Bundesverwaltungsgericht
Tribunal administratif fédéral
Tribunale amministrativo federale
Tribunal administrativ federal

Cour III
C-355/2020

Arrêt du 28 février 2023

Composition

Madeleine Hirsig-Vouilloz (présidente du collège),
Christoph Rohrer, Regina Derrer, juges,
Julien Borlat, greffier.

Parties

A._____, (France),
représenté par Comité de protection des travailleurs frontaliers européens,
recourant,
contre

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

Objet

Assurance-invalidité, octroi d'une rente entière et d'une rente complémentaire pour enfant limitées dans le temps (décisions du 20 décembre 2019).

Faits :

A.
A._____ est un ressortissant français né le (…) 1967 et domicilié en France. Il est marié et père de deux filles nées en 1990 et 2000. Après avoir accompli un apprentissage de boucher avec obtention d'un CAP, il a travaillé dans cette profession en France de 1986 à 1989, puis en Suisse pour divers employeurs de 1989 à 2014, cotisant à l'assurance-vieillesse, survivants et invalidité (AVS/AI) suisse. En arrêt de travail depuis le 21 juillet 2014 suite à un malaise cardiaque sur le lieu de travail, il a été licencié avec effet au 31 mars 2015 (AI pces 6, 10, 12, 42, 99).

B.

B.a En date du 9 septembre 2014, le prénommé, représenté par le Comité de protection des travailleurs frontaliers européens, a déposé une demande de prestations de l'assurance-invalidité (AI) auprès de l'Office de l'assurance-invalidité du canton B._____, avec réception le 15 septembre 2014. Ce dernier l'a transmise pour compétence le lendemain à celui du canton C._____ qui a fait de même le 31 octobre 2014 à l'endroit de celui du canton D._____ (ci-après : l'OAI ; réception le 19 novembre 2014). L'assuré se prévaut d'une chute suite au malaise susmentionné (AI pces 7, 10, 15, 17, 22, 42, 63, 75).

B.b Par écrit du 1er avril 2015, l'OAI a refusé des mesures professionnelles, aucune d'entre elles n'entrant en ligne de compte à ce moment, et annoncé qu'il examinait le droit à d'autres prestations (AI pce 107).

B.c Invité par l'OAI à se prononcer, son service médical régional (SMR), dans des réponses du 8 septembre 2015 du Dr E._____, spécialiste FMH en médecine générale, expert SIM, a considéré le début de l'incapacité de travail durable dans l'activité habituelle au mois de septembre 2014, tout en relevant qu'un problème psychiatrique (décompensation psychique) empêchait toute reprise d'activité à ce moment, recommandant une expertise psychiatrique et cardiologique (AI pce 141).

B.d L'OAI a organisé l'expertise le 23 novembre 2015 (AI pce 164). Les experts, le Dr F._____, spécialiste FMH en cardiologie, et le Dr G._____, spécialiste FMH en psychiatrie et en psychothérapie, enfants, adolescents et adultes, ont remis leur rapport respectif les 26 février (AI pce 181 ; voir aussi *infra* consid. 14.1) et 14 avril 2016 (AI pce 188).

Le Dr G._____ a, dans son rapport d'expertise psychiatrique du 14 avril 2016 (AI pce 188), diagnostiqué avec incidence sur la capacité de travail un trouble de la personnalité schizoïde (F60.1) et un état de stress post-traumatique après malaise cardiaque et remplacement valvulaire vécu comme une catastrophe avec réactions d'allure anxio-dépressif (F43.1). Il a retenu des diagnostics non invalidants de status après maladie de Hodgkin traitée en 1989-1990, status après remplacement valvulaire aortique et plastie de la valve mitrale en septembre 2014, diabète diagnostiqué et traité depuis juillet 2015, dyslipidémie, hypothyroïdie substituée depuis 2006 et status après cure de hernie discale en 2008. La capacité de travail est jugée nulle dans l'activité habituelle dès le 22 juillet 2014. Dans une activité adaptée, sur le plan psychiatrique, une capacité de travail pourrait être retrouvée en cas de succès d'un stage de réadaptation à mettre en œuvre. Un échec conduirait par contre au statu quo et à une incapacité de travail totale.

B.e Consulté, le SMR Rhône a, dans un rapport final du 14 juillet 2016 du Dr H._____, médecin généraliste, retenu une incapacité de travail totale dans les activités habituelle et adaptée depuis le 22 juillet 2014, prévenant que la situation tant psychiatrique que somatique était susceptible de s'améliorer dans les mois qui suivent (AI pce 194).

B.f Suite aux remarques du SMR qui relevait que le rapport d'expertise psychiatrique présentait trop de contradictions pour être probant et qu'une nouvelle expertise devait être réalisée (AI pces 195, 198 et 205), l'OAI a mis en place la nouvelle expertise le 29 août 2017 (AI pce 209) confiée au Dr I._____, psychiatre-psychothérapeute FMH, lequel a remis son rapport le 24 octobre 2017 (AI pce 216 ; voir aussi *infra* consid. 14.2).

B.g Invité par l'OAI à se prononcer sur ce rapport, le SMR, par le Dr J._____, spécialiste FMH en anesthésiologie, a relevé le 22 janvier 2018 que si l'expertise satisfaisait aux critères formels et l'appréciation médicale de l'état de santé psychique de l'intéressé était complète et détaillée, les conclusions concernant l'exigibilité n'étaient pas cohérentes sous l'angle de la médecine d'assurance et devaient être réfutées pour violation du principe de l'égalité de traitement (AI pce 217).

B.h Relancé sur ce point (AI pce 218), l'expert psychiatre a complété son expertise le 2 février 2018, affirmant qu'il était clair que l'atteinte à la santé psychique de l'assuré au 10 octobre 2017 ne satisfaisait pas aux critères de la législation sur l'AI (AI pce 220).

B.i Par projet de décision du 16 mars 2018, l'OAI a informé l'intéressé qu'il entendait lui refuser des prestations de l'AI, au motif d'une absence d'atteinte à la santé durable et invalidante, les conditions d'ouverture du droit y afférent n'étant pas remplies (AI pce 223).

B.j Par écrits du 23 avril 2018, l'assuré s'y est opposé. Il a conclu à une réévaluation de son atteinte à la santé et de son droit à des prestations et a remis des moyens de preuve (AI pces 224 et 226).

B.k Invité par l'OAI à se déterminer, le SMR a, par réponse du 1er mai 2018 du Dr J._____, relevé que la situation n'était pas claire sur le plan somatique. Il a proposé de demander les résultats et conclusions médicales de la biopsie musculaire, ainsi que de compléter l'instruction par une expertise pluridisciplinaire (MEDAP) de médecine interne, pneumologie et neurologie, précisant qu'il n'est a priori pas nécessaire de refaire une expertise psychiatrique, ni une expertise cardiologique (AI pce 227).

B.l L'OAI a initié la mise en place de l'expertise pluridisciplinaire dès le 4 juin 2018 (AI pce 230), dont les résultats sont consignés dans un rapport du 4 février 2019 des Drs K._____, médecine interne générale, L._____, neurologie, et M._____, pneumologie, du Centre N._____ SA à (…) (AI pce 247 ; voir aussi *infra* consid. 12.1).

B.m L'OAI a soumis le rapport d'expertise pluridisciplinaire à son SMR pour évaluation. Celui-ci a répondu le 13 février 2019 par le Dr J._____ que le rapport était probant sous réserve de la date à partir de laquelle une pleine capacité de travail est exigible en conformité avec les principes de la médecine des assurances. Il a notamment fait remarquer que les éléments objectifs permettaient de confirmer l'absence d'affection psychiatrique d'une gravité suffisante à justifier une incapacité de travail durable sur ce plan (AI pce 248).

B.n Interpellé sur ces aspects par l'OAI, le Centre N._____ SA a relevé le 29 avril 2019 par les Dresses O._____ et P._____ que les pathologies en cascade ont conduit à une incapacité de travail totale durable, qui doit progressivement diminuer dès juin suivant. Une pleine capacité de travail dans une activité adaptée est raisonnablement exigible depuis décembre 2019. L'augmentation progressive est motivée par la nécessité d'un reconditionnement non pas au travail, mais physique (AI pce 249).

B.o Par nouveau projet de décision du 19 juillet 2019, annulant et remplaçant celui du 16 mars 2018, l'OAI a fait part à l'assuré de son intention de

lui octroyer une rente entière d'invalidité limitée dans le temps, à savoir du 1er juillet 2015 (échéance du délai d'attente d'une année) au 31 octobre 2019 (trois mois après l'amélioration de l'état de santé constatée dès juin 2019), puis de nier le droit dès le 1er septembre 2019, au motif qu'une capacité de travail de 30 % dès juin 2019 évoluant progressivement vers un 100 % d'ici décembre 2019 est raisonnablement exigible dans une activité adaptée aux limitations fonctionnelles suivantes : activité sédentaire, absence d'efforts (sans port de charges), pas d'activité demandant une attention soutenue ou la conduite de machines ou de véhicules, pas de travail présentant un risque de chutes ou coupures. De la sorte, une activité de type industrie légère telle que le montage à l'établi, le contrôle de produits finis ou le conditionnement léger remplit ces critères. Un déconditionnement au travail avec nécessité de réentraînement progressif ne fait pas partie des critères de l'AI. Au final, le degré d'invalidité de l'assuré se monte à 23 %, taux insuffisant pour donner droit à une rente (AI pce 250).

B.p Par acte du 2 septembre 2019, l'intéressé s'y est opposé en ce qu'il nie le droit à la rente à partir du 1er septembre 2019. Il a ainsi conclu à une réévaluation de son droit à partir de cette date. Il a argué être toujours en incapacité totale de reprendre une quelconque activité professionnelle, conformément aux conclusions de son cardiologue traitant et aux troubles éprouvés. Il a ajouté avoir été convoqué par le médecin conseil de la sécurité sociale française en date du 28 août 2019, qui prévoit de le mettre en invalidité de 2ème catégorie. Il joint des moyens de preuve (AI pce 254).

B.q Consulté par l'OAI, le SMR, dans des réponses du 19 novembre 2019 du Dr J._____, a estimé que l'assuré n'avait pas rendu plausible une éventuelle modification de son état de santé avec effet sur la capacité de travail (AI pce 262).

