176 consid. 5.3 ; 138 V 218 consid. 6). Partant, l'autorité ne peut renoncer à accomplir des actes d'instruction que si elle est convaincue, au terme d'une appréciation consciencieuse des preuves (ATF 125 V 351 consid. 3a), que certains faits présentent un degré de vraisemblance prépondérante et que d'autres mesures probatoires ne pourraient plus modifier cette appréciation (sur l'appréciation anticipée des preuves : ATF 131 I 153 consid. 3 ; 130 II 425 consid. 2). 7.2 Pour pouvoir déterminer la capacité de travail médico-théorique et évaluer l'invalidité de la personne concernée, l'administration, ou le tribunal en cas de recours, a besoin de documents que le médecin ou éventuellement d'autres spécialistes doivent lui fournir (ATF 117 V 282 consid. 4a) et sur lesquels elle s'appuiera, sous peine de violer le principe inquisitoire (arrêt du TF 8C\_623/2012 du 6 décembre 2012 consid. 1). Le Tribunal fédéral a jugé que les données fournies par les médecins constituent un élément utile pour apprécier les conséquences fonctionnelles de l'atteinte à la santé, quand bien même la notion d'invalidité est de nature économique/juridique et non médicale.

C-6071/2020 Page 12 Précisément, la tâche des médecins consiste à porter un jugement sur l'état de santé et à indiquer dans quelle mesure et pour quelles activités la personne

concernée est incapable de travailler, compte tenu de ses limitations (ATF 143 V 418 consid. 6 ; 132 V 93 consid. 4 ; 125 V 256 consid. 4 ; 115 V 133 consid. 2 ; 114 V 310 consid. 3c ; 105 V 156 consid. 1 ; voir également ATF 140 V 193 consid. 3.2 et les références citées). Dans ce contexte, on rappellera qu'il n'appartient pas au juge de remettre en cause le diagnostic retenu par un médecin et de poser de son propre chef des conclusions qui relèvent de la science et des tâches du corps médical (arrêt du TF 9C\_719/2016 du 1er mai 2017 consid. 5.2.1). 7.3 Le principe de la libre appréciation des preuves s'applique de manière générale à toute procédure de nature administrative, que ce soit devant l'administration ou le juge. Si elle n'a jamais entendu créer une hiérarchie rigide entre les différents moyens de preuve disponibles, la jurisprudence a toutefois posé des lignes directrices en matière d'appréciation des rapports médicaux (ATF 125 V 351 consid. 3b et 3c). 7.3.1 Ainsi, 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. A cet égard, l'élément déterminant pour reconnaître pleine valeur probante à un rapport médical n'est ni son origine, ni sa désignation, mais son contenu. Avant de conférer pleine valeur probante à un rapport médical, il convient donc de s'assurer que les points litigieux importants ont fait l'objet d'une étude circonstanciée, que le rapport se fonde sur des examens complets, qu'il prend également en considération les plaintes exprimées par la personne examinée, qu'il a été établi en pleine connaissance de l'anamnèse, que la description du contexte médical et l'appréciation de la situation médicale sont claires et enfin que les conclusions du médecin sont dûment motivées (ATF 134 V 231 consid. 5.1 ; 125 V 351 consid. 3a). La valeur probante d'un rapport médical ou d'une expertise est de plus liée à la condition que le médecin qui se prononce dispose de la formation spécialisée nécessaire et de compétences professionnelles dans le domaine d'investigation (arrêts du TF 9C\_555/2017 du 22 novembre 2017 consid. 3.1 et les références citées ; 9C\_745/2010 du

