



Cour VI
F-2235/2021

Arrêt du 11 octobre 2023

Composition

Yannick Antoniazza-Hafner, président du collège,
Beat Weber, Gregor Chatton, juges,
Loucy Weil, greffière.

Parties

A. _____, (France)
recourant,

contre

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

Objet

Assurance-invalidité (décision du 27 avril 2021).

Faits :**A.**

A. _____ (ci-après : l'assuré, l'intéressé ou le recourant), ressortissant français né le (...) 1966, est domicilié à (...), en France voisine. Célibataire, il est père d'un fils né en 1986. Il est titulaire de deux certificats d'aptitude professionnelle (CAP), soit d'un CAP de mécanicien fraiseur obtenu en 1984 et d'un CAP d'employé de comptabilité obtenu en 1986. Il a travaillé en Suisse dès l'année 1989, en qualité de magasinier, de déclarant en douane et d'agent d'exploitation logistique (cf. dossier AI pce 19). En dernier lieu, l'assuré a été employé à plein temps auprès de la société B. _____ AG dès le 14 août 2006, en qualité d'opérateur, pour un revenu annuel de Fr. 80'667.- (cf. dossier AI pce 9). Le 6 mars 2018, il a présenté une incapacité totale de travail jusqu'au 21 juillet 2018. Il a alors repris son activité professionnelle à plein temps, avant de tomber durablement en pleine incapacité de travail dès le 29 octobre 2018 (cf. dossier AI pces 9, 21 et 22). Son employeur a résilié les rapports de travail au 31 mai 2020, pour des motifs de réorganisation (cf. dossier AI pce 30).

B.

B.a En date du 28 janvier 2019, l'assuré a déposé une demande de prestations d'invalidité auprès de l'Office de l'assurance-invalidité du canton C. _____ (ci-après : l'OAI), qui l'a reçue le 18 février suivant. Il y a indiqué souffrir d'une hernie ombilicale et abdominale, ainsi que d'une dissection aortique (cf. dossier AI pce 2).

B.b L'OAI a instruit la demande en recueillant les renseignements médicaux et économiques utiles auprès des médecins et de l'employeur de l'assuré, ainsi qu'auprès de l'intéressé lui-même à l'occasion d'un entretien. Il est ressorti de l'instruction que l'assuré avait subi une intervention chirurgicale le 6 mars 2018 aux fins du traitement d'une éviscération abdominale antérieure épigastrique associée à une hernie ombilicale, dont il était désormais remis (cf. dossier AI pces 15 p. 2 et 21). Cela étant, une dissection aortique thoraco-abdominale de type B lui a été diagnostiquée le 29 octobre 2018, que les spécialistes ont dans un premier temps renoncé à opérer (cf. dossier AI pces 22, 23, 25 et 27). Suite à une aggravation de sa pathologie, l'assuré a subi un pontage carotido-sous-clavier gauche, ainsi que la mise en place d'une endoprothèse couverte le 18 novembre 2019 (cf. dossier AI pces 31, 35, 40 et 43 p. 6 ss). L'intéressé rapporte une importante dyspnée d'effort et un déficit sensitif post-opératoire du membre supérieur gauche, dans la zone de la cicatrice (cf. dossier AI pces 31 et 40).

Dans ce contexte, l'OAI a informé l'assuré, par communication du 4 octobre 2019, qu'aucune mesure de réadaptation n'était possible, en sorte que le droit à une rente allait être examiné (cf. dossier AI pce 29).

B.c Invité à se déterminer, le Service médical régional (ci-après : le SMR) a estimé que l'état de santé de l'assuré et sa capacité de travail n'étaient pas clairs. Il a dès lors préconisé la mise en œuvre d'une expertise bi-disciplinaire (angiologie/neurologie ; cf. dossier AI pce 45).

B.d L'expertise a été effectuée en date du 23 novembre 2020 par la Dresse D. _____ (angiologie) et du 25 novembre 2020 par le Dr E. _____ (neurologie). Daté du 8 février 2021, le rapport d'expertise retient, dans le cadre de l'évaluation globale interdisciplinaire, les diagnostics avec effet sur la capacité de travail de dissection aortique aigüe de type B (CIM-10 : I71.03) et d'insuffisance rénale chronique stade II-III (CIM-10 : N18) ; en tant que diagnostics sans effet sur la capacité de travail, il est fait part d'abus de nicotine (CIM-10 : F17.1) et d'hypertension artérielle (CIM-10 : I10 ; cf. dossier AI pce 63 p. 6). La capacité de travail de l'assuré a été jugée nulle dans son activité habituelle, mais entière dans une activité adaptée à compter du mois de février 2020 (dossier AI pce 63 p. 7-8).