B.r Par décisions du 20 décembre 2019, l'Office de l'assurance-invalidité pour les assurés résidant à l'étranger (OAIE), reprenant la motivation du projet de décision de l'OAI complétée suite à l'audition, a alloué une rente entière d'invalidité et une rente entière d'invalidité pour enfant liée à celle du père du 1er juillet 2015 au 31 août 2019, respectivement 2018 (AI pces 269 et 270).

C.

C.a Par acte du 17 janvier 2020 (timbre postal), l'assuré a formé recours contre la décision le concernant devant le Tribunal administratif fédéral (ci-après : TAF ou le Tribunal). Il conclut à ce que la décision soit reconsidérée

en ce qu'elle a trait à la limitation dans le temps. Il conteste les conclusions auxquelles arrive l'OAIE, car son cardiologue, le Dr Q._____, stipule une incapacité de travail et une incompatibilité avec toute activité professionnelle, point de vue partagé par sa psychiatre, la Dresse R._____, et la sécurité sociale française l'a reconnu invalide avec un état réduisant de 2/3 au moins sa capacité de travail. Il ajoute s'être soumis à une hospitalisation de trois semaines en clinique psychiatrique. Il annexe encore des moyens de preuve figurant déjà au dossier (TAF pce 1).

C.b Par réponse du 9 mars 2020, l'OAIE a renvoyé à la prise de position du 6 mars 2020 de l'OAI et conclu au rejet du recours et à la confirmation de la décision attaquée (TAF pce 6).

C.c Par réplique du 15 mai 2020 (timbre postal), le recourant a produit deux pièces médicales pour compléter son dossier, maintenant implicitement ses conclusions (rapport du 24 février 2020 du Dr S._____, médecin aux urgences ; document à joindre au dossier radio non daté en lien avec l'accueil aux urgences [TAF pce 9]).

C.d Par écrit du 16 juin 2020 (timbre postal), le recourant a remis de nouveaux documents médicaux (certificat du 2 juin 2020 du Dr Q._____, certificat médical du 3 juin 2020 de la Dresse R._____ et rapport médical du 8 juin 2020 de la médecin généraliste, la Dresse T._____ [TAF pce 11]).

C.e Par duplique du 6 juillet 2020, l'autorité inférieure a renvoyé à la prise de position du 25 juin 2020 de l'OAI – dans laquelle celui-ci considère que la pièce médicale produite par le recourant est postérieure à la décision litigieuse et ne comporte aucune indication susceptible de mettre à mal l'exigibilité médico-théorique retenue – et persisté dans ses conclusions (TAF pce 13). Par duplique complémentaire du 14 juillet 2020, l'OAIE a transmis le complément du 10 juillet 2020 de l'OAI qui a souligné ne pas avoir de remarques particulières à formuler par rapport aux dernières pièces médicales du recourant (TAF pce 15).

C.f Par ordonnances des 9 et 20 juillet 2020, le Tribunal a porté ces écritures à la connaissance du recourant (TAF pces 14 et 16).

C.g Par courrier du 28 août 2020 (timbre postal), le recourant a attiré l'attention sur une chute de sa capacité à l'effort observée par le Dr Q._____ et versé en cause un rapport médical y relatif du

24 août 2020, ainsi qu'un certificat médical du même jour et du même médecin attestant qu'il présente de multiples pathologies (cardiologique dans un premier temps en 2014, puis pneumologique, musculaire et psychiatrique), définitivement incompatibles avec toute activité professionnelle (TAF pce 19).

C.h Par écrit daté du 22 septembre 2020, le recourant a remis un nouveau certificat médical de la Dresse R._____ du 16 septembre 2020, qui répète le contenu des précédents (TAF pce 21).

C.i Par ordonnance du 11 juillet 2022, le Tribunal a invité le recourant à prendre position sur le renvoi envisagé de la cause à l'OAIE pour compléter l'instruction et à communiquer s'il voulait retirer son recours jusqu'au 16 août 2022, à défaut de quoi ce dernier serait considéré comme maintenu (éventuelle reformatio in pejus ; [TAF pce 27]). Le recourant n'a pas donné suite dans le délai imparti.

C.j Les faits et arguments pertinents de la cause seront complétés, en tant que de besoin, dans les considérants ci-après.

Droit :

1.
Le Tribunal administratif fédéral est compétent pour connaître du présent recours (art. 31, 32 et 33 let. d de la loi du 17 juin 2005 sur le Tribunal administratif fédéral [LTAF, RS 173.32] ; art. 69 al. 1 let. b de la loi fédérale du 19 juin 1959 sur l'assurance-invalidité [LAI, RS 831.20]). Dans la mesure où le recourant est directement touché par la décision attaquée et a un intérêt digne d'être protégé à ce qu'elle soit annulée ou modifiée, il a qualité pour recourir (art. 59 de la loi fédérale du 6 octobre 2000 sur la partie générale du droit des assurances sociales [LPGA, RS 830.1] et 48 al. 1 de la loi fédérale du 20 décembre 1968 sur la procédure administrative [PA, RS 172.021]). Déposé en temps utile et dans les formes requises par la loi (art. 60 LPGA et 50 al. 1 PA ; art. 52 al. 1 PA), et l'avance sur les frais de procédure ayant été dûment acquittée (art. 63 al. 4 PA ; TAF pces 2 et 4), le recours est recevable.

2.
Le litige porte en l'espèce sur le droit du recourant à une rente de l'AI, en particulier en ce qu'il est nié dès le 1er septembre 2019 (AI pce 270).

Cela étant, le Tribunal remarque que la décision du 20 décembre 2019 octroyant une rente ordinaire entière d'invalidité pour enfant liée à la rente du

père du 1er juillet 2015 au 31 août 2018 en ce qui concerne la fille cadette du recourant n'est pas contestée par ce dernier dans la présente procédure de recours et a ainsi acquis force de chose décidée (AI pce 269). Il appert au demeurant que celle-ci est conforme au droit (cf. art. 35 al. 1 et 4 LAI en relation avec art. 25 al. 4 de la loi fédérale du 20 décembre 1946 sur l'assurance-vieillesse et survivants [LAVS, RS 831.10]).

L'objet de la contestation consiste en la seule décision du 20 décembre 2019 qui octroie au recourant une rente ordinaire entière d'invalidité limitée dans le temps (AI pce 270).

3.

3.1 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 ; PIERRE MOOR/ETIENNE POLTIER, Droit administratif, vol. II, 3e éd. 2011, ch. 2.2.6.3). Ce faisant, il ne tient pour existants que les faits qui sont prouvés, cas échéant au degré de la vraisemblance prépondérante (ATF 139 V 176 consid. 5.2, ATF 138 V 218 consid. 6). Par ailleurs, il applique le droit d'office, sans être lié par les motifs invoqués par les parties (art. 62 al. 4 PA ; ATAF 2013/46 consid. 3.2), ni par l'argumentation juridique développée dans la décision entreprise (PIERRE MOOR/ETIENNE POLTIER, op. cit., ch. 2.2.6.5 ; BENOÎT BOVAY, Procédure administrative, 2e éd. 2015, p. 243). L'autorité saisie se limite en principe aux griefs soulevés et n'examine les questions de droit non invoquées que dans la mesure où les arguments des parties ou le dossier l'y incitent (ATF 122 V 157 consid. 1a, ATF 121 V 204 consid. 6c ; ANDRÉ MOSER/MICHAEL BEUSCH/LORENZ KNEUBÜHLER/MARTIN KAYSER, Prozessieren vor dem Bundesverwaltungsgericht, 3e éd. 2022, p. 29 n. 1.55). Les parties ont le devoir de collaborer à l'instruction (art. 13 PA et 43 al. 3 LPGA ; arrêt du Tribunal administratif fédéral C-6134/2017 du 3 avril 2018 consid. 5.4) et de motiver leur recours (art. 52 PA).

3.2 En particulier, le Tribunal examine d'office les conditions formelles de validité et de régularité de la procédure devant l'autorité inférieure, soit notamment le point de savoir si l'autorité qui a rendu la décision litigieuse était compétente (ATF 142 V 67 consid. 2.1, 140 V 22 consid. 4).

A ce sujet, il y a lieu de remarquer qu'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, tandis que l'office AI pour les assurés résidant à l'étranger notifie les décisions (al. 2)

Etant donné que le recourant a son domicile en France voisine et que l'atteinte à la santé remonte à l'époque de son activité en tant que frontalier, c'est à juste titre que l'OAI du canton D._____ a enregistré et instruit la demande, et que l'OAIE a notifié la décision entreprise.

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 143 V 446 consid. 3.3, ATF 136 V 24 consid. 4.3, ATF 132 V 215 consid. 3.1.1). Lors d'un changement de législation durant la période déterminante, le droit éventuel à des prestations se détermine selon l'ancien droit pour la période antérieure et selon le nouveau dès ce moment-là (application pro rata temporis ; ATF 130 V 445).

4.1.1 L'affaire présente un aspect transfrontalier, dans la mesure où le recourant est un ressortissant français, domicilié en France, ayant travaillé en Suisse. 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 ALCP). Dans ce contexte, l'ALCP fait référence depuis le 1er avril 2012 au règlement (CE) n° 883/2004 du Parlement européen et du Conseil du 29 avril 2004 portant sur la coordination des systèmes de sécurité sociale (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 (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). Toutefois, même après l'entrée en vigueur de l'ALCP et des règlements de coordination, l'invalidité ouvrant droit à des prestations de l'assurance-invalidité suisse se détermine exclusivement d'après le droit suisse (art. 46 al. 3 du règlement n° 883/2004, en relation avec l'annexe VII dudit

règlement ; ATF 130 V 253 consid. 2.4 ; arrêt du Tribunal fédéral 9C_573/2012 du 16 janvier 2013 consid. 4).

4.1.2 S'agissant du droit interne, la présente cause doit être examinée à l'aune des dispositions de la LAI et de son règlement d'exécution telles que modifiées par la 6e révision de l'AI (premier volet), entrées en vigueur le 1er janvier 2012 (RO 2011 5659, FF 2010 1647). Les modifications de la LAI du 19 juin 2020 (Développement continu de l'AI, RO 2021 705 ; FF 2017 2363), en vigueur depuis le 1er janvier 2022, ne s'appliquent par contre pas au cas d'espèce.

