



Arrêt du 8 février 2023

Composition

Caroline Gehring (présidente du collège),
Michael Peterli, Madeleine Hirsig-Vouilloz, juges,
Adrien Renaud, greffier.

Parties

A. _____, (France)
recourant,

contre

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

Objet

Assurance-invalidité, droit à une rente limitée dans le temps
(décisions du 22 novembre 2021).

Faits :**A.**

A._____ (ci-après : assuré ou recourant) est un ressortissant suisse domicilié en France voisine, né le (...) 1966, divorcé et père de deux enfants nées les (...) 1996 et (...) 2002 (OAI-B._____ pce 3 p. 9-10, pce 4 p. 16). Sans formation particulière, il a travaillé en Suisse à plein temps comme chauffeur poids lourd / magasinier du 1er janvier 1987 au 30 novembre 2000 (OAI-B._____ pce 1 p. 1), puis en dernier lieu comme chauffeur de bus aux Transports Publics C._____ dès le 1^{er} décembre 2000 jusqu'au 3 février 2017 (OAI-B._____ 11 p. 43), date à laquelle il a subi de manière durable une incapacité totale de travail avant d'être licencié au 31 mars 2019 (OAI-B._____ pce 72). Il a cotisé de manière ininterrompue à l'assurance-vieillesse, survivants et invalidité suisse de janvier 1984 à décembre 2017 (OAI-B._____ pce 10 p. 41-42 ; OAI-B._____ pce 4 p. 18, pce 11 p. 43 ; OAI-B._____ pce 84 p. 240).

B.**B.a**

B.a.a Souffrant de troubles cardiaques, A._____ a subi le 27 février 2012 une intervention de Bentall avec hétérogreffe à la suite d'un anévrisme de l'aorte ascendante et d'une insuffisance aortique avec canal artériel persistant non hypertensif (cf. compte-rendu d'hospitalisation du 26 février 2012 au 8 mars 2012, compte rendu d'intervention du 27 février 2012 et rapport du 27 mars 2012 du Dr D._____, spécialiste en chirurgie cardiaque [OAI-B._____ pce 13 p. 67, pce 19 p. 99 et pce 13 p. 71]).

B.a.b Le 5 février 2017, il a été hospitalisé à la suite d'une insuffisance cardiaque avec une fraction d'éjection à 25% sur dysfonction ventriculaire gauche sévère associée ayant entraîné une dyspnée aiguë avec sensation d'étouffement respectivement une incapacité totale de travail dès le 3 février 2017 et la mise en place d'un défibrillateur triple chambre le 10 avril 2017 (cf. rapport du 13 février 2017 du Dr E._____, spécialiste en cardiologie [OAI-B._____ pce 19 p. 99-101] et rapport du 11 avril 2017 du Dr F._____, spécialiste en rythmologie [OAI-B._____ pce 13 p. 53]).

B.a.c Compte tenu de ces troubles, l'assuré a déposé une demande de prestations de l'assurance-invalidité reçue le 4 septembre 2017 par l'Office de l'assurance-invalidité du canton B._____ (ci-après : OAI-B._____ [OAI-B._____ pce 4]). L'instruction de cette première demande a établi

que l'assuré présentait d'une part le diagnostic – sans influence sur la capacité de travail – de canal artériel persistant, d'autre part le diagnostic de cardiomyopathie hypokinétique primitive très sévère avec fraction d'éjection à 25% à la suite d'une dégradation majeure de la fonction ventriculaire gauche ayant entraîné une incapacité de travail de 100% dans toute activité lucrative dès le 3 février 2017 respectivement de 50% dans une activité lucrative telle que magasinier considérée comme adaptée à l'état de santé – à savoir activité sédentaire, sans conduite professionnelle de véhicule ni travail physique – à partir du 22 décembre 2017 (cf. rapports des 26 septembre 2017, 13 décembre 2017, 15 février 2018, 7 mai 2018 et 19 juin 2018 du Dr G._____, spécialiste en cardiologie [OAI-B._____] pce 18 p. 81 ss, pce 53 p. 156-157, pce 24 p. 108-109 et pce 52], prises de position des 26 février 2018 et 23 août 2018 de la Dresse H._____, médecin auprès du Service médical régional [ci-après : SMR] de l'OAI-B._____[OAI-B._____] pce 28 p. 114 et pce 56 p. 161-162] ; voir également rapports des 3 octobre 2017 et 13 février 2018 du Dr I._____, généraliste [OAI-B._____] pce 19 p. 93 ss, en particulier p. 95, et OAI-B._____] pce 24]).

B.a.d Compte tenu de l'exigibilité d'une activité lucrative adaptée à l'état de santé, l'OAI-B._____ a mis l'assuré, sous suite d'indemnités journalières, au bénéfice d'un reclassement professionnel dans une formation d'assistant administratif – comme gestionnaire de stock et cariste – du 1^{er} juin au 16 septembre 2018 et du 25 au 28 février 2019 (cf. communications de l'OAI-B._____ des 29 mai 2018 et 30 janvier 2019 [OAI-B._____ pces 33, 48, 50, 60, 61, 77]) avec cours préparatoire du 9 avril au 31 mai 2018 (OAI-B._____ pces 32, 39), d'un coaching personnalisé du 8 avril au 30 septembre 2018 puis du 6 novembre 2018 au 31 janvier 2019 (OAI-B._____ pces 38 et 64) et d'un stage professionnel effectué du 1^{er} mars 2019 au 27 août 2019 dans la préparation de véhicules auprès d'un concessionnaire automobile (cf. communication de l'OAI-B._____ du 21 février 2019 [OAI-B._____ pces 81 et 83) qui l'a ensuite employé du 2 octobre 2019 jusqu'au 28 février 2020, date à laquelle l'employeur a mis fin aux rapports de travail en raison de la dégradation de l'état de santé de l'employé (OAI-B._____ pce 102 p. 351).

B.a.e A l'issue des mesures de reclassement professionnelles, l'OAIE a mis l'assuré au bénéfice d'un $\frac{3}{4}$ de rente à partir du 1^{er} mars 2018 – assorti de rentes pour enfants liées à celle du père (cf. décisions des 7 et 8 novembre 2019 [OAI-B._____ pce 88]) – fondée sur une incapacité totale de travail survenue le 3 février 2017 entraînant un degré d'invalidité de 65% calculé par comparaison des gains sans et avec atteinte à la santé, pour

l'année 2017, de 100'435 francs respectivement 35'150 francs (compte tenu d'une capacité résiduelle de travail de 50%), sans abattement (cf. décision du 6 mars 2019 [OAI-B. _____ pce 84]).

B.b

B.b.a Le 3 mars 2020, A. _____ a subi une nouvelle hospitalisation en raison d'une endocardite infectieuse compliquée d'embolies cérébraux, pulmonaires, spléniques et probablement coronaires (cf. rapport du 31 mars 2020 de la Dr J. _____, spécialiste en cardiologie [OAI-B. _____ pce 90 p. 283-284]),

B.b.b Le 19 mai 2020, il a en outre été victime d'une fuite aortique massive ayant causé une dysfonction ventriculaire gauche compliquée de troubles rythmiques ainsi que ventriculaires et corrigée par une bioprothèse aortique percutanée implantée le 2 juin 2020 (cf. rapports des 19 et 26 mai 2020 du Dr G. _____, spécialiste en cardiologie [OAI-B. _____ pce 96 p. 298-300] et rapports des 2 juin 2020, 3 juin 2020 et 22 octobre 2020 des Dr K. _____, D. _____ et G. _____, spécialistes en cardiologie [OAI-B. _____ pces 100 p. 323-328 et pce 103, p. 406-407]).

