Bundesverwaltungsgericht
Tribunal administratif fédéral
Tribunale amministrativo federale
Tribunal administrativ federal

Cour III
C-6203/2019

Arrêt du 19 juillet 2024

Composition

Caroline Bissegger (présidente du collège),
Christoph Rohrer, Vito Valenti, juges,
Julien Theubet, 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 la rente (décision du 17 octobre 2019).

Faits :

A.
Ingénieur en génie civil, A._____ (ci-après : assuré, intéressé, recourant) – ressortissant français né le (…) 1959 – a travaillé comme frontalier en Suisse de 1989 à 2005, puis dès 2011 en qualité de dessinateur en génie civil. Dans ce contexte, il a cotisé à l'assurance-vieillesse, survivants et invalidité (AI-B._____ pces 10, 13 et 21).

B.
En juin 2017, le prénommé a effectué une annonce de détection précoce, puis a déposé le 28 juillet 2017 une demande de prestations de l'assurance-invalidité en raison d'une thrombose artérielle des membres inférieurs et d'une insuffisance rénale ayant donné lieu à une greffe en juillet 2006 (AI-B._____ pces 4, 6, 8 et 10).

B.a Selon la documentation médicale recueillie par l'assureur-invalidité, l'intéressé a présenté une hypertension artérielle en novembre 2004, puis a développé en 2005 une insuffisance rénale qui a justifié une transplantation en juillet 2006. Des examens cardiologiques réalisés à cette époque ont mis en évidence un aspect de cardiopathie hypertensive avec altération de la fonction contractile ventriculaire gauche en rémission associée à une hypertrophie pariétale concentrique modérée ainsi qu'à une insuffisance aortique modérée (rapport du Dr C._____, cardiologue, du 17 août 2016, AI-B._____ pce 1 p. 6). Sur le plan vasculaire, une artériopathie oblitérante sévère des membres inférieurs avec thrombose a donné lieu à plusieurs interventions chirurgicales réalisées dès octobre 2008 par le Dr D._____, médecin auprès du service de chirurgie vasculaire du Centre hospitalier et universitaire de E._____ (…) ; singulièrement, des thrombo-endarteriectomies ont été pratiquées en octobre 2008 ainsi qu'en mars et avril 2009, puis des pontages en décembre 2013 (AI-B._____ pce 92). Par la suite, une échographie thyroïdienne pratiquée le 11 avril 2016 a mis en évidence principalement un goitre nodulaire diffus bilatéral un peu plus marqué à droite (AI-B._____ pce 1 p. 12). Une marche modérée, un état pâlot ainsi qu'un petit souffle fémoral bilatéral ont ensuite été relevés chez l'assuré à l'occasion d'un bilan vasculaire réalisé le 10 juin 2016, qui n'a pour le surplus pas mis en évidence d'évolution significative à ce niveau (AI-B._____ pce 1 p. 11). De même, une excellente fonction rénale a été rapportée lors d'une consultation post-greffe du 11 juillet 2016 (AI-B._____ pce 1 p. 10) et un bilan cardiaque réalisé le 17 août 2016 par le Dr C._____ a mis en évidence un état tout à fait stable sur ce plan, avec la persistance d'une insuffisance aortique modérée (AI-B._____

pce 1 p. 6 ; cf. également rapport du […] du 12 juin 2017, AI-B._____ pce 1 p. 1).

B.b Suite à une thrombose du pontage fémoro-poplité gauche survenu un mois plus tôt, le Dr D._____ a expliqué dans un avis du 30 août 2017 que le périmètre de marche de l'assuré était restreint à une vingtaine de mètres ; aussi ce médecin observe-t-il qu'une récupération du pontage croisé n'avait que très peu de chances de succès, une revascularisation itérative pouvant en revanche être envisagée en cas de nécessité (AI-B._____ pce 1 p. 5). En raison d'importantes douleurs, l'assuré a consulté le 8 juin 2017 le Dr F._____, angiologue, qui a décrit un état artériel stable à la lumière des résultats d'un échodoppler ayant documenté des thromboses veineuses superficielles au niveau de la cuisse et du mollet gauche (AI-B._____ pce 1 p. 3).

B.c Dans une prise de position du 12 septembre 2017, le Dr G._____– médecin généraliste – a exposé qu'en raison de ses atteintes, l'assuré avait présenté une incapacité de travail de 20 % au moins le 6 mars 2017, du 9 au 30 juin 2017, du 17 au 21 juillet 2017 puis du 24 août au 7 septembre 2017 ; cela étant, après avoir estimé que l'activité habituelle demeurant exigible de façon restreinte, le médecin-traitant a retenu que l'assuré restait depuis quelques mois en mesure d'exercer à 50 % des activités exercées uniquement en position assise et n'impliquant pas de se pencher, de s'accroupir, de travailler à genoux, de soulever des charges, et de monter des échelles, escaliers et échafaudages (AI-B._____ pce 1 p. 16).

En septembre 2017 également, le service de néphrologie du […] a expliqué que les atteintes de l'assuré déployaient des effets sur sa capacité de travail (AI-B._____ pce 22).

Dans des certificats successifs rendus dès le 7 décembre 2017, le Dr G._____ a reconnu l'assuré totalement incapable de travailler dans son activité habituelle dès le 20 novembre 2017 (AI-B._____ pces 37, 38, 42, 47, 50, 53, 56 et 58 et 105 ; cf. également rapports médicaux des 1er septembre 2018 et 13 mars 2019, AI-B._____ pces 46 et 64).

B.d A la suite de la dégradation de l'artériopathie sous la forme de douleurs de décubitus, le Dr D._____ a pratiqué le 1er février 2018 un pontage fémoro-tibial postérieur gauche, qui s'est déroulé sans incident (AI-B._____ pces 34 et 74 p. 438).