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 20 décembre 2019). Les faits 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, ATF 130 V 445 consid. 1.2, ATF 121 V 362 consid. 1b). Ils doivent néanmoins être pris en considération lorsqu'ils sont étroitement liés à l'objet du litige et de nature à influencer l'appréciation au moment où la décision attaquée a été rendue (arrêt du Tribunal fédéral 9C_34/2017 du 20 avril 2017 consid. 5.2 et les références).

5.

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

6.

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

(art. 7 al. 2 LPGA). En cas d'incapacité de travail de longue durée, l'activité qui peut être exigée de l'assuré peut aussi relever d'une autre profession ou d'un autre domaine d'activité (art. 6, 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 pas 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-e a droit à un quart de rente s'il ou elle est invalide à 40% au moins, à une demi-rente s'il ou elle est invalide à 50% au moins, à trois quarts de rente s'il ou elle est invalide à 60% au moins et à une rente entière s'il ou elle est invalide à 70% au moins.

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. Toutefois, suite à l'entrée en vigueur de l'ALCP le 1er juin 2002, la restriction prévue à l'art. 29 al. 4 LAI n'est pas applicable lorsqu'une personne assurée est une ressortissante suisse ou de l'UE et réside dans l'un des Etats membres de l'UE (ATF 130 V 253 consid. 2.3 et 3.1 ; art. 4 et 7 du règlement n° 883/2004).

6.4 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). Concrètement, le Tribunal peut ainsi se limiter à examiner si le recourant remplissait les conditions d'octroi d'une rente depuis le 1er juillet 2015 (échéance du délai d'attente d'une année à l'art. 28 al. 1 LAI, ici postérieur aux six mois après le dépôt de la demande) jusqu'au 20 décembre 2019, date de la décision entreprise marquant la limite dans le temps du pouvoir d'examen de l'autorité de recours (ATF 129 V 1 consid. 1.2 et les références).

7.

7.1 Pour pouvoir déterminer la capacité de travail médico-théorique d'une personne assurée et évaluer son invalidité, l'administration, ou le juge 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). 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, compte tenu de ses limitations (ATF 143 V 418 consid. 6, 132 V 93 consid. 4, 125 V 256 consid. 4 et les références).

Le principe de la libre appréciation des preuves s'applique de manière générale à toute procédure de nature administrative, que ce soit devant l'administration ou le juge. La jurisprudence a toutefois posé des lignes directrices en matière d'appréciation des rapports médicaux et d'expertise (ATF 125 V 351 consid. 3b).

Ainsi, avant de conférer pleine valeur probante à un rapport médical, il convient de s'assurer que les points litigieux importants ont fait l'objet d'une étude circonstanciée, que le rapport se fonde sur des examens complets, qu'il prend également en considération les plaintes exprimées, 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). 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 Tribunal fédéral 9C_555/2017 du 22 novembre 2017 consid. 3.1 et les références, 9C_745/2010 du 30 mars 2011 consid. 3.2 et 9C_59/2010 du 11 juin 2010 consid. 4.1 ; MICHEL VALTERIO, Commentaire, Loi fédérale sur l'assurance-invalidité [LAI], 2018, art. 57 LAI n° 33).

Lorsqu'au stade de la procédure administrative, une expertise confiée à un médecin indépendant est établie par un-e spécialiste reconnu-e, sur la base d'observations approfondies et d'investigations complètes, de même qu'en pleine connaissance du dossier, et que l'expert-e aboutit à des résultats convaincants, il y a lieu de reconnaître pleine valeur probante à ces résultats, aussi longtemps qu'aucun indice concret ne permet de douter de leur bien-fondé (ATF 137 V 210 consid. 2.2.2, 135 V 465 consid. 4.4, 125 V 351 consid. 3b/bb).

7.2 Le Tribunal fédéral a jugé dans les ATF 143 V 409 et 143 V 418 que l'approche développée dans le cadre des troubles somatoformes douloureux doit dorénavant s'appliquer à tous les troubles psychiques, en particulier aussi aux dépressions légères à moyennes, qui doivent dès lors, en principe, faire l'objet d'une procédure probatoire structurée au sens de l'ATF 141 V 281 (ATF 143 V 418 consid. 6 et 7 et les références), afin

d'établir l'existence d'une incapacité de travail et de gain invalidante. Ainsi, le caractère invalidant d'atteintes à la santé psychique doit être déterminé dans le cadre d'un examen global, en tenant compte des différents indicateurs, au sein desquels figurent notamment les limitations fonctionnelles et les ressources de la personne assurée, de même que le critère de la résistance du trouble psychique à un traitement conduit dans les règles de l'art (ATF 143 V 409 consid. 4.4 ; arrêt du Tribunal fédéral 9C_142/2018 du 24 avril 2018 consid. 5.2). Bien plus que le diagnostic, c'est donc la question des effets fonctionnels d'un trouble qui importe.

7.3 Dans l'approche qu'il a développée dans le cadre des troubles somatoformes douloureux, le Tribunal fédéral a conçu, pour l'évaluation du caractère invalidant des affections psychosomatiques, une série d'indicateurs qu'il a classés dans deux catégories (ATF 141 V 281 consid. 4.1.3) :

A. Catégorie « degré de gravité fonctionnel »

a. Complexe « atteinte à la santé »

i. Expression des éléments pertinents pour le diagnostic

ii. Succès du traitement ou résistance à cet égard

iii. Succès de la réadaptation ou résistance à cet égard

iv. Comorbidités

b. Complexe « personnalité » (diagnostic de la personnalité, ressources personnelles)

c. Complexe « contexte social »

B. Catégorie « cohérence » (point de vue du comportement)

a. Limitation uniforme du niveau des activités dans tous les domaines comparables de la vie

b. Poids des souffrances révélé par l'anamnèse établie en vue du traitement et de la réadaptation.

Le Tribunal fédéral a précisé que les indicateurs se rapportant au degré de gravité fonctionnel (catégorie A ci-dessus) forment le socle de l'examen du caractère invalidant du trouble somatoforme (ATF 141 V 281 consid. 4.3) ; les conséquences tirées de cet examen doivent ensuite être examinées à l'aune des indicateurs se rapportant à la cohérence (catégorie B ci-dessus ; ATF 141 V 281 consid. 4.1.3). La Haute Cour a également indiqué qu'il fallait toujours tenir compte des circonstances du cas concret et que le catalogue d'indicateurs n'avait pas la fonction d'une simple check-list. Il

a souligné en outre que ce catalogue n'était pas immuable et qu'il devait au contraire évoluer en fonction du développement des connaissances scientifiques (ATF 141 V 281 consid. 4.1.1).

7.4 Si l'administration ou le juge, se fondant sur une appréciation consciencieuse des preuves, sont convaincus que certains faits présentent un degré de vraisemblance prépondérante et que d'autres mesures probatoires ne pourraient plus modifier cette appréciation, il est superflu d'administrer d'autres preuves (appréciation anticipée des preuves ; UELI KIESER, ATSG-Kommentar, 4e éd. 2020, art. 42 LPGA n° 31 ; ATF 122 II 464 consid. 4a). Une telle manière de procéder ne viole pas le droit d'être entendu selon l'art. 29 al. 2 de la Constitution fédérale de la Confédération suisse du 18 avril 1999 (Cst., RS 101 ; Sozialversicherungsrecht [SVR] 2001 IV n° 10 p. 28).

8.
Au cours de l'instruction de la demande, les pièces suivantes ont notamment été versées au dossier :

- un rapport médical du 12 juillet 2014 du Dr Q._____, cardiologue, concluant à une altération légère ancienne de la fraction d'éjection, à une aggravation de rétrécissement aortique restant moyennement serrée et à un rétrécissement mitral restant peu serré (AI pce 1) ;

- un certificat médical du 20 juillet 2014 de la Dresse T._____, médecin généraliste conventionnée, diagnostiquant une tendinopathie à l'épaule droite, précisant que l'incapacité de travail s'étend du 4 au 13 juillet 2014 à hauteur de 100 %, et indiquant que le recourant a repris son travail le 14 juillet 2014 à 100 % (AI pce 84 p. 220) ;

- un rapport médical du 22 juillet 2014 du Dr U._____, médecin chef, et de M. V._____, candidat-médecin, résumant une arrivée aux urgences du recourant suite à une syncope survenue sur le lieu de travail. Des échographies cardiaques sont annexées (AI pce 4 p. 1 ss ; voir également rapport de consultation ambulatoire du 22 juillet 2014 [p. 9 s.]) ;

- un « compte-rendu du chirurgien » du 5 août 2014 énumérant les éléments révélés par bilan cardiaque d'une consœur (AI pce 84 p. 218) ;

- un certificat médical du 18 août 2014 de la Dresse T._____, prescrivant un arrêt de travail pour cause de syncope avec perte de connaissance sur le lieu de travail, faille valvulaire antérieure et mitrale d'intervention chirurgicale (opération le 30 septembre 2014 ; AI pce 9) ;

- un rapport d'hospitalisation du 28 août 2014 des Drs W._____, médecin attaché, X._____, praticien hospitalier, Y._____, chef de service, et Z._____, directeur médical, indiquant que le recourant a été hospitalisé du 25 au 26 août 2014 au motif d'une coronarographie programmée avant remplacement valvulaire (AI pce 5) ;

- un rapport de coronarographie non daté du Dr W._____, concluant à une lésion non significative de l'artère interventriculaire antérieure moyenne et à une lésion intermédiaire courte de l'artère coronaire droite moyenne et proposant sur le plan thérapeutique une sténose intermédiaire coronaire droite (AI pce 5) ;

- un certificat médical du 22 septembre 2014 de la Dresse T._____, indiquant un malaise sur le lieu du travail avec perte de connaissance, un remplacement valvulaire aortique et mitral prévu le 30 septembre 2014, une hospitalisation et la nécessité d'examens complémentaires pré-opératoires (AI pce 62) ;

- un questionnaire médical du 26 septembre 2014 de la Dresse T._____, retenant un diagnostic de rétrécissement aortique serré symptomatique à l'origine d'une syncope avec perte de connaissance sur le lieu de travail le 22 juillet 2014. Elle joint un compte-rendu pré-opératoire du Dr Aa. _____, chirurgien des hôpitaux, chef de service (AI pce 84 p. 215-217) ;