B.b.c Dans le suivi de son défibrillateur, l'assuré présente des troubles du rythme ventriculaire sévères, sous forme de fibrillation ventriculaire sous forme de fibrillation ventriculaire motivant plusieurs interventions de son défibrillateur, la dernière le 24 mars 2021. Le Dr G. _____, spécialiste en cardiologie, constate que le patient a présenté une perte de connaissance brutale, à la suite d'une fibrillation ventriculaire avec un choc tout à fait approprié de son défibrillateur dans le contexte d'une très abondante extrasystolie ventriculaire. Le patient est par ailleurs stable sur le plan symptomatique, pas de dyspnée particulière, aucune constriction thoracique, ni de de dyspnée particulière, une activité physique régulière sur un vélo hélip-tique étant maintenue sans difficulté. Le Dr G. _____ diagnostique une récurrence d'une fibrillation auriculaire avec un choc approprié, sur une extrasystolie ventriculaire relativement abondante, avec un bimorphisme, mais stabilité des constatations en échographie, et sans hypokaliémie (cf. rapport du 26 mars 2021 [OAI-B. _____ pce 114 p. 453-454]). Le 2 avril 2021, le Dr F. _____, spécialiste en rythmologie, procède à l'ablation du foyer ventriculaire. Le spécialiste observe en outre un début d'hyperthyroïdie et préconise un examen auprès d'un endocrinologue afin d'évaluer l'éventuelle mise en place d'un traitement hyperthyroïdien du fait de l'hyperexcitabilité ventriculaire (cf. rapport du 3 avril 2021 [OAI-B. _____ pce 111 p. 449]). Le 18 octobre 2021, le Dr F. _____ note que les derniers

troubles du rythme significatifs datent du mois de juillet, avec 2 épisodes de fibrillation ventriculaire soutenue, réduite par chocs électriques. Actuellement, l'état clinique cardiaque paraît stable. Le patient n'a pas souffert de malaises. L'examen clinique est sans particularité. L'évolution post-thyroïdectomie subie le 28 septembre 2021 est simple, avec une bonne stabilité rythmique (OAI-B. _____ pce 123 p. 509).

B.b.d Compte tenu des troubles cardiaques survenus au cours du printemps 2020, l'assuré a déposé le 5 mai 2020 une demande de révision de son droit à la rente (OAI-B. _____ pce 94 p. 294-296). Procédant à l'instruction de celle-ci, l'OAI-B. _____ a recueilli de multiples rapports médicaux des médecins traitants ainsi que l'avis du SMR. Se fondant sur une prise de position établie le 27 avril 2021 par ce dernier (OAI-B. _____ pce 107 p. 434-435), l'OAI-B. _____ a retenu que l'assuré avait subi une péjoration de son état de santé à la suite d'une insuffisance cardiaque sur cardiomyopathie dilatée primitive et d'une endocardite infectieuse ayant entraîné une incapacité de travail dans son activité lucrative habituelle de gestionnaire de stock / cariste de 100% dès le 3 mars 2020, avant de recouvrer dès le 24 novembre 2020 sa précédente capacité de travail de 50% dans son métier de reconversion, l'amélioration de la fonction cardiaque permettant à l'assuré de récupérer une capacité de travail de 50% dans une activité légère et sédentaire dès le 24 novembre 2020. Dans ces circonstances, l'OAI-B. _____ a préavisé en faveur de l'assuré l'octroi d'une rente entière correspondant à un taux d'invalidité de 100% à partir du 1^{er} juin 2020 au 28 février 2021, puis d'un $\frac{3}{4}$ de rente fondé sur un taux d'invalidité de 66% dès le 1^{er} mars 2021 – soit 3 mois après l'amélioration de l'état de santé respectivement de la capacité de travail à 50% dès le 24 novembre 2020 – sur la base de revenus sans et avec invalidité de 101'774 francs respectivement 34'168 francs (cf. projet de décision du 18 mai 2021 de l'OAI-B. _____ [OAI-B. _____ pce 110 p. 440-444]).

B.b.e S'opposant à la capacité d'exercer une activité lucrative, fût-elle adaptée à son état de santé, à 50% depuis le 24 novembre 2020, l'assuré a contesté le préavis par actes des 28 mai et 11 juin 2021 (OAI-B. _____ pces 111 p. 445-450 et 114 p. 453-463). L'OAI-B. _____ a alors porté au dossier une nouvelle prise de position médicale établie le 30 juin 2021 aux termes de laquelle le SMR a confirmé ses précédentes conclusions du 27 avril 2021 (OAI-B. _____ pce 115 p. 467). Statuant sur cette base par deux décisions séparées prononcées le 22 novembre 2021, l'OAIE a écarté les objections de l'assuré et confirmé le projet de décision (OAI-B. _____ pce 122 p. 487-505).

C.

C.a Par écriture postée le 15 décembre 2021 et complétée les 26 et 31 janvier 2022 (timbres postaux), A. _____ a saisi la Chambre des assurances sociales de la Cour de justice de la République et canton de Genève (ci-après : la Cour de justice genevoise) d'un recours contre les décisions de l'OAIE du 22 novembre 2021 dont il requiert l'annulation, en concluant au maintien de son droit à une rente entière au-delà du 28 février 2021. A l'appui de ses conclusions, il fait valoir une aggravation de son état de santé depuis le mois de mars 2021 respectivement une incapacité totale d'exercer toute activité lucrative en raison de graves problèmes de santé ayant causé plusieurs interventions de chirurgie cardiaque dont une pratiquée récemment le 2 avril 2021, la pose d'un défibrillateur, trois malaises cardiaques ayant déclenché le défibrillateur au cours de l'année 2021, une thyroïdectomie totale, un suivi psychologique, et annonce une nouvelle intervention de chirurgie cardiaque prévue le 1^{er} février 2022 à la suite d'une fuite mitrale (TAF pce 1).

C.b Par arrêt du 14 janvier 2022, la Cour de justice genevoise a transmis le recours au Tribunal administratif fédéral (ci-après : Tribunal ou TAF) comme objet de sa compétence (TAF pce 2).

C.c Par envois des 24 mars 2022 et 20 avril 2022 (timbres postaux), le recourant a produit au dossier, d'une part un rapport du 4 janvier 2022 du Dr L. _____, spécialiste en cardiologie médicale, confirmant la présence d'une cardiomyopathie hypokinétique très dilatée, avec fraction d'éjection ventriculaire gauche altérée vers 35%, et une bioprothèse aortique normofonctionnelle avec fuite mitrale fonctionnelle significative à traiter par Mitra Clip, d'autre part un rapport du 14 mars 2022 du Dr F. _____, spécialiste en rythmologie, constatant un nouvel épisode de trouble sévère du rythme ventriculaire survenu le 23 janvier 2022 et évoquant une transplantation cardiaque si l'état du patient venait à se dégrader sur le plan rythmique (TAF pce 6).

C.d Aux termes d'une réponse du 14 juin 2022, l'autorité inférieure conclut à l'admission du recours respectivement à l'annulation des décisions attaquées et au renvoi de la cause, afin que l'administration octroie à l'assuré une rente entière fondée sur un taux d'invalidité de 100% dès le 1^{er} juin 2020. A l'appui de ses conclusions, l'autorité inférieure se réfère au préavis du 5 mai 2022 de l'OAI-B. _____ – lui-même fondé sur la prise de position SMR du 3 mai 2022 de la Dresse P. _____ (dont la spécialisation n'est pas spécifiée) – selon lequel l'amélioration de la capacité de travail retenue

dès le 24 novembre 2020 ne s'est pas confirmée sur le long terme. La capacité de travail du recourant demeure inexistante dans toute activité lucrative depuis le mois de mars 2020, de sorte que la diminution de la rente entière à un $\frac{3}{4}$ de rente dès le 1^{er} mars 2021 se révèle infondée (TAF pce 14).