B.e Le 22 juin 2018, l'assuré a été vu en consultation orthopédique pour un avis sur ses douleurs présentes de longue date au niveau du pied gauche, exacerbées par les différents pontages réalisés ; se référant à une IRM récente de la cheville gauche – qui a mis en évidence des lésions de nécrose osseuse au niveau du talus et du calcanéum (AI-B._____ pce 74) – et à un examen clinique peu spécifique, le Dr H._____, chirurgien orthopédique, a fait réaliser une biopsie, qui a documenté une ischémie d'effort (AI-B._____ pce 46 p. 170 et 172). Également interpellé pour un avis sur ces mêmes douleurs, le Dr I._____ – rhumatologue – a évoqué, dans un avis du 25 juin 2018 rendu à la lumière des imageries réalisées, la présence d'un kyste osseux au niveau de la partie antérieure du calcanéum (AI-B._____ pce 46 p. 169 et pce 75 ; cf. également l'avis du Dr I._____ du 24 mai 2019, AI-B._____ pce 75).

Le 28 novembre 2018, le Dr J._____ – dermatologue – a reçu l'assuré en consultation, notant exclusivement la présence d'un kyste épidermique axillaire bilatéral (AI-B._____ pce 64).

B.f Compte tenu de l'incapacité de travail de l'assuré, son employeur a résilié les rapports de travail avec effet au 31 décembre 2018 (AI-B._____ pce 52).

B.g Dans une prise de position du 11 mars 2019, le Dr K._____ – médecin auprès du Service médical régional AI (ci-après : SMR) – a observé qu'aucune incapacité de travail, ni aucune limitation fonctionnelle ne devait être attestée sur le plan rénal, la greffe dont l'assuré a bénéficié étant fonctionnelle sous immunodépresseurs ; de même, la situation sur le plan cardiologique est qualifiée de stable, comme l'attestent les différents examens réalisés. Pour le surplus, le médecin-conseil a considéré que l'assuré présentait, depuis le 1er février 2018, une incapacité de travail complète en raison des douleurs dues à l'atteinte vasculaire des membres inférieurs et au lipome développé au niveau de la cheville gauche. Considérant que les données médicales étaient insuffisantes pour apprécier complètement et précisément la situation médico-assécurologique, le Dr K._____ a demandé à ce que des informations supplémentaires soient requises des médecins-traitants sur les plans de la médecin-générale, de la rhumatologie, de l'orthopédie et de la chirurgie vasculaire (AI-B._____ pce 63).

Cela étant, dans un rapport médical du 13 mars 2019 adressé à l'office AI, le Dr G._____ a reconnu l'assuré incapable de travailler dès le 20 novembre 2017, attestant pour le surplus un état de santé resté stationnaire

(AI-B._____ pce 64 ; cf. également certificats médicaux du Dr G._____ des 1er avril et 3 juin 2019, AI-B._____ pces 73 et 77).

B.h A la suite de l'apparition, chez l'assuré, de crampes au pied gauche accompagnées d'une thrombose de la greffe veineuse fémoro-tibiale postérieure gauche, le Dr D._____ a tenté de procéder le 28 mars 2019 à une thrombectomie du pontage fémoro-jambier gauche, sans succès (AI-B._____ pces 74 et 92). Dans son compte rendu de consultation du 1er avril 2019, ce médecin a décrit la présence chez l'assuré de crampes nocturnes au niveau du pied, observant en revanche qu'il n'y avait pas « de réelle douleur à la marche avec un pied qui reste tout à fait chaud » (AI-B._____ pce 74). S'adressant ensuite à l'office AI, le Dr D._____ a expliqué le 23 mai 2019 que l'assuré présentait des douleurs à la marche dans le cadre d'un artériopathie oblitérante des membres inférieurs (AOMI ; AI-B._____ pce 74).

Le 29 avril 2019, l'assuré s'est soumis à une IRM du pied gauche qui a documenté la persistance d'une formation ovalaire calcanéenne en relation avec le lipome intra-osseux connu, une très nette amélioration des différents foyers ostéonécrotiques d'origine vasculaire sur l'ensemble de l'astragale et des os du tarse ainsi que la persistance d'une discrète lame liquidienne intra-articulaire tibio-talienne (AI-B._____ pce 74).

Après avoir rappelé les diagnostics connus de nécrose osseuse du tarse gauche et de lipome intra-osseux du calcanéum gauche, le Dr H._____ a expliqué dans des prises de position des 10 et 24 mai 2019 que la situation au plan orthopédique s'était améliorée avec la disparition de la limitation y relative, précisant que des limitations persistaient sous la forme de douleurs au niveau du pied gauche liées aux « lésions de nécrose osseuse dans le cadre de [l'AOMI] qui s'étaient améliorées suite à un pontage malheureusement thrombosé » ; aussi ce médecin a-t-il considéré qu'il n'y avait pas lieu de se « précipiter vers une prise en charge chirurgicale de ce lipome dont l'exérèse ne réglera pas forcément l'ensemble des douleurs », étant entendu que « l'origine douloureuse du lipome n'est pas formelle » (AI-B._____ pces 75 et 76).

B.i Après avoir reconnu à l'assuré une pleine capacité de travail sur le plan rhumatologique, le Dr K._____ a constaté, dans une prise de position du 17 juin 2019, une nette amélioration clinique et radiologique des lésions nécrotico-osseuses d'origine vasculaire ainsi que la persistance du lipome intra-osseux ; se référant aux rapports médicaux récents, il a par ailleurs exclu que l'assuré présente une limitation d'origine orthopédique « à

proprement dit ». Néanmoins, le médecin-conseil a requis des médecins traitants certains compléments d'information concernant la capacité résiduelle de travail de l'assuré (AI-B._____ pce 81).