## **E. 30**

mai 2018 consid. 8.2 ; VALTERIO, op. cit., ad art. 57 LAI n° 43). Si les pièces au dossier ne permettent pas de trancher les questions contestées, les prises de position médicales internes de l'assureur ne peuvent pas, en règle générale, constituer une évaluation finale, mais doivent donner lieu à une instruction complémentaire (arrêts du TF 9C\_165/2015 du 12 novembre 2015 consid. 4.3; 9C\_58/2011 du 25 mars 2011 consid. 3.3; arrêt du TAF C-2843/2016 du 30 mai 2018 consid. 8.2). 7.3.3 S'agissant des rapports établis par les médecins traitants, qu'ils soient médecins de famille généralistes ou spécialistes, il convient de les apprécier avec une certaine réserve en raison de la relation de confiance, issue du mandat thérapeutique confié au médecin traitant, qui unit celui-ci à son patient (ATF 125 V 351 consid. 3b/cc et les références citées ; arrêt du TF I 655/05 du 20 mars 2006 consid. 5.4). Toutefois, le simple fait qu'un rapport médical soit établi à la demande d'une partie et soit produit pendant la procédure ne justifie pas en soi des doutes quant à sa valeur probante (arrêt du TF 8C\_278/2011 du 26 juillet 2011 consid. 5.3) ; ainsi, on en retiendra des éléments, notamment si ceux-ci, objectivement vérifiables,

C-6071/2020 Page 14 ont été ignorés dans le cadre d'une expertise indépendante et s'avèrent suffisamment pertinents pour remettre en cause les conclusions de l'expert (ATF 125 V 351 consid. 3b/dd et les références citées ; arrêts du TF 9C\_338/2016 du 21 février 2017, publié in : Droit des assurances sociales – Jurisprudence [SVR] 2017 IV n° 49 consid. 5.5 ; 9C\_876/2009 du 6 juillet 2010 consid. 2.2 ; 9C\_24/2008 du 27 mai 2008 consid. 2.3.2

; 9C\_201/2007 du 29 janvier 2008 consid. 3.2 ; VALTERIO, op. cit., ad. art. 57 LAI nos 48 et 49). 7.3.4 Cela étant, la jurisprudence a établi des directives sur l'appréciation de certaines formes de rapports ou d'expertises médicaux (ATF 125 V 351 consid. 3b ; cf. également arrêt du TF 9C\_55/2016 du 14 juillet 2016 consid. 3). Ainsi, le juge ne s'écarte en principe pas sans motifs impérieux (« zwingende Gründe ») des conclusions d'une expertise judiciaire, la tâche de l'expert étant précisément de mettre ses connaissances spéciales à la disposition de la justice afin de l'éclairer sur les aspects médicaux d'un état de fait donné (ATF 135 V 465 consid. 4.4 ; 125 V 351 consid. 3b/aa ; 118 Ia 144). Lorsqu'une appréciation repose sur une évaluation médicale complète, il appartient partant à la partie recourante, si elle entend remettre en cause l'évaluation d'un expert, de faire état d'éléments objectivement vérifiables ignorés dans le cadre de l'expertise et suffisamment pertinents pour en remettre en cause les conclusions ou en établir le caractère objectivement incomplet (arrêt du TF 9C\_809/2014 du 7 juillet 2015 consid. 4.1). Selon la jurisprudence, peut constituer une raison de s'écarter d'une expertise judiciaire le fait que celle-ci contient des contradictions, ou qu'une surexpertise ordonnée par le tribunal en infirme les conclusions de manière convaincante. En outre, lorsque d'autres spécialistes émettent des opinions contraires aptes à mettre sérieusement en doute la pertinence des déductions de l'expert, on ne peut exclure, selon les cas, une interprétation divergente des conclusions de ce dernier par le juge ou, au besoin, une instruction complémentaire sous la forme d'une nouvelle expertise médicale (ATF 125 V 352 consid. 3b/aa et les références). 7.3.5 En ce qui concerne les expertises psychiatriques, depuis l'ATF 143 V 418 consid. 6 s., en règle générale, toutes les affections psychiques doivent faire l'objet d'une procédure probatoire structurée au sens de l'ATF 141 V 281 afin d'établir l'existence d'une incapacité de travail et de gain invalidante. Le point de départ de cet examen, et donc sa condition première, nécessaire à la reconnaissance de l'existence d'une atteinte à la santé psychique, est l'existence d'un diagnostic émanant d'un médecin psychiatre s'appuyant lege artis sur les critères d'un système de classification reconnu, tel la CIM-10 ou le DSM (ATF 141 V 281 consid. 2.1,