D.

Par ordonnance du 16 juin 2022, le Tribunal a transmis la réponse au recourant et a clos l'échange d'écritures (TAF pce 15).

E.

En tant que de besoin, les autres faits pertinents de la cause seront examinés dans les considérants en droit ci-dessous.

Droit :

1.

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

1.2 Selon l'art. 37 LTAF, la procédure devant le Tribunal administratif fédéral est régie par la PA, pour autant que la LTAF n'en dispose pas autrement. En vertu de l'art. 3 let. 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. Conformément à l'art. 2 LPGA en relation avec l'art. 1 al. 1 LAI, les dispositions de la LPGA s'appliquent à l'assurance-invalidité (art. 1a à 26^{bis} et 28 à 70 LAI), 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 et dans les formes requises par la loi (art. 60 LPGA et 52 al. 1 PA), le recours est recevable, l'avance sur les frais de procédure présumés d'un montant de 800 francs ayant été dûment acquittée (art. 63 al. 4 PA [TAF pces 5 et 6]).

2.

Le recourant étant un ressortissant suisse, domicilié en France et ayant travaillé en Suisse (cf. consid. A. *supra*), la procédure présente un aspect transfrontalier. La cause doit ainsi être tranchée non seulement au regard des normes du droit suisse mais également à l'aune des dispositions de l'Accord du 21 juin 1999 sur la libre circulation des personnes (ALCP, RS 0.142.112.681), dont l'annexe II règle la coordination des systèmes de sécurité sociale (art. 8 ALCP). Dans ce contexte, l'ALCP fait référence depuis le 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 (CE) 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 (RS 0.831.109.268.11 ; cf. art. 1 al. 1 de l'annexe II en relation avec la section A de l'annexe II et art.153a LAVS). A compter du 1^{er} janvier 2015, sont également applicables dans les relations entre la Suisse et les Etats membres de l'Union européenne (UE) les modifications apportées notamment au règlement (CE) 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). Même après l'entrée en vigueur de l'ALCP et des règlements de coordination, l'invalidité ouvrant droit à des prestations de l'assurance-invalidité suisse se détermine exclusivement d'après le droit suisse (art. 46 par. 3 du règlement (CE) n° 883/2004 *a contrario* ; ATF 130 V 253 consid. 2.4 ; arrêt du TF 9C_573/2012 du 16 janvier 2013 consid. 4 et les références citées).

3.

3.1 La procédure dans le domaine des assurances sociales fait prévaloir la maxime inquisitoire (art. 43 LPGA ; ATF 138 V 218 consid. 6). Ainsi, le Tribunal administratif fédéral définit les faits et apprécie les preuves d'office et librement (art. 12 PA ; PIERRE MOOR / ETIENNE POLTIER, Droit administratif, vol. II, 3^{ème} éd. 2011, ch. 2.2.6.3). Ce faisant, il ne tient pour existants que les faits qui sont prouvés, cas échéant au taux de la vraisemblance prépondérante (ATF 139 V 176 consid. 5.2, 138 V 218 consid. 6). Par ailleurs, il applique le droit d'office, sans être lié par les motifs invoqués

par les parties (art. 62 al. 4 PA ; ATAF 2013/46 consid. 3.2), ni par l'argumentation juridique développée dans la décision entreprise (PIERRE MOOR / ETIENNE POLTIER, op. cit., ch. 2.2.6.5 ; BENOÎT BOVAY, Procédure administrative, 2^{ème} éd., 2015, p. 243 ; JÉRÔME CANDRIAN, Introduction à la procédure administrative, 2013, n° 176). 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 et 121 V 204 consid. 6c ; ANDRÉ MOSER / MICHAEL BEUSCH / LORENZ KNEUBÜHLER, Prozesieren vor dem Bundesverwaltungsgericht, 2^{ème} éd., 2013, n° 1.55). Les parties ont le devoir de collaborer à l'instruction (art. 13 PA et 43 al. 3 LPGA ; arrêt du TAF C-6134/2017 du 3 avril 2018 consid. 5.4) et de motiver leur recours (art. 52 PA).

3.2 Selon les principes généraux de droit intertemporel, le droit matériel applicable est en principe celui en vigueur lors de la réalisation de l'état de fait qui doit être apprécié juridiquement ou qui a des conséquences juridiques, sous réserve de dispositions particulières du droit transitoire (ATF 143 V 446 consid. 3.3, 136 V 24 consid. 4.3, 132 V 215 consid. 3.1.1). Le présent litige porte sur les décisions du 22 novembre 2021 par lesquelles l'autorité inférieure a augmenté le droit à la rente du recourant à une rente entière du 1^{er} juin 2020 au 28 février 2021, puis réduit ce droit à un $\frac{3}{4}$ de rente dès le 1^{er} mars 2021. Cela étant, la cause doit être examinée à l'aune des dispositions de la LAI et de son règlement d'exécution telles que modifiées par la 6^e révision de l'AI (premier volet), en vigueur depuis le 1^{er} janvier 2012 (RO 2011 5659, FF 2010 1647) qui seront seules citées dans la présente affaire. Entrées en vigueur le 1^{er} janvier 2022, les modifications de la LAI et de la LPGA adoptées le 19 juin 2020 (Développement continu de l'AI ; RO 2021 705 ; FF 2017 2363), ainsi que celles du 3 novembre 2021 apportées au règlement du 17 janvier 1961 sur l'assurance-invalidité (RAI, RS 831.201 ; RO 2021 706) ne s'appliquent pas au cas d'espèce.

3.3 En outre, le tribunal des assurances sociales apprécie la légalité des décisions attaquées, en règle générale, d'après l'état de fait existant jusqu'au moment où celles-ci ont été rendues. Les faits survenus postérieurement et qui ont modifié cette situation doivent en principe faire l'objet d'une nouvelle décision administrative (ATF 132 V 215 consid. 3.1.1, 130 V 445 consid. 1.2 et 121 V 362 consid. 1b). Ils doivent néanmoins être pris en considération lorsqu'ils sont étroitement liés à l'objet du litige et de nature à en influencer l'appréciation au moment où la décision attaquée a été rendue (cf. arrêt du Tribunal fédéral 9C_34/2017 du 20 avril 2017

consid. 5.2 et les références citées). En l'occurrence, les décisions litigieuses ont été rendues le 22 novembre 2021 de sorte que les rapports médicaux postérieurs ne devraient pas être pris en compte par le Tribunal. Toutefois, le rapport du 3 janvier 2022 du Dr M._____, spécialiste en cardiologie interventionnelle et structurelle, et le rapport du 14 mars 2022 du Dr F._____, spécialiste en rythmologie, sont étroitement liés à l'objet du litige et de nature à en influencer l'appréciation au moment où les décisions attaquées ont été rendues, de sorte qu'ils doivent être pris en considération dans la présente procédure de recours nonobstant le fait qu'ils ont été établis après les prononcés litigieux.

4.