Cela étant, en réponse à une correspondance du Dr K._____ du 17 juin 2019, le Dr D._____ a informé ne pas être en mesure de prendre position sur la capacité de travail de l'assuré eu égard à ses atteintes vasculaires (AI-B._____ pce 83). Quant au Dr G._____, il a décrit un état général justifiant une invalidité, expliquant en particulier que l'artériopathie dont souffre l'assuré est à l'origine d'importantes douleurs compatibles avec un périmètre de marche de maximum 100 mètres (AI-B._____ pce 84). En outre, le Dr H._____ a expliqué que les nécroses osseuses d'origine vasculaire situées dans l'arrière-pied gauche sont à l'origine de limitations fonctionnelles dues à la douleur lors de la marche prolongée ; aussi ce médecin a-t-il considéré que d'un point de vue orthopédique et compte tenu de l'interaction avec les douleurs vasculaires, l'intéressé pouvait occuper un poste sédentaire ne nécessitant pas de marche ou station debout prolongée et n'impliquant pas le port de charges lourdes (AI-B._____ pce 87).

Dans une prise de position du 14 août 2019, le Dr K._____ a estimé « en l'état du dossier, sur la base des éléments […] à disposition » que « l'incapacité de travail attestée par les médecins traitants dès le 1er février 2018 est recevable en raison de l'artériopathie des membres inférieurs et des nécroses focales des os de l'arrière-pied gauche d'origine vasculaire ». Ainsi, le médecin-conseil a tenu pour nulle la capacité de travail de l'assuré dans son activité habituelle, notamment en raison des déplacements sur chantiers qu'elle implique ; en revanche, dès le mois de juin 2018, l'assuré présente une pleine capacité de travail dans une activité sédentaire n'impliquant pas de marche ou station debout prolongée ou le port de charges lourdes (AI-B._____ pce 88).

B.j Se fondant sur l'avis de son service médical, l'office AI a rejeté – par projet de décision du 21 août 2019 – la demande de prestations de l'assuré, lui reconnaissant un degré d'invalidité de 23 % résultant de la comparaison d'un revenu sans invalidité de Fr. 83'212.- et d'un revenu d'invalide de Fr. 64'036.- (AI-B._____ pce 90).

B.k Dans un rapport du 28 août 2019, le Dr G._____ a demandé à ce que l'état de l'assuré soit réévalué « sur le plan de son taux d'invalidité », considérant que l'avis d'un expert était dans ce contexte indiqué. A suivre le médecin traitant, l'état de santé de l'assuré est en effet largement affecté

par une hypertension artérielle, une insuffisance rénale, une artérite des membres inférieurs sévère associée à des lésions d'ostéonécrose calcanéenne avec un lipome calcanéen aggravant les douleurs à la marche, un état dépressif et anxieux ayant nécessité un traitement antidépresseur et somnifère ainsi qu'un état de ralentissement intellectuel. Ainsi, l'assuré présente un traitement lourd, aux effets et risques sévères (HTA, rejet, antidépresseurs, anticoagulant, antigastrite). Aussi souffre-t-il de douleurs des membres inférieurs bilatérales s'aggravant lors de la mobilisation et de la station debout prolongée et limitant le périmètre de marche de 20 à 30 mètres. A noter également des douleurs ostéoarticulaires diffuses, une fonte musculaire importante, une impossibilité de porter des charges lourdes ainsi qu'un état psychique précaire avec dépression, anxiété, insomnie, difficultés intellectuelles, oublis, difficultés de concentration et troubles sexuels (AI-B._____ pce 92 ; cf. également AI-B._____ pce 91).

Après avoir rappelé l'évolution de l'état de santé de l'assuré sur le plan vasculaire, le Dr D._____ a expliqué dans une prise de position du 2 septembre 2019 que toutes les possibilités de revascularisant au niveau du membre inférieur gauche étaient épuisées, l'artériopathie se trouvant au stade préterminal, au point que la moindre blessure au niveau du pied ou de la jambe pourrait s'avérer problématique « avec de graves conséquences pouvant aboutir à une amputation ». Selon le médecin traitant, la situation est moins parlante au niveau du membre inférieur droit mais l'artériopathie est aussi sévère de ce côté. Cela étant, bien que considérant ne pas avoir la « compétence de chiffrer la capacité de travail », le Dr D._____ tient pour « certain que la situation vasculaire chez [l'assuré] est très préoccupante avec de graves retentissements sur le plan fonctionnel des membres inférieurs et par conséquence sur l'état général » (AI-B._____ pce 92).

Le 3 octobre 2019, le Dr K._____ a expliqué que le rapport récent du Dr G._____ n'apportait pas d'éléments somatiques nouveaux et ne faisait pas état d'une pathologie incapacitante sur le plan psychique, « le médecin-traitant n'étant pas psychiatre et aucun suivi spécialisé en la matière n'étant rapporté » ; quant au rapport du Dr D._____ du 2 septembre 2019, il n'amène pas non plus de nouvel élément en regard des rapports précédents, n'étant en particulier pas contesté que la situation vasculaire de l'assuré est très préoccupante. Cela étant, le médecin conseil a confirmé ses précédentes conclusions, reconnaissant à l'assuré une pleine capacité de travail dans une activité strictement adaptée à ses limitations fonctionnelles (AI-B._____ pce 95). Dans un courriel du 7 octobre 2019,

le Dr K._____ a expliqué qu'une récente hospitalisation de l'assuré en relation avec son artériopathie et un traitement de la prostate agendé à fin 2019 ne changeaient rien à ses conclusions (AI-B._____ pce 99 en relation avec la correspondance de l'assuré du 9 septembre 2019, AI-B._____ pce 92).