- un rapport médical du 30 septembre 2014 des Drs Bb._____, chirurgien des hôpitaux, praticien hospitalier, et Aa._____, informant que l'intervention (remplacement valvulaire aortique par une prothèse mécanique) s'est déroulée dans de bonnes conditions, sans problème particulier (AI pce 55) ;

- un rapport d'échocardiographie du 16 octobre 2014 du Dr Cc._____, chirurgien cardiaque, concluant notamment à une évolution post-opératoire très satisfaisante (AI pce 58) ;

- un rapport du 4 novembre 2014 du Dr Q._____, concluant à un excellent résultat après remplacement valvulaire aortique et plastie mitrale (AI pce 64) ;

- des cardiographies du 14 novembre 2014, avec précision de conclusion d'épreuve d'effort normale (AI pces 71, 72) ;

- un rapport médical du 1er décembre 2014 du Dr Dd._____, concluant notamment à une fraction d'éjection du ventricule gauche préservée (AI pce 77) ;

- un rapport médical de sortie du 1er décembre 2014 du Dr Ee._____, interne d'un service de cardiologie, indiquant notamment un diagnostic de précordialgies atypiques (AI pce 77) ;

- un certificat médical du 1er décembre 2014 d'un service de cardiologie indiquant que le recourant a été hospitalisé ce jour-là (AI pce 81) ;

- un rapport médical du 1er décembre 2014 du Dr Q._____, signalant que le diagnostic avec effet sur la capacité de travail est un remplacement valvulaire aortique et plastie mitrale au mois de septembre 2014, que la restriction physique est une dyspnée persistante, que l'activité habituelle est encore exigible médicalement, que l'activité adaptée ne doit pas requérir de port de charge lourde et que les restrictions peuvent être réduites au moyen d'une réadaptation (AI pce 87) ;

- un rapport médical (AI pce 80) et son annexe (AI pce 79) du 7 décembre 2014 de la Dresse T._____ posant les diagnostics avec effet sur la capacité de travail de malaise avec perte de connaissance sur le lieu de travail le 22 juillet 2014, ayant conduit à un rétrécissement aortique symptomatique et à une indication chirurgicale, ainsi que de remplacement valvulaire aortique et plastie mitrale réalisés le 30 septembre 2014. Il est ajouté que l'incapacité de travail dans l'activité habituelle est totale du 22 juillet 2014 au 18 janvier 2015 inclus, mais susceptible d'être prolongée en fonction de l'évolution clinique. L'activité habituelle n'est plus exigible à ce moment et le rendement est réduit. Une activité adaptée est envisageable, mais sans port de charges lourdes ;

- un rapport médical du 26 décembre 2014 de la Dresse T._____, retenant les mêmes diagnostics, ainsi que de nombreuses palpitations et

douleurs thoraciques ayant nécessité des avis médicaux et consultations aux urgences cardiologiques le 1er décembre 2014. Cette médecin indique que le recourant est gêné par le bruit de fermeture/ouverture de la valve cardiaque, de sorte qu'il y a une capacité restreinte dans le rythme de travail. Une reprise du travail habituel n'est pas possible en raison de la dyspnée à l'effort, mais celle d'une activité adaptée déjà décrite dans son dernier rapport pourrait se monter à 100 %, des mesures d'ordre professionnel étant indiquées (AI pce 106) ;

- un certificat médical du 27 janvier 2015 de la Dresse T._____, qui notamment constate des algies thoraciques et une dyspnée persistantes suite à une opération de la valve/plastie, ainsi qu'une dépression sévère nécessitant un suivi psychiatrique régulier (AI pce 95) ;

- un rapport médical du 9 février 2015 du Dr Q._____, concluant à des dyspnée et asthénie, des bruits métalliques de la prothèse mécanique très gênants et angoissants, avec insomnie et syndrome dépressif, et à une symptomatologie incompatible avec la reprise professionnelle (AI pce 90) ;

- un certificat médical du 10 février 2015 de la Dresse T._____, précisant que le recourant souffre d'un syndrome anxio-dépressif avec troubles du sommeil, angoisse en rapport avec une intolérance aux bruits continus du fonctionnement de la valve, ne permettant pas une reprise professionnelle (AI pce 91) ;

- un certificat médical du 4 mars 2015 de la Dresse R._____, psychiatre, indiquant que le recourant est suivi, pour une prise en charge d'un syndrome anxio-dépressif sévère, et qu'il présente une humeur à tendance dépressive avec des idées suicidaires, des envies de sauter par la fenêtre, une insomnie totale, des cauchemars terribles et un état d'anxiété majeur type phobique. La psychiatre relève une impulsivité et des plaintes fonctionnelles et mentionne qu'une demande d'hospitalisation est en cours, l'état de santé du recourant ne permettant pas de travailler ; une ordonnance prescrivant des médicaments est annexée (AI pce 97) ;

- des certificats médicaux des 10 mars, 27 avril, 28 mai et 1er juillet 2015 de la Dresse T._____, constatant des algies thoraciques et dyspnée persistantes suite à une opération chirurgicale valve/plastie, et une dépression sévère nécessitant un suivi psychiatrique régulier et un traitement antidépresseur (AI pces 104, 111, 113, 120) ;

- un rapport du 13 avril 2015 du Dr Q._____, concluant à une cardiopathie restant fortement symptomatique avec syndrome dépressif réactionnel, signalant avoir conseillé de refaire un bilan hépatique chez un confrère (hyperferritinémie également signalée chez le père) et réitérant sa conclusion de symptomatologie incompatible avec la reprise professionnelle (AI pce 108) ;

- des lettres des 4 et 5 juin 2015 de l'assureur-maladie suspendant les prestations d'indemnités journalières de l'assurance-maladie collective dès le 1er septembre 2015 (AI pce 115) ;

- un rapport médical du 4 juillet 2015 du Dr Q._____, concluant à la non-évolutivité cardiologique, à un syndrome dépressif sévère et à l'indication d'une contre-expertise (pathologie cardiologique et psychiatrique ; AI pce 118) ;

- une note du 9 juillet 2015 de la Dresse T._____, avertissant en substance d'une glycémie élevée et donc un diabète à traiter (AI pce 122) ;

- un rapport médical du 1er août 2015 de la Dresse Ff._____, énonçant une hospitalisation du 6 au 23 juillet 2015 due à un syndrome dépressif secondaire à une intervention cardiaque et retenant le diagnostic principal de réaction dépressive prolongée (CIM : F4321) et les diagnostics associés d'athérosclérose cardio-vasculaire, décrite ainsi (CIM : I250), de sténose (de la valvule) aortique (non rhumatismale) avec insuffisance (CIM : I352), de diabète sucré non insulinodépendant non insulinotraité ou sans précision, sans complication (CIM : E1198) et de sténose non rhumatismale (de la valvule) mitrale (CIM : I342) (AI pce 127 p. 312 ss) ;

- un rapport médical (AI pce 136) et son annexe (AI pce 135) du 5 août 2015 de la Dresse R._____, diagnostiquant un syndrome dépressif dès la fin du mois de septembre 2014 et une cardiopathie ;

- un certificat médical du 24 septembre 2015 de la Dresse Ff._____, attestant que le recourant a été hospitalisé du 6 au 23 juillet 2015 pour un syndrome dépressif secondaire à une intervention chirurgicale cardiologique (remplacement de valve cardiaque) et que depuis cette intervention, il présente une dégradation de son état psychique, devant les séquelles physiques de l'opération, notamment une dyspnée au moindre effort, ainsi qu'il est très perturbé par le bruit incessant de la

valve mécanique qui l'empêche de dormir, tout en mentionnant une reprise du suivi auprès du psychiatre traitant à sa sortie (AI pce 142) ;

- un certificat médical du 2 octobre 2015 de la Dresse R._____, notant que le recourant nécessite toujours un suivi et un traitement psychotrope au long cours réajusté pendant son hospitalisation. Son état ne lui permet pas encore de travailler (AI pce 145) ;

- une lettre de confirmation du 13 novembre 2015 de la décision du 5 juin 2015 de l'assureur-maladie (AI pce 163) ;

- un certificat médical du 24 novembre 2015 de la Dresse R._____, constatant que le recourant présente toujours une humeur à tendance dépressive avec des pensées suicidaires, des idées noires, un sentiment de dévalorisation et de désespoir, un ralentissement psychomoteur et des troubles anxieux généralisés, ainsi qu'une impulsivité, une anhédonie et une insomnie quasi totale. Elle assure qu'un suivi régulier et un traitement psychotrope au long cours sont toujours nécessaires et que son état à ce moment ne lui permet plus de travailler (AI pce 165) ;

- un rapport médical pour la réadaptation professionnelle/rente du 24 novembre 2015 de la Dresse T._____, tenant l'incapacité de travail dans l'activité habituelle pour totale depuis le 22 juillet 2014. L'activité habituelle n'est plus exigible médicalement, le rendement étant réduit dans une mesure excluant le port de charges lourdes (AI pce 166) ;

- un rapport médical du 16 décembre 2015 du Dr Q._____, qui conclut à une élévation des chiffres tensionnels et à une bonne fonction ventriculaire gauche systolique (AI pce 172) ;

- un rapport médical pour la réadaptation professionnelle/rente du 5 janvier 2016 de la Dresse R._____, diagnostiquant avec effet sur la capacité de travail une dépression sévère (CIM-10 : F32.2) depuis le 4 mars 2015. L'incapacité de travail dans l'activité habituelle est de 100 % depuis le 4 mars 2015. Ladite activité n'est plus exigible médicalement, le rendement étant réduit. L'on ne peut s'attendre à une reprise de l'activité professionnelle, ni à une amélioration de la capacité de travail. Les restrictions fonctionnelles sont totales (AI pce 176) ;

- un certificat médical du 30 mars 2016 de la Dresse R._____, assurant que le recourant présente toujours les mêmes troubles et qu'il y a

une absence d'amélioration ainsi qu'une inaptitude au travail à 100 % (AI pce 183 p. 458) ;

