



Cour III
C-3730/2018

Arrêt du 30 août 2022

Composition

Beat Weber (président du collège),
Christoph Rohrer, Regina Derrer, juges,
Daniel Golta, greffier.

Parties

A. _____,
représenté par Charles Flory, C.P.T.F.E.,
recourant,

contre

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

Objet

Assurance-invalidité, droit à la rente
(décision du 7 juin 2018).

Faits :**A.**

Le ressortissant français A._____ (ci-après : assuré ou recourant), né le (...) 1973, célibataire, père d'un enfant né le (...) 2001, domicilié en France, au bénéfice d'une formation de boulanger, a notamment travaillé en Suisse dans son métier au sein d'une entreprise artisanale puis industrielle de 1994 à 2016. Dès 2006 son activité a été essentiellement de nuit. Depuis le 15 novembre 2015, excepté 15 jours en mars 2016 pendant lesquels il a tenté une reprise d'activité, il a été en incapacité de travail totale en raison d'une importante fatigue, d'un burn-out majeur. Le 25 avril 2016, il a déposé une demande de prestations d'invalidité auprès de l'Office AI du canton B._____ (OAI-(...)) faisant valoir du stress, de la fatigue, de l'insomnie, de l'anxiété, des palpitations cardiaques depuis octobre 2015 (AI pces 2, 4 p. 4, 9 p. 2 s., 60 p. 7, 69 p. 6). Son contrat de travail a été résilié au 30 novembre 2016 (AI pce 41).

B.

B.a L'OAI- (...) a instruit la demande. Il est apparu une incapacité de travail attestée depuis le 15 novembre 2015 (AI pce 12 p. 4) en raison d'un burn-out majeur, une asthénie physique et psychique ancienne, un état dépressif, atteintes rapportées par le Dr C._____ (généraliste), médecin traitant, dans son rapport du 6 mai 2016 (AI pce 11). Dans un rapport d'expertise du 29 juin 2016 pour l'assureur perte de gain D._____, le Dr E._____ (spécialiste en neurologie et psychiatrie) a diagnostiqué avec répercussion sur la capacité de travail un épisode dépressif d'une intensité moyenne avec syndrome somatique (CIM-10 F32.11; cf. AI pce 23 p. 7 ch. 3.2, p. 8 ch. 4, p. 11 ch. 3) et sans répercussion sur la capacité de travail une personnalité avec des traits émotionnellement immatures et évitants accentués (F73.1) ; l'expert a envisagé une reprise du travail par étapes depuis le jour de l'expertise à 50% jusqu'à un 100% atteint au 1^{er} novembre 2016 (AI pce 23) qui ne s'est cependant pas confirmée (cf. AI pces 45 s.). La Dre F._____ (médecin psychiatre traitant) a diagnostiqué dans un rapport du 29 juillet 2016 une psychose depuis un an (F29) et dans un rapport du 25 janvier 2017 (date de réception de l'OAI-(...)) une schizophrénie paranoïde (F20), l'assuré étant en incapacité de travail (AI pces 35 p. 2, 45 p. 2). Entre ces deux rapports, la Dre G._____ (psychiatre) du Service médical régional (SMR) de l'AI a dans un rapport du 29 septembre 2016 reconnu l'existence d'un épisode dépressif de degré moyen limitant l'assuré à une activité dans sa profession à 50% de jour, mais a rejeté l'existence d'une psychose diagnostiquée auparavant (AI pce 37). Dans le

but d'une stabilisation de l'état psychique, l'assuré a effectué à (...) (F) un séjour du 4 au 25 octobre 2016 dans l'établissement psychiatrique I._____. Le Dr J._____, psychiatre de cet établissement, a posé le 25 octobre 2016 le diagnostic d'épisode dépressif sévère avec symptômes psychotiques (F32.3) tout en relevant l'absence actuelle de dépression majeure (AI pce 53). Dans un courrier du 12 décembre 2016 adressé au médecin conseil de D._____, le Dr E._____ a contesté ce diagnostic lui semblant « peu convaincant et irrecevable » (AI pce 44 p. 3). Le 17 mai 2017, la Dre G._____ a préconisé une expertise psychiatrique (AI pce 56).

Selon le rapport d'expertise du 18 octobre 2017 sollicité, basé sur un examen du 6 septembre 2017, la Dre K._____ (spécialiste en psychiatrie et psychothérapie) n'a posé aucun diagnostic ayant une incidence sur la capacité de travail et a retenu au jour de l'examen les diagnostics *sans incidence* sur la capacité de travail d'épisode dépressif léger (F32.0), en tant que diagnostic résiduel d'un status après syndrome de surmenage (Z73.0, syndrome de burn-out) et d'accentuation de certains traits de la personnalité avec des composantes immatures, dépendantes et dysthymiques (Z73.1). Elle a reconnu à l'assuré depuis la date de l'examen la capacité de reprendre son activité habituelle de boulanger, ainsi qu'une activité adaptée, toutefois de jour et non plus de nuit comme par le passé. Une aptitude à des mesures de réadaptation a également été reconnue, l'état de santé de l'assuré le permettant (AI pce 60). Cette appréciation a été confirmée le 13 décembre 2017 par la Dre G._____ du SMR qui a validé les conclusions de l'expertise et aussi suggéré que l'assuré soit mis au bénéfice de mesures d'ordre professionnel (AI pce 62).

B.b Le 5 janvier 2018, le Comité de protection des travailleurs frontaliers européens (C.P.T.F.E.), représentant l'assuré depuis (au moins) septembre 2016 (AI pce 34) a transmis à l'OAI-(...) par courriel une attestation datée du 14 décembre 2017 d'incapacité de travail de l'assuré jusqu'au 19 janvier 2018 (AI pce 63). Cette attestation a été précédée d'autres avis d'incapacité de travail (cf. infra consid. 9.1 in fine).

B.c Par préavis du 19 mars 2018, l'OAI-(...)a informé l'assuré lui reconnaître le droit à une rente entière du 1^{er} novembre 2016 au 30 novembre 2017. Il a retenu une incapacité de travail totale à compter de novembre 2015, existante à l'issue du délai d'attente d'une année en novembre 2016, s'étant prolongée au plus tard jusqu'à la date de l'examen d'expertise psychiatrique du 6 septembre 2017. Il a relevé que lors de cet examen une

pleine capacité de travail dans une activité adaptée de son domaine d'activité, exercée de jour (sans travail de nuit, ni tôt le matin ou tard le soir), lui a été reconnue et qu'il en résultait par comparaison des revenus avec invalidité (prenant en compte un abattement sur le revenu de 10% en raison de limitations dues à la maladie) et sans invalidité (prenant en compte l'indemnité afférente au travail de nuit précédemment exercé) une incapacité de gain de 20% au 6 septembre 2017. L'OAI(...) a indiqué qu'en conséquence de l'amélioration de l'état de santé et de la capacité de travail établie au 6 septembre 2017, la rente était supprimée au 30 novembre 2017 à la suite du délai de 3 mois suivant l'amélioration de santé. Le calcul du taux d'invalidité a été présenté et complété d'un tableau de synthèse récapitulant les taux d'invalidité de 100% au 25 (recte: 15) novembre 2016 et de 20% au 6 septembre 2017 (AI pce 66).

B.d L'assuré ne s'étant pas manifesté à la suite du préavis, l'Office AI pour les assurés résidant à l'étranger (OAIE) a par décision du 7 juin 2018 alloué à l'assuré une rente entière d'invalidité assortie d'une rente pour enfant du 1^{er} novembre 2016 au 30 novembre 2017. Les éléments de calcul et la motivation figurant dans le préavis du 19 mars 2018 ont été en partie repris avec des incohérences et contradictions (AI pce 68).

C.

C.a Contre cette décision, A._____, représenté par Charles Flory du C.P.T.F.E., a interjeté recours le 26 juin 2018 (timbre postal) auprès du Tribunal administratif fédéral (ci-après : Tribunal ou TAF). En substance, faisant valoir une dégradation de son état de santé, il s'est opposé à la limitation dans le temps au 30 novembre 2017 de la rente entière d'invalidité allouée et a conclu à une réévaluation par un expert médical. A l'appui de son recours, il a fait valoir une hospitalisation du 23 mai 2018 au 15 juin 2018 ordonnée par son médecin « pour des raisons de santé mentale » à la Clinique I._____ de (...). Il a joint à son envoi une attestation de séjour de la clinique précitée pour la période indiquée et un arrêt de travail du 15 juin au 15 juillet 2018 du Dr J._____ (psychiatre) de la clinique (TAF pce 1).

Par acte ampliatif du 3 juillet 2018, il a produit un certificat médical du 28 juin 2018 de la Dre F._____ (psychiatre), médecin traitant, indiquant un suivi en raison d'une psychose chronique partiellement stabilisée par la médication suivie, l'état psychique rendant le patient inapte à travailler (TAF pce 2).

Par un deuxième acte ampliatif du 28 août 2018, il a produit le rapport de sortie du 15 juin 2018 du Dr J. _____ de la Clinique I. _____ mentionnant l'hospitalisation du 23 mai au 15 juin 2018 pour le motif d'une dépression. Le médecin a retenu les diagnostics de dépression récurrente, épisode moyen (F33.1), de trouble de la personnalité, sans précision (F60.9), et il a mentionné un suivi psychiatrique par la Dre F. _____ (TAF pce 7, annexe 3).

C.b Par réponse du 30 août 2018, l'OAIE a conclu au rejet du recours et à la confirmation de la décision attaquée, faisant sienne la détermination de l'OAI(...) du 22 août 2018. Dans celle-ci cet office a conclu à ce que le recours soit déclaré sans objet et que l'écriture du 23 juin 2018 (recte : 26 juin 2018 [timbre postal]) soit considérée en tant que dépôt d'une nouvelle demande ; subsidiairement, il a conclu au rejet du recours. Il a fait valoir que l'écriture du 23 juin 2018, dont on pouvait se demander si elle constituait un recours, mentionnait un séjour hospitalier psychiatrique du 23 mai au 15 juin 2018 qui au plus pouvait faire débiter une rechute de l'assuré au 23 mai 2018. Il a précisé que, compte tenu d'un délai de 3 mois applicable à cette rechute, la prise en compte de celle-ci pour le droit à une rente pouvait intervenir au 1^{er} août 2018. En l'occurrence, selon l'OAI(...), cette rechute serait sans incidence sur la décision dont est recours car seuls étaient à prendre en compte les faits survenus avant la décision du 7 juin 2018. L'office AI a relevé que la décision était fondée sur le rapport d'expertise de la Dre K. _____ du 18 octobre 2017, complet et probant, ayant retenu un épisode dépressif de degré léger, contre lequel le recourant ne s'était élevé ni en fait ni en droit (TAF pce 8).

C.c Par réplique du 28 septembre 2018, le recourant a indiqué souffrir de troubles sévères sur le plan psychique et rappelé avoir effectué un séjour en clinique psychiatrique du 23 mai 2018 au 15 juin 2018 résultant d'une prise en charge psychiatrique régulière et nécessaire. Il a joint un certificat médical du 20 septembre 2018 de la Dre F. _____ (psychiatre), dans lequel ce médecin a noté pour l'essentiel le diagnostic d'une schizophrénie sur une déficience intellectuelle légère. Le médecin a indiqué que la médication suivie avait donné lieu à une amélioration partielle avec disparition des angoisses et rétablissement du sommeil, mais que des symptômes négatifs subsistaient et que l'état clinique du patient justifiait une invalidité (TAF pce 11).