B.I Par décision du 17 octobre 2019, l'Office de l'assurance-invalidité pour les assurés résidant à l'étranger (ci-après : OAIE, autorité précédente ou inférieure) a rejeté la demande de prestations de l'assuré, motif pris que son degré d'invalidité est insuffisant pour ouvrir le droit à une rente (AI-B._____ pce 101).

C.
L'assuré interjette recours contre la décision de l'OAIE du 17 octobre 2019, concluant à son annulation et à ce que son droit aux prestations soit réexaminé à la suite d'une instruction complémentaire sous la forme d'une expertise pluridisciplinaire (TAF pce 1).

L'OAIE conclut au rejet du recours et à la confirmation de la décision attaquée (TAF pce 9).

Après que les parties ont réitéré leurs conclusions dans le cadre d'un second échange d'écritures (TAF pces 12 et 14), l'OAIE a versé en cause un rapport médical détaillé E213 complété le 11 février 2019 par le Dr L._____ – médecin conseil auprès de la Caisse primaire d'assurance maladie française (ci-après : CPAM) – et dont il ressort qu'en association avec les suites de transplantation rénale et de l'asthénie connue, la pathologie artérielle dont souffre l'assuré, très évolutive, est à l'origine d'un retentissement fonctionnel majeur ne permettant pas d'envisager la reprise d'une activité professionnelle et justifiant « une invalidité de catégorie 2 » dès le 15 novembre 2018 (TAF pce 18).

Droit :

1.

1.1 Le Tribunal administratif fédéral est compétent pour connaître du présent recours (art. 31, 32 et 33 let. d LTAF ; art. 69 al. 1 let. b LAI [RS 831.20]). Dans la mesure où le recourant est directement touché par la décision attaquée et a un intérêt digne d'être protégé à ce qu'elle soit annulée ou modifiée, il a qualité pour recourir (art. 59 LPGA [RS 830.1] et 48 al. 1 PA). Déposé en temps utile et dans les formes requises par la loi (art. 60 LPGA et 50 al. 1 PA ; art. 52 al. 1 PA), et l'avance sur les frais de

procédure ayant été dûment acquittée (art. 63 al. 4 PA), le recours est recevable.

2.

2.1 La procédure devant le Tribunal administratif fédéral est en principe régie par la PA (art. 37 LTAF), sous réserve des dispositions particulières de la LPGA (RS 830.1 ; art. 3 let. d^{bis} PA). Selon les principes généraux du droit intertemporel, les règles de procédure s'appliquent dans leur version en vigueur au moment de l'examen du recours (ATF 130 V 1 consid. 3.2).

2.2 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. Il se limite en principe aux griefs soulevés et peut concentrer son examen sur ceux qui, sans arbitraire, lui paraissent pertinents (ATF 134 I 83 consid. 4.1 ; 133 III 439 consid. 3.3; 130 II 530 consid. 4.3) ; il n'examine les questions de droit non invoquées que dans la mesure où les arguments des parties ou le dossier l'y incitent (ATF 135 I 91 consid. 2.1; ATAF 2014/24 consid. 2.2. et réf. citées).

3.
Dans un grief d'ordre formel, l'assuré invoque la violation de ses droits d'être entendu (art. 42 ss LPGA), reprochant à l'autorité précédente d'avoir tranché les droits litigieux sur la base de l'avis de son service médical exclusivement, sans compléter l'instruction en mettant en œuvre une expertise pluridisciplinaire.

La violation du droit d'être entendu dans le sens invoqué par l'assuré est une question qui n'a pas de portée propre par rapport au grief tiré d'une mauvaise appréciation des preuves (voir arrêt du TF 8C_340/2017, 8C_341/22017 du 1er février 2018 consid. 7 et les réf. citées). L'autorité peut en effet renoncer à accomplir certains actes d'instruction, sans que cela n'entraîne une violation du droit d'être entendu, si elle est convaincue, en se fondant sur une appréciation consciencieuse des preuves (cf. ATF 125 V 351 consid. 3a), que certains faits présentent un degré de vraisemblance prépondérante et que d'autres mesures probatoires ne pourraient plus modifier cette appréciation (ATF 140 I 285 consid. 6.3.1; 130 II 425 consid. 2.1). Il s'agit par conséquent d'un grief qu'il convient d'examiner avec le fond du litige.

4.
Le litige porte sur le droit du recourant aux prestations de l'assurance-invalidité dans le cadre de sa demande du 28 juillet 2017.

5.
Dans le cadre du « développement continu de l'AI », la LAI et la LPGA, notamment, ont été modifiés avec effet au 1er janvier 2022 (RO 2021 705; FF 2017 2535). Compte tenu cependant du principe de droit intertemporel prescrivant l'application des dispositions légales qui étaient en vigueur lorsque les faits juridiquement déterminants ou ayant des conséquences juridiques se sont produits (à cet égard, cf. notamment ATF 144 V 210 consid. 4.3. 1 et les références), le droit applicable en l'espèce demeure celui qui était en vigueur jusqu'au 31 décembre 2021, dans la mesure où la décision administrative litigieuse a été rendue avant cette date (arrêt du TF 9C_457/2021 du 13 avril 2022 consid. 4. 1). Les dispositions visées seront par conséquent citées ci-après, sauf mention contraire, dans leur teneur en vigueur jusqu'au 31 décembre 2021.