C-6071/2020 Page 15 143 V 418 consid. 6 et 8.1). Puis, afin d'évaluer la capacité de travail et le caractère invalidant des affections retenues, le Tribunal fédéral a conçu un catalogue d'indicateurs, base de l'analyse (ATF 141 V 281 consid. 4.1.3). Bien plus que le diagnostic, c'est la question des effets fonctionnels d'un trouble qui importe. Toutefois, une telle évaluation est superflue lorsque l'incapacité de travail est niée sur la base de rapports probants établis par des médecins spécialistes et que d'éventuelles appréciations contraires n'ont pas de valeur probante du fait qu'elles proviennent de médecins n'ayant pas une qualification spécialisée ou pour d'autres raisons (ATF 143 V 418 consid. 7.1 in fine; 143 V 409 consid. 4.5 et 5.1; VALTERIO, op. cit., ad art. 4 no 22). Dans l'ATF 148 V 49, le Tribunal fédéral a précisé qu'un trouble dépressif de degré léger à moyen sans interférence notable avec des comorbidités psychiatriques ne peut généralement pas être défini comme une maladie mentale grave. S'il existe en outre un potentiel thérapeutique significatif, le caractère durable de l'atteinte à la santé est notamment remis en question. Dans ce cas, il doit exister des motifs importants pour que l'on puisse néanmoins conclure à une maladie invalidante. 8. En l'occurrence, il s'agit d'examiner si l'on peut accorder pleine valeur probante aux rapports d'expertise des Drs E. \_\_\_\_\_ et F. \_\_\_\_\_, sur la base desquels l'autorité précédente a rendu sa décision. 8.1 8.1.1 Dans son rapport d'expertise du 8 juillet 2020 (AI pce 50), le Dr F. \_\_\_\_\_ indique avoir examiné le recourant en date du 30 juin 2020 durant 1 heure et 30 minutes (AI pce 50 p. 1 et 3). Le psychiatre énumère et

synthétise les différentes pièces médicales mises à sa disposition par l'OAI-B.\_\_\_\_\_. Procédant à l'anamnèse du recourant, le psychiatre fait notamment état d'un patient qui a eu de bons rapports avec ses parents – son père étant décédé en 2008 – et ne signale pas de problèmes durant l'enfance et l'adolescence. En ce qui concerne l'anamnèse professionnelle, le psychiatre indique que, depuis le 22 mai 2018 une incapacité de travail pour raison psychiatrique a été attestée par le Dr D.\_\_\_\_\_. 8.1.2 En ce qui concerne les plaintes de l'assuré, ce dernier met en avant ses problèmes psychiatriques, affirmant n'avoir plus de volonté (« keinen Willen » ; AI pce 50 p. 9), se sentir constamment fatigué et ne pas éprouver de joie, d'intérêt et de plaisir, mises à part les promenades avec son chien,