4.1 En procédure juridictionnelle administrative, ne peuvent en principe être examinés et jugés que les rapports juridiques à propos desquels l'autorité administrative compétente s'est prononcée préalablement d'une manière qui la lie sous la forme d'une décision. Dans cette mesure, la décision détermine l'objet de la contestation qui peut être déféré en justice par la voie d'un recours. Le juge n'entre donc pas en matière, sauf exception, sur des conclusions qui vont au-delà de l'objet de la contestation (ATF 134 V 418 consid. 5.2.1). L'objet du litige dans la procédure de recours est le rapport juridique réglé dans la décision attaquée dans la mesure où, d'après les conclusions du recours, il est remis en question par la partie recourante. L'objet de la contestation (*Anfechtungsgegenstand*) et l'objet du litige (*Streitgegenstand*) sont identiques lorsque la décision administrative est attaquée dans son ensemble. En revanche, les rapports juridiques non litigieux sont certes compris dans l'objet de la contestation mais non pas dans l'objet du litige (cf. ATF 125 V 413 consid. 1b ; arrêt du TF 2C_53/2017 du 21 juillet 2017, consid. 5.1). L'objet du litige peut donc être réduit par rapport à l'objet de la contestation. Il ne peut en revanche, sauf exceptions, s'étendre au-delà de celui-ci (cf. ATF 136 II 457 consid. 4.2 ; 136 II 165 consid. 5).

4.2 En matière de rente d'invalidité, le fait que l'autorité inférieure notifie une rente échelonnée avec effet rétroactif dans deux décisions séparées n'est pas pertinent d'un point de vue de l'objet du litige ; sur le plan matériel il n'existe qu'une seule décision. En outre, si seule la réduction des prestations est contestée, le pouvoir d'examen du juge n'est pas limité dans le sens où les périodes non contestées resteraient exclues de l'évaluation (cf. ATF 131 V 164 consid. 2.2 et consid. 2.3 avec référence à l'ATF 125 V 417 consid. 2d ; cf. également TAF C-5774/2019 du 26 août 2021 consid. 2.1 et les références citées).

En l'occurrence, il convient de préciser d'emblée que si deux décisions ont été rendues en date du 22 novembre 2021, il n'en existe matériellement qu'une seule augmentant le droit à la rente du recourant à une rente entière du 1^{er} juin 2020 au 28 février 2021, puis le réduisant à un $\frac{3}{4}$ de rente dès le 1^{er} mars 2021. Bien que le recourant ne conteste que la diminution de son droit aux prestations d'invalidité à un $\frac{3}{4}$ de rente à partir du 28 février 2021, l'objet du litige ne se limite pas à cette seule période, de sorte que le Tribunal examinera également l'augmentation du droit du recourant à une rente entière durant la période courant du 1^{er} juin 2020 au 28 février 2021.

5.

5.1 Selon l'art. 17 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.

5.1.1 Selon la jurisprudence, tout changement important des circonstances propre à influencer le degré d'invalidité, et donc le droit à la rente, peut motiver une révision. La rente peut ainsi être révisée non seulement en cas de modification sensible de l'état de santé, mais aussi lorsque celui-ci est resté le même, mais que ses conséquences sur la capacité de gain (ou d'exercer les travaux habituels) ont subi un changement important (ATF 141 V 9 consid. 2.3, 134 V 131 consid. 3, 130 V 343 consid. 3.5, 113 V 275 consid. 1a) dans le sens qu'elles entraînent une modification du droit à la rente (cf. ATF 133 V 545 consid. 6.1 ; MICHEL VALTERIO, op. cit., art. 31 nos 11 ss, p. 498 ss). Il n'y a pas matière à révision lorsque les circonstances sont demeurées inchangées et que le motif de la suppression ou de la diminution de la rente réside uniquement dans une nouvelle appréciation du cas (ATF 141 V 9 consid. 2.3, 115 V 308 consid. 4a/bb ; arrêts du TF 8C_160/2017 du 22 juin 2017 consid. 2.2, I 755/04 du 25 septembre 2006 consid. 5.1 et I 574/02 du 25 mars 2003 publié dans SVR 2004 IV n. 5 et références citées). Un motif de révision doit clairement ressortir du dossier (arrêts du TF I 755/04 du 25 septembre 2006 consid. 5.1, I 559/02 du 31 janvier 2003 consid. 3.2 et références citées), la réglementation sur la révision ne constituant pas un fondement juridique à un réexamen sans condition du droit à la rente (arrêts du TF I 755/04 du 25 septembre 2006 consid. 5.1, I 8/04 du 12 octobre 2005 consid. 2.1, I 559/02 du 31 janvier 2003 consid. 3.2 et références citées; MICHEL VALTERIO, op. cit., art. 31 n° 11, p. 498).

5.1.2 Pour examiner si dans un cas, il y a eu une modification importante du taux d'invalidité au sens de l'art. 17 al. 1 LPGA, le point de départ est la dernière décision entrée en force qui repose sur un examen matériel du droit à la rente avec une constatation des faits pertinents, une appréciation des preuves et une comparaison des revenus. Une communication au sens des art. 74^{ter} let. f et art. 74^{quater} al. 1 RAI avec laquelle une révision effectuée d'office est clôturée avec la constatation qu'aucune modification de la situation propre à influencer le droit aux prestations n'est intervenue, peut, cas échéant, être assimilée à une décision formelle (arrêt du TF 8C_395/2018 du 3 septembre 2018 consid. 5.2 et références citées). Les faits tels qu'ils se présentaient à ce moment-là doivent être comparés aux circonstances régnant à l'époque de la décision litigieuse (ATF 133 V 108 consid. 5.4, 130 V 343 consid. 3.5.2, 130 V 71 consid. 3.2.3 et références citées).

5.1.3 Si la capacité de gain de l'assuré ou sa capacité d'accomplir les travaux habituels se dégrade, ou si son impotence ou encore le besoin de soins ou le besoin d'aide découlant de son invalidité s'aggrave, ce changement est déterminant pour l'accroissement du droit aux prestations dès qu'il a duré trois mois sans interruption notable (art. 88a al. 2, 1^{ère} phrase, RAI).

5.1.4 L'art. 88a al. 2, 2^{ème} phrase, RAI ajoute que l'art. 29^{bis} RAI est applicable par analogie. L'art. 29^{bis} RAI dispose que 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. L'application par analogie de cette disposition implique que l'art. 88a al. 2, 1^{ère} phrase, RAI doit céder le pas à une rente d'emblée plus élevée si l'application de l'art. 29^{bis} RAI conduit, compte tenu du délai d'attente d'une année, à une rente supérieure avant l'échéance du délai de trois mois (cf. Circulaire sur l'invalidité et l'impotence dans l'assurance-invalidité [CIIAI], Cm 4011 ; MICHEL VALTERIO, op. cit., art. 31 n° 37).

5.1.5 L'augmentation de la rente ou de l'allocation pour impotent prend effet, au plus tôt, si la révision est demandée par l'assuré, dès le mois où cette demande est présentée (art. 88^{bis} al. 1 let. a RAI). L'art. 88a al. 2 RAI – qui détermine les conditions de révision – primant sur l'art. 88^{bis} al. 1 RAI – qui détermine les effets temporels de la révision –, aucune augmentation de rente ne peut intervenir avant l'écoulement de la période de carence de

trois mois, cela même si la révision a été demandée par l'assuré (cf. MICHEL VALTERIO, op. cit., art. 31 LAI, nos 36-39).