Vu par ailleurs les éléments d'extranéités ressortant du dossier, est applicable l'accord du 21 juin 1999 sur la libre circulation des personnes (ALCP, RS 0.142.112.681) ainsi que ses annexes et règlements (en particulier : règlement n° 883/2004, RS 0.831.109.268.1, et n° 987/2009, RS 0.831.109.268.11). Néanmoins, l'invalidité ouvrant droit à des prestations de l'assurance-invalidité suisse se détermine exclusivement d'après le droit suisse (art. 46 al. 3 et annexe VII du règlement n° 883/2004, en relation avec l'annexe VII dudit règlement ; ATF 130 V 253 consid. 2.4 ; arrêt du TF 9C_465/2022 du 1er mars 2023 consid. 5.5).

5.1 Conformément à l'art. 28 al. 1 LAI, l'assuré a droit à une rente si sa capacité de gain ou sa capacité d'accomplir ses travaux habituels ne peut être rétablie, maintenue ou améliorée par des mesures de réadaptation raisonnablement exigibles (let. a) ; s'il a présenté une incapacité de travail (art. 6 LPGA) d'au moins 40% en moyenne durant une année sans interruption notable (let. b) ; et si, au terme de cette année, il est invalide (art. 8 LPGA) à 40% au moins (let. c) ; en sus, l'assuré doit compter au moins trois années de cotisations lors de la survenance de l'invalidité (art. 36 al. 1 LAI). La rente est échelonnée comme suit selon le taux d'invalidité : un taux d'invalidité de 40% au moins donne droit à un quart de rente ; lorsque l'invalidité atteint 50% au moins, l'assuré a droit à une demi-rente ; lorsqu'elle atteint 60% au moins, l'assuré a droit à trois quarts de rente et lorsque le taux d'invalidité est de 70% au moins, il a droit à une rente entière (art. 28 al. 2 LAI). Selon l'art. 29 LAI, le droit à la rente prend naissance

au plus tôt à l’échéance d’une période de six mois à compter de la date à laquelle l’assuré a fait valoir son droit aux prestations conformément à l’art. 29 al. 1 LPGA, mais pas avant le mois qui suit le 18ème anniversaire de l’assuré (al. 1) ; la rente est versée dès le début du mois au cours duquel le droit prend naissance (al. 3).

5.2 On entend par invalidité l'incapacité de gain totale ou partielle qui est présumée permanente ou de longue durée et qui peut résulter d'une infirmité congénitale, d'une maladie ou d'un accident (art. 8 LPGA et art. 4 al. 1 LAI). Selon l'art. 7 LPGA, est réputée incapacité de gain toute diminution de l'ensemble ou d'une partie des possibilités de gain de l'assuré sur un marché du travail équilibré dans son domaine d'activité, si cette diminution résulte d'une atteinte à sa santé physique, mentale ou psychique et qu'elle persiste après les traitements et les mesures de réadaptation exigibles. Aussi le taux d'invalidité s’évalue-t-il en comparant le revenu que l'assuré aurait pu obtenir s'il n'était pas invalide avec celui qu'il pourrait obtenir en exerçant l'activité qui peut raisonnablement être exigée de lui après les traitements et les mesures de réadaptation, sur un marché du travail équilibré (art. 16 LPGA ; ATF 147 V 124 consid. 6.2 et 141 V 351 consid. 5.2 ; arrêt du TF 8C_192/2028 du 7 juillet 2022 consid. 6.1.1 ; s’agissant de l’évaluation de l’invalidité par simple comparaison de pourcentages, cf. arrêt du TF 9C_252/2021 du 9 février 2022 consid. 6 ; concernant enfin l’obligation de se réadapter par soi-même, cf. entre autres arrêt du TF 9C_755/2020 du 8 mars 2021 consid. 5.3).

5.3 Il appartient aux médecins d'évaluer l'état de santé d'un assuré (c'est-à-dire, de procéder aux constatations nécessaires en effectuant des examens médicaux appropriés, de tenir compte des plaintes de l'intéressé et de poser les diagnostics). En particulier, poser un diagnostic relève de la tâche exclusive des médecins. Il leur appartient aussi de décrire l'incidence de ou des atteintes à la santé constatées sur la capacité de travail. Leur compétence ne va cependant pas jusqu'à trancher définitivement cette question mais consiste à motiver aussi substantiellement que possible leur point de vue, qui constitue un élément important de l'appréciation juridique visant à évaluer quels travaux sont encore exigibles de l'assuré. Il revient en effet aux organes chargés de l'application du droit (soit à l'administration ou au tribunal en cas de litige) de procéder à l'appréciation définitive de la capacité de travail de l'intéressé (ATF 140 V 193 consid. 3.2).

Selon la jurisprudence récente, les affections psychiques doivent en principe faire l'objet de la procédure probatoire structurée au sens de l'ATF 141 V 281 (ATF 143 V 418 consid. 6 et 7 et les références). Ainsi, le caractère

invalidant d'atteintes à la santé psychique doit être établi dans le cadre d'un examen global, en tenant compte de différents indicateurs, au sein desquels figurent notamment les limitations fonctionnelles et les ressources de la personne assurée, de même que le critère de la résistance du trouble psychique à un traitement conduit dans les règles de l'art (ATF 143 V 409 consid. 4.4 ; cf. aussi arrêts du TF 9C_142/2018 du 24 avril 2018 consid. 5.2 et 9C_73/2017 du 14 mars 2018 consid. 5.1).