C-6071/2020 Page 16 qui lui procurent du plaisir. Par ailleurs, le Dr F.\_\_\_\_\_ indique que le recourant n'a pas d'idées suicidaires concrètes et qu'il n'a jamais fait de tentatives de suicide. En ce qui concerne le sommeil, l'expertisé dit se réveiller régulièrement durant la nuit. L'intéressé indique aussi oublier des choses, avoir un mauvais appétit et réfléchir souvent sur sa situation actuelle et future. Par ailleurs, le recourant dit avoir peur des hauteurs et ne pas avoir d'hallucinations. 8.1.3 Pour ce qui est du déroulement de la journée, le recourant se lève entre 8 et 9 heures, ne prend pas régulièrement son petit-déjeuner, et prend parfois son déjeuner ou son dîner, sous forme de plats préparés. Par ailleurs, l'intéressé peut s'occuper seul de son ménage ainsi que de ses tâches administratives. Il ressort aussi du rapport d'expertise que le recourant a un chien, avec lequel il fait des promenades une à deux fois par jour pendant une à deux heures. Le Dr F.\_\_\_\_\_ indique aussi que le recourant s'est rendu en voiture, le (...) 2020, à l'anniversaire de ses filles jumelles à (...), en parcourant environ 300 km (AI pce 50 p. 10). En ce qui concerne son cercle d'amis, il ressort du rapport d'expertise que l'intéressé voit régulièrement un collègue qui passe lui rendre visite. Avec son ex-femme, l'expertisé a gardé de bons contacts. 8.1.4 En ce qui concerne la thérapie, le Dr F.\_\_\_\_\_ indique que le recourant voit, depuis mai 2018, un psychiatre une fois par mois. De plus, l'expert souligne que l'intéressé n'a jamais été hospitalisé pour raisons psychiatriques (AI pce 50 p. 11). 8.1.5 Objectivement, l'expert fait état d'un patient qui s'est présenté à l'heure du rendez-vous, orienté, soigné, avec un faciès montrant une dépression moyenne, une fatigue, mais pas de manque de vitalité. Sur le plan psychomoteur, le Dr F.\_\_\_\_\_ signale l'absence de ralentissement et d'agitation, malgré la présence d'une certaine tension. L'expert fait également état d'expressions faciales et de gestes légèrement réduits, d'un contact visuel adéquat et paraissant fatigué, ainsi que d'une humeur générale moyennement dépressive (AI pce 50 p. 12 s.). 8.1.6 Sur la base de l'anamnèse, de son examen et de ses constatations cliniques et des pièces médicales à sa disposition, le Dr F.\_\_\_\_\_ retient le diagnostic – sans répercussion sur la capacité de travail – d'épisode dépressif moyen (F32.1 CIM-10 ; AI pce 50 p. 13). Pour justifier ce diagnostic, l'expert psychiatre explique notamment ne pas pouvoir retenir de troubles de la personnalité, le recourant ayant notamment eu de bonnes relations avec ses parents, était bien intégré à l'école et dans le monde du

C-6071/2020 Page 17 travail et s'est montré coopératif, poli et gentil tout au long de l'expertise (AI pce 50 p. 14). Le Dr F.\_\_\_\_\_ indique que le patient remplit les critères d'un épisode dépressif selon la CIM-10 (cf. Classification statistique internationale des maladies et des problèmes de santé connexes, Organisation mondiale de la Santé, vol. I, 2008), compte tenu d'une diminution de l'élan vital, une fatigue diurne et une perte de joie, d'intérêt et de plaisir (AI pce 50 p. 15). Par ailleurs, le Dr F.\_\_\_\_\_ met en exergue le fait que le recourant accomplit les activités de la vie de tous les jours, notamment l'entretien