C.d Par duplique du 6 novembre 2018, l'OAIE a conclu à nouveau au rejet du recours et à la confirmation de la décision attaquée faisant sienne la

détermination du 31 octobre 2018 de l'OAI(...). Dans celle-ci, l'office a relevé que la médecin psychiatre traitante de l'assuré faisait état d'une appréciation différente de celle de la Dre K. _____ sans que cette appréciation puisse par elle-même remettre en question la valeur probante du rapport de l'experte. Il a relevé de la formulation du rapport du 20 septembre 2018 de la Dre F. _____ que les angoisses de l'assuré n'étaient plus présentes du fait de la médication suivie, seules les symptômes négatifs le seraient encore, que les conclusions de la Dre F. _____ et celles de la Dre K. _____ semblaient correspondre, de sorte que rien ne ressortait du rapport de la Dre F. _____ qui n'aurait pas déjà été apprécié auparavant. Il a relevé qu'un rapport de sortie de la Clinique I. _____ à la suite du séjour en mai 2018 n'avait pas été produit, de sorte qu'il ne pouvait être établi de comparaison entre l'état de santé lors du séjour et l'état de santé lors de l'expertise. Enfin, il a noté en substance que le séjour à la Clinique I. _____ ne pouvait en soi remettre en cause les conclusions de l'expertise et n'avait qu'une valeur probante limitée. Bien que le séjour à la clinique pût être l'indice d'une éventuelle détérioration de santé, celle-ci devrait avoir duré trois mois au moment de la décision pour avoir une incidence sur la présente procédure (TAF pce 13).

C.e Par ordonnance du 22 novembre 2018, le Tribunal a porté à la connaissance du recourant la duplique de l'autorité inférieure et mis un terme à l'échange des écritures, d'autres mesures d'instruction demeurant toutefois réservées (TAF pce 14).

C.f Par écriture spontanée du 7 février 2020, le recourant a produit un certificat médical du 31 janvier 2020 de la Dre F. _____ faisant état d'un suivi pour une psychose chronique de type schizophrénie avec trouble de l'humeur de type dépressif, l'état du patient justifiant une invalidité, et deux attestations d'arrêts de travail du 3 janvier au 26 mars 2020 (TAF pce 16). L'écriture a été transmise à l'autorité inférieure pour connaissance par ordonnance du 12 février 2020 (TAF pce 17).

C.g Par écriture spontanée du 11 juin 2020, le recourant a porté à la connaissance du Tribunal un arrêt de travail du 12 mai au 2 juillet 2020 et une décision de la Caisse Primaire d'Assurance Maladie (...) du 15 mai 2020 lui reconnaissant à compter du 1^{er} novembre 2016 une rente d'invalidité de catégorie 2 pour un état d'invalidité réduisant des 2/3 au moins sa capacité de travail ou de gain (TAF pce 19).

C.h Par un courrier du 17 juin 2020 suivi de trois communications téléphoniques des 8 décembre 2020, 9 novembre 2021 et 1^{er} février 2022, le recourant a été informé de l'état de la cause (TAF pces 20-23).

C.i Par ordonnance du 24 mai 2022 (notifiée le 30 mai 2022 selon l'avis de réception), le Tribunal a informé le recourant qu'il était apparu de l'examen de sa cause un état de santé et une incapacité de travail à compter du 1^{er} novembre 2016 (date de l'ouverture d'un droit éventuel à une rente d'invalidité) insuffisamment établis sur le plan médical, notamment par le rapport d'expertise. Il a signalé au recourant qu'il entendait revenir sur l'invalidité retenue par l'OAIE avec pour conséquence que le droit à une rente entière du 1^{er} novembre 2016 au 30 novembre 2017 pourrait être annulé en tout ou partie, ce qui pourrait entraîner un remboursement en tout ou partie des rentes allouées. Afin de préserver les intérêts du recourant, le Tribunal lui a donné la possibilité de retirer son recours sans réserve ni condition dans un délai de vingt jours dès réception de la présente ordonnance (TAF pces 24 s.). Le recourant n'a pas donné suite à cette ordonnance.

D.

Les autres faits et arguments pertinents de la cause seront reproduits et discutés, en tant que de besoin, dans les considérants qui suivent.

Droit :

1.

1.1 Selon l'art. 31 de la loi fédérale du 17 juin 2005 sur le Tribunal administratif fédéral (LTAF, RS 173.32) et sous réserve des exceptions prévues à l'art. 32 LTAF, non réalisées en l'espèce, le Tribunal de céans connaît, 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 prises par l'OAIE au sens de l'art. 5 de la loi fédérale du 20 décembre 1968 sur la procédure administrative (PA, RS 172.021). Il est ainsi compétent pour connaître du présent recours, la décision litigieuse émanant de l'OAIE.

1.2 Selon l'art. 37 LTAF, la procédure devant le Tribunal administratif fédéral est régie par la PA pour autant que la LTAF n'en dispose pas autrement. Conformément à l'art. 3 let. d^{bis} PA, la procédure en matière d'assurances sociales n'est pas régie par la PA dans la mesure où la loi fédérale du 6 octobre 2000 sur la partie générale du droit des assurances sociales (LPGA,

RS 830.1) est applicable. À cet égard, conformément à l'art. 2 LPGA, en relation avec l'art. 1 al. 1 LAI, les dispositions de la LPGA s'appliquent à l'assurance-invalidité, à moins que la LAI ne déroge expressément à la LPGA.

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

1.4 Déposé en temps utile dans les formes requises par la loi (art. 60 LPGA et 52 PA) et l'avance de frais de 800.- francs ayant été versée dans le délai imparti (art. 63 al. 4 PA, art. 69 al. 2 LAI; TAF pces 3, 5), le recours est recevable.

1.5 Dans la mesure où l'OAI(...) a conclu à ce que le recours soit déclaré sans objet et considéré en tant que nouvelle demande, invoquant le fait que l'on peut se demander si l'écriture du recourant du 26 juin 2018 doit être considérée comme un recours, l'OAI(...) est rendue attentive au fait qu'en matière d'assurances sociales les exigences quant aux conclusions et à la motivation sont limitées au minimum (cf. arrêt du TF 9C_761/2015 du 3 mai 2016 consid. 4). Le recourant a invoqué dans son recours, certes sans grief précis contre la décision entreprise, un état de santé en aggravation ne justifiant pas une rente de durée déterminée. Il n'existe dès lors pas de motif pour une non-entrée en matière même partielle sur le recours.

2.

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

3.

Le litige a pour objet une demande de rente d'invalidité formée par un ressortissant français résidant en France voisine et ayant travaillé en Suisse. En particulier, il porte sur le bien-fondé de l'octroi d'une rente entière d'invalidité limitée dans le temps du 1^{er} novembre 2016 au 30 novembre 2017.

4.

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

4.2 Conformément à l'art. 4 du règlement n° 883/2004, les personnes auxquelles ce règlement s'applique, bénéficient en principe des mêmes prestations et sont soumises aux mêmes obligations, en vertu de la législation de tout État membre, que les ressortissants de celui-ci. Dans la mesure où l'ALCP et son annexe II ne prévoient pas de disposition contraire, la procédure ainsi que les conditions à l'octroi d'une rente d'invalidité sont déterminées exclusivement d'après le droit suisse (art. 8 ALPC; art. 46 al. 3 du règlement n° 883/2004; ATF 130 V 253 consid. 2.4; arrêts du TF 8C_329/2015 du 5 juin 2015 et 9C_573/2012 du 16 janvier 2013 consid. 4). Cela étant, la documentation médicale et administrative fournie par les institutions de sécurité sociale d'un autre État membre doit être prise en considération (art. 49 al. 2 du règlement 987/2009).

En particulier, le fait que l'assuré, par décision du 15 mai 2020 de la Caisse primaire d'Assurance Maladie (:::) ait été mis à compter du 1^{er} novembre 2016 au bénéfice d'une rente française d'invalidité de catégorie 2 pour un état d'invalidité réduisant de 2/3 au moins sa capacité de travail ou de gain (cf. TAF pce 19) ne préjuge pas du droit à une rente d'invalidité suisse.

5.

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

5.2 L'administration et, en cas de recours, le Tribunal ne tiennent pour existants que les faits qui sont prouvés, cas échéant au degré de la vraisemblance prépondérante (ATF 139 V 176 consid. 5.2). Sauf dispositions contraires de la loi, ils ne fondent leur décision que sur les faits qui, faute d'être établis de manière irréfutable, apparaissent comme les plus vraisemblables, c'est-à-dire qui présentent un degré de vraisemblance prépondérante. Il ne suffit pas qu'un fait puisse être considéré comme constituant une simple hypothèse possible (ATF 121 V 47 consid. 2a, 121 V 208 consid. 6b ainsi que les références). Ils peuvent renoncer à l'administration d'une preuve s'ils acquièrent la conviction, au terme d'une appréciation anticipée des preuves, qu'une telle mesure ne pourra les amener à modifier leur opinion (ATF 130 III 425 consid. 2.1, 125 I 127 consid. 6c/cc in fine; arrêts du TF 9C_548/2015 du 10 mars 2016 consid. 4.2, 9C_702/2013 du 16 décembre 2013 consid. 3.2; UELI KIESER, ATSG-Kommentar, 4^e éd. 2020, art. 42 n° 31).

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

6.

6.1 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. Ainsi en est-il de la LAI et du RAI au moment de la décision dont est recours, soit dans leur teneur au 7 juin 2018. Les modifications entrées en vigueur le 1^{er} janvier 2019 et ultérieurement notamment le 1^{er} janvier 2022 sur les degrés d'invalidité (RO 2021 705, FF 2017 2363) ne sont pas applicables. 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. Les faits survenus postérieurement, et qui ont modifié cette situation, doivent normalement faire l'objet d'une nouvelle décision administrative (cf. ATF 144 V 210 consid. 4.3.1, 132 V 215 consid. 3.1.1, 130 V 445 consid. 1.2 et 121 V 362 consid. 1b). Ils doivent néanmoins être pris en considération lorsqu'ils sont étroitement liés à l'objet du litige et de nature à influencer l'appréciation au moment où la décision attaquée a été rendue (cf. arrêt du TF 9C_34/2017 du 20 avril 2017 consid. 5.2).

6.2 Le Tribunal ne peut prendre en considération que les rapports médicaux établis antérieurement à la décision attaquée, à moins que ceux établis ultérieurement ne permettent de mieux comprendre l'état de santé et la capacité de travail de l'assuré jusqu'à la décision sujette à recours (cf. ATF 121 V 362 consid. 1b, 99 V 98 consid. 4) et qu'ils soient de nature à influencer l'appréciation du cas au moment où la décision attaquée a été rendue (arrêt du TF 9C_34/2017 loc. cit.). En l'espèce, les rapports médicaux établis après la décision attaquée du 7 juin 2018 ne peuvent être pris en considération que dans la mesure où ils apportent un éclairage sur les atteintes antérieures déterminantes pour le droit à la rente.

7.

Selon l'art. 36 LAI, l'assuré qui compte trois années au moins de cotisations lors de la survenance de l'invalidité a droit à une rente ordinaire (al. 1). Les cotisations versées à une assurance sociale assimilée d'un État membre de l'Union européenne (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 (FF 2005 p. 4065; art. 6 et 45 du règlement n° 883/2004). En l'occurrence, le recourant a versé des cotisations à l'AVS/AI pendant plus de trois années (cf. supra A; AI pce 9 p. 2 s.). Il remplit donc la condition de durée minimale de cotisations. Il reste à examiner s'il a été ou est invalide au sens de la LAI.