- un certificat médical du 30 mars 2016 de la Dresse T._____, attestant que le recourant présente une dyspnée persistante et aggravée au moindre effort, non améliorée depuis le remplacement valvulaire aortique associé à une plastie mitrale réalisé le 30 septembre 2014, ainsi qu'un syndrome anxio-dépressif sévère avec troubles du sommeil, angoisse en rapport avec une intolérance aux bruits continus du fonctionnement de la valve, et que son état nécessite à ce moment une prise en charge régulière avec un psychiatre qui a prescrit un traitement antidépresseur associé à des anxiolytiques. Il est précisé que l'état de santé du recourant ne lui permet pas au vu de cette symptomatologie de reprendre une activité professionnelle (AI pce 183 p. 459) ;

- un certificat médical du 1er avril 2016 du Dr Q._____, faisant état d'un recourant restant fortement symptomatique du point de vue cardiologique, malgré le remplacement valvulaire aortique avec plastie mitrale réalisés en septembre 2014. Le médecin déclare qu'il existe une inaptitude totale à toute activité professionnelle depuis septembre 2014 (date de la chirurgie cardiaque ; AI pce 184) ;

- un certificat médical non daté qui informe que le recourant a été hospitalisé du 19 au 27 septembre 2016 (AI pce 200) ;

- un certificat médical du 2 novembre 2016 de la Dresse R._____, observant à l'examen clinique, une aggravation de l'état dépressif avec des pensées suicidaires, des idées noires, un sentiment de dévalorisation et de désespoir, un ralentissement psychomoteur et des troubles anxieux généralisés, une impulsivité, une anhédonie, une insomnie quasi totale, le recourant ne parvenant plus à dormir le soir. Il nécessite toujours un suivi régulier et un traitement psychotrope au long cours, et est inapte au travail à 100 % (AI pce 203) ;

- un certificat médical du 8 septembre 2017 de la Dresse R._____, remarquant un recourant présentant toujours un état dépressif, stationnaire, et arrivant aux mêmes conclusions que dans son précédent certificat médical (AI pce 211) ;

- un rapport médical du 12 septembre 2017 du Dr Q._____, concluant à une cardiopathie hypertensive et valvulaire restant fortement symp-

tomatique, avec perception angoissante des bruits de la prothèse mécanique aortique, à une coronaropathie bitronculaire, à une sténose de l'artère carotide primitive gauche, à une hypertension artérielle, à un diabète de type 2, à une dyslipidémie et une cytolyse musculaire chronique (AI pce 216 p. 559) ;

- un rapport d'épreuve d'effort du 15 septembre 2017 du Dr Q._____, concluant à une très faible capacité d'effort : 3,4 Mets, 30 % de la valeur attendue (AI pce 216 p. 562) ;

- un certificat médical du 17 octobre 2017 de la Dresse T._____, indiquant une dyspnée persistante et aggravée au moindre effort, non améliorée depuis le remplacement valvulaire aortique associé à une plastie mitrale réalisé le 30 septembre 2014, un syndrome anxio-dépressif sévère nécessitant une prise en charge régulière avec un psychiatre qui prescrit un traitement antidépresseur associé à des anxiolytiques, une dysthyroïdie depuis de nombreuses années à type d'hypothyroïdie substituée par un médicament et une rhabdomyolyse avec CPK majoré (vers 600-700) sans cause retrouvée (rhabdomyolyse présente même sans prise de statines ou fibrates ; AI pce 216 p. 557) ;

- un rapport médical du 14 mars 2018 du Dr Gg._____, assistant spécialiste en pneumologie, relevant que le recourant présente notamment un syndrome d'apnées obstructives du sommeil sévère qui nécessite un traitement par pression positive continue autopilotée et un syndrome ventilatoire restrictif lié à une hypoventilation alvéolaire sur l'obésité (AI pce 232 p. 617-618) ;

- un certificat médical du 18 avril 2018 du Dr Q._____, assurant que le recourant présente une contre-indication médicale à toute activité professionnelle, en raison des pathologies en cascade compliquant toute la chirurgie cardiaque réalisée en septembre 2014 et que l'octroi d'une rente d'invalidité est tout à fait justifié (AI pce 226 p. 586) ;

- une lettre de liaison du 18 avril 2018 de M. Hh._____, interne, indiquant une hospitalisation du 6 au 18 avril 2018 en raison d'une biopsie musculaire dans un contexte de rhabdomyolyse et concluant à un diagnostic principal de biopsie musculaire ainsi qu'à des diagnostics associés de maladie de Hodgkin, de diabète de type II et de syndrome d'apnée obstructive du sommeil sévère (AI pce 226 p. 590-593) ;

- une fiche de pré-admission dans une clinique du 20 avril 2018 pour cause d'épisode anxio-dépressif (AI pce 226 p. 587-589) ;

- un rapport médical du 24 avril 2018 du Dr Ii._____, chef de service de pathologie, concluant à des muscles para-vertébraux – ponctions biopsies : tissus adipeux et musculaire d'aspect histologique normal (involution adipeuse d'après renseignements cliniques), à une absence de vascularite, de lésion inflammatoire ou dystrophique spécifique, et à un prélèvement pour avis spécialisé d'une consœur (AI pce 232 p. 620) ;

- un rapport médical du 24 mai 2018 du Dr Gg._____, concluant à un bon état respiratoire chez un recourant qui présente un syndrome ventilatoire restrictif sur une hypoventilation liée à l'obésité et un syndrome d'apnées du sommeil sévère, tout en soulignant que le recourant est de plus en plus handicapé par l'atteinte respiratoire avec une limitation importante à l'effort (AI pce 232 p. 621) ;

- un certificat médical du 13 juin 2018 du Dr Q._____, attestant la même situation que dans son précédent certificat, si ce n'est que l'expertise doit porter sur la maladie organique, qui justifie que le recourant obtienne une rente d'invalidité et pas sur la pathologie psychiatrique. Le médecin relève une limitation respiratoire à l'effort et une biopsie musculaire. Il conclut à un syndrome ventilatoire restrictif sévère sur une hypoventilation liée à l'obésité, elle-même secondaire à la prise du traitement psychotrope (AI pce 232 p. 614) ;

- une lettre de liaison du 14 juin 2018 de la clinique précitée du Dr Jj._____, psychiatre-médecin-chef, informant d'une hospitalisation du 25 mai au 14 juin 2018 au motif d'un état dépressif, ainsi que notamment un recourant quittant la clinique au terme de trois semaines d'observation, jugée bénéfique, tout en organisant une reprise du suivi par la psychiatre traitante et en concluant à un état dépressif majeur (F32.0) ; des listes de médicaments, résultats d'examens et bulletin de situation du 14 juin 2018 sont annexés (AI pce 232 p. 608-613) ;

- un rapport d'échographie cardiaque du 2 octobre 2018 de M. Kk._____, interne, et de la Dresse Gg._____, cardiologue, concluant à une détresse respiratoire (AI pce 241 p. 652) ;

- un rapport de coronarographie du 5 octobre 2018 du Dr Ll._____, praticien hospitalier cardiologue, et de la Dresse Gg._____, concluant à une dominance à droite, ainsi qu'à un athérome coronarien diffus, sans lésion significative en attirant l'attention sur une découverte fortuite d'une sténose de l'artère subclavière droite ; des échographies cardiaques sont annexées (AI pce 241 p. 649-651) ;

- un certificat médical du 9 octobre 2018 d'un service de cardiologie, faisant état d'une hospitalisation du 26 septembre au 9 octobre 2018 (AI pce 241 p. 643) ;

- une lettre de liaison complémentaire du 9 octobre 2018 du Dr Ll._____, mentionnant une hospitalisation à compter du 2 octobre 2018 pour une suite de prise en charge d'une décompensation cardio-respiratoire et un transfert en réanimation médicale (AI pce 241 p. 645) ;

- un certificat médical du 26 octobre 2018 des Drs Mm._____, praticien hospitalier cardiologue, et Y._____, avisant que le recourant a été hospitalisé du 18 au 27 octobre 2018 (AI pce 242 p. 655) et un rapport d'intervention sous forme d'ablation du 25 octobre 2018 des Drs Nn._____, praticien hospitalier cardiologue, et Oo._____, concluant notamment au succès de l'ablation de l'isthme cavotricuspide réalisée (AI pce 242 p. 656-657) ;

- un rapport médical du 20 août 2019 du Dr Q._____, concluant à une cardiopathie restant fortement symptomatique et à un bloc complet de branche gauche ; une échographie cardiaque du même jour est annexée (AI pce 254 p. 721-722) ;

- un certificat médical du 28 août 2019 de la Dresse R._____, attestant que le recourant nécessite toujours un suivi régulier et son état clinique ne lui permet pas la reprise d'une activité professionnelle, étant inapte au travail à 100 % (AI pce 254 p. 723) ;

- un rapport détaillé E 213 du 8 octobre 2019 de la Dresse Pp._____, médecin conseil, posant un diagnostic d'affections cardiopulmonaires (I27) et synthétisant la situation médicale comme étant une cardiopathie fortement symptomatique, aggravée par une bronchopneumopathie obstructive et un syndrome d'apnée du sommeil, et un syndrome dépressif chronique invalidant, incompatibles avec la reprise d'une ac-

tivité professionnelle, la réduction de la capacité de travail étant supérieure à 66 %. L'état par rapport à l'examen précédent est dit stationnaire et une amélioration de la capacité de travail pas possible par une réadaptation professionnelle. Elle conclut à une invalidité de catégorie 2 (AI pce 256) ;

- un rapport médical du 4 décembre 2019 du Dr Q._____, concluant à une cardiopathie valvulaire restant fortement symptomatique et à une complication d'un bloc complet de branche gauche, les pathologies (cardiologiques dans un premier temps en 2014, plus pneumologique, musculaire et psychiatrique) restant, comme en 2018, définitivement incompatibles avec toute activité professionnelle (AI pce 272 p. 818) ;

- un rapport d'épreuve d'effort du 6 décembre 2019 du Dr Q._____, arrivant à des conclusions de bloc de branche gauche complet permanent, d'effondrement de la capacité d'effort (70 W, 3.0 Mets, 30 % de la valeur attendue) et d'inaptitude définitive à toute activité professionnelle ; des échocardiographies sont annexées (AI pce 272 p. 819 ss) ;

- un certificat médical du 17 décembre 2019 de la Dresse R._____, qui relève à l'examen clinique les mêmes troubles que mentionnés dans son dernier certificat. Le recourant nécessite toujours un suivi régulier, mais pas de traitement psychotrope à cause de la cardiopathie sévère. Son état clinique du moment ne permet pas la reprise d'une activité professionnelle, étant inapte au travail à 100 % et en invalidité en France depuis le 30 septembre 2019 (AI pce 272 p. 831).