5.4 Suivant le principe de la libre appréciation des preuves, le juge apprécie librement les preuves médicales recueillies, sans être lié par des règles formelles, en procédant à une appréciation complète et rigoureuse des preuves. 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. Le juge doit ainsi examiner objectivement tous les documents à disposition, quelle que soit leur provenance, puis décider s'ils permettent de porter un jugement valable sur le droit litigieux. S'il existe des avis contradictoires, il ne peut trancher l'affaire sans indiquer les raisons pour lesquelles il se fonde sur une opinion plutôt qu'une autre. En ce qui concerne la valeur probante d'un rapport médical, ce qui est déterminant, c'est que les points litigieux aient fait l'objet d'une étude circonstanciée, que le rapport se fonde sur des examens complets, qu'il prenne également en considération les plaintes exprimées par la personne examinée, qu'il ait été établi en pleine connaissance de l'anamnèse, que la description du contexte médical et l'appréciation de la situation médicale soient claires et enfin que les conclusions soient dûment motivées (ATF 125 V 351 consid. 3a ; 122 V 157 consid. 1 et les références ; arrêt du TF 9C_4718/2010 du 29 août 2011 consid. 4.2).

5.5 La procédure dans le domaine des assurances sociales fait prévaloir la maxime inquisitoire (art. 43 LPGA ; ATF 138 V 218 consid. 6). Ainsi, l’autorité définit les faits et apprécie les preuves d'office et librement (art. 12 PA). Ce faisant, elle ne tient pour existants que 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 seulement comme une hypothèse possible ; la vraisemblance prépondérante suppose que, d'un point de vue objectif, des motifs importants plaident pour l'exactitude d'une allégation, sans que d'autres possibilités ne revêtent une importance significative ou n'entrent raisonnablement en considération (ATF 144 V 427 consid. 3.2; 139 V 176 consid. 5.3; 138 V 218 consid. 6). Partant de là, l’autorité ne peut renoncer à accomplir des actes d'instruction que si elle est convaincue, au terme d’une appréciation consciencieuse des preuves

(ATF 125 V 351 consid. 3a), que certains faits présentent un degré de vraisemblance prépondérante et que d'autres mesures probatoires ne pourraient plus modifier cette appréciation (ATF 140 I 285 consid. 6.3.1; 130 II 425 consid. 2.1).

6.
Dans son recours, l'assuré fait grief à l'OAIE d'avoir établi les faits de façon incorrecte en lui reconnaissant une pleine capacité de travail dans une activité adaptée. Se référant aux avis de ses médecins traitants – dont il produit certains rapports figurant déjà au dossier–, il considère que l'évaluation de son état de santé aurait nécessité la mise en œuvre d'une expertise pluridisciplinaire, dès lors que son « incapacité de travail est due à l'addition de […] diverses pathologies ».

6.1 On doit donner raison au recourant. Pour établir les circonstances médicales pertinentes, l'office AI s'est en effet essentiellement référé aux appréciations fournies par son médecin conseil, soit en particulier celles rendues les 14 août et 3 octobre 2019 par le Dr K._____.

Cela étant, la jurisprudence soumet l'appréciation des preuves à des exigences sévères lorsque comme ici, un cas d'assurance est réglé sans avoir recours à une expertise dans une procédure au sens de l'art. 44 LPGA, mais en se référant uniquement ou principalement aux rapports de médecins rattachés aux assureurs : s'il existe un doute même minime (« geringe Zweifel ») sur la fiabilité et la validité des constatations d'un médecin de l'assurance, il y a lieu de procéder à des investigations complémentaires (ATF 145 V 97 consid. 8.5; 142 V 58 consid. 5.1 ; 135 V 465 consid. 4 ; par ailleurs, cf. encore récemment arrêt du TF 8C_696/2022 du 2 juin 2023 consid. 4.3.2 et 8C_23/2022, 8C_51/2022 du 21 septembre 2022 consid. 6). Par ailleurs, pour avoir valeur probante, les rapports médicaux qui, comme c'est le cas ici, ne résultent pas de l'examen personnel de l'assuré, présupposent que le dossier ayant servi de base à leur établissement contienne suffisamment d'appréciations médicales résultant d'un examen personnel de l'assuré et permette l'établissement non lacunaire de l'état de santé de l'assuré (« lückenloser Befund ») ; en outre, il ne doit s'être essentiellement agi que d'apprécier un état de fait établi au plan médical (« feststehenden medizinischen Sachverhalts »), de sorte que la nécessité de procéder à l'examen direct de l'assuré n'apparaît plus au premier plan (entre autres: arrêt du TF 9C_335/2015 du 1er septembre 2015 consid. 3.1 et 8C_565/2008 du 27 janvier 2008 consid. 3.3.3).

Or, on ne voit pas que les prises de position du service médical de l'office AI suffisent ici à établir la capacité résiduelle de travail de l'assuré au degré de vraisemblance prépondérante requis. Admettant expressément que ce dernier présente des atteintes somatiques excluant la poursuite de l'activité habituelle de dessinateur en bâtiment, le Dr K._____ – dont la spécialisation n'est au demeurant pas connue – s'est en effet basé sur les avis des médecins traitants pour évaluer l'étendue et la nature des limitations fonctionnelles en présence. Lacunaires, ces avis ne comportent toutefois pas de description précise du tableau clinique de l'assuré et de ses capacités fonctionnelles et ne permettent par conséquent pas d'établir le profil d'exigibilité médico-théorique en connaissance de cause. S'il ressort certes unanimement des prises de position des Drs H._____, D._____ et G._____ que le recourant présente des atteintes vasculaires – sous la forme d'un artériopathie des membres inférieurs associé à des nécroses focales des os de l'arrière-pied gauche – déployant une incidence fonctionnelle, leurs évaluations divergent sur la façon dont les atteintes diagnostiquées se manifestent concrètement. Ainsi, les Drs H._____ et G._____ font état d'importantes douleurs des membres inférieurs s'aggravant lors de la mobilisation et de la station debout prolongée et limitant le périmètre de marche ; à l'inverse, le Dr D._____ – bien que décrivant une situation vasculaire très préoccupante avec de graves retentissements sur le plan fonctionnel – est confus sur la symptomatologie de l'assuré, excluant dans un premier temps la présence de « réelle douleur à la marche » pour en admettre ensuite l'existence, sans être en mesure toutefois de fournir une appréciation de la capacité de travail de l'assuré. A cela s'ajoutent d'autres constatations cliniques trop succinctement décrites par les médecins traitants pour être dûment prises en considération dans l'évaluation du profil d'exigibilité de l'assuré, à l'instar notamment des troubles ostéoarticulaires ainsi que des déficits musculaires et de l'attention évoqués par le Dr G._____.