8.

Selon l'art. 28 al. 1 LAI, l'assuré a droit à une rente aux conditions suivantes : sa capacité de gain ou sa capacité d'accomplir ses travaux habituels ne peut pas être rétablie, maintenue ou améliorée par des mesures de réadaptation raisonnablement exigibles (let. a) ; il a présenté une incapacité de travail (art. 6 LPGGA) d'au moins 40% en moyenne durant une année sans interruption notable (let. b) ; au terme de cette année, il est invalide (art. 8 LPGGA) à 40% au moins (let. c). L'évaluation du taux d'invalidité relève de l'application des art. 28a al. 1 LAI et 16 LPGGA.

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

8.2 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^e anniversaire de l'assuré (art. 29 al. 1 LAI) et sous réserve d'un délai d'attente d'une année à compter du début de l'atteinte à la santé (art. 28 al. 1 let. b LAI). La rente est versée dès le début du mois au cours duquel le droit prend naissance (art. 29 al. 3 LAI). L'assuré a déposé sa demande de rente d'invalidité suisse le 25 avril 2016. Le droit à la rente, dans la mesure de sa reconnaissance, s'ouvre au plus tôt après le délai d'attente d'une année (art. 28 al. 1 let. b LAI) et la période d'attente de six mois (art. 29 al. 1 LAI), soit in casu le 1^{er} novembre 2016.

8.3 Est réputée invalidité, l'incapacité de gain totale ou partielle qui est présumée permanente ou de longue durée (art. 8 al. 1 LPGGA). L'invalidité peut résulter d'une infirmité congénitale, d'une maladie ou d'un accident (art. 4 al. 1 LAI). L'invalidité 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).

8.3.1 L'incapacité de gain constitue toute diminution de l'ensemble ou d'une partie des possibilités de gain de l'assuré, sur un marché du travail

équilibré, 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 (art. 7 al. 1 LPGA). Seules les conséquences de l'atteinte à la santé sont prises en compte pour juger de la présence d'une incapacité de gain. L'assurance-invalidité suisse couvre ainsi seulement les pertes économiques liées à une atteinte à la santé physique ou psychique, et non la maladie en tant que telle (ATF 116 V 246 consid. 6). De plus, il n'y a incapacité de gain que si celle-ci n'est pas objectivement surmontable (art. 7 al. 2 LPGA).

8.3.2 Par incapacité de travail, l'on entend toute perte, totale ou partielle, de l'aptitude de l'assuré à accomplir dans sa profession ou son domaine d'activité le travail qui peut raisonnablement être exigé de lui, si cette perte résulte d'une atteinte à la santé physique, mentale ou psychique. En cas d'incapacité de travail de longue durée, l'activité qui peut être exigée de lui peut aussi relever d'une autre profession ou d'un autre domaine d'activité (art. 6 LPGA).

8.4 En cas de rentes rétroactives limitées dans le temps, les dispositions relatives à la révision sont applicables. Selon l'art. 17 al. 1 LPGA, si le taux d'invalidité du bénéficiaire de la rente subit une modification notable, la rente est, d'office ou sur demande, révisée pour l'avenir, à savoir augmentée ou réduite en conséquence, ou encore supprimée. Selon la jurisprudence du Tribunal fédéral, la rente peut être révisée non seulement en cas de modification sensible de l'état de santé, mais aussi lorsque celui-ci est resté le même, mais que ses conséquences sur la capacité de gain ont subi un changement important (ATF 141 V 9 consid. 2.3, 134 V 131 consid. 3, 130 V 343 consid. 3.5). Une simple appréciation différente d'un état de fait qui, pour l'essentiel, est demeuré inchangé, n'appelle en revanche pas à une révision au sens de l'art. 17 LPGA (ATF 141 V 9 loc. cit.; arrêt du TF 9C_414/2016 du 7 décembre 2016 consid. 5.2).

8.5 En cas de décision simultanée sur l'octroi d'une rente et son remplacement par une autre rente ou même sa suppression, le changement est régi par l'art. 88a RAI. Selon son al. 1, si la capacité de gain ou la capacité d'accomplir les travaux habituels de l'assuré s'améliore (...), ce changement n'est déterminant pour la suppression de tout ou partie du droit aux prestations qu'à partir du moment où on peut s'attendre à ce que l'amélioration constatée se maintienne durant une assez longue période. Il en va de même lorsqu'un tel changement déterminant a duré trois mois déjà, sans interruption notable et sans qu'une complication prochaine soit à craindre. Selon son al. 2, si la capacité de gain de l'assuré ou sa capacité

d'accomplir les travaux habituels se dégrade (...), ce changement est déterminant pour l'accroissement du droit aux prestations dès qu'il a duré trois mois sans interruption notable. L'art. 29^{bis} RAI est toutefois applicable par analogie. Aux termes de cette dernière disposition, si la rente a été supprimée du fait de l'abaissement du degré d'invalidité et que l'assuré, dans les trois ans qui suivent, présente à nouveau un degré d'invalidité ouvrant le droit à la rente en raison d'une incapacité de travail de même origine, on déduira de la période d'attente que lui imposerait l'art. 28 al. 1 let. b LAI, celle qui a précédé le premier octroi.

En allouant rétroactivement une rente d'invalidité dégressive et/ou temporaire, l'autorité administrative règle un rapport juridique sous l'angle de l'objet de la contestation et de l'objet du litige. Lorsque seule la réduction ou la suppression des prestations est contestée, le pouvoir d'examen du juge n'est pas limité au point qu'il doive s'abstenir de se prononcer en ce qui concerne des périodes à propos desquelles l'octroi de prestations n'est pas remis en cause (ATF 125 V 413). En l'occurrence, bien que l'assuré n'ait contesté que la suppression de la rente au 1^{er} décembre 2017 au motif de l'allégation d'une rechute, le recours a pour effet, à la suite de la communication obligatoire d'une éventuelle reformatio in pejus (ou d'un éventuel renvoi de l'affaire à l'autorité inférieure) accompagnée de l'indication de la possibilité pour le recourant de retirer son recours (ATF 137 V 314), un réexamen de l'octroi de la rente allouée pouvant se conclure au détriment de l'assuré (voir supra C.i).

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

8.7 Le juge des assurances sociales doit examiner de manière objective tous les moyens de preuve, quelle que soit leur provenance, puis décider si les documents à disposition permettent de porter un jugement valable sur le droit litigieux. Avant de conférer pleine valeur probante à un rapport

médical, il s'assurera que les points litigieux ont fait l'objet d'une étude circonstanciée, que le rapport se fonde sur des examens complets, qu'il prend également en considération les plaintes exprimées par la personne examinée, qu'il a été établi en pleine connaissance de l'anamnèse, que la description du contexte médical et l'appréciation de la situation médicale sont claires et enfin que les conclusions de l'expert sont dûment motivées (ATF 143 V 124 consid. 2.2.2, 134 V 231 consid. 5.1, 125 V 351 consid. 3a; arrêt du TF 9C_453/2017 du 6 mars 2018 consid. 4.2). L'élément déterminant pour la valeur probante n'est ni l'origine du moyen de preuve ni sa désignation comme rapport ou comme expertise, mais bel et bien son contenu (ATF 135 V 465 consid. 4.4, 125 V 351 consid. 3; arrêt du TF 9C_555/2015 du 23 mars 2016 consid. 5.2; MICHEL VALTERIO, Commentaire Loi fédérale sur l'assurance-invalidité [LAI], 2018, [cité Commentaire LAI], art. 57 n° 33). La valeur probante d'une expertise est de plus liée à la condition que l'expert dispose de la formation spécialisée nécessaire, de compétences professionnelles dans le domaine d'investigation (cf. arrêts du TF 9C_745/2010 du 30 mars 2011 consid. 3.2 et la référence, 9C_59/2010 du 11 juin 2010 consid. 4.1; cf. VALTERIO, Commentaire LAI, art. 57 n° 37). En présence d'avis contradictoires, le Tribunal doit apprécier l'ensemble des preuves à disposition et indiquer les motifs pour lesquels il se fonde sur une appréciation plutôt qu'une autre. Selon la jurisprudence, peut constituer une raison de s'écarter d'une expertise le fait que celle-ci contienne des contradictions manifestes ou ignore des éléments essentiels ou lorsque d'autres spécialistes émettent des opinions contraires objectivement vérifiables – de nature notamment clinique ou diagnostique – aptes à mettre sérieusement en doute la pertinence des déductions de l'expert (cf. ATF 125 V 351 cons. 3b/aa, 118 V 220 consid. 1b et les références; aussi les arrêts du TF 9C_748/2013 du 10 février 2014 consid. 4.1.1 et 4.1.2, I 131/03 du 22 mars 2004 consid. 2.2).

8.7.1 Lorsque, au stade de la procédure administrative, une expertise confiée à un médecin indépendant est établie par un spécialiste reconnu (art. 44 LPGGA), sur la base d'observations approfondies et d'investigations complètes, ainsi qu'en pleine connaissance du dossier, et que l'expert aboutit à des résultats convaincants, le juge ne saurait les écarter aussi longtemps qu'aucun indice concret ne permet de douter de leur bien-fondé (ATF 125 V 353 consid. 3b/bb; arrêt du TF I 701/04 du 27 juillet 2005 consid. 2.1.2). La tâche de l'expert est 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).

8.7.2 S'agissant des documents produits par le service médical d'un assureur étant partie au procès (art. 59 al. 2^{bis} LAI), le Tribunal fédéral n'exclut pas que l'assureur ou le juge des assurances sociales statuent en grande partie, voire exclusivement sur la base de ceux-ci. Dans de telles constellations, il convient toutefois de poser des exigences sévères à l'appréciation des preuves. Une instruction complémentaire sera ainsi requise, s'il subsiste des doutes, même minimes, quant au bien-fondé des rapports et expertises médicaux versés au dossier par l'assureur (ATF 139 V 225 consid. 5.2, 135 V 465 consid. 4.6, 122 V 157 consid. 1d, 123 V 175 consid. 3d, 125 V 351 consid. 3b ee; arrêt du TF 9C_10/2017 du 27 mars 2017 consid. 5.1). Le simple fait qu'un avis médical divergeant – même émanant d'un spécialiste – ait été produit ne suffit toutefois pas à lui seul à remettre en cause la valeur probante d'un rapport établi par le service médical de l'assureur (cf. arrêt du TF U 365/06 du 26 janvier 2007 consid. 4.1). Par ailleurs, il sied de relever que le fait précisément que ces médecins soient liés à l'assureur, d'un point de vue institutionnel ou par un rapport de travail, ne permet pas, pour ce seul motif, de douter de l'objectivité de leur appréciation; le Tribunal fédéral n'y voit pas de motif de partialité ou de subjectivité (ATF 135 V 465 consid. 4.4).