9.

9.1 Dans son recours, le recourant reproche en substance à l'autorité inférieure d'avoir retenu pour la période après le 31 août 2019 un taux d'invalidité de 23 % et donc de lui avoir nié son droit à la rente dès le 1er septembre suivant, tandis que ses médecins traitants stipulent une incapacité de travail à 100 % et la sécurité sociale française lui reconnaît une invalidité réduisant de 2/3 au moins sa capacité de travail (TAF pce 1).

9.2 L'OAIE se réfère, pour sa part, à la motivation exposée dans sa décision dont est recours.

10.

La décision litigieuse, pour reconnaître au recourant le droit à une rente ordinaire entière d'invalidité du 1er juillet 2015 au 31 août 2019 et pour le

lui nier ensuite – soit trois mois après une amélioration de l'état de santé (art. 88*a* RAI) –, se base sur les réponses du SMR des 5 septembre (AI pce 198) et 14 novembre 2016 (AI pce 205) et 22 janvier (AI pce 217), 1er mai 2018 (AI pce 227), 13 février (AI pce 248) et 19 novembre 2019 (AI pce 262), ainsi que sur les conclusions consensuelles du rapport d'expertise pluridisciplinaire du 4 février 2019 (AI pce 247) et le complément du 29 avril 2019 (AI pce 249) et le rapport d'expertise médicale AI (cardiologique) du 26 février 2016 (AI pce 181) et sur le rapport d'expertise psychiatrique du 24 octobre 2017 (AI pce 216 p. 537 ss) et son complément du 2 février 2018 (AI pce 220), ainsi que le rapport pour l'employeur du 1er décembre 2014 (AI pce 78).

11.

Dans le cas d'espèce, le recourant connaît des restrictions de la santé tant sur le plan somatique que psychique. Il ressort en effet du dossier qu'il a souffert d'une sténose aortique serrée sur probable bicuspidie (rapport du 22 juillet 2014 du Dr U._____ et M. V._____ [AI pce 4 p. 1 ss]) ayant provoqué le 21 juillet 2014 un malaise cardiaque sur le lieu de travail, ce qui l'a amené à subir une opération le 30 septembre 2014 sous forme d'un remplacement valvulaire aortique par une prothèse mécanique St-Jude Flex n° 23, associé à une plastie mitrale avec décalcification de la grande valve mitrale et une péricardectomie antérieure (rapport du 30 septembre 2014 des Drs Bb._____ et Aa._____ [AI pce 55]). Si au début, l'état de santé du recourant semblait tendre vers un rétablissement total, des précordialgies atypiques (rapport médical de sortie du 1er décembre 2014 du Dr Dd._____ [AI pce 77]) et une dyspnée (voir notamment rapport du 1er décembre 2014 du Dr Q._____ [AI pce 87]) sont néanmoins apparues après quelque temps, auxquelles se sont ensuite ajoutées une asthénie, des algies thoraciques et une athérosclérose cardio-vasculaire (voir notamment rapport médical du 26 décembre 2014 de la Dresse T._____ [AI pce 106], rapport médical du 9 février 2015 du Dr Q._____ [AI pce 90] et rapport médical du 1er août 2015 de la Dresse Ff._____ [AI pce 127 p. 312 ss]). Le bruit de la valve mécanique gênant, en outre, continuellement le recourant, ce dernier a développé des troubles psychiques (un syndrome anxio-dépressif selon les médecins consultés [voir notamment certificat médical du 27 janvier 2015 de la Dresse T._____ {AI pce 95}, certificat médical du 4 mars 2015 de la Dresse R._____ {AI pce 97}]) accompagnés d'insomnie (rapport du 9 février 2015 du Dr Q._____ [AI pce 90]). En parallèle, il a présenté un diabète (note du 9 juillet 2015 de la Dresse T._____ [AI pce 122]), une hypertension artérielle (rapport médical du 12 septembre 2017 du Dr Q._____ [AI pce 216 p. 559]), une hypothyroïdie (certificat médical

du 17 octobre 2017 de la Dresse T._____ [AI pce 557]), une rhabdomyolyse (même certificat médical), des apnées du sommeil sévères (rapport médical du 14 mars 2018 du Dr Gg._____ [AI pce 232 p. 617 s.]), un syndrome ventilatoire restrictif lié à une hypoventilation alvéolaire sur l'obésité (même rapport médical), une dyslipidémie (rapport médical pour la réadaptation professionnelle/rente du 24 novembre 2015 de la Dresse T._____ [AI pce 166]) et une cytolyse musculaire chronique (rapport médical du 12 septembre 2017 du Dr Q._____ [AI pce 216 p. 559]).

12.
Il revient maintenant au Tribunal le soin d'examiner si la décision litigieuse était ou non en droit d'accorder pleine valeur probante aux différents rapports et compléments d'expertise ci-dessus énumérés et si, en outre, l'OAIE disposait, avant de rendre ladite décision, d'un état de fait médical établi de manière complète, compte tenu des pathologies relevées au considérant précédent dont souffre le recourant et de la jurisprudence.

13.

13.1 S'agissant de l'expertise pluridisciplinaire du Centre N._____ SA à (…) rapportée le 4 février 2019 (AI pce 247), accompagnée de son complément du 29 avril 2019 (AI pce 249), il y a lieu de noter qu'elle remplit les exigences formelles fixées par la jurisprudence fédérale pour les affections somatiques, qui font seules l'objet de l'expertise (les experts sont des spécialistes reconnus dans leur discipline selon MedReg, l'anamnèse est complète, les plaintes exprimées par le recourant ont été prises en compte, les experts étaient en pleine connaissance du dossier et la description du contexte médical du recourant est claire).

13.2 Sur le fond, l'expertise pluridisciplinaire comprend des volets de médecine interne générale, de neurologie et de pneumologie. D'emblée, le Tribunal remarque au vu des restrictions somatiques et psychiques du recourant, telles que susmentionnées, que les volets cardiologique et psychiatrique n'ont pas fait l'objet de nouvelles expertises. Certes, les experts se réfèrent à deux expertises psychiatriques et une expertise cardiologique déjà menées, leur permettant à priori de renoncer à de nouvelles disciplines (AI pce 247 p. 668, 672, 680 et 686). Cela s'avère problématique, d'autant plus que ce sont avant tout des diagnostics relevant de ces domaines qui ont été retenus par les experts comme ayant des effets sur la capacité de travail du recourant dans son cas. Par ailleurs, il est à noter que tant les expertises psychiatriques que cardiologique mentionnées par les experts ont été effectuées en 2016 et en 2017 (cf. expertise du

Dr F._____ [AI pce 181] ; expertise du Dr G._____ [AI pce 188] et expertise du Dr I._____ [AI pce 216]) et n'étaient déjà plus d'actualité au moment où le rapport d'expertise pluridisciplinaire du Centre N._____ SA a été déposé. Le complément dudit centre d'expertise à ce sujet, daté du 29 avril 2019, au demeurant fort succinct, n'apporte pas de plus amples informations (AI pce 249). Au surplus, le fait que le SMR, dans son avis du 1er mai 2018, relève qu'il « n'est a priori pas nécessaire de refaire une expertise psychiatrique, ni une expertise cardiologique » (AI pce 227) n'est en soi pas pertinent. D'une part, cet avis émane d'un médecin spécialiste FMH en anesthésiologie, donc non spécialiste s'agissant des troubles cardiovasculaires et psychiques ; d'autre part, il n'exempte pas les experts du Centre N._____ SA de déterminer par eux-mêmes, d'éventuelles autres disciplines médicales qui doivent faire l'objet de l'expertise, celle-ci devant prendre en compte l'ensemble des affections dont souffre l'expertisé.

13.3 Cela étant, le Tribunal se doit d'abord d'examiner si ces lacunes ont néanmoins pu être comblées avant que les experts ne se prononcent. Ainsi, s'agissant des troubles d'ordre psychique, il y a lieu de constater que si l'expertise pluridisciplinaire, dans sa partie « évaluation consensuelle », présente substantiellement les affections somatiques, elle le fait très brièvement s'agissant des troubles psychiatriques. En particulier, la partie « motif et circonstances de l'expertise » ne répète que les diagnostics de l'expertise du Dr I._____, sans mentionner l'existence de points litigieux, et l'évaluation consensuelle ne relève une éventuelle origine psychogène qu'en vue d'essayer d'expliquer la dyspnée persistante du recourant, en reprenant les aspects du volet pneumologique (AI pce 247 p. 689). Le volet spécifique à la médecine interne de l'expertise est à peine plus détaillé, relevant en une phrase que le recourant « présente […] un état dépressif dans le cadre de son problème cardiaque, et de la gêne ressentie par le bruit de sa valve cardiaque, entraînant des réveils fréquents pendant la nuit » (AI pce 247 p. 673). Il eût été à tout le moins indiqué de le retranscrire dans l'évaluation consensuelle, afin de démontrer que l'intégralité de l'état de fait médical était véritablement connue in casu de tous les experts et que des diagnostics correspondants étaient fixés. Il est également important de noter que le volet neurologique de l'expertise, qui pose un diagnostic de syndrome anxiodépressif réactionnel à l'intervention cardiaque, diagnostiqué en février 2015 (AI pce 247 p. 683) n'est pas retenu dans l'évaluation consensuelle sans en exposer le moindre motif. Dans ces conditions, des doutes concrets sont susceptibles de naître à la lecture du rapport d'expertise, en particulier concernant les conclusions auxquelles il ar-

rive (AI pce 247 p. 669), et l'évaluation consensuelle ne peut être considérée, au degré de la vraisemblance prépondérante, comme pleinement interdisciplinaire, compte tenu des pathologies qui affectent le recourant. Les réquisits jurisprudentiels ne sont ainsi pas respectés en l'espèce.