du logement, les emplettes et les tâches administratives, et est en mesure de conduire une voiture, ce qu'il a fait pour se rendre à (...) en 2020, en parcourant presque 300 km. Et le psychiatre d'affirmer que de telles activités ne sont pas compatibles avec le diagnostic d'épisode dépressif sévère (AI pce 50 p. 15). 8.1.7 Le Dr F. \_\_\_\_\_ ajoute que le traitement psychiatrique et médicamenteux est insuffisant, étant précisé qu'une consultation psychiatrique à raison d'une fois par mois est incompatible avec un épisode dépressif significatif. Compte tenu de ce qui précède, l'expert psychiatre ne se rallie pas à l'avis du Dr D. \_\_\_\_\_, qui a retenu, dans son rapport du 29 avril 2019 notamment (AI pce 12), une dépression majeure (F32.2 CIM-10). Le Dr F. \_\_\_\_\_ affirme en particulier que ce rapport médical, rempli de manière rudimentaire et ne contenant pas de status psychique objectif (AI pce 50 p. 18), ne permet de tirer aucune conclusion. Aussi, l'expert psychiatre ne retient pas de trouble psychique chronique et durable et résistant à la thérapie, en l'absence notamment de troubles de la personnalité (AI pce 50 p. 20). 8.1.8 Au sujet des ressources de l'expertisé, le Dr F. \_\_\_\_\_ souligne en particulier que l'âge de l'assuré peut certes être un obstacle à sa réinsertion professionnelle (AI pce 51 p. 50), tout en rappelant qu'un tel obstacle n'est pas dû à une affection psychiatrique. Par ailleurs, le psychiatre met en exergue le fait que l'assuré estime ne pas être en mesure de travailler, alors qu'il dit pouvoir effectuer des activités de la vie de tous les jours. De surcroît, le Dr F. \_\_\_\_\_ relève une autre incohérence dans les propos de l'expertisé, lorsque ce dernier a, dans un premier temps, affirmé prendre régulièrement les quatre médicaments psychotropes qui lui ont été prescrits, alors que, par la suite, il a dit ne pas prendre ces médicaments de manière régulière (AI pce 51 p. 51). Par ailleurs, le Dr F. \_\_\_\_\_ met en relief le fait que la prise de médicaments psychotropes irrégulière démontre l'absence de compliance médicamenteuse. Le Dr F. \_\_\_\_\_ indique également que la symptomatologie dépressive se serait améliorée, voire serait

C-6071/2020 Page 18 même guérie, avec des consultations plus fréquentes chez le psychiatre et une meilleure compliance médicamenteuse (AI pce 51 p. 53). 8.1.9 En conclusion, le Dr F. \_\_\_\_\_ ne retient aucune incapacité de travail au niveau psychiatrique, le recourant pouvant exercer son activité lucrative habituelle à 100 % (OAIE pce 50 p. 20). 8.2 8.2.1 Dans son rapport d'expertise du 3 août 2020 (AI pce 51), le Dr E. \_\_\_\_\_ indique avoir examiné le recourant en date du 16 juillet 2020 durant deux heures (AI pce 51 p. 4). Le rhumatologue énumère, synthétise et commente les différentes pièces médicales mises à sa disposition, y compris le dossier radiologique. 8.2.2 L'expert s'intéresse ensuite aux plaintes exprimées par l'assuré, qui met au premier plan son affection psychiatrique (AI pce 51 p.17) et qui mentionne, au niveau somatique, des douleurs au dos, aux cervicales et à la tête, en lien avec un accident subi le 19 juillet 1989 (chute d'une hauteur de 4 mètres). De surcroît, le Dr E. \_\_\_\_\_ indique que l'expertisé peut marcher 60 minutes environ et qu'il peut rester assis 45 minutes environ, avant qu'il ne perçoive des douleurs. En outre, lors de l'expertise, le recourant s'est plaint de douleurs au genou gauche perdurant depuis au moins 10 ans (AI pce 51 p. 19), en lien avec des accidents survenus en 1983 (accident en cyclomoteur), le 27 novembre 1997 (accident domestique) et le 3 juin 2015 (distorsion du genou gauche). Au niveau de la main gauche, le recourant mentionne des douleurs lorsqu'il doit porter quelque chose (AI pce 51 p. 20), douleurs en rapport avec un accident survenu en date du 10 octobre 2018 (chute). De plus, il ressort du rapport d'expertise que le recourant a contracté la borréliose en 2016, et qu'il n'a plus de douleurs en lien avec cette maladie. 8.2.3 Le Dr E. \_\_\_\_\_ fait également état du déroulement de la journée du recourant, qui se lève en règle générale entre 8 et 9 heures,

regarde la télé, fait des promenades d'une ou deux heures avec son chien le matin et l'après-midi, regarde de nouveau la télé le soir et se couche vers 2 heures. Au niveau professionnel, il ressort du rapport d'expertise que, dans sa dernière activité lucrative exercée, le recourant ne devait pas accomplir de lourds travaux (AI pce 51 p. 22).