Outre ces insuffisances, les prises de position fournies par les médecins traitants sont lacunaires également en ce qu'elles ne proposent pas d'approche globale et pluridisciplinaire de l'état de santé de l'assuré. Or, il ressort des différentes pièces médicales versées au dossier que les troubles vasculaires de l'assuré interagissent avec les autres atteintes diagnostiquées. A ce propos, le Dr H._____ exprime ainsi que les douleurs du recourant sont d'origine peu évidente et que les atteintes orthopédiques entrent en interaction avec les troubles vasculaires. De même, le Dr L._____ retient – dans son rapport E213 du 11 février 2019, sur lequel le Dr K._____ ne s'est d'ailleurs pas prononcé – que les répercussions de l'atteinte artérielle sur l'état de santé de l'assuré se manifestent en

association avec les suites de la transplantation rénale et de l'asthénie. Quant au Dr G._____, il considère expressément que l'état de santé de l'assuré est globalement affecté par plusieurs problèmes sévères sur les plans cardiologique, néphrologique et vasculaire notamment. Dans sa prise de position du 28 août 2019, ce dernier médecin rapporte au surplus des troubles de nature psychiatrique sous la forme d'un « état dépressif et anxieux suite à [l'état] général dégradé ayant nécessité un traitement anti-dépresseur ». Or et quoiqu'en pense le Dr K._____, ces constatations sont à tout le moins de nature à jeter le doute sur l'existence d'atteintes psychiques incapacitantes et ne sauraient être ignorées du simple fait que le dossier ne documente pas de suivi psychiatrique régulier ou que le Dr G._____ n'est pas spécialisé en la matière.

6.2 En définitive, il manque au dossier une évaluation médicale pluridisciplaire fondée sur un examen personnel de l'assuré et comportant une description exhaustive de son status clinique et de ses limitations fonctionnelles. Il apparait par conséquent douteux que les appréciations documentaires fournies par le service médical de l'assurance-invalidité retranscrivent fidèlement les capacités de travail du recourant. Cela étant, il n'est à ce stade pas possible d'établir le profil d'exigibilité médico-théorique de l'assuré. De là, il devrait s'agir de compléter l'instruction par la mise en œuvre d'une expertise pluridisciplinaire et la cause devrait à cette fin être renvoyée à l'autorité précédente, qui a tranché les droits litigieux sur la base uniquement d'appréciations fournies sur dossier par son médecin-conseil, sans disposer de la documentation médicale adéquate (sur ces aspects, cf. art. 61 PA et ATF 137 V 210 consid. 4.4.1.4).

Un tel renvoi se présente toutefois comme une vaine formalité. La jurisprudence a en effet reconnu que lorsqu'il s'agit d'évaluer l'invalidité d'un assuré qui se trouve proche de l'âge donnant droit à la rente de vieillesse, il faut procéder à une analyse globale de la situation et se demander si, de manière réaliste, cet assuré est en mesure de retrouver un emploi sur un marché équilibré du travail. Dans l'arrêt de principe ATF 138 V 457 – qui trouve également application en matière de première demande de prestations (cf. encore récemment arrêt du TF 8C_535/2021 du 25 novembre 2021) –, le Tribunal fédéral a considéré que le moment déterminant pour apprécier les chances d'un assuré proche de l'âge de la retraite de mettre en valeur sa capacité résiduelle de travail sur le marché de l'emploi correspond à celui où l'on constate que l'exercice (partiel) d'une activité lucrative est exigible du point de vue médical, soit dès que les documents médicaux permettent d'établir de manière fiable les faits y relatifs. Le fait que la capacité résiduelle de travail a été recouvrée à une date antérieure, toutefois

sans avoir encore été établie par des documents médicaux fiables, n'est en revanche pas déterminant. Lorsqu'il est établi que la personne assurée ne peut plus exploiter sa capacité résiduelle de travail sur le plan économique, il en résulte une invalidité totale (ATF 146 V 16 consid. 7.1, 145 V 2 consid. 5.3.1, 138 V 457 consid. 3. ; arrêts du TF 8C_305/2023 du 29 février 2024 consid. 5, 8C_173/2023 du 23 novembre 2023 consid. 5.3.2 et réf. citée, 8C_192/2022 précité consid. 7.2.1, 8C_535/2021 précité consid. 4.1, 9C_751/2013 du 6 mai 2014 consid. 4.5 et 9C_913/2012 du 9 avril 2013 consid. 5.3 et 5.4 ; cf. également arrêt du TAF C-3691/2023 du 16 avril 2024 consid. 10.3 et C-5525/2020 du 13 septembre 2023 consid. 9.2 et C-7200/2018 du 29 juillet 2020 consid. 10.2).