De plus, l'expertise pluridisciplinaire ne pouvait se fonder sur les rapports d'expertise antérieurs des Drs I._____ et G._____ (AI pces 188 et 216) dans la mesure où ce premier n'était, contrairement à ce que soutient l'autorité inférieure, pas probant à l'aune des exigences jurisprudentielles en la matière (ATF 141 V 281 consid. 8). En effet, si les rapports d'expertise psychiatriques du 14 avril 2016 du Dr G._____ (AI pce 188) et du 24 octobre 2017 du Dr I._____ (AI pce 216) remplissent les conditions d'ordre formel posées par la jurisprudence (expert spécialiste reconnu, pleine connaissance de l'anamnèse et du dossier du recourant, plaintes exprimées par l'expertisé prises en compte [voir AI pce 188 p. 465 à 471 et AI pce 216 p. 539-543]), le Tribunal remarque que les diagnostics psychiatriques ne sont pas posés clairement et uniformément entre les deux experts, le Dr I._____ et le Dr G._____, et les psychiatres traitantes. Le Dr I._____ a en effet retenu des diagnostics nosographiques psychiatriques (CIM-10) avec effet sur la capacité de travail de trouble de l'adaptation, avec prédominance de la perturbation d'autres émotions (F-43.23) subsidiairement état dépressif organique (F-06.32) et non impactant la capacité de travail de trouble phobique spécifique de faible incidence (F-40.2) et de trouble panique d'intensité modérée (F-41.0) (AI pce 216 p. 551). Le Dr G._____ quant à lui a relevé des diagnostics de trouble de la personnalité schizoïde (F-60.1) et d'état de stress post-traumatique après malaise cardiaque et remplacement valvulaire vécu comme une catastrophe avec réactions d'allure anxio-dépressif (F43.1) (AI pce 188). La Dresse R._____ a retenu une dépression sévère (F32.2) (voir notamment AI pces 97 et 135, 136, 176), alors que la Dresse Ff._____ envisage un diagnostic principal de réaction dépressive prolongée (F43.21) (AI pce 127 p. 312 ss). Il s'agit ainsi de diagnostics d'ordre psychiatrique contradictoires, qui divergent sensiblement les uns des autres. Ainsi, compte tenu notamment de l'ancienneté des expertises des Drs G._____ (datée du 14 avril 2016 [AI pce 188]) et I._____ (établie le 24 octobre 2017 [AI pce 216]), des diagnostics contradictoires entre celles-ci et les certificats de médecins traitants, de l'appréciation du SMR du 22 janvier 2018 mettant en doute les conclusions du Dr I._____ (AI pce 217), des différents rapports médicaux de la Dresse R._____ établis en 2018, donc antérieurs à l'expertise pluridisciplinaire, l'OAIE ne pouvait faire l'impasse sur une expertise psychiatrique digne de ce nom.

En se contentant de renvoyer aux expertises psychiatriques déjà effectuées, les experts mandatés par le Centre N._____ SA ne pouvaient dès lors avoir une vue d'ensemble correcte des affections dont souffrait le recourant, de sorte que les conclusions finales de leur rapport s'en trouvaient biaisées. Le Tribunal constate au demeurant que le Dr I._____ se prononce sur le modèle de la procédure probatoire structurée au sens de l'ATF 141 V 281 dans le chapitre 10. « Réponses aux questions » du rapport d'expertise psychiatrique (AI pce 216 p. 553 ss), mais qu'en l'absence d'un état de fait somatique, soit cardiologique, investigué de manière complète, l'expert psychiatre ne pouvait au surplus pas se prononcer valablement au regard des exigences de l'ATF 141 V 281 et des lignes directrices de qualité des expertises de psychiatrie d'assurance éditées par la Société suisse de psychiatrie et psychothérapie (SSPP).

Sur le plan somatique, l'expertise pluridisciplinaire a porté dans les domaines de la médecine interne, de la neurologie et de la pneumologie. Cependant, l'aspect cardiologique n'a été qu'abordé, qui plus est n'a pas fait l'objet d'une nouvelle expertise circonstanciée, les experts renvoyant notamment à l'expertise déjà effectuée, soit celle du Dr F._____ du 26 février 2016 (AI pce 247 p. 668 et pce 181 p. 442 ss). Pourtant, l'évaluation consensuelle reprend les diagnostics de décompensation cardiaque globale en octobre 2018 sur flutter auriculaire avec ablation par radiofréquence en novembre 2018 (I49.9), de coronaropathie tritronculaire non sténosante (coronographie en octobre 2018) (I25.1) et de status après mise en place d'une prothèse mécanique valve aortique St-Jude Flex No 23 et plastie mitrale pour sténose des deux valves en octobre 2014 (Z95.2) (AI pce 247 p. 669). Le dernier diagnostic de dyspnée invalidante d'origine indéterminée envisage, outre une origine psychologique, une possible cause cardiaque (R06.0) (AI pce 247 p. 670). Qui plus est, les experts soulignent que l'incapacité totale dans l'activité habituelle est justifiée tant sur le plan pulmonaire que cardiaque en raison des efforts physiques qu'exige la profession de boucher, efforts qui ne sont pas compatibles avec ses affections, tout en préconisant une rééducation cardio-vasculaire, réentraînement à l'effort comme mesures médicales et thérapies avec effet sur la capacité de travail (AI pce 247 p. 671). L'expert en médecine interne, tout comme l'expert neurologue, posent des diagnostics d'ordre cardiologique et s'expriment sur des aspects cardiologiques en lien avec le status général (AI pce 247 p. 674 ss et 683 ss). Or, non seulement aucun des experts du Centre N._____ SA ne possède une spécialisation en cardiologie, laquelle est pourtant nécessaire pour être en mesure de poser des diagnostics, mesures et thérapies de cet ordre, mais encore l'expert en médecine interne n'explique pas comment il arrive à ces diagnostics de

nature cardiologique. Qui plus est, il ne décrit pas l'éventuelle évolution de ces affections dans le temps. Quant à l'expert neurologue, il ne s'exprime sur des aspects cardiologiques qu'en lien avec le status général, en relevant que le recourant a un pouls régulier à 84/min, un cliquetis lié à la valve prothétique mécanique, aortique, audible même sans stéthoscope, n'a pas de souffle cardiaque, mais a un souffle carotidien gauche. Il retient sur ce plan un diagnostic de status après pose d'une valve aortique prothétique et plastie mitrale le 30 septembre 2014 (AI pce 247 p. 683). Il n'en parle plus lors de l'évaluation sur la capacité de travail. Les experts n'évoquent pas les opinions divergentes des différents médecins, particulièrement celle du Dr Q._____, spécialiste en cardiologie. Ce faisant, ils n'indiquent pas, ni ne discutent en quoi, par exemple l'avis spécialisé du Dr Q._____ figurant dans le certificat médical du 18 avril 2018 et selon lequel les pathologies en cascade, dont cardio-vasculaire, conduisent à une contre-indication médicale à toute activité professionnelle, le recourant étant considéré invalide (AI pce 226 p. 586). Certes, ledit certificat médical est succinct et n'indique pas de diagnostic précis, ne remplissant sûrement pas les réquisits jurisprudentiels. Néanmoins, il émane d'un médecin qui est pleinement qualifié pour se prononcer sur les aspects cardiologiques de l'état de santé du recourant et suit son patient depuis des années, connaissant ainsi très bien l'histoire et l'évolution des maladies du recourant. Aussi un tel document est-il propre à faire surgir un doute concret quant au bien-fondé des conclusions de l'expertise pluridisciplinaire, en particulier au sujet des répercussions sur la capacité de travail dans les activités habituelle et adaptée. Or, les experts ne parviennent pas à faire disparaître ce doute lorsqu'ils déclarent en guise de conclusion que ce sont les problèmes sur la plan pulmonaire et cardiaque qui influencent la capacité de travail (AI pce 247 p. 669), sans dire davantage dans quelles proportions et avec quels développements dans le temps. Cela concerne également les chapitres du rapport d'expertise sur la capacité de travail, où une incapacité de travail est dite totale sur le plan cardiaque et pulmonaire, mais sans autre précision ; et dans une activité adaptée, il relève juste qu'elle est possible 3 à 6 mois après la dernière décompensation cardiaque sur flutter auriculaire et ablation par radio-fréquence en novembre 2018, soit au plus tard dès le début juin 2019, avec reprise progressive à débuter à 30 % et à augmenter graduellement à 100 % sur une durée de 6 mois (AI pce 247 p. 670). Dans un autre passage du rapport d'expertise (AI pce 247 p. 670 ; voir également pour le volet de médecine interne générale [p. 678]), ils relèvent dans le contrôle de la cohérence, notamment que le problème cardiaque est au jour de l'expertise compensé et les examens cardiaques dans la norme. Là aussi, une telle assertion apparaît pour

le moins problématique, non seulement faute, pour ces experts, de disposer de la spécialisation médicale nécessaire, mais aussi dans la mesure où le cardiologue traitant, le Dr Q._____, soutient le contraire, même après l'hospitalisation due au flutter auriculaire en octobre 2018.

13.4 En outre, le rapport d'expertise médicale AI du 26 février 2016 du Dr F._____ (AI pce 181) sur lequel se reposent les experts, ne saurait suffire à peindre un tableau complet des affections cardiaques du recourant. Certes, l'expert, le Dr F._____, relève que le résultat sur les deux valves cardiaques est excellent, que les paramètres de la fonction systolique du ventricule gauche sont normaux, que tant la dyspnée que l'incapacité de marcher plus de trois minutes à plat sans asthénie n'ont pas d'explication cardiovasculaire (AI pce 181 p. 444, 445 et 448). Cependant le rapport susmentionné étant déjà ancien, il ne saurait, au moment de l'expertise pluridisciplinaire du Centre N._____ SA, avoir une quelconque valeur probante. En effet, ledit rapport datant de 2016, il n'a logiquement pas pu prendre en compte la décompensation cardiaque sur flutter auriculaire de 2018 (voir notamment AI pces 241 et 242). Par ailleurs, l'expert fait mention d'un diagnostic d'ordre psychiatrique (AI pce 181 p. 446) qui ne relève pas de sa spécialisation (voir *supra* consid. 7.1). Une nouvelle expertise cardiologique était ainsi nécessaire au moment de l'expertise pluridisciplinaire de 2018, rapportée en 2019. Un volet correspondant aurait dû, comme vu plus haut (voir *supra* consid. 13.2), être prévu lors de la réalisation de l'expertise pluridisciplinaire.