Les rapports des SMR selon les art. 59 al. 2^{bis} LAI et 49 al. 1 et 3 RAI ont une autre fonction que les examens sur la personne de l'assuré au sens de l'art. 49 al. 2 RAI effectués par les SMR et de l'art. 44 LPGA effectués par un expert indépendant. Les rapports au sens des art. 59 al. 2^{bis} LAI et 49 al. 1 et 3 RAI ne se fondent pas sur des examens médicaux effectués sur la personne mais contiennent les résultats de l'examen des conditions médicales du droit aux prestations et une recommandation, sous l'angle médical, concernant la suite à donner à la demande de prestations. Ils ne posent pas de nouvelles conclusions médicales mais portent une appréciation sur celles déjà existantes (arrêts du TF 9C_581/2007 du 14 juillet 2008 consid. 3.2 et 9C_341/2007 du 17 novembre 2007 consid. 4.1).

8.7.3 Quant aux rapports établis par les médecins traitants, le juge peut et doit tenir compte du fait que selon l'expérience, le médecin traitant est généralement enclin, en cas de doute, à prendre parti pour son patient en raison de la relation de confiance issue du mandat thérapeutique qui l'unit à ce dernier (ATF 135 V 465 consid. 4.5, 125 V 351 consid. 3a/cc). Cette constatation s'applique de même aux médecins non traitant ou spécialistes (expertises privées) consultés par un patient en vue d'obtenir un moyen de preuve à l'appui de sa requête (cf. arrêt du TF I 321/03 du 29 octobre 2003 consid. 3.1; VALTERIO, Commentaire LAI, art. 57 n° 48). Toutefois le simple fait qu'un certificat médical ou une expertise privée 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. Ainsi on en retiendra des éléments, notamment si ceux-ci, objectivement vérifiables, ont été ignorés dans le cadre d'une expertise indépendante et s'avèrent suffisamment pertinents pour remettre en cause les conclusions de l'expert (cf. ATF 125 cité consid. 3b/dd et les références citées; arrêts du TF 9C_338/2016 du 21 février 2017 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, Commentaire LAI, art. 57 n° 48 s.).

8.8

8.8.1 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 le 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, Commentaire LAI, art. 4 n° 22).

8.8.2 Dans 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. Si, dans une telle constellation, les spécialistes en psychiatrie attestent sans explication concluante (éventuellement ensuite d'une demande) une diminution considérable de la capacité de travail malgré l'absence de trouble psychique grave,

l'assurance ou le tribunal sont fondés à nier la portée juridique de l'évaluation médico-psychiatrique de l'impact (consid. 6.2.2).

9.

9.1 Dans le cadre de l'instruction de la demande de rente d'invalidité déposée le 25 avril 2016, l'OAI(...) a porté notamment au dossier les documents ci-après :

- un rapport D. _____ (assureur perte de gain) du 9 mars 2016 notant une incapacité de travail de 100% depuis le 15 novembre 2015, un accompagnement psychiatrique, un état de santé précaire, un mauvais et court sommeil actuel, un bon état de santé antérieur, une reprise de travail à 50% préconisée depuis mars 2016 (AI pce 12 p. 4) ;
- un rapport du 6 mai 2016 du Dr C. _____ (généraliste), médecin traitant, posant comme diagnostic avec effet sur la capacité de travail un burn-out majeur remontant à de nombreuses années, et sans effet sur la capacité de travail une discopathie cervicale, une colopathie spasmodique, des douleurs des membres supérieurs post chute, notant une asthénie physique et psychique ancienne, des crises de tétanie rapportées et constatées, un état dépressif avec incapacité d'envisager l'avenir, une auto-dévalorisation et une incapacité de travail de 100% depuis début novembre 2015 et actuelle (AI pce 11 p. 2) ;
- un questionnaire à l'employeur du 30 mai 2016 indiquant entre autres informations un salaire en 2016 de CHF 61'100.- (13^e salaire inclus) augmenté de CHF 14'056.- (sans précision) soumis aux cotisations sociales AVS, un emploi à 100% depuis le 1^{er} avril 2001, une incapacité de travail à 100% depuis le 13 novembre 2015 avec une reprise à 50% du 1^{er} au 13 mars 2016 (AI pce 14) ;
- un rapport d'expertise psychiatrique du 29 juin 2016 du Dr E. _____ (spécialiste en neurologie et en psychiatrie et psychothérapie) posant le diagnostic avec répercussion sur la capacité de travail d'épisode dépressif actuellement d'une intensité moyenne avec syndrome somatique (F32.11; cf. AI pce 23 p. 7 ch. 3.2, p. 8 ch. 4, p. 11 ch. 3), épisode existant depuis la fin de l'année 2015 à l'origine de l'incapacité de travail attestée depuis le 15 novembre 2015, et, sans répercussion sur la capacité de travail, de personnalité avec des traits émotionnellement immatures et évitants accentués (F73.1), traits existants depuis l'adolescence. Le médecin relate dans son exposé un syndrome dépressif actuel léger à moyen au maximum (cf. AI pce 23 p. 10 al. 3 et 6, p. 13 ch.

9) ; il retient une capacité de travail au jour de l'expertise de 50% devant par étapes être recouvrée à 100% au 1^{er} novembre 2016 (AI pce 23) ;

- un compte rendu de bilan psychologique du 1^{er} juillet 2016 à l'entête du Centre hospitalier L. _____ (Dr M. _____ / Mme N. _____) relevant un comportement cognitif globalement homogène et en accord avec le niveau d'études (QIT entre 74 et 84), de bonnes capacités d'attention, de concentration et d'observation, des difficultés langagières (expression verbale, capacité d'abstraction), des difficultés à exprimer des ressentis s'actualisant sous forme de plaintes somatiques, un ancrage dans la réalité perturbé par des cénesthésies générant une impression de bizarrerie et de pertes de contrôle de soi, notamment depuis novembre 2015, la mise en place de mécanismes de défense visant à éloigner des ressentis internes sources d'inquiétudes, qui se sont révélés inopérants et qui ont généré des angoisses de grande intensité (AI pce 35 p. 7) ;
- un courrier du 7 juillet 2016 de D. _____ à l'assuré lui indiquant que selon le rapport du Dr E. _____, suite à sa visite du 24 juin 2016, il était apparu que sa capacité de travail était de 50% de son taux contractuel avec une augmentation progressive de 10% chaque mois pour atteindre un 100% à partir du 1^{er} novembre 2016 au plus tard, qu'en conséquence les indemnités pertes de gain seraient réduites en proportion et versées jusqu'au 18 novembre 2016 (AI pce 22) ;
- un rapport AI d'intervention précoce du 19 juillet 2016 dont il appert un travail précédemment exercé de nuit, une reprise de travail à 50% en mars 2016 interrompue pour raison de santé, le sentiment de l'assuré de ne pouvoir reprendre l'activité exercée, une incapacité de travail à 100% (AI pce 20) ;
- un rapport du 29 juillet 2016 de la Dre F. _____ (psychiatre) faisant état d'une psychose (CIM-10 F29) depuis une année, d'une incapacité à reprendre le travail avant la stabilisation du trouble, d'un traitement débuté le 3 juin 2016, depuis quelques mois d'inhibition psychomotrice, de dysmorphophobie, d'hallucinations cénesthésiques, d'angoisses, de préoccupations hypochondriques, de troubles du sommeil, d'un suivi psychiatrique et psychologique, notant les symptômes actuels d'une décompensation psychiatrique avec début insidieux depuis un an, indiquant une stabilisation et une rémission possible moyennant un traitement psychiatrique au long cours, un traitement par O. _____ ® LP 50mg et P. _____ ® 10mg (AI pce 35 p. 2) ;
- un rapport SMR du 29 septembre 2016 de la Dre G. _____ (psychiatre) indiquant que les diagnostics de burn-out (Dr C. _____) et d'épisode dépressif moyen avec syndrome somatique (Dr E. _____) avaient été posés en 2016 mais non celui de psychose (F29) retenu par la Dre F. _____ qui n'était pas

compréhensible. Elle relève que de bonnes capacités d'attention et de concentration ont été retenues excluant des limitations de cognition. Elle note de même un emploi du temps bien organisé en lien avec ses proches et les activités scolaires et sportives de son fils, que l'assuré accompagne dans de nombreux déplacements, et des activités de pêche, activités qui dénotent l'existence de ressources. Elle mentionne qu'au moment de l'expertise le traitement allopathique mentionné ne se retrouvait pas dans les examens sanguins. Aussi, relève-t-elle l'existence de facteurs négatifs étrangers à l'invalidité à l'origine de l'incapacité de travail dont deux trajets quotidiens en voiture (maison – nouveau lieu de travail [(...)] d'env. 100 km au lieu des 40 km précédents. Elle retient, compte tenu d'un épisode dépressif d'intensité moyenne, une atteinte à la santé sous l'angle de l'AI limitant l'assuré à une activité de jour, ce qui ne lui permettait plus d'exercer son activité de boulanger sans restriction, qu'en l'occurrence une reprise actuelle d'activité à 50% en tant que mesure de réintégration était exigible en parallèle d'un suivi psychiatrique et de la prise des médicaments prescrits (AI pce 37) ;

- une lettre de sortie du 25 octobre 2016 du Dr J. _____ (psychiatre) de la Clinique I. _____ de (...), évoquant à l'admission le 4 octobre 2016 un épisode psychotique ou mélancolique (éléments dépressifs, symptômes psychotiques), l'absence actuelle de dépression majeure (Echelle de Beck 10/63) et de symptômes psychotiques aigus. Le médecin note une anamnèse évoquant une possible bipolarité, l'évolution future permettant seule de trancher, la persistance d'une certaine asthénie, des difficultés à prendre des initiatives, une certaine fragilité post épisode aigu. Le praticien pose le diagnostic d'épisode dépressif sévère avec symptômes psychotiques (F32.3) et préconise un retour à la vie active très progressif et sous surveillance médicale. Il note un suivi par la Dre F. _____. Le travail de nuit est mentionné comme contre-indiqué. Un arrêt de travail est prescrit jusqu'au 22 novembre 2016 (AI pce 53) ;
- un courrier du 12 décembre 2016 du Dr E. _____ (neurologue et psychiatre) au médecin-conseil de D. _____ (assureur perte de gain) faisant référence à la lettre de sortie de la Clinique I. _____ du 25 octobre 2016. Le Dr E. _____ rappelle le contenu de son rapport du 29 juin 2016 et indique que le diagnostic retenu dans la lettre de sortie de la Clinique I. _____ d'un « épisode dépressif sévère avec symptômes psychotiques » lui semble « peu convaincant et irrecevable », que tout au plus, sur la base des propos rapportés de l'assuré à l'entrée en clinique, il peut être retenu des phénomènes de dépersonnalisation mais non de véritables symptômes psychotiques typiques d'un épisode dépressif sévère. Il relève qu'en l'occurrence la clinique a noté à la sortie de l'assuré, seulement trois semaines plus tard, l'absence actuellement de dépression majeure avec une échelle de Beck à 10/63. Sur la base de ce qui précède, il retient qu'une incapacité de travail n'est plus justifiée au

1^{er} novembre 2016, voire même qu'une capacité de travail de 50% était existante de juillet à septembre 2016 précédant l'hospitalisation en octobre 2016 (AI pce 44 p. 3) ;