Dans le cas d'espèce, il n'apparaît pas évident qu'un employeur consente objectivement à engager l'assuré. Né en 1959, ce dernier a en effet assumé durant l'essentiel de sa carrière des fonctions exigeant de se déplacer sur des chantiers. Singulièrement, il était chargé du suivi des travaux en sa qualité de dessinateur en génie civil pour le compte de son dernier employeur, auprès duquel il était engagé depuis 2011. Or, les médecins consultés – soit également le médecin SMR dans sa prise de position du 11 mars 2019 – retiennent de façon consensuelle que l'activité habituelle n'est plus exigible de l'assuré en raison notamment de ses difficultés à se déplacer en terrain irrégulier. Aussi l'autorité précédente lui reconnait-elle, à la suite de son service médical, une incapacité de travail complète depuis le 1er février 2018. Cela étant, avant de licencier le recourant en raison de son incapacité de travail, son dernier employeur a largement réaménagé son cahier des charges afin de le faire correspondre à ses limitations. Dès 2016, les déplacements sur les chantiers n'ont ainsi plus été exigés de l'assuré et celui-ci – qui dispose des compétences variées inhérentes à sa fonction d'ingénieur (cf. OAIE pce 18) – a été confiné à des activités de bureau. De même, l'intervention d'un ergonome a été requise et une procédure de détection précoce a été mise en œuvre de concert avec les spécialistes de l'assurance-invalidité (OAIE pce 18). Ce nonobstance, l'intéressé a démontré une baisse de rendement ainsi que des absences répétées, qui ont poussé son employeur à notifier la fin des rapports de travail pour le 31 décembre 2018. Ainsi, la poursuite des rapports de travail n'a pas été possible en dépit des dispositions prises par un employeur particulièrement compréhensif et disposé à adapter le poste de travail au handicap de l'assuré (sur ces aspects, cf. OAIE pces 4, 6, 8, 18 et 20). Dans ces conditions et au vu de la durée prévisible des rapports de travail, on doute qu'un nouvel employeur eut été enclin à engager le recourant au terme de l'instruction de sa demande AI. A admettre en fin de compte que ce dernier

dispose d'une capacité de travail résiduelle, son exploitabilité apparait peu probable sans concessions irréalistes de la part d'un potentiel employeur.

Dans ce contexte, l'autorité précédente ne pouvait faire abstraction de l'âge de l'assuré lors de l'examen de son droit aux prestations d'assurance. Vu la période d'activité encore envisageable, l'OAIE – qui s'est contenté de reconnaître au recourant une pleine capacité de travail dans une activité adaptée – aurait à tout le moins dû examiner concrètement les perspectives de ce dernier sur le marché de l'emploi (sur cet aspect, cf. arrêt du TF 8C_452/2023 du 19 décembre 2023 consid. 3). Or, le recourant est désormais âgé de près de 65 ans. Lorsque l'instruction médicale complémentaire aura été menée à chef, il aura vraisemblablement atteint l'âge de la retraite. De là, on doit exclure d'emblée toute possibilité de mise en valeur par l'assuré de sa capacité de gain résiduelle, nonobstant le moment où celle-ci a effectivement été recouvrée (en ce sens, cf. arrêt du TAF C-5525/2020 précité consid. 9.3.2 ; par analogie, cf. arrêt du TF 9C_663/2020 du 11 août 2021 consid. 4.3).

Par conséquent, le recourant – dont l'activité habituelle n'est plus exigible – a droit à une rente d'invalidité entière dès juin 2018 (art. 29 al. 3 LAI). De fait, il ressort à cet égard des rapports du Dr G._____ que l'assuré présente une incapacité de travail de 40 % au moins depuis le 9 juin 2017, soit « quelques mois » avant que le médecin traitant ne rende son rapport du 12 septembre 2017 faisant état d'incapacités de travail régulières depuis juin 2017 ; au demeurant, il est constant que l'incapacité de travail est totale depuis février 2018 à tout le moins (cf. rapport du Dr G._____ du 13 mars 2019 ainsi que les prises de position successives du Dr K._____). Aussi le versement de la rente ne saurait-il intervenir avant l'échéance du délai d'incapacité de travail d'une année au sens de l'art. 28 al. 1 let. b LAI, qui a commencé à courir le 9 juin 2017.

6.3 Au regard de tout ce qui précède, le recours est admis et la décision attaquée du 17 octobre 2019 annulée. Le recourant a droit à une rente d'invalidité entière dès le 1er juin 2018. Le dossier est transmis à l'OAIE afin qu'il fixe le montant de la rente à verser. Il déterminera, de plus, s'il y a lieu d'allouer des intérêts moratoires au sens de l'art. 26 al. 2 LPGA. L'Office AI rendra ensuite une nouvelle décision.

7.

Etant donné l'issue du litige, il n'y a pas lieu de percevoir de frais de procédure. Le recourant a en effet obtenu gain de cause et aucun frais de procédure ne peut être mis à la charge de l'autorité inférieure (art. 63 al. 2,

1ère phrase, PA). Partant, l'avance de frais versée sera restituée dès l'entrée en force du présent arrêt (TAF pces 2 et 4). Il n'est par ailleurs pas alloué de dépens (art. 64 al. 1 PA et art. 7 ss du règlement du 21 février 2008 concernant les frais, dépens et indemnités fixés par le Tribunal administratif fédéral [FITAF, RS 173.320.2]).

Par ces motifs, le Tribunal administratif fédéral prononce :

1.
Le recours est admis et la décision du 17 octobre 2019 annulée.

2.
Le recourant a droit à une rente d'invalidité entière dès le 1er juin 2018.

3.
Le dossier est renvoyé à l'OAIE dans le sens des considérants.

4.
Il n'est pas perçu de frais de procédure, ni alloué de dépens. L'avance de frais versée par le recourant de Fr. 800.- lui est restituée dès l'entrée en force du présent arrêt.

5.
Le présent arrêt est adressé au recourant, à l'autorité inférieure et à l'Office fédéral des assurances sociales (ci-après : OFAS).

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

La présidente du collège : Le greffier :

Caroline Bissegger Julien Theubet

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 :