B.e Invité par l'OAI à se prononcer sur l'expertise bi-disciplinaire, le SMR, dans une prise de position du 25 février 2021, a recommandé d'en suivre les conclusions et fixé les mêmes diagnostics (cf. dossier AI pce 66).

B.f Par projet de décision du 11 mars 2021, l'OAI a fait part à l'assuré de son intention de lui allouer une pleine rente d'invalidité à compter du 1^{er} octobre 2019, puis de supprimer le droit à la rente dès le 1^{er} mai 2020. S'appuyant sur l'expertise bi-disciplinaire et le rapport du SMR, l'OAI a retenu que l'état de santé de l'assuré s'était amélioré, si bien qu'une activité adaptée à son état pouvait être exigée de lui à plein temps dès le 1^{er} février 2020 – le taux d'invalidité ressortant d'une comparaison des revenus avec ou sans atteinte à la santé étant de 15%. Il en a conclu qu'il n'y aurait plus de droit à la rente sitôt échue la période transitoire légale de trois mois, à savoir dès le 1^{er} mai 2020 (cf. dossier AI pce 69).

B.g Sous pli du 16 mars 2021, l'assuré, par l'entremise de son mandataire, s'est opposé au projet de décision susmentionné, indiquant demeurer en totale incapacité de travail. Plusieurs documents médicaux étaient joints à son envoi, dont il ressort en particulier que le précité a été hospitalisé du 10 au 14 février 2021 à raison d'un abcès inguinal droit, traité par drainage et antibiotiques (cf. dossier AI pce 71).

B.h Dans une prise de position du 9 avril 2021, le SMR, sollicité par l'OAI, a estimé que les documents médicaux fournis par l'assuré ne révélaient aucune détérioration durable et importante de son état de santé, l'abcès inguinal droit dont il avait souffert ne justifiant qu'une incapacité de travail de courte durée (cf. dossier AI pce 75).

B.i Par décision du 27 avril 2021, l'Office de l'assurance-invalidité pour les assurés résidant à l'étranger (ci-après : l'OAIE), reprenant la motivation du projet de décision de l'OAI, a alloué à l'assuré une rente entière d'invalidité à compter du 1^{er} octobre 2019, puis supprimé le droit à la rente dès le 1^{er} mai 2020 (cf. dossier AI pce 81).

C.

C.a En date du 11 mai 2021 (date du timbre postal), l'assuré, par l'entremise de son mandataire, a déféré la décision précitée au Tribunal administratif fédéral (ci-après : le TAF ou le Tribunal), concluant en substance à l'octroi d'une rente entière d'invalidité illimitée (pce TAF 1). A l'appui de son pourvoi, le recourant a transmis au Tribunal les résultats d'un test d'effort du 30 avril 2021 et les résultats datés du 31 mars 2021 d'un électroneuromyogramme, ainsi que, sous pli du 20 mai suivant, une attestation de suivi kinésithérapeutique datée du 10 mai 2021 (pce TAF 3).

C.b Par courrier du 8 juin 2021, l'assuré a produit un certificat médical daté du 4 juin 2021 du Dr F._____, médecin psychiatre, faisant état d'un suivi psychiatrique depuis le 22 janvier 2020 et retenant le diagnostic d'épisode dépressif majeur (CIM-10 : F33.2 ; pce TAF 5).

C.c Dans son préavis du 30 juillet 2021, l'OAIE a conclu au rejet du recours et à la confirmation de la décision attaquée. Renvoyant à une prise de position de l'OAI du 26 juillet 2021, jointe à son envoi, l'OAIE a soutenu, en substance, que les conclusions de l'expertise bi-disciplinaire devaient être suivies et que les faits médicaux étaient suffisamment établis. Dans la prise de position précitée du 26 juillet 2021, il est notamment expliqué pour quelles raisons aucune investigation complémentaire n'avait été entreprise jusqu'à ce jour sur le plan psychiatrique ; toutefois, compte tenu de la nouvelle documentation psychiatrique produite, il est requis, pour le cas où le Tribunal l'estimerait nécessaire, que des rapports supplémentaires soient demandés au Dr F._____ et que l'OAI puisse se déterminer sur ceux-ci (pce TAF 7).

C.d Invité à répliquer, le recourant a produit le 17 août 2021 un nouveau certificat médical de son médecin psychiatre, daté du 10 août 2021 (pce TAF 10).

C.e Par duplique du 13 octobre 2021, l'OAIE s'est référé à la prise de position de l'OAI et a confirmé conclure au rejet du recours (pce TAF 13).

C.f Le 7 février 2022, le recourant a produit deux avis d'arrêt de travail signés par son médecin traitant, ainsi qu'un certificat médical de son médecin psychiatre daté du 7 janvier 2022 (pce TAF 15).