C-6071/2020 Page 19 8.2.4 L'expert rhumatologue procède également à l'anamnèse personnelle et sociale de l'expertisé, en énumérant notamment les accidents et les interventions chirurgicales subis et le parcours scolaire et professionnel, mettant en particulier en exergue l'interruption de la dernière activité à compter du 22 mai 2018 pour des raisons psychiatriques (AI pce 51 p. 24 ss). 8.2.5 Grâce à son examen, le Dr E. \_\_\_\_\_, qui fait notamment état d'un expertisé coopérant et soigné et qui est resté assis sans gêne lors de l'anamnèse (AI pce 51 p. 26 et 38), a pu retenir les diagnostics rhumatologiques précités (cf. ci-dessus, let. B.b). De surcroît, le rhumatologue mentionne que des mesures thérapeutiques pourraient être entreprises au niveau de la colonne cervicale et du genou. Pour ce qui est des activités ordinaires et légères de la vie quotidienne, le Dr E. \_\_\_\_\_ souligne que l'intéressé peut les accomplir, étant précisé que le recourant peut conduire sa voiture (AI pce 51 p. 33). En particulier, le rhumatologue insiste sur le fait qu'une activité adaptée ménageant le genou gauche, telle que celle exercée en dernier lieu – consistant surtout en des tâches de surveillance –, est médicalement exigible à 100 % au niveau somatique, le recourant ayant les ressources nécessaires pour cela (AI pce 51 p. 34). Seule une période temporaire d'incapacité de travail est retenue par l'expert, du 10 octobre 2018 au 28 novembre 2018, et ce en raison de la fracture de la base du 5e métacarpien gauche. 8.3 8.3.1 Compte tenu de ce qui précède, le Tribunal de céans constate que les experts ont fourni des rapports complets et probants, en tenant en particulier compte des points litigieux importants et des plaintes exprimées par l'assuré, en procédant à une anamnèse exhaustive de l'expertisé ainsi qu'à une évaluation interdisciplinaire consensuelle (cf. ci-dessus, let. B.b ; OAIE pce 51 p. 48 ss), ce qui a permis aux experts de livrer des conclusions convaincantes et de motiver les diagnostics retenus. 8.3.2 En particulier, les autres rapports présents au dossier ne remettent nullement en question les conclusions des experts, les médecins consultés par l'assuré ne prenant pas position sur les rapports d'expertise, le recourant ne parvenant ainsi pas à démontrer d'éventuels contradictions ou incohérences affectant ces derniers. 8.3.3 En ce qui concerne le volet psychiatrique, l'expert a notamment pris position sur le diagnostic de dépression majeure posé par son confrère français, en motivant pourquoi seul le diagnostic sans répercussion sur la

C-6071/2020 Page 20 capacité de travail d'épisode dépressif moyen peut être retenu (cf. ci-dessus, consid. 8.1.6). Le Tribunal de céans ne voit ainsi aucune raison de se distancier de l'appréciation dûment motivée, approfondie et structurée (cf. ci-dessus, consid. 7.3.5) de l'expert psychiatre, mettant en particulier en exergue les ressources dont dispose l'assuré – pouvant faire son ménage, de longues promenades avec son chien, conduire sa voiture sur de longues distances et compter sur la présence d'autrui – et la possibilité d'améliorer son état par un traitement adéquat, pour justifier une capacité de travail non réduite sur le plan psychiatrique (cf. ci-dessus, consid. 8.1.3 et 8.1.8). 8.3.4 Sur le plan somatique, force est de constater que l'arrêt de travail en date du 22 mai 2018 était dû à des raisons psychiatriques (cf. ci-dessus, let. B.d, consid. 8.1.1 et 8.2.4) et que ce sont les affections psychiatriques que le recourant met au premier plan devant les experts (cf. ci-dessus, consid. 8.1.2 et 8.2.2). De surcroît, les diagnostics somatiques retenus par le rhumatologue – qui n'ont pas d'influence sur la capacité de travail – n'ont pas empêché le recourant d'exercer sa dernière activité