- une communication du 4 janvier 2017 de l'OAI(...) à l'assuré l'informant que des mesures de réadaptation ne peuvent pas être ordonnées (AI pce 43), laquelle communication a été précédée d'un entretien du 7 décembre 2016 au cours duquel l'assuré a indiqué qu'il se sentait subjectivement incapable de travailler (AI pce 42) ;
- un rapport (non daté, réceptionné par l'OAI(...) le 25 janvier 2017) de la Dre F. _____ (psychiatre), médecin traitant, mentionnant les diagnostics de schizophrénie paranoïde (F20.0) et de syndrome d'apnée du sommeil, indiquant un traitement ambulatoire depuis le 10 juin 2016, notant un syndrome d'inhibition, de dysmorphophobie, de ralentissement psychomoteur, de mal-être, de sensations et pensées bizarres, d'angoisses, de tension intérieure, d'idées noires avec craintes de passages à l'acte, d'hallucinations cénesthésiques, notant un risque d'évolution vers une psychose classique et une incapacité de travailler (AI pce 45),
- un rapport du 12 janvier 2017 de polysomnographie retenant un syndrome d'apnées obstructives modéré (AI pce 53 p. 6) ;
- une prise de position du 19 mai 2017 de la Dre G. _____ (psychiatre) du SMR qui note que si la Dre F. _____ a diagnostiqué en janvier 2017 une schizophrénie telle n'a pas été le cas de la Clinique I. _____ à la sortie du patient le 25 octobre 2016. Elle relève aussi que du 27 au 30 octobre 2016 un syndrome léger d'apnée du sommeil a été diagnostiqué. Notant néanmoins l'existence d'une problématique psychique ayant une incidence sur la capacité de travail, elle préconise une expertise psychiatrique (AI pce 56) ;
- un rapport d'expertise psychiatrique du 18 octobre 2017 (examen du 6 septembre 2017) de la Dre K. _____ (spécialiste en psychiatrie et psychothérapie) n'indiquant au jour de son examen pas de diagnostic avec incidence sur la capacité de travail et retenant les diagnostics ci-après sans incidence sur la capacité de travail : 1. Episode dépressif léger (CIM-10 F32.0) en tant que diagnostic résiduel, 2. Status après syndrome de surmenage (syndrome de burn-out [CIM-10 Z73.0]), 3. Accentuation de certains traits de la personnalité avec des composantes immatures, dépendantes et dysthymiques (Z73.1). L'experte ne retient pas de trouble actuel de la personnalité selon les critères de la CIM-10 et note sous l'angle psychiatrique une pleine capacité de travail de l'assuré dans son activité habituelle de boulanger et pour toutes activités à compter du 6 septembre 2017, mais selon un horaire adapté sans période de travail tôt le matin, ni tard en soirée, ni de nuit. Elle recommande le suivi d'un accompagnement psychiatrique et psychothérapeutique afin de stabiliser

l'état de santé de l'assuré et prévenir une nouvelle décompensation dépressive ainsi qu'une aide à la recherche d'emploi (AI pce 60). Rétrospectivement, l'experte relève que l'assuré n'a pas présenté d'atteinte à sa santé avant novembre 2015, qu'il a été suivi pour un syndrome dépressif épisode sévère à compter du 15 novembre 2015 par son médecin de famille puis dès le 15 décembre 2015 dans un centre psychiatrique sans succès, qu'en juin 2016, après l'échec d'une reprise de travail à 50%, l'assuré a été suivi par la Dre F._____, psychiatre, sans amélioration de l'état de santé, que le 29 juin 2016 le Dr E._____ a retenu un épisode dépressif moyen avec syndrome somatique permettant une reprise de travail à 50% jusqu'à un 100% qui n'a pu se confirmer, l'assuré étant entré en clinique du 4 au 25 octobre 2016 pour un épisode dépressif sévère réactif à mettre en lien avec la résiliation de son contrat de travail au 30 novembre 2016, que par la suite [jusqu'à l'examen du 6 septembre 2017] l'assuré s'est remis de son épisode dépressif sévère pris en compte (par l'experte) depuis novembre 2015 (AI pce 60 p. 14 s. et consid. 10 ci-après) ;

- un rapport SMR du 13 décembre 2017 de la Dre G._____ reprenant les diagnostics et l'appréciation de la capacité de travail retenus par la Dre K._____, précisant une incapacité de travail pour toutes activités du 25 (recte: 15) novembre 2015 au 5 septembre 2017 et une pleine capacité de travail dès le 6 septembre 2017, d'une part, comme boulanger sans travail de nuit ni horaire débutant tôt le matin ou terminant tard le soir et, d'autre part, dans une activité adaptée. Elle note un épisode dépressif sévère de 2015 à au moins fin 2016, une amélioration de courte durée mi 2016 avec une rechute en automne 2016, suivi d'un séjour à la Clinique I._____ du 4 au 25 octobre 2016 qui a été bénéfique, l'expertisé s'étant remis de son épisode dépressif sévère. La Dre G._____ reconnaît pleine valeur probante à l'expertise de la Dre K._____ prenant en compte les indicateurs standards (AI pce 62) ;
- une attestation de la Dre F._____ d'arrêt de travail du 14 décembre 2017 au 19 janvier 2018 (AI pce 63), attestation qui avait été précédée des attestations des 29 avril 2017 (arrêt jusqu'au 8 juin 2017 [AI pce 54]), 30 mars 2017 (arrêt jusqu'au 28 avril 2017 [AI pce 52]), 1^{er} février 2017 (arrêt jusqu'au 31 mars 2017 [AI pce 47; Dr C._____, médecin généraliste]).

9.2 A la suite du recours, les rapports médicaux ci-après ont été portés au dossier :

- une attestation de séjour de la clinique psychiatrique I._____ pour la période du 23 mai au 15 juin 2018 (TAF pce 1 annexe) ;

- un rapport de sortie du 15 juin 2018 du Dr J. _____ (psychiatre) mentionnant une hospitalisation pour le motif de dépression avec idées noires, des sensations étranges, un sommeil perturbé, une amélioration de la thymie et la mise à distance des idées noires au cours de l'hospitalisation, mais néanmoins une fragilité structurelle de la personnalité sous-jacente. Le médecin note que l'assuré décrit « un moins bien depuis 2018 » ; il retient les diagnostics de dépression récurrente, épisode moyen (F33.1) et trouble de la personnalité, sans précision (F60.9). Il mentionne un suivi psychiatrique par la Dre F. _____ et prescrit un arrêt de travail jusqu'au 15 juillet 2018 (TAF pce 7 annexe) ;
- un arrêt de travail du 15 juin 2018 au 15 juillet 2018 du Dr J. _____ de la clinique précitée, mentionnant une dépression récurrente (TAF pce 1 annexe) ;
- un certificat médical du 28 juin 2018 de la Dre F. _____ (psychiatre), médecin traitant, indiquant un suivi en raison d'une psychose chronique partiellement stabilisée sous Q. _____ ® 15mg, R. _____ ® 20mg 1cp/jr et H. _____ ®, une hospitalisation du 23 mai au 15 juin 2018 à la Clinique I. _____ suite à une recrudescence anxieuse avec des idées noires, la persistance de beaucoup de symptômes négatifs de la maladie, notamment : inertie, aboulie, apragmatisme, tension intérieure importante et un syndrome dysmorphophobique, l'état psychique rendant le patient inapte à travailler (TAF pce 2 annexe) ;
- un certificat médical du 20 septembre 2018 de la Dre F. _____ (psychiatre), médecin traitant, notant un tableau initial de dépression atypique, le bilan psychologique ainsi que l'évaluation psychiatrique étant en faveur d'une schizophrénie sur une déficience intellectuelle légère avec des symptômes négatifs: émoussement affectif, aboulie, inertie, symptômes positifs à type de dysmorphophobie, angoisse massive avec une tension interne importante et des envies de pulsion agressives soutenues par un vécu de colère et de persécution, par moment une désorganisation de la pensée avec syndrome amotivationnel. Le médecin note que le traitement allopathique suivi a donné lieu à une amélioration partielle avec disparition des angoisses et rétablissement du sommeil mais que des symptômes négatifs subsistent et que l'état clinique du patient justifie une invalidité (TAF pce 11 annexe) ;
- un certificat médical du 31 janvier 2020 de la Dre F. _____ faisant état d'un suivi pour une psychose chronique de type schizophrénie avec trouble de l'humeur de type dépressif, l'état du patient justifiant une invalidité (TAF pce 16 annexe) ;
- trois arrêts de travail du 3 janvier au 26 mars 2020 et du 12 mai au 2 juillet 2020 (TAF pces 16 annexe, 19 annexe) ;

- une décision du 15 mai 2020 de la Caisse Primaire d'Assurance Maladie (...) reconnaissant à l'assuré à compter du 1^{er} novembre 2016 une rente d'invalidité de catégorie 2 pour un état d'invalidité réduisant des 2/3 au moins sa capacité de travail ou de gain (TAF pce 16 annexe 19).

10.

La décision de l'OAIE du 7 juin 2018 d'octroi d'une rente limitée dans le temps du 1^{er} novembre 2016 au 30 novembre 2017 s'est fondée sur le rapport d'expertise de la Dre K. _____ (psychiatre) du 18 octobre 2017, confirmé par le rapport de la Dre G. _____ (psychiatre) du SMR du 13 décembre 2017 (pces 60, 62).

10.1 Dans son rapport d'expertise, la Dre K. _____ ne retient pas de diagnostic avec incidence sur la capacité de travail à la date de sa consultation du 6 septembre 2017 et mentionne les diagnostics ci-après *sans incidence* sur la capacité de travail : 1. Episode dépressif léger (CIM-10 F32.0) en tant que diagnostic résiduel, 2. Status après syndrome de surmenage (syndrome de burn-out [CIM-10 Z73.0]), 3. Accentuation de certains traits de la personnalité avec des composantes immatures, dépendantes et dysthymiques (Z73.1). L'experte n'observe ainsi pas de trouble actuel de la personnalité selon les critères de la CIM-10 (p. 13). Elle retient sous l'angle psychiatrique une pleine capacité de travail de l'assuré dans son activité habituelle de boulanger et pour toutes activités adaptées à compter du 6 septembre 2017 mais selon un horaire sans période de travail tôt le matin, tard en soirée ni de nuit (p. 21 s.). Elle recommande le suivi d'un accompagnement psychiatrique et psychothérapeutique afin de stabiliser l'état de santé de l'assuré et prévenir une nouvelle décompensation dépressive ainsi qu'une aide à la recherche d'emploi (p. 22). Comme l'experte l'a rappelé (p. 13-16), l'assuré a souffert d'une importante atteinte à la santé de type psychiatrique depuis le 15 novembre 2015 (AI pces 11, 12 p. 4), générant une incapacité de travail de 100% qui a perduré, excepté en avril 2016 (recte: mars 2016) pendant 15 jours au taux de 50%, jusqu'en novembre 2016 et, selon l'experte, au-delà jusqu'au 6 septembre 2017, date de son examen (pces 14, 23, 60).

10.2 A l'occasion de la consultation d'examen du 6 septembre 2017, la Dre K. _____ a rapporté dans l'anamnèse une fatigue et une inactivité générale, pas d'activités sportives, un manque d'entrain, un désintérêt pour tout, des troubles du sommeil (4-5 heures de sommeil par nuit), une amélioration certes de l'état général par rapport à auparavant (plus d'attaques de panique, baisse de l'angoisse), mais un ressenti de tristesse, d'épuisement, des difficultés de concentration, des ruminations tout au long de la

journée quant à son futur et sa situation financière (p. 6). Comme le relève la Dre K. _____, l'expertisé n'indique cependant pas être désespéré, désespéré, agité ou irritable. Son estime de soi est revenue comme avant, assez normale et équilibrée, de même que sa confiance en soi. Il indique manquer d'énergie et de motivation plus le matin que le soir, ne pas avoir d'idées suicidaires contrairement à auparavant. Il mentionne ne pas pouvoir dormir sans médicament, se lever vers 8h.00 et se coucher vers 23-24h.00 (p. 6 s.). Sur le plan thérapeutique, l'experte note un suivi psychiatrique depuis juin 2016 consistant en un entretien de 20 min. toutes les 2-3 semaines et une médication, un suivi par son médecin-traitant et un syndrome d'apnée du sommeil traité (p. 8).