C.g En date du 23 janvier 2023, le mandataire du recourant a informé le TAF de la fermeture définitive de son bureau, respectivement du terme du mandat (pce TAF 17).

C.h Le 8 juin 2023, le Tribunal a informé les parties que sa Cour VI était désormais compétente pour le traitement de la procédure, qui porterait dès alors le numéro de référence F-2235/2021. Il a en outre invité le recourant à lui fournir, dans un délai de 30 jours, un certificat médical circonstancié de son médecin psychiatre, ainsi que tout document à même d'établir que le traitement prescrit par celui-ci avait été régulièrement suivi en 2020 et 2021. L'assuré, rappelé à son devoir de collaboration, a été enfin prié d'indiquer, dans ce même délai, les raisons pour lesquelles il n'avait pas annoncé son affection psychiatrique ou produit de certificat médical idoine plus tôt (pce TAF 18).

C.i Le recourant n'a pas donné suite à l'ordonnance susmentionnée dans le délai prescrit.

D.

Les autres faits et arguments des parties seront repris, pour autant que nécessaire, dans les considérants en droit ci-après.

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), ledit Tribunal connaît, en vertu de l'art. 31 LTAF en relation avec l'art. 33 let. d de cette même loi et l'art. 69 al. 1 let. b de la loi fédérale du 19 juin 1959 sur l'assurance-invalidité (LAI, RS 831.20), des recours interjetés par des personnes résidant à l'étranger contre les

décisions au sens de l'art. 5 de la loi fédérale du 20 décembre 1968 sur la procédure administrative (PA, RS 172.021) prises par l'OAIE.

1.2 La procédure devant le Tribunal est en principe régie par la PA (art. 37 LTAF), sous réserve des dispositions particulières de la loi fédérale du 6 octobre 2000 sur la partie générale du droit des assurances sociales (LPGA, RS 830.1 ; art. 3 let. d^{bis} PA).

1.3 L'Office AI du secteur d'activité dans lequel le frontalier exerce une activité lucrative est compétent pour enregistrer et examiner les demandes présentées par les frontaliers. L'OAIE notifie les décisions (art. 40 al. 2 du règlement du 17 janvier 1961 sur l'assurance-invalidité [RAI, RS 831.201]). En l'occurrence, le recourant est domicilié en France voisine et a travaillé en Suisse avant son incapacité de travail (cf. consid. A supra), en sorte qu'il doit être qualifié de frontalier. C'est donc à bon droit que la procédure d'instruction de la demande de prestations AI a été menée par l'OAI et la décision litigieuse notifiée par l'OAIE.

1.4 L'assuré a qualité pour recourir (art. 59 LPGA). Déposé en temps utile et dans les formes requises par la loi (art. 60 al. 1 LPGA et art. 50 et 52 al. 1 PA), le recours est recevable.

2.

2.1 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 définit les faits et apprécie les preuves d'office et librement (PIERRE MOOR/ETIENNE POLTIER, Droit administratif, vol. II, 3^e éd. 2011, n° 2.2.6.3). Ce faisant, il ne tient pour existants que les faits qui sont prouvés, cas échéant au degré de la vraisemblance prépondérante (ATF 139 V 176 consid. 5.2). En outre, le Tribunal 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 (MOOR/POLTIER, op. cit., n° 2.2.6.5 ; BENOÎT BOVAY, Procédure administrative, 2^e éd. 2015, p. 243). L'autorité saisie se limite en principe aux griefs soulevés et n'examine les questions de droit non invoquées que dans la mesure où les arguments des parties ou le dossier l'y incitent (ATF 122 V 157 consid. 1a et 121 V 204 consid. 6c ; ANDRÉ MOSER/MICHAEL BEUSCH/LORENZ KNEUBÜHLER/MARTIN KAYSER, Prozessieren vor dem Bundesverwaltungsgericht, 3^e éd. 2022, p. 29 n° 1.55).

2.2 Les parties ont le devoir de motiver leur recours (art. 52 PA) et de collaborer à l'instruction (art. 13 PA et 43 al. 3 LPGA), ce qui les oblige à apporter, dans la mesure où cela peut raisonnablement être exigé d'elles, les preuves commandées par la nature du litige et des faits invoqués. A défaut, elles risquent de devoir supporter les conséquences de l'absence de preuve. Aussi, s'il appartient à l'autorité d'établir elle-même les faits pertinents dans la mesure où l'exige la correcte application de la loi, c'est avec le concours des parties qu'elle s'y emploie, celles-ci ayant l'obligation d'apporter toute preuve propre à fonder leurs allégations (cf. arrêt du TAF C-6134/2017 du 3 avril 2018 consid. 5.4 et les réf. cit.).

3.