lucrative, et ce malgré le fait qu'il allègue notamment des douleurs en lien avec des accidents survenus avant l'arrêt de travail (cf. ci-dessus, consid. 8.2.2). En ce qui concerne l'accident du 10 octobre 2018, celui-ci ne motive qu'une incapacité de travail jusqu'au 28 novembre 2018, la fracture de la main gauche, traitée de manière conservatrice, étant guérie (cf. ci-dessus, let. B.a et B.b, consid. 8.2.2 et 8.2.5). De surcroît, au niveau neurologique, l'électroencéphalogramme du 24 juin 2020 et l'IRM de juillet 2020 étant sans particularité (cf. ci-dessus, let. C.c s.), le Tribunal retient, au degré de la vraisemblance prépondérante, qu'il n'existe pas d'atteinte neurologique causant une incapacité de travail invalidante.

8.3.5 En ce qui concerne les pièces produites en procédure de recours et postérieures à la décision litigieuse (cf. ci-dessus, let. C.c s.), dans la mesure où elles doivent être prises en compte car elles portent sur l'état de santé du recourant tel qu'il était avant la date de la décision litigieuse et où elles n'ont pas de valeur probante (cf. ci-dessus, consid. 4.2), elles ne sont pas de nature à remettre en question les conclusions des experts. En effet, la Dre L. \_\_\_\_\_ indique que l'hospitalisation du 22 décembre 2020 au 14 janvier 2021 a amené une nette amélioration clinique, l'assuré envisageant notamment une reconversion sur le plan professionnel (cf. rapport médical du 14 janvier 2021 ; annexe à TAF pce 11). Pour ce qui est du diagnostic d'épisode dépressif sévère sans symptômes psychotiques (F32.2 CIM-10)

C-6071/2020 Page 21 retenu par la Dre L. \_\_\_\_\_, ce seul diagnostic, ne reposant notamment pas sur une anamnèse exhaustive ni sur une motivation objective, ne saurait ébranler la valeur probante de l'expertise du Dr F. \_\_\_\_\_. 8.3.6 Au vu de ce qui précède, le Tribunal retient, pour la période litigieuse – soit jusqu'à la date de la décision dont est recours du 18 novembre 2020 – et au degré de la vraisemblance prépondérante, que le recourant peut exercer son activité lucrative habituelle à 100 %, excepté durant la période du 10 octobre 2018 au 28 novembre 2018, ainsi que toute autre activité lucrative ménageant le genou gauche. Aussi, c'est à juste titre que l'OAIE a rejeté la demande de prestations de l'intéressé en application de la méthode ordinaire de comparaison des revenus (cf. ci-dessus, consid. 6.4), l'assuré ayant notamment exercé sa dernière activité professionnelle à temps complet. 9. Il résulte de ce qui précède que le recours doit être rejeté et la décision du 18 novembre 2020 confirmée. 10. 10.1 Vu l'issue du litige, les frais judiciaires – fixés à Fr. 800.- – sont mis à la charge du recourant (art. 63 PA en relation avec les art. 2 ss du règlement du 21 février 2008 concernant les frais, dépens et indemnités fixés par le Tribunal administratif fédéral [FITAF, RS 173.320.2]). Ils sont compensés par l'avance de frais du même montant dont il s'est acquitté au cours de l'instruction (TAF pce 4). 10.2 Il n'est pas alloué d'indemnité de dépens (art. 7 al. 1 et 3 FITAF).

C-6071/2020 Page 22