En ce qui concerne le contexte social, l'expertisé, séparé, vit avec son fils avec qui il a de bons contacts comme avec les autres membres de sa famille qui résident près de chez lui. Il a peu d'amis et ne cherche pas à se lier. Ses activités journalières sont occupationnelles, il se repose beaucoup, conduit la voiture sur de courts trajets, rejoint ses parents pour les repas de midi et du soir, s'occupe d'un jardin potager situé à quelque 5 km de son domicile, surfe sur internet et regarde la télévision le soir. Il envisage de se remettre au fitness (p. 8).

A l'examen, l'experte observe une personne de stature moyenne, soignée, paraissant son âge, d'allure sportive, habillée simplement, bronzée, d'un contact avenant, adéquat, coopératif, parlant ouvertement de sa situation, à la conscience claire, orientée dans les quatre modes. Elle note une capacité de concentration, de conceptualisation, d'attention non affaiblie tout au long d'un entretien de 2 $\frac{3}{4}$ h., pas de troubles détectés tant de la pensée que de la mémoire, un flux de la pensée non troublé et cohérent. Elle mentionne que l'expertisé ne fait pas état d'hallucinations, de délires de persécution, de troubles d'altération relationnels, hypochondriaques, de survalorisation. Elle n'observe pas de point d'ancrage de troubles du moi avec déréalisation, dépersonnalisation, de vécus sous l'influence de tiers. Elle indique que la dynamique est légèrement diminuée, qu'il n'y a pas de particularité de la psychomotricité ou de la mimique, que des difficultés matinales peuvent être causées de manière iatrogène par la médication. Elle retient une absence de troubles du sommeil sous médication. Se référant aux résultats d'un test selon l'échelle de dépression d'Hamilton, elle observe que l'expertisé a obtenu un score de 7 sur 54 points correspondant à un épisode dépressif léger (p. 11 s.).

10.3 Dans son appréciation, la Dre K. _____ n'a pas retenu de diagnostic ayant une incidence sur la capacité de travail (voir consid. 10.1). Elle a

précisé que l'expertisé souffrait selon les critères de la CIM-10 d'un épisode dépressif léger (CIM-10 F32.0) en tant que diagnostic résiduel d'un status après syndrome de surmenage (syndrome de burn-out [CIM-10 Z73.0]), non d'un trouble effectif proprement dit. Elle note qu'il ne présente pas une dépression matinale, qu'il donne certes l'apparence d'être ralenti, qu'il montre une perte d'énergie, de l'épuisement ainsi qu'une perte d'intérêt pour le travail et les loisirs, mais relève qu'il n'a jamais eu auparavant (avant novembre 2015) d'épisode dépressif et qu'il a souffert de troubles du sommeil liés à son activité de nuit de longue durée et d'autres problèmes en lien avec son ex-compagne. Elle indique que l'expertisé a décrit explicitement un épuisement insidieux dû au travail de nuit continu depuis 2006 (9 ans) avec des troubles croissants du sommeil, d'où un épuisement qui s'est manifesté le 15 novembre 2015. La Dre K. _____ retient aussi des éléments de personnalité immature, dépendante et dysthymique au sens de l'accentuation de certains traits de la personnalité (Z73.1) sans qu'il y ait les critères selon la CIM-10 d'un trouble de la personnalité. Il n'y a pas de diagnostics différentiels à prendre en considération, d'éléments en faveur d'une maladie anxieuse, psychotique ou d'autres maladies psychiatriques, de troubles de la personnalité à discuter. Des éléments étrangers à l'invalidité comme le chômage depuis fin 2016 et une situation financière serrée impactent le status de l'expertisé. La Dre K. _____ reconnaît à l'expertisé des ressources sociales suffisantes. L'assuré se limite à son cadre familial et à des contacts superficiels. Une partie de son inertie et de son adynamie n'est pas l'expression d'une symptomatologie dépressive, mais plutôt l'expression de parties immatures de sa personnalité évitante et dysthymique. Elle relève le suivi actuel d'une thérapie allopathique qualifiée de non lege artis paraissant suivie par l'expertisé alors que ce ne fut pas le cas en juin 2016 comme l'avait constaté le Dr E. _____. La Dre K. _____ préconise un réexamen de la médication et un accompagnement psychothérapeutique en plus d'un suivi psychiatrique ainsi qu'une aide à la réinsertion professionnelle (p. 13-16, 19, 22).

10.4 En lien à la procédure probatoire structurée au sens de l'ATF 141 V 281, à laquelle toutes les affections psychiques doivent être soumises depuis l'ATF 143 V 418 (cf. consid. 8.9 supra), l'expertisé ne présente pas de limitation de la capacité de travail dans son activité habituelle. Ceci, selon la Dre K. _____, en référence à tous les indicateurs et en considération des limitations fonctionnelles de l'assuré, de ses ressources psychiques légèrement limitées, des ressources sociales disponibles, des faits objectifs, de l'évolution selon les actes au dossier et des indications subjectives de l'expertisé. La capacité de travail est de 100% depuis le 6 septembre 2017 dans son activité habituelle de boulanger, comme pour toute activité

adaptée, sous réserve de devoir travailler uniquement de jour en raison de la grave décompensation endurée à la suite du syndrome d'épuisement après les nombreuses années d'un travail de nuit et de la nécessité pour l'expertisé d'un sommeil nocturne régulier et suffisant pour maintenir et développer sa stabilité psychique (p. 22).

10.5 L'experte a estimé que l'on peut retenir à la date de l'expertise que l'assuré s'est remis de sa décompensation permettant une reprise de travail de jour à 100%. Elle a établi que les troubles et diagnostics antérieurs posés notamment par le Dr E. _____ n'étaient plus présents. Elle a donc admis une incapacité de travail de 100% à compter du 15 novembre 2015 qui a perduré jusqu'au jour de sa consultation mais qu'à compter de celle-ci l'assuré ne présentait plus d'incapacité de travail dans son activité habituelle ou une autre activité adaptée exercée de jour.

10.6 La Dre G. _____ du SMR dans son rapport du 13 décembre 2017 a entièrement suivi et confirmé les diagnostics et les conclusions de la Dre K. _____, retenant un épisode dépressif sévère en 2015 jusqu'à fin 2016 au moins, une amélioration moyenne mi 2016 et une rechute en automne 2016 suivi d'un séjour à la Clinique I. _____ qui a été bénéfique et à la suite duquel l'assuré s'est remis de son épisode dépressif sévère. Elle a retenu une incapacité de travail de 100% du 25 (recte : 15) novembre 2015 au 5 septembre 2017 (AI pce 62).

11.

11.1 Dans son recours contre la décision du 7 juin 2018, A. _____ a fait valoir une dégradation de son état de santé, une hospitalisation attestée du 23 mai au 15 juin 2018 ordonnée par son médecin pour des raisons de santé mentale, et a joint un arrêt de travail à 100% du 15 juin au 15 juillet 2018 du Dr J. _____ (psychiatre) de la Clinique I. _____. Il n'a pas expressément contesté l'expertise de la Dre K. _____ lui reconnaissant pleine capacité de travail au jour de son examen du 6 septembre 2017. Ce faisant, le recourant, qui a encore complété son recours par d'autres documents médicaux établis après la décision du 7 juin 2018 (cf. supra C), fait valoir en tant que motifs de recours une constatation incomplète des faits pertinents (art. 49 let. b PA) jusqu'à la décision attaquée, vu un état de santé non stabilisé documenté par l'hospitalisation précitée ne justifiant pas, de son appréciation, une rente de durée *limitée* (TAF pce 1). De plus, il a fait valoir être au bénéfice d'une rente d'invalidité française de catégorie 2 à compter du 1^{er} novembre 2016 selon une décision du 15 mai 2020 (TAF pce 19).

11.2 L'OAIE, dans sa réponse du 30 août 2018, allègue que l'hospitalisation du 23 mai au 15 juin 2018, dans la mesure où elle constituerait une aggravation de l'état de santé de l'assuré, doit être considérée comme le motif d'une nouvelle demande. Il indique que l'aggravation, si elle doit être retenue comme telle au 23 mai 2018, est intervenue plus de trois mois après le constat du 6 septembre 2017 et qu'à la date de la décision attaquée du 7 juin 2018 elle n'avait pas perduré trois mois, n'étant ainsi pas propre à invalider la décision dont est recours (TAF pce 8). Dans sa duplique du 6 novembre 2018, l'OAIE a par ailleurs relevé qu'un rapport de sortie de la clinique I. _____ à la suite du séjour en mai 2018 n'avait pas été produit et ne permettait ainsi pas une comparaison des états de santé avec la date du 6 septembre 2017 (TAF pce 13 ; voir ég. infra consid. 12.7).

12.

12.1 Le rapport du 18 octobre 2017 (consultation du 6 septembre 2017) de la Dre K. _____ contient un résumé des pièces au dossier, une anamnèse complète ; il se fonde sur un examen circonstancié au jour de la consultation. Les plaintes exprimées par l'expertisé ont été prises en considération. L'appréciation de la situation médicale actuelle est complète et n'est pas contradictoire, toutefois peu discutée rétrospectivement au jour de la consultation sur la base de la documentation médicale existante (pour ce dernier point : voir consid. 12.2.2 ss.). Les conclusions quant à l'état de santé au jour de l'examen sont motivées. Sous l'angle des indicateurs, l'appréciation de la Dre K. _____ est brève mais peut l'être ainsi du fait que l'experte n'a pas retenu de diagnostic d'ordre psychiatrique invalidant. Cette expertise, établie par une spécialiste en son domaine, remplit à première lecture les critères jurisprudentiels formels pour pouvoir lui reconnaître valeur probante. Reste à examiner si l'expertise est probante non seulement en temps réel mais aussi rétrospectivement sur le plan matériel et permet au Tribunal de statuer en espèce.

12.2

12.2.1 La Cour observe que le rapport d'expertise expose de façon convaincante qu'au jour de l'expertise, soit le 6 septembre 2017, il peut être retenu une entière capacité de travail de l'assuré dans son activité habituelle de boulanger comme dans une activité adaptée pour autant que l'une ou l'autre soit exercée sans horaire de travail tôt le matin ou se prolongeant tard en soirée ni de nuit. Par rapport aux constats de mi-novembre 2015, il y a incontestablement une amélioration de l'état de santé au sens de l'art. 17 al. 1 LPGA. La Dre K. _____ n'a pas indiqué que cette capacité de

travail était déjà existante antérieurement à son examen, mais bien qu'elle pouvait être reconnue au jour de son examen et que l'assuré était en totale incapacité de travail depuis le 25 (recte : 15) novembre 2015 (AI pce 60 p. 21 s.).