14.
En résumé, l'évaluation consensuelle de l'expertise pluridisciplinaire, en ne comportant ni volet cardiologique ni psychiatrique probant et récent, alors qu'elle retient des diagnostics liés à ces domaines et évalue la capacité de travail du recourant dans l'activité habituelle et dans une activité adaptée en se fondant notamment sur des aspects relevant de la cardiologie et de la psychiatrie, est lacunaire et ne saurait se voir reconnaître pleine valeur probante. L'état de fait médical n'étant pas complet, il ne permettait pas à l'autorité inférieure de rendre la décision entreprise d'octroi d'une rente entière d'invalidité au recourant limitée dans le temps du 1er juillet 2015 au 31 août 2019.

Dans ces conditions, il n'y a pas lieu à ce stade de la procédure, d'examiner les autres volets (médecine interne générale, neurologique et pneumologique) du rapport d'expertise pluridisciplinaire du 4 février 2019, lesquels ne suffisent pas en eux-mêmes, nous l'avons vu, à dresser un tableau complet de la situation médicale.

15.

15.1 Cela étant, et en l'état du dossier, le Tribunal n'est pas en mesure d'examiner, au degré de la vraisemblance prépondérante, si le recourant présente une incapacité de travail, le cas échéant pour quelle période et sur la base de quel constat objectivable. Une évaluation complète, portant sur toutes les disciplines pertinentes dans le cas du recourant, soit en plus des domaines examinés dans l'expertise du Centre N._____ SA, la cardiologie et la psychiatrie, doit être mis en place. A défaut, l'expertise pluridisciplinaire est lacunaire et ne peut se voir reconnaître une quelconque valeur probante.

15.2 Selon l'art. 61 al. 1 PA, l'autorité de recours statue elle-même sur l'affaire ou, exceptionnellement, la renvoie avec des instructions impératives à l'autorité inférieure. Le renvoi est indiqué en l'espèce bien qu'il doive rester exceptionnel compte tenu de l'exigence de célérité de la procédure (art. 29 Cst. ; arrêt du Tribunal fédéral 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 (cf. ATF 137 V 210 consid. 4.4.1.4 ; arrêt du Tribunal fédéral 8C_633/2014 du 11 décembre 2014 consid. 3.2 et 3.3 ; arrêt du Tribunal administratif fédéral C-3038/2016 consid. 12 et les références). En l'espèce, il ressort donc du dossier que l'évaluation médicale des atteintes à la santé du recourant et de leurs éventuels effets sur sa capacité de travail n'ont pas suffisamment été instruits et méritent des éclaircissements.

15.3 Par ailleurs, selon la jurisprudence, un renvoi à l'administration, lorsqu'il a pour but d'établir l'état de fait, ne viole ni le principe de la simplicité de la procédure et de diligence, ni le principe inquisitoire. Il en va cependant autrement quand un renvoi constitue en soi un déni de justice (par exemple, lorsque, en raison des circonstances, seule une expertise judiciaire ou une autre mesure probatoire serait propre à établir l'état de fait), ou si un renvoi apparaît disproportionné dans le cas particulier. A l'inverse, le renvoi à l'administration apparaît en général justifié si celle-ci a constaté les faits de façon sommaire, dans l'idée que le tribunal les éclaircirait comme il convient en cas de recours (ATF 137 V 210 consid. 4.4.1.4). Tel est le cas en l'espèce.

15.4 En l'occurrence, la décision entreprise se base sur des expertises qui ne satisfont pas aux exigences jurisprudentielles en la matière.

16.
En conséquence, le recours est admis et la décision litigieuse annulée. Il est au demeurant précisé que le recourant a eu l'occasion de retirer son recours ou de se prononcer sur le risque de reformatio in pejus, conformément à la jurisprudence du Tribunal fédéral (ATF 137 V 314 consid. 3.2.4 ; voir *supra* let. C.i).

La cause est renvoyée à l'autorité inférieure pour complément d'instruction et nouvelle décision. Une clarification de l'évolution des constats médicaux et de leurs effets dans le temps sur la capacité de travail du recourant apparaît en effet nécessaire.

En particulier, l'autorité inférieure veillera à requérir des rapports récents des médecins traitants du recourant et ordonnera une expertise pluridisciplinaire globale comportant un volet cardiologique et psychiatrique ainsi que des expertises récentes en pneumologie, rhumatologie, (éventuellement neurologie) médecine interne. Sur le plan psychiatrique, l'expertise respectera l'évaluation normative et structurée de l'ATF 141 V 281. L'autorité prendra également en compte dans sa nouvelle décision les rapports médicaux produits par le recourant pendant la procédure de recours, soit après que la décision litigieuse n'ait été rendue, et faisant état d'une possible bronchite aiguë, avec seulement une hypothèse diagnostique de surinfection bronchique avec petite majoration insuffisance cardiaque (rapport du 24 février 2020 du Dr S._____) ou d'une éventuelle aggravation de la dyspnée avec mise en évidence d'une tachycardie atriale focale par réentrée en juin 2020 (rapport du 8 juin 2020 de la Dresse T._____ ; rapport du 2 juin 2020 du Dr Q._____) ou d'une possible chute de la capacité à l'effort (rapport du 24 août 2020 du Dr Q._____), ainsi que toutes autres atteintes survenant avant la prise de la nouvelle décision et la rhabdomyolyse (voir notamment AI pce 216 p. 557 et AI pce 226 p. 590-593).

A cet égard, il appartiendra au centre d'expertises d'ajouter au besoin toute autre discipline médicale qu'il jugera nécessaire au regard des pathologies dont est atteint le recourant (cf. art. 44 al. 5 en relation avec al. 1 let. c LPGA du nouveau droit). L'expertise sera pratiquée en Suisse, l'organisme d'évaluation mandaté devant maîtriser les principes d'évaluation prévalant dans la médecine d'assurance suisse (arrêt du Tribunal fédéral 9C_235/2013 du 10 septembre 2013 consid. 3.2). Le recourant étant

domicilié en France, l'on ne voit de surcroît pas de motifs pour lesquels l'exécution en Suisse de cette expertise pourrait se révéler une mesure disproportionnée. Au surplus, le centre d'expertises – le Centre N._____ SA étant cependant exclu in casu – devra être désigné dans le respect des droits de participation de l'assuré (cf. ATF 137 V 210 consid. 3.4.2.9) et en application de la plateforme d'attribution aléatoire SuisseMED@P (cf. art. 72bis al. 2 RAI ; ATF 139 V 349 consid. 5.2.1). Les médecins devront notamment, dans le cadre d'une évaluation consensuelle, examiner l'ensemble de l'état de santé du recourant au jour de l'expertise, déterminer les atteintes à la santé de celui-ci, ce en décrivant l'évolution des constats médicaux objectivables dans la durée depuis la date de la demande de prestations de l'AI, et, dans la même mesure, leurs effets sur la capacité de travail, ainsi que les limitations fonctionnelles. L'ensemble du dossier devra ensuite être soumis au SMR pour nouvel examen. Enfin, une nouvelle décision devra être prise.

17.
Il est rappelé que les décisions prises par la sécurité sociale française ne lient pas les autorités suisses, le droit à des prestations de l'AI suisse se déterminant exclusivement d'après le droit suisse (voir *supra* consid. 4.1.1). Dans ces conditions, le grief du recourant selon lequel il serait déjà reconnu invalide par la sécurité sociale française (invalidité en 2ème catégorie), soit un état d'invalidité réduisant de 2/3 au moins sa capacité de travail, s'avère infondé et doit être rejeté.

18.

18.1 Vu l'issue du litige, le recourant ne doit pas participer aux frais de procédure (cf. art. 63 al. 1 PA). En effet, selon la jurisprudence fédérale, une partie est considérée comme ayant obtenu gain de cause lorsque l'affaire est renvoyée – comme en l'espèce – à l'autorité inférieure pour des instructions complémentaires et nouvelle décision (ATF 132 V 215 consid. 6). Par conséquent, l'avance de frais de Fr. 800.– versée (voir TAF pce 4) sera restituée au recourant une fois le présent arrêt entré en force. Aucun frais de procédure n'est mis à la charge de l'autorité inférieure (art. 63 al. 1 et 2 PA).

18.2 L'art. 64 al. 1 PA et l'art. 7 du règlement du 21 février 2008 concernant les frais, dépens et indemnités fixés par le Tribunal administratif fédéral (FITAF, RS 173.320.2) permettent au Tribunal d'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. A

défaut d'autres indications, les honoraires du représentant sont fixés sur la base du dossier, soit, selon l'appréciation de l'autorité, en raison de l'importance et de la difficulté du litige, ainsi que d'après le travail et le temps que le représentant a dû y consacrer (art. 10 et 14 FITAF).

En l'espèce, le recourant a agi par l'intermédiaire d'un représentant n'ayant pas produit de note d'honoraires. Au vu de l'issue de la procédure et du travail de ce dernier, le Tribunal lui alloue à charge de l'autorité inférieure, et sans supplément TVA (art. 9 al. 1 let. c FITAF en relation avec les art. 1 al. 2 et 8 LTVA [RS 641.20]), une indemnité de dépens qu'il est équitable de fixer à Fr. 1'000.–.

Le dispositif se trouve à la page suivante.

Par ces motifs, le Tribunal administratif fédéral prononce :

1.
Le recours est admis en ce sens que la décision attaquée est annulée et la cause renvoyée à l'autorité inférieure pour instruction complémentaire dans le sens des considérants et nouvelle décision.

2.
Il n'est pas perçu de frais de procédure. L'avance de frais de Fr. 800.– déjà versée par le recourant lui sera restituée dès l'entrée en force du présent arrêt.

3.
Il est alloué une indemnité de dépens au recourant d'un montant de Fr. 1'000.– à charge de l'autorité inférieure.

4.
Le présent arrêt est adressé au recourant, à l'autorité inférieure et à l'OFAS.

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

La présidente du collège : Le greffier :

Madeleine Hirsig-Vouilloz Julien Borlat

Indication des voies de droit :

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

Expédition :