3.1 Selon les principes généraux du droit intertemporel, le droit matériel applicable est en principe celui en vigueur lors de la réalisation de l'état de fait qui doit être apprécié juridiquement ou qui a des conséquences juridiques, sous réserve de dispositions particulières du droit transitoire (ATF 146 V 364 consid. 7.1, 144 V 210 consid. 4.3.1 et 143 V 446 consid. 3.3). Dès lors, la présente cause doit être examinée à l'aune des dispositions en vigueur dans leur teneur jusqu'au 27 avril 2021, date de la décision litigieuse, qui marque la limite dans le temps du pouvoir d'examen de l'autorité de recours. Les modifications de la LAI et de la LPGA adoptées le 19 juin 2020 (Développement continu de l'AI ; RO 2021 705 ; FF 2017 2363), ainsi que celles du 3 novembre 2021 apportées au RAI (RO 2021 706), entrées en vigueur le 1^{er} janvier 2022, ne sont pas applicables en l'espèce.

3.2 Le juge des assurances sociales apprécie la légalité des décisions attaquées, en règle générale, d'après l'état de fait existant jusqu'au moment où la décision litigieuse a été rendue, en l'espèce le 27 avril 2021. Les faits survenus postérieurement, et qui ont modifié cette situation, doivent en principe faire l'objet d'une nouvelle décision administrative (cf. ATF 144 V 210 consid. 4.3.1, 130 V 138 consid. 2.1 et 121 V 362 consid. 1b). Le Tribunal ne peut ainsi prendre en considération que les rapports médicaux établis antérieurement à la décision attaquée, à moins que ceux établis ultérieurement ne permettent de mieux comprendre l'état de santé et la capacité de travail de l'assuré jusqu'à la décision sujette à recours (ATF 130 V 445 consid. 1.2.1 et 121 V 362 consid. 1b) et qu'ils soient de nature à influencer l'appréciation du cas au moment où la décision attaquée a été rendue (arrêt du TF 9C_34/2017 du 20 avril 2017 consid. 5.2).

3.3 Le recourant étant un ressortissant français, domicilié en France, ayant travaillé en Suisse et demandant l'octroi de prestations AI suisses, l'affaire présente un aspect transfrontalier (ATF 145 V 231 consid. 7.1 et 143 V 354 consid. 4). Est dès lors applicable à la présente cause l'accord du 21 juin 1999 sur la libre circulation des personnes (ALCP, RS 0.142.112.681), dont l'annexe II règle la coordination des systèmes de sécurité sociale (art. 8 ALCP). Dans ce contexte, l'ALCP fait référence depuis le 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 (RS 0.831.109.268.1), ainsi qu'au règlement (CE) n° 987/2009 du Parlement européen et du Conseil du 16 septembre 2009 fixant les modalités d'application du règlement (CE) n° 883/2004 (RS 0.831.109.268.11 ; art. 1 al. 1 de l'annexe II en relation avec la section A de l'annexe II). A compter du 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 n° 883/2004 par les règlements (UE) n° 1244/2010 (RO 2015 343), n° 465/2012 (RO 2015 345) et n° 1224/2012 (RO 2015 353). Toutefois, même après l'entrée en vigueur de l'ALCP et des règlements de coordination, l'invalidité ouvrant droit à des prestations de l'AI suisse se détermine exclusivement d'après le droit suisse (art. 46 al. 3 du règlement n° 883/2004, en relation avec l'annexe VII dudit règlement ; ATF 130 V 253 consid. 2.4 ; arrêt du TF 9C_573/2012 du 16 janvier 2013 consid. 4).

4.

4.1 L'objet du litige est le bien-fondé de la décision de l'OAIE du 27 avril 2021, en ce qu'elle refuse d'octroyer une rente d'invalidité au recourant par-delà le 30 avril 2020, au motif que celui-ci ne présente qu'un taux d'invalidité de 15 % quelques mois après le traitement chirurgical de sa pathologie cardiovasculaire.

4.2 Pour prétendre au versement d'une rente ordinaire de l'assurance-invalidité suisse, tout assuré doit remplir cumulativement les conditions suivantes : d'une part, compter au moins trois années entières de cotisations lors de la survenance de l'invalidité (art. 36 al. 1 LAI) ; d'autre part, être invalide au sens de la LPGA et de la LAI (art. 8 LPGA et art. 4, 28 et 29 al. 1 LAI). En l'occurrence, le recourant a versé des cotisations à l'AVS/AI suisse pendant plus de trois ans (cf. consid. A supra ; dossier AI pce 8), si bien que la condition de la durée minimale de cotisations est remplie. Il reste donc à examiner si l'assuré est invalide au sens de la LAI.

4.3 L'invalidité est l'incapacité de gain totale ou partielle qui est présumée permanente ou de longue durée (art. 8 al. 1 LPGA). Elle peut résulter d'une