12.2.2 La Cour relève cependant que la période de novembre 2015 au 5 septembre 2017 nécessite un examen plus étendu que celui qu'a effectué la Dre K._____. In casu, un éventuel droit à une rente d'invalidité peut s'ouvrir au 1^{er} novembre 2016 compte tenu du délai d'attente d'une année (cf. consid. 8.3). Ce qui est antérieur à cette date n'a dès lors que valeur informative. Le Dr E._____ avait diagnostiqué dans un rapport d'expertise du 29 juin 2016, quatre mois antérieurement au 1^{er} novembre 2016, à l'attention de l'assureur perte de gain D._____, un état dépressif d'une intensité moyenne avec syndrome somatique (F32.11; cf. AI pce 23 p. 7 ch. 3.2, p. 8 ch. 4, p. 11 ch. 3), remontant à l'arrêt de travail en novembre 2015 et le justifiant jusqu'à son examen (AI pce 23). Alors qu'il avait escompté une reprise de travail de l'assuré à 50% jusqu'à un 100% en novembre 2016, ayant relevé dans son rapport que le syndrome était en fait, de son appréciation actuelle, léger et au plus moyen (cf. AI pce 23 p. 10 al. 3 et 6, p. 13 ch. 9), celle-ci ne s'est pas réalisée. Dans des rapports relativement succincts du 29 juillet 2016 et du 25 janvier 2017 la Dre F._____, médecin psychiatre traitant de l'assuré, a fait état de la persistance de troubles psychiatriques (psychose, schizophrénie; AI pces 35 p. 2, 45). Entre deux, l'assuré a séjourné à la Clinique I._____ du 4 au 25 octobre 2016 en raison d'un épisode psychotique ou mélancolique constaté à l'admission. Dans le rapport de sortie de cet établissement, le diagnostic d'épisode dépressif sévère avec symptômes psychotique (F32.4) a été posé par le Dr J._____, bien que ses constats d'examen n'aient pas été en lien avec le diagnostic posé (AI pce 53). Dans un courrier du 12 décembre 2016 à l'adresse du médecin-conseil de D._____, le Dr E._____ a contesté ce diagnostic posé dans la lettre de sortie du 25 octobre 2016 de la Clinique I._____ – celui-ci lui paraissant « peu convaincant et irrecevable » sur la base des propos rapportés à l'entrée en clinique et du status retenu à sa sortie quelque trois semaines plus tard (AI pce 44). La Dre K._____, dans son rapport d'expertise a néanmoins confirmé rétroactivement une totale incapacité de travail de l'assuré jusqu'au jour de sa consultation du 6 septembre 2017 sans chercher à établir l'évolution de l'assuré depuis sa sortie de la Clinique I._____ contrairement à son mandat d'expertise (pce 58 en rapport avec les Lignes directrices de qualité des expertises de psychiatrie d'assurance de la Société Suisse de Psychiatrie et Psychothérapie du 16 juin 2016 chiff. 4.3.1 in fine, 6.2 et 6.4). A la date du 6 septembre 2017, faute d'une date antérieure résultant de documents

médicaux au dossier, elle a retenu au sens de l'art. 17 LPGA une amélioration clinique de l'état de santé de l'assuré par rapport aux constats de novembre 2015 (AI pce 60 p. 20 ad V.2 et p. 21 ad VI.1). La totale incapacité de travail antérieure du 1^{er} novembre 2016 au 5 septembre 2017 a été confirmée par la Dre G. _____ du SMR dans son rapport du 13 décembre 2017 (AI pce 62).

Or, si au dossier, à première analyse, rien ne permet de remettre objectivement en cause les appréciations personnelles et concordantes des Dres K. _____ et G. _____ concernant l'état de santé de l'assuré de novembre 2016 au 5 septembre 2017, il apparaît, après examen de la documentation médicale, que la Dre K. _____ relate sans commentaire ni critique les constats et appréciations du médecin de famille, de la psychiatre traitante et de l'expert mandaté par l'assurance d'indemnités journalières, déclarations en partie contradictoires dans leurs énoncés de diagnostics et nettement divergentes dans leurs évaluations de la capacité de travail. La Dre K. _____ les relate sans explication comme des constats instantanés établis. Elle n'examine pas si les modifications à court terme des diagnostics et de l'importance des incapacités de travail retenues peuvent être médicalement expliquées de manière probante du point de vue de médecin spécialiste.

Par ailleurs, il y a lieu de relever qu'aucune investigation n'a été faite entre le 25 octobre 2016 (sortie de la clinique I. _____) et le 5 septembre 2017. Il s'ensuit que ce défaut d'investigations et de discussions d'avis médicaux contradictoires, notamment des Drs J. _____ (rapport de sortie de la clinique I. _____) et E. _____ (courrier du 12 décembre 2016), ne permet pas de retenir avec une vraisemblance prépondérante l'existence d'une incapacité de travail médico-théorique de 100% pour la période précitée.

Si – certes – la Dre K. _____ observe dans son rapport que les diagnostics de psychose et de schizophrénie posés par la Dre F. _____ ne sont pas étayés par des constats afférents de symptomatologie dans les rapports de ce médecin (p. 15), l'experte ne fait pas état que le Dr E. _____ a dans son courrier du 12 décembre 2016 fait part au médecin conseil de D. _____ que le diagnostic retenu dans la lettre de sortie de la Clinique I. _____ du 25 octobre 2016 d'un « épisode dépressif sévère avec symptômes psychotiques » lui semblait « peu convaincant et irrecevable », que tout au plus, sur la base des propos rapportés à l'entrée en clinique, il pouvait être retenu des phénomènes de dépersonnalisation mais non de véritables symptômes psychotiques typiques d'un épisode dépressif sévère.

Le Dr E. _____ a relevé qu'en l'occurrence la clinique avait noté à la sortie de l'assuré, seulement trois semaines plus tard (sic !), l'absence actuellement de dépression majeure avec une échelle de Beck à 10/63. Sur la base de ce qui précède, il a retenu qu'une incapacité de travail n'était plus justifiée au 1^{er} novembre 2016, voire même qu'une capacité de travail de 50% était existante de juillet à septembre 2016 précédant l'hospitalisation en octobre 2016.

Dans son rapport d'expertise, la Dre K. _____, souligne la Cour, n'a aucunement discuté la prise de position du 12 décembre 2016 du Dr E. _____ se contentant de retenir comme déterminante l'existence d'une incapacité de travail à la suite du séjour à la Clinique I. _____ du 4 au 25 octobre 2016 suivie d'une amélioration médico-théorique de l'état de santé survenue – par la suite – jusqu'au jour de sa consultation. Vu ce qui précède, la Cour ne peut confirmer la prise en compte d'une incapacité de travail à 100% du 1^{er} novembre 2016 au 5 septembre 2017.

12.3 Il appert dès lors de l'expertise de la Dre K. _____ une appréciation insuffisamment établie de l'évolution de l'atteinte à la santé de l'assuré de novembre 2015 au 5 septembre 2017.

12.4

12.4.1 Dans les trois mois qui ont suivi l'examen du 6 septembre 2017, soit jusqu'au 6 décembre 2017, une dégradation de santé n'a pas été alléguée. Une dégradation de santé a cependant été annoncée par la Dre F. _____ au 14 décembre 2017 par une attestation d'arrêt de travail du 14 décembre 2017 au 19 janvier 2018, avec mention qu'il s'agit d'une *prolongation* de l'arrêt de travail (Al pce 63). Le 23 mai 2018, l'assuré a par ailleurs été hospitalisé à la suite d'une recrudescence anxieuse avec des idées noires et la persistance de symptômes négatifs de la maladie, « un moins bien depuis 2018 » étant relaté (cf. TAF pce 7 annexe et supra consid. 9.2). Le début d'hospitalisation à compter du 23 mai 2018 avant le prononcé de la décision attaquée, précédé de l'arrêt de travail à 100% précité, met rétrospectivement en doute une amélioration *durable* de santé depuis le 6 septembre 2017. Il est par ailleurs envisageable que l'hospitalisation à compter du 23 mai 2018 en milieu psychiatrique ait fait suite à une dégradation de santé antérieure à l'entrée en clinique. Il n'est par ailleurs pas clair, sur la base du dossier, si le recourant a également été mis en congé maladie pour la période postérieure au 19 janvier 2018.

12.4.2 La cour observe que le recourant n'a pas fait valoir *expressis verbis* de péjoration de son état de santé depuis le 6 septembre 2017 (date de l'expertise) jusqu'à son recours du 26 juin 2018 contre la décision du 7 juin 2018 outre l'hospitalisation à compter du 23 mai 2018. Du fait de la cognition non limitée du tribunal de céans et du principe inquisitoire jusqu'à la décision rendue (cf. supra consid. 6.1), toutes les incapacités de travail alléguées doivent cependant être prises en comptes en fonction de leur nature et incidence effective jusqu'à la décision rendue afin que puisse être qualifiées les atteintes à la santé et l'effectivité du début de celles-ci. Cas échéant des investigations supplémentaires s'imposent. En particulier, l'hospitalisation en milieu psychiatrique intervenue le 23 mai 2018 ne peut être retenue sans investigations complémentaires comme déterminant une dégradation de l'atteinte à la santé à compter seulement de cette date.

Il sied de relever que l'art. 88a al. 1 RAI prévoit aussi pour le constat d'une amélioration de l'état de santé, outre le délai de trois mois, que l'état de santé se soit amélioré « sans qu'une complication prochaine soit à craindre » (cf. supra consid. 8.6). Or, précisément, la « prolongation » d'un arrêt de travail à 100% du 14 décembre 2017 au 19 janvier 2018, dont l'OAI(...) avait connaissance depuis le 15 janvier 2018 et qui est resté sans investigations de la part de l'OAI(...), pouvait faire craindre une telle complication même si l'assuré n'avait pas réagi au projet de décision du 19 mars 2018. En outre, l'assuré est entré en clinique psychiatrique le 23 mai 2018 éventuellement pour une dégradation importante de sa santé antérieurement à la date du 23 mai 2018. Les circonstances de l'entrée en clinique psychiatrique étant inconnues, elles doivent être éclaircies. Par ailleurs, bien que les décisions des organes d'assurances sociales étrangers ne lient pas les organes d'assurances suisses (cf. supra consid. 4.2 in fine), dans le cadre du complément d'instruction ces derniers prendront en considération dans leur appréciation, en connaissance de la documentation médicale afférente, que le recourant a été mis au bénéfice d'une rente d'invalidité française de catégorie 2 (invalidité réduisant des 2/3 au moins la capacité de travail ou de gain) à compter du 1^{er} novembre 2016 (cf. TAF pce 19 annexe).

12.5 Vu ce qui précède, la décision attaquée doit être annulée dans le sens d'un renvoi à l'autorité inférieure afin qu'il soit procédé à de nouvelles investigations complètes quant à l'évolution de l'état de santé de l'assuré depuis novembre 2015 jusqu'à la nouvelle décision à rendre, une attention particulière étant portée à l'évaluation médico-psychiatrique selon ATF 148 V 49 (cf. consid. 8.8.2). Une nouvelle expertise bidisciplinaire (psychiatrie

et médecine interne) sera ordonnée en raison du fait, qu'en plus de l'atteinte psychique, une apnée du sommeil, qualifiée de modérée malgré une activité apnéique significative relevée à la polysomnographie (cf. AI pce 53 p. 6), existe, bien que réglée. Une évaluation interdisciplinaire s'avère en effet nécessaire car l'apnée pourrait contribuer aux symptômes de fatigue chez le recourant (cf. arrêts du TF 9C_235/2013 du 10 septembre 2013 consid. 3.2 avec d'autres références et 8C_168/2008 du 11 août 2008 consid. 6.2.2). Les exigences constitutionnelles mises en évidence à l'ATF 137 V 210 sont applicables par analogie aux expertises médicales mono- et bidisciplinaires (ATF 139 V 349 consid. 3-5). Il est toutefois rappelé qu'il incombe en premier lieu aux experts de déterminer l'étendue des investigations médicales indispensables dans le cas d'espèce (ATF 139 V 349 consid. 3.3; arrêt du TF 8C_124/2008 du 17 octobre 2008 consid. 6.3.1). L'expertise sera pratiquée en Suisse, les experts mandatés devant maîtriser les principes d'évaluation prévalant dans la médecine d'assurance suisse (cf. arrêt du TF 9C_235/2013 du 10 septembre 2013 consid. 3.2).