5.1.6 Lorsqu'une décision accorde avec effet rétroactif une rente d'invalidité échelonnée ou limitée, les dispositions sur la révision d'une rente d'invalidité sont applicables par analogie (ATF 133 V 263 consid. 6.1; arrêt du Tribunal fédéral 8C_71/2017 du 20 avril 2017 consid. 3; 9C_226/2011 du 15 juillet 2011 consid. 4.3.1 non publié dans l'ATF 137 V 369; MARGRIT MOSER-SZELESS, Loi sur la partie générale des assurances sociales, Commentaire romand, 2018, art. 17 n° 9 p. 249 ss.). Elle doit donc se fonder sur une modification notable du taux d'invalidité. La date de la modification du droit doit être fixée conformément à l'art. 88a RAI (par analogie : ATF 125 V 417 consid. 2d; arrêt du Tribunal fédéral I 21/05 du 12 octobre 2005 consid. 3.3; voir aussi MICHEL VALTERIO, Commentaire, Loi fédérale sur l'assurance-invalidité [LAI], 2018, art. 31 n° 32).

5.2 Pour pouvoir déterminer la capacité de travail médico-théorique et évaluer l'invalidité de la personne concernée, l'administration, ou le tribunal en cas de recours, a besoin de documents que le médecin ou éventuellement d'autres spécialistes doivent lui fournir (ATF 117 V 282 consid. 4a) et sur lesquels elle s'appuiera, sous peine de violer le principe inquisitoire (arrêts du TF 8C_623/2012 du 6 décembre 2012 consid. 1). Le Tribunal fédéral a jugé que les données fournies par les médecins constituent un élément utile pour apprécier les conséquences fonctionnelles de l'atteinte à la santé, quand bien même la notion d'invalidité est de nature économique/juridique et non médicale. Précisément, la tâche des médecins consiste à porter un jugement sur l'état de santé et à indiquer dans quelle mesure et pour quelles activités la personne concernée est incapable de travailler, compte tenu de ses limitations (ATF 143 V 418 consid. 6 ; 132 V 93 consid. 4 ; 125 V 256 consid. 4 ; 115 V 133 consid. 2 ; 114 V 310 consid. 3c ; 105 V 156 consid. 1 ; voir également ATF 140 V 193 consid. 3.2 et les réf. cit.).

5.2.1 Avant de conférer pleine valeur probante à un rapport médical, il convient de s'assurer que les points litigieux importants ont fait l'objet d'une étude circonstanciée, que le rapport se fonde sur des examens complets, qu'il prend également en considération les plaintes exprimées par la personne examinée, qu'il a été établi en pleine connaissance de l'anamnèse, que la description du contexte médical et l'appréciation de la situation médicale sont claires et enfin que les conclusions du médecin sont dûment motivées (ATF 134 V 231 consid. 5.1 ; 125 V 351 consid. 3a). La valeur probante d'un rapport médical ou d'une expertise est de plus liée à la condition que le médecin qui se prononce dispose de la formation spécialisée

nécessaire et de compétences professionnelles dans le domaine d'investigation (arrêts du TF 9C_555/2017 du 22 novembre 2017 consid. 3.1 et les réf. cit. ; 9C_745/2010 du 30 mars 2011 consid. 3.2 et 9C_59/2010 du 11 juin 2010 consid. 4.1 ; MICHEL VALTERIO, Commentaire, Loi fédérale sur l'assurance-invalidité [LAI], 2018, art. 57 LAI n° 33).

5.2.2 Selon la jurisprudence, il n'est pas interdit aux tribunaux des assurances de se fonder uniquement ou principalement sur les rapports des médecins rattachés aux assureurs, mais, en de telles circonstances, l'appréciation des preuves est soumise à des exigences sévères. Une instruction complémentaire sera ainsi requise s'il subsiste des doutes, même minimes, quant au bien-fondé, à la fiabilité et à la pertinence de ces rapports (ATF 139 V 225 consid. 5.2 ; 135 V 465 consid. 4.4 ; 122 V 157 consid. 1d). Les prises de position des services médicaux régionaux (SMR) et du service médical de l'OAIE doivent être appréciées comme des rapports de médecins liés à l'assureur (concernant le SMR, arrêts du TF 9C_159/2016 du 2 novembre 2016 consid. 2.2 ss ; 8C_197/2014 du 3 octobre 2014 consid. 4 ; arrêt du TAF C-2843/2016 du 30 mai 2018 consid. 8.1 et 8.2 ; MICHEL VALTERIO, op. cit., art. 57 LAI n° 7 et 42 ss, art. 59 LAI n° 2).

5.2.3 Les prises de position des services médicaux régionaux (SMR) ou du service médical de l'OAIE ne se fondent pas sur des examens médicaux effectués sur la personne et ne posent pas de nouvelles conclusions médicales ; elles portent une appréciation sur celles déjà existantes (arrêts du TF 9C_542/2011 du 26 janvier 2012 consid. 4.1 ; 9C_581/2007 du 14 juillet 2008 consid. 3.2 ; 9C_341/2007 du 16 novembre 2007 consid. 4.1). Elles ont notamment pour but, outre celui d'aider les profanes en médecine qui travaillent dans l'administration ou les tribunaux et à qui il appartient de trancher le droit aux prestations, de résumer et de porter une appréciation sur la situation médicale de la personne concernée, ainsi que de faire une recommandation, sous l'angle médical, concernant la suite à donner à la demande de prestations. Ceci implique aussi, en présence de pièces médicales contradictoires, de dire de façon motivée s'il y a lieu de se fonder sur l'une ou l'autre de ces pièces ou s'il y a lieu de procéder à une instruction complémentaire (ATF 142 V 58 consid. 5.1). De telles prises de position, pour avoir valeur probante, ne peuvent suivre les conclusions d'un médecin sans établir les raisons pour lesquelles les conclusions différentes d'autres médecins ne sont pas suivies (ATF 137 V 210 consid. 6.2.4 ; MICHEL VALTERIO, op. cit., art. 57 LAI n° 43). Si les pièces au dossier ne permettent pas de trancher les questions contestées, les prises de position médicales internes de l'assureur ne peuvent pas, en général, constituer

une évaluation finale, mais doivent donner lieu à une instruction complémentaire (arrêts du TF 9C_165/2015 du 12 novembre 2015 consid. 4.3 et 9C_58/2011 du 25 mars 2011 consid. 3.3 ; arrêt du TAF C-2843/2016 du 30 mai 2018 consid. 8.2).

6.

En l'espèce, il est constant que par décision du 6 mars 2019, l'autorité inférieure a octroyé au recourant un $\frac{3}{4}$ de rente depuis le 1^{er} mars 2018 correspondant à un taux d'invalidité de 65%, tandis que par décisions du 22 novembre 2021, elle a augmenté ce droit à une rente entière correspondant à un taux d'invalidité de 100% du 1^{er} juin 2020 au 28 février 2021, puis l'a réduit à un $\frac{3}{4}$ de rente correspondant à un taux d'invalidité de 66% dès le 1^{er} mars 2021. Pour examiner s'il y a eu en l'espèce une modification importante du taux d'invalidité au sens de l'art. 17 al. 1 LPGA, le point de départ est la décision du 6 mars 2019 de l'OAIE entrée en force et fondée sur un examen matériel du droit à la rente impliquant une constatation des faits pertinents, une appréciation des preuves et une comparaison des revenus (cf. *infra* consid. 6.1). Ensuite, il conviendra d'examiner les décisions litigieuses du 22 novembre 2021 (cf. *infra* consid. 6.2), soit le bien-fondé de l'augmentation du droit à une rente entière à partir du 1^{er} juin 2020 (cf. *infra* consid. 6.2.1), puis la diminution de ce droit à un $\frac{3}{4}$ de rente à partir du 1^{er} mars 2021 (cf. *infra* consid. 6.2.2).

6.1 Par décision du 6 mars 2019, l'autorité inférieure a octroyé au recourant un $\frac{3}{4}$ de rente à partir du 1^{er} mars 2018 correspondant à un degré d'invalidité de 65%, considérant que l'assuré avait subi une incapacité totale de travail dans son activité habituelle du 3 février 2017, mais que depuis le 22 décembre 2017, il disposait d'une capacité résiduelle de travail de 50% dans une activité adaptée à ses limitations fonctionnelles. A l'appui de ces considérations, l'autorité inférieure s'est fondée sur les prises de position du SMR des 26 février 2018 et 23 août 2018 (OAI-B. _____ pces 28 p. 114 et 56 p. 161-162). Aux termes de celles-ci, la Dresse H. _____ a constaté que le recourant avait été en incapacité totale de travail depuis le 3 février 2017 en raison d'une cardiomyopathie dilatée primitive sévère diagnostiquée à l'occasion d'un épisode de décompensation cardiaque gauche avec œdème aigu du poumon et effondrement de la fraction d'éjection du ventricule gauche à 25%. Malgré une dyspnée persistante à l'initiation de l'effort, l'évolution avait été progressivement favorable sous traitement médical et réadaptation cardiaque, avec récupération d'une fraction d'éjection du ventricule gauche à 40%. L'assuré était en outre connu pour un anévrisme de l'aorte abdominale opéré le 27 février 2012 et pour un canal artériel persistant, atteintes sans incidence sur la capacité de travail.

En avril 2017, il avait bénéficié de la mise en place d'un défibrillateur cardiaque avec resynchronisation du rythme cardiaque dont les suites opératoires avaient été simples. La situation s'était ensuite stabilisée. Compte tenu du diagnostic de cardiomyopathie dilatée primitive sévère, l'assuré avait subi une incapacité de travail durable de 100% dans son activité lucrative habituelle depuis le 3 février 2017 et de 50% dès le 22 décembre 2017 – en raison d'une dyspnée résiduelle et d'un pronostic fonctionnel cardiaque réservé – dans une activité lucrative adaptée à l'état de santé, soit légère et sédentaire en ce sens qu'elle ne sollicite aucun travail de force, ni port répété de charges de plus de 15 kilogrammes, sans objectif de productivité soutenue ni conduite professionnelle d'un véhicule, respectueuse d'une dyspnée d'effort résiduelle et d'une fatigabilité accrue.

6.2 Dans le cadre de la présente procédure de révision initiée sur demande de l'assuré déposée le 24 avril 2020, les décisions litigieuses du 22 novembre 2021 ont prononcé une augmentation du droit à la rente du recourant à une rente entière correspondant à un taux d'invalidité de 100% du 1^{er} juin 2020 au 28 février 2021 (cf. *infra* consid. 6.2.1), puis une réduction de ce droit à un $\frac{3}{4}$ de rente correspondant à un taux d'invalidité de 66% dès le 1^{er} mars 2021 (cf. *infra* consid. 6.2.2 ; OAI-B. _____ pce 122 p. 487-505). A l'appui de cette augmentation, respectivement diminution, l'autorité inférieure s'est basée sur les avis des 27 avril 2021 et 30 juin 2021 du SMR.

6.2.1

6.2.1.1 Dans sa prise de position SMR des 27 avril 2021, la Dresse H. _____ retient que l'état de santé du recourant s'est dégradé à partir du 3 mars 2020 entraînant une hospitalisation en cardiologie dans un contexte d'endocardite infectieuse à staphylocoque sur bioprothèse aortique et sonde de stimulation. L'état septique du recourant s'est compliqué d'embolies cérébraux, pulmonaires, spléniques et coronaires, avec AVC ischémique fronto-pariétal droit et temporo-occipital gauche, infarctus splénique et défaillance multiviscérale (rénale, neurologique, respiratoire). L'évolution a été progressivement favorable sous l'effet d'une triple antibiothérapie, sans séquelle sur le plan neurologique. En mai 2020, le recourant a présenté un nouvel épisode d'insuffisance cardiaque sur fuite aortique massive en lien avec une désinsertion de la prothèse aortique compliquée d'un trouble du rythme ventriculaire et d'une dysfonction du ventricule gauche dont la fraction d'éjection ne s'élève plus qu'à 29%. Un remplacement de la bioprothèse aortique a été réalisé par voie percutanée le 2 juin 2020, permettant une correction de l'insuffisance aortique. En juillet 2020,

il persiste une dyspnée d'effort et une fatigabilité, ainsi que des troubles de l'équilibre et une hémiparésie gauche. En octobre 2020, l'évolution est favorable, le patient étant asymptomatique. La fraction d'éjection du ventricule gauche est stable à 40%, permettant une reprise progressive des activités de loisirs. Tout effort physique, port de charges, exposition au stress, horaires de travail irréguliers et/ou nocturnes, conduite professionnelle de véhicules, restent contre-indiqués. Dans une activité adaptée sédentaire respectant ces limitations fonctionnelles, la capacité de travail est de 50% dès le 24 novembre 2020. Compte tenu des complications cardiaques survenues au printemps 2020, le SMR retient les diagnostics d'insuffisance cardiaque sur cardiomyopathie dilatée primitive et endocardite infectieuse ayant entraîné du 3 mars 2020 au 23 novembre 2020 une incapacité totale de travail dans l'activité de gestionnaire de stock / cariste. L'amélioration de la fonction cardiaque a permis à l'assuré de récupérer dès le 24 novembre 2020 une capacité de travail de 50% dans une activité adaptée légère, sédentaire, sans effort physique, sans port de charge, sans exposition au stress, aux horaires de travail irréguliers et/ou nocturnes, sans conduite professionnelle de véhicule (OAI-B. _____ pce 107).

Le 30 juin 2021, le Dresse H. _____ a précisé que les rapports médicaux des cardiologues produits en procédure d'audition mentionnaient, dans le cadre d'un trouble du rythme cardiaque connu, la survenue de plusieurs passages en fibrillation ventriculaire survenus entre septembre 2020 et mars 2021 et cardioversés par le défibrillateur implantable, sans signes de décompensation cardiaque. Dans ce contexte, un geste d'ablation du foyer ectopique ventriculaire avait été réalisé le 2 avril 2021, dont les suites avaient été simples, avec la restauration d'un rythme sinusal entrecoupé de rares extrasystoles résiduelles, un suivi trimestriel étant préconisé. Ces éléments ne faisaient pas état d'une aggravation durable de l'état de santé de l'assuré, la fonction cardiaque et les paramètres hémodynamiques étant restés stables malgré des épisodes de passage en fibrillation ventriculaire cardioversés avec succès et traités par ablation du foyer ventriculaire. Au vu de ces éléments, les précédentes conclusions du 27 avril 2021 demeuraient valables (OAI-B. _____ pces 115 p. 467).

6.2.1.2 Les considérations susmentionnées du SMR établissant une incapacité totale de travail de l'assuré dans toute activité lucrative en raison d'une aggravation de son état de santé survenue au cours du printemps 2020 sont corroborées par l'ensembles des avis médicaux des médecins traitants de l'assuré.