Préalablement à la nouvelle expertise médicale, l'OAI-(...) requerra de la Dre F._____, psychiatre traitant, et du Dr C._____, médecin généraliste traitant, un rapport substantiel dactylographié des atteintes à la santé et de la capacité de travail notamment de mi 2016 au 19 janvier 2018 (fin de la dernière incapacité de travail documentée), du 20 janvier 2018 au 23 mai 2018 (période non documentée au dossier) et du 16 juin 2018 (sortie de la clinique I._____) à la date des rapports requis. L'OAI-(...) requerra aussi la production de documents médicaux à la base de la décision de rente d'invalidité française.

12.6 Une fois les investigations complémentaires effectuées quant à l'évolution de santé de l'assuré sur le plan psychiatrique et internistique depuis novembre 2015, l'OAIE rendra une nouvelle décision de rente quant au droit de l'assuré à une rente d'invalidité à compter du 1^{er} novembre 2016.

12.7 Dans sa duplique, l'OAIE, respectivement l'OAI-(...) a relevé qu'un rapport de sortie de la Clinique I._____ à la suite du séjour en mai-juin 2018 n'avait pas été produit, de sorte qu'il ne pouvait être établi de comparaison entre l'état de santé lors du séjour et l'état de santé lors de l'expertise (TAF pce 13). La Cour note qu'un rapport de sortie du 15 juin 2018 a bel et bien été établi et communiqué par le recourant en date du 28 août 2018 (TAF pce 7) mais que ce rapport n'a malheureusement pas été transmis à l'OAIE. La non-transmission de ce document n'a toutefois pas eu

d'incidence décisive sur la décision dont est recours car déjà les instructions insuffisantes pour la période antérieure à l'hospitalisation rendent nécessaires des investigations supplémentaires.

13.

Dans le cadre de sa nouvelle décision et de son nouveau calcul de l'invalidité (art. 28a al. 1 LAI et 16 LPGA), l'autorité inférieure prendra en compte qu'en cas d'octroi rétroactif de rentes échelonnées ou d'une rente limitée dans le temps, le moment, cas échéant, d'une diminution ou d'une suppression de rente est déterminé en application du délai de trois mois prévu à l'art. 88a al. 1 RAI. La Cour rend l'OAI-(...) attentive au fait que l'art. 88a al. 1 RAI suppose la prise en compte de trois mois complets (voir p.ex. les arrêts du TF 9C_244/2020 du 5 janvier 2021 consid. 4.2, 9C_366/2020 du 12 avril 2021 consid. 4 [ce délai n'a pas été observé dans la décision attaquée]). Cela suppose par ailleurs un calcul comparatif de revenus non au moment de la reconnaissance médicalement d'une amélioration de santé et de capacité de gain, mais au moment de la reprise d'activité exigible à l'issue du délai de trois mois de la disposition précitée (voir les arrêts du TF 8C_724/2011 du 24 juillet 2012 consid. 2.2, I 716/06 du 12 juillet 2007 consid. 5.2, I 541/06 du 28 mars 2007 consid. 2.1). S'agissant desdits revenus, tous les éléments constitutifs du revenu sans invalidité doivent être pris en compte, telle est en particulier le cas d'un supplément de revenu pour travail de nuit et d'une prime annuelle régulièrement octroyée, éléments soumis aux cotisations AVS et figurant dans le compte AVS de l'assuré (cf. art. 5 de la loi fédérale sur l'assurance-vieillesse et survivants du 20 décembre 1946 [RS 831.10]; VALTERIO, op. cit., art. 28a n° 20 s.). Cas échéant, un revenu de base effectif de personne valide nettement inférieur au revenu statistique moyen doit être pris en compte, si cela est justifié selon les critères afférents, sous l'angle de la parallélisation (Parallelisierung) des revenus (ATF 141 V 1 consid. 5.4; arrêt du TF 8C_256/2021 du 9 mars 2022 consid. 6.4). En complément, s'agissant d'un boulanger ne pouvant exercer qu'une activité de jour, la question se pose de savoir s'il y a lieu de reconnaître à ce dernier sur son salaire d'invalidé un abattement (cf. ATF 146 V 16 consid. 4.1 s., 124 V 321 consid. 3b/bb) du fait qu'il est généralement attendu d'un boulanger une activité en marge des horaires habituels de travail. Cas échéant, l'office AI se déterminera sur cette question après avoir interpellé quelque entreprises industrielles et artisanales de la boulangerie quant au salaire qui serait versé à un boulanger ne pouvant être actif que selon un horaire diurne.

14.

Sur le vu de ce qui précède, le recours est admis, la décision attaquée est

annulée et le dossier retourné à l'autorité inférieure pour complément d'instruction et nouvelle décision.

Le dossier est retourné à l'autorité inférieure afin que l'évolution des atteintes à la santé soient clarifiées depuis novembre 2015 et les circonstances de la résurgence de l'atteinte à la santé intervenue avant la décision attaquée du 7 juin 2018 soient instruites, examen matériel qui n'a pas été fait, contrairement à l'obligation de l'autorité inférieure de se déterminer jusqu'à la décision rendue d'octroi ou non de prestations d'invalidité (cf. supra consid. 6.1). Il se justifie vu les circonstances de renvoyer la cause à l'autorité en application de l'art. 61 al. 1 PA, bien qu'un renvoi doive rester exceptionnel compte tenu de l'exigence de la célérité de la procédure (cf. art. 29 de la Constitution fédérale du 18 avril 1999 de la Confédération suisse [Cst., RS 101]; arrêt du TF 8C_633/2014 du 11 décembre 2014 consid. 2.2). Le Tribunal fédéral a précisé que le renvoi est notamment justifié lorsqu'il s'agit d'enquêter sur une situation médicale qui n'a pas encore fait l'objet d'un examen, respectivement lorsque l'autorité inférieure n'a nullement instruit une question déterminante pour l'examen du droit aux prestations ou lorsqu'un éclaircissement, une précision ou un complément d'expertise s'avèrent nécessaires (ATF 137 V 210 consid. 4.4.1.4; arrêt du TF 8C_633/2014 du 11 décembre 2014 consid. 3.2 et 3.3). En l'espèce, il ressort du dossier que la situation médicale ainsi que les conséquences qui en découlent (évolution des atteintes, interdisciplinarité) n'ont pas été instruites à satisfaction par l'autorité inférieure jusqu'à la décision du 7 juin 2018, raison pour laquelle le renvoi à l'autorité inférieure est justifié (cf. consid. 8.8.2).

15.

15.1 En règle générale, les frais de procédure sont en principe mis à la charge de la partie qui succombe (art. 63 al. 1, 1^{ère} phrase, PA). D'après la jurisprudence, la partie qui a formé recours est réputée avoir obtenu gain de cause lorsque l'affaire est renvoyée à l'administration pour instruction complémentaire et nouvelle décision (ATF 132 V 215 consid. 6.2). Aucun frais de procédure n'est mis à la charge des autorités inférieures, ni des autorités fédérales recourantes et déboutées (art. 63 al. 2, 1^{ère} phrase, PA).

En l'occurrence, il n'y a pas lieu de percevoir de frais de procédure, dès lors que le recourant a obtenu gain de cause par le renvoi de l'affaire à l'OAIE et qu'aucun frais de procédure n'est mis à la charge de l'autorité inférieure. Partant, l'avance de frais versée par le recourant à hauteur de

Fr. 800.- (cf. TAF pces 3 et 5) lui sera restituée dès l'entrée en force du présent arrêt.

15.2 Conformément aux art. 64 al. 1 PA et 7 al. 1 du règlement du 21 février 2008 concernant les frais, dépens et indemnités fixés par le Tribunal administratif fédéral (FITAF, RS 173.320.2), le Tribunal alloue à la partie ayant entièrement ou partiellement gain de cause une indemnité pour les frais indispensables et relativement élevés qui lui ont été occasionnés par le litige. L'art. 61 let. g LPGA applicable par analogie énonce relativement au dépens que le recourant qui obtient gain de cause a droit au remboursement de ceux-ci dans la mesure fixée par le tribunal, leur montant étant déterminé sans égard à la valeur litigieuse d'après l'importance et la complexité du litige. En principe, il y a gain de cause au sens de cette disposition lorsque le tribunal annule la décision attaquée et renvoie la cause à l'administration pour instruction complémentaire et nouvelle décision (arrêt du TF 9C_193/2013 cité consid. 3.2.1 renvoyant à l'ATF 132 V 215 consid. 6.2).

En l'espèce, le Tribunal renvoie l'affaire à l'autorité inférieure pour complément d'instruction. Le recourant peut ainsi prétendre à une pleine indemnité de dépens. Ayant agi en s'étant fait représenter et ayant été assisté par un organisme de défense d'intérêts de personnes frontalières qui n'a pas produit de décompte de prestations, il lui est alloué, compte tenu du recours, de la difficulté de la cause ainsi que du travail effectué par le représentant qui n'est pas un avocat, une indemnité de dépens tenant compte de la personne de son représentant (cf. art. 10 al. 2 FITAF [tarif horaire de CHF 100.- à 300.- hors TVA pour les mandataires professionnels n'exerçant pas la profession d'avocat] et 14 FITAF; arrêt du TF 9C_485/2016 du 21 mars 2017 consid. 3: tarif horaire de CHF 145.- hors TVA). Le mandataire du recourant a établi un recours de 1.5 page présentant succinctement la situation économique et de santé de l'assuré et énonçant la volonté de ce dernier de contester la décision d'octroi de rente limitée dans le temps du fait d'une détérioration de son état de santé attestée par une hospitalisation. Il a transmis avec le recours et ultérieurement de nouvelles pièces médicales. Il a répliqué par quelques lignes. Il sied en application de ce qui précède d'accorder au recourant une indemnité de dépens de 600.- francs à charge de l'autorité inférieure.

Par ces motifs, le Tribunal administratif fédéral prononce :**1.**

Le recours est admis en ce sens que la cause est renvoyée à l'autorité inférieure pour instruction complémentaire dans le sens des considérants et nouvelle décision quant à l'octroi ou non d'une rente d'invalidité à compter du 1^{er} novembre 2016.

2.

Il n'est pas perçu de frais de procédure. Le montant de l'avance sur lesdits frais de 800.- francs versée en cours de procédure est restitué au recourant.

3.

Il est alloué au recourant une indemnité de dépens de 600.- francs à charge de l'autorité inférieure.

4.

Le présent arrêt est adressé au recourant, à l'autorité inférieure, à l'Office fédéral des assurances sociales et à CPV/CAP Pensionskasse COOP.

Le président du collège :

Le greffier :

Beat Weber

Daniel Golta

Indication des voies de droit :

Pour autant que les conditions au sens des 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 :