En effet, il est établi que le 3 mars 2020, l'état de santé du recourant s'est gravement péjoré en raison d'une endocardite infectieuse sur la bioprothèse aortique et sur les sondes de resynchronisation avec staphylocoque doré, mise sous triple antibiothérapie intraveineuse. Le bodyscanner avait confirmé un AVC ischémique fronto-pariétal droit et temporo-occipital gauche et un infarctus splénique. La patient avait été transféré en service de réanimation pour une défaillance multiviscérale – rénale, neurologique et respiratoire – (cf. rapports des 31 mars 2020, 20 avril 2020 de la Dr J._____, spécialiste en cardiologie [OAI-B._____ pce 90 p. 283-284, pce 96 p. 301-303]). Le 8 mai 2020, le Dr N._____, médecin auprès du Service de cardiologie du Centre Hospitalier O._____, indique que l'assuré a été victime le 3 mars 2020 d'un accident vasculaire cérébral sur embolie septique et d'une endocardite sur bioprothèse aortique ayant entraîné une hémiplégie gauche, une aphasie, une ataxie avec dysmétrie et confusion. La récupération des déficits neurologiques est imprévisible et nécessite un délai de recul d'au moins 6 mois. La capacité de travail dans une activité lucrative adaptée est nulle (OAI-B._____ pce 97 ; voir également rapport du 24 juillet 2020 du Dr I._____, généraliste [OAI-B._____ pce 100]).

Après avoir regagné son domicile le 1^{er} avril 2020, le recourant a été à nouveau hospitalisé d'urgence le 19 mai 2020 à la suite d'une aggravation de sa dyspnée survenue en raison d'une fuite aortique massive sur vraisemblable désinsertion de prothèse entraînant une dysfonction ventriculaire gauche compliquée de troubles rythmiques ventriculaires indiscutables (cf. rapports des 19 mai 2020 et 26 mai 2020 du Dr G._____, spécialiste en cardiologie [OAI-B._____ pces 96 p.298-300]). La fuite aortique a été traitée avec succès par traitement percutané le 2 juin 2020 et le recourant a pu regagner son domicile le lendemain (cf. compte rendu d'hospitalisation du 3 juin 2020 du Dr D._____, spécialiste en chirurgie cardiaque [OAI-B._____ pce 100 p. 327-328] ; voir également rapports du 2 juin 2020 du Dr K._____, spécialiste en cardiologie [OAI-B._____ pce 100 p. 323-326]). Le 12 novembre 2020, le Dr G._____ a constaté que le patient restait extrêmement gêné avec une dysfonction ventriculaire gauche majeure sous polythérapie et résolument incapable de reprendre une activité physique (OAI-B._____ pce 103 p. 402-404). Le 24 novembre 2020, le Dr I._____, généraliste, a observé que le patient était apte à reprendre à 50% l'exercice d'une activité lucrative respectant les restrictions fonctionnelles (cf. rapport du 24 novembre 2020 [OAI-B._____ pce 106].)

6.2.1.3 A la lecture de ce qui précède, force est de constater que l'ensemble des pièces médicales figurant au dossier établissent de manière concordante qu'à partir du printemps 2020, le recourant a subi une aggravation de ses troubles cardiaques à la suite d'une insuffisance cardiaque sur cardiomyopathie dilatée primitive et endocardite infectieuse à staphylocoque sur bioprothèse aortique et sonde de stimulation ayant entraîné une incapacité totale de travail dans toute activité lucrative à partir du 3 mars 2020. Cette incapacité de travail est constitutive d'une invalidité de 100% fondant le droit de l'assuré à une rente entière dans les 3 mois suivant l'aggravation de l'invalidité survenue le 3 mars 2020, soit à partir du 1^{er} juin 2020. Ainsi, c'est à juste titre que l'autorité inférieure a augmenté le droit de l'assuré à une rente entière à partir du 1^{er} juin 2020. La décision rendue en ce sens le 22 novembre 2021 par l'OAIE se révèle bien fondée.

6.2.2 Il reste à examiner si l'état de santé du recourant respectivement sa capacité de travail et de gain ont subi une amélioration à partir du 24 novembre 2020 justifiant une diminution de son droit à un $\frac{3}{4}$ de rente à partir du 1^{er} mars 2021.

6.2.2.1 Par décision du 22 novembre 2021, l'autorité inférieure a considéré que l'état de santé du recourant s'était amélioré à partir du 24 novembre 2020, ce dernier disposant alors d'une capacité de travail de 50% dans une activité adaptée justifiant une diminution de son droit à un $\frac{3}{4}$ de rente trois mois après l'amélioration de la capacité de gain retenue à partir du 24 novembre 2020, soit à compter du 1^{er} mars 2021 (OAI-B. _____ pce 122 p. 487-505).

6.2.2.2 A l'appui de ces considérations, l'OAIE s'est fondé sur les prises de position SMR établies les 27 avril 2021 et 30 juin 2021 par la Dresse H. _____ (OAI-B. _____ pces 107 p. 434-435 et 115 p. 467). Aux termes de celles-ci, le médecin-conseil SMR a retenu que si le recourant présentait encore une dyspnée d'effort, une fatigabilité, des troubles de l'équilibre et une hémiparésie gauche au mois de juillet 2020, l'évaluation de son état de santé avait été favorable à partir du mois d'octobre 2020. Il était asymptomatique et la fraction d'éjection de son ventricule gauche était stable à 40%, permettant une reprise progressive des activités de loisirs. Les rapports des 25 septembre 2020 et 26 mars 2021 du Dr G. _____ (cf. OAI-B. _____ pce 114 p. 453-466), ainsi que le rapport du 3 avril 2021 du Dr F. _____, produits par le recourant en procédure d'audition (cf. OAI-B. _____ pce 123 p. 510) faisaient état de plusieurs passages en fibrillation ventriculaire entre septembre 2020 et mars 2021, mais ces passages avaient été cardioversés par le défibrillateur implantable, sans

signe de décompensation cardiaque. Les rapports précités des médecins traitants faisaient état en outre d'un geste d'ablation du foyer ectopique ventriculaire réalisé le 2 avril 2021 dont les suites avaient été simples, avec restauration d'un rythme sinusal entrecoupé de rares extrasystoles résiduelles. Un suivi trimestriel était préconisé. Aussi les éléments médicaux apportés en procédure d'audition ne démontraient-ils pas d'aggravation durable de l'état de santé de l'assuré. En effet, la fonction cardiaque et les paramètres hémodynamiques étaient restés stables malgré quelques épisodes de passage en fibrillation ventriculaire, cardioversés avec succès et traités par ablation du foyer ventriculaire. Sur le plan diagnostique, le recourant continuait à souffrir principalement d'une insuffisance cardiaque sur cardiomyopathie dilatée primitive et d'une endocardite infectieuse, lesquelles autorisaient toutefois, depuis le 24 novembre 2020, l'exercice à 50% d'une activité lucrative adaptée aux limitations fonctionnelles, soit en évitant tout effort physique, sans port de charges, ni exposition au stress, ni horaires de travail irréguliers et/ou nocturnes, ni conduite professionnelle de véhicules.

6.2.2.3 Dans le cadre de la procédure de recours, le recourant a produit au dossier un rapport établi le 3 janvier 2022 dans lequel le Dr M._____, spécialiste en cardiologie interventionnelle et structurelle, a constaté un shunt gauche droit par canal artériel persistant, une hypertension artérielle pulmonaire de stade II de type post-capillaire, une dysfonction ventriculaire gauche sévère avec un ventricule gauche très dilaté hypokinétique (fraction d'éjection du ventricule gauche à 35%) et confirmé la présence d'une importante insuffisance mitrale nécessitant de réaliser un Mitra Clip dans les plus brefs délais (TAF pce 1).

Le recourant a en outre produit un rapport établi le 14 mars 2022 par le Dr F._____, spécialiste en rythmologie, qui a rappelé que le patient était atteint d'une myocardiopathie dilatée, valvulaire, avec chirurgie de Bentall biologique en février 2012 et qu'il avait bénéficié récemment d'un Mitra Clip pour une insuffisance mitrale importante. Depuis l'intervention du Mitra Clip, le patient semblait aller mieux, sur les plans clinique et rythmique. Le dernier épisode de troubles sévères du rythme ventriculaire remontait au 23 janvier 2022, avec une fibrillation ventriculaire traitée efficacement par choc. Depuis, il n'y avait plus eu d'épisodes. Néanmoins, si l'état du patient venait à se dégrader sur le plan rythmique, il conviendrait probablement de discuter d'une transplantation cardiaque (TAF pces 1 et 6).

6.2.2.4 A l'aune de ces deux nouveaux rapports médicaux, le SMR a considéré que l'assuré présentait une aggravation progressive de la cardiomyopathie dilatée et valvulaire connue, avec une dégradation progressive de la fonction du ventricule gauche (35% en janvier 2022), de la valve mitrale (nécessitant la pose d'un clip en mars 2022), le développement d'une hypertension artérielle pulmonaire, et des troubles rythmiques sévères récidivants. Le pronostic était défavorable, la prochaine étape envisagée étant une transplantation cardiaque. Compte tenu de ces éléments médicaux objectifs, il convenait de retenir une incapacité totale de travail dans toute activité lucrative dès le mois de mars 2020. L'amélioration retenue dès novembre 2020 ne s'était pas confirmée sur le long terme. En cas de transplantation cardiaque, la capacité de travail pourra être réévaluée six mois après l'intervention (cf. prise de position du 3 mai 2022 de la Dresse P._____, spécialisation non spécifiée [TAF pce 14]). Suite à l'avis du SMR, l'autorité inférieure, se fondant sur le préavis du OAI-GE, a considéré que l'amélioration de la capacité de travail du recourant, retenue dès le mois de novembre 2020, ne s'était pas confirmée sur le long terme. Partant, la capacité de travail du recourant demeurerait nulle dans toute activité lucrative depuis le mois de mars 2020. En conséquence, l'autorité inférieure a modifié ses conclusions dans le sens de l'octroi illimité dès le 1^{er} juin 2020 d'une rente entière fondée sur une incapacité totale de travail dès le mois de mars 2020, aucune diminution du droit à la rente dès le 1^{er} mars 2021 ne se justifiant (TAF pce 14).

6.2.2.5 A la lecture de ce qui précède, il apparaît que le SMR (cf. supra consid. 6.2.2.4) et les médecins traitants (cf. supra consid. 6.2.2.3) ont retenu de manière unanime et concordante que l'état de santé du recourant ne s'était non seulement pas amélioré à partir de novembre 2020 mais qu'il s'était au contraire péjoré. En effet, ni la cardiomyopathie dilatée sévère ni le shunt gauche droite n'avaient été définitivement traités et une insuffisance mitrale importante avait nécessité la pose d'un Mitra Clip au mois de mars 2022. En outre, la fraction d'éjection du ventricule gauche, encore stable à 40% en octobre 2020, avait diminué à 35% à partir de janvier 2021. De surcroît, le recourant souffrait depuis le début de l'année 2022 d'une hypertension artérielle pulmonaire et avait subi plusieurs troubles rythmiques sévères, le dernier ayant eu lieu le 23 janvier 2022. Cette péjoration des troubles cardiaques avait en particulier incité les spécialistes en cardiologie traitant à envisager une transplantation cardiaque en cas de dégradation supplémentaire sur le plan rythmique (cf. rapport du 3 janvier 2022 du Dr M._____, [TAF pce 1] et rapport du 14 mars 2022 du Dr F._____, [TAF pce 6]). Il en résultait que l'incapacité totale de travail du recourant, établie à partir du mois de mars 2020 (cf. consid. 6.2.1 *supra*),

perdurait au-delà du mois de novembre 2020. Partant, le Tribunal retient qu'en raison de sa cardiomyopathie dilatée, de son hypertension artérielle pulmonaire et de ses troubles rythmiques sévères, le recourant présente une incapacité totale de travail depuis le mois de mars 2020 perdurant au-delà du mois de novembre 2020. Par conséquent, le droit du recourant à une rente entière à partir du 1^{er} juin 2020 (cf. consid. 6.2.1 *supra*) ne saurait être diminué à un $\frac{3}{4}$ de rente à partir du mois de mars 2021, comme retenu à tort par l'autorité inférieure aux termes de l'une des deux décisions litigieuses du 22 novembre 2021. Aussi, le Tribunal ne voit-il pas de motifs justifiant de s'écarter des conclusions concordantes du recourant et de l'autorité inférieure tendant à l'admission du recours et à l'annulation de la diminution du droit du recourant à un $\frac{3}{4}$ de rente à partir du 1^{er} mars 2021, le dossier étant renvoyé à l'autorité inférieure en application de l'art. 61 al. 1 PA afin qu'elle procède au versement des prestations arriérées, le cas échéant sous suite d'intérêts moratoires (cf. art. 26 al. 2 LPG) et d'adaptation à l'évolution des salaires et des prix.

7.

Sur le vu de ce qui précède, le recours se révèle bien fondé.

7.1 En règle générale, les frais de procédure sont mis à la charge de la partie qui succombe. Si celle-ci n'est déboutée que partiellement, ces frais sont réduits. À titre exceptionnel, ils peuvent être entièrement remis (art. 63 al. 1 PA). En l'espèce, le recourant ayant entièrement obtenu gain de cause, l'avance de frais versée à hauteur de 800 francs (TAF pces 3 et 5) lui sera restituée dès l'entrée en force du présent arrêt. Au demeurant, aucun frais de procédure n'est mis à la charge de l'autorité inférieure (art. 63 al. 2, 1^{ère} phrase, PA).

7.2 Conformément aux art. 64 al. 1 PA et 7 al. 1 FITAF, le Tribunal alloue à la partie ayant obtenu gain de cause une indemnité pour les frais indispensables et relativement élevés qui lui ont été occasionnés par le litige. En l'espèce, le recourant ayant agi sans l'intermédiaire d'un mandataire professionnel et n'ayant pas démontré avoir eu à s'acquitter de frais indispensable et relativement élevé, aucune indemnité ne sera allouée.

(Le dispositif figure à la page suivante.)

Par ces motifs, le Tribunal administratif fédéral prononce :

1.

Le recours est admis de sorte que les décisions du 22 novembre 2021 de l'OAIE sont réformées en ce sens que le recourant a droit à une rente entière à partir du 1 juin 2020, la diminution du droit à un $\frac{3}{4}$ à partir du 1^{er} mars 2021 étant annulée.

2.

Le dossier est retourné à l'autorité inférieure afin qu'elle procède au versement des prestations arriérées, le cas échéant sous suite d'intérêts moratoires et d'adaptation à l'évolution des salaires et des prix.

3.

Il n'est pas perçu de frais de procédure. L'avance sur les frais de procédure présumés de 800 francs versée par le recourant lui sera restituée dès l'entrée en force du présent arrêt.

4.

Il n'est pas alloué de dépens.

5.

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

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

La présidente du collège :

Le greffier :

Caroline Gehring

Adrien Renaud

Indication des voies de droit :

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 (art. 82 ss, 90 ss et 100 LTF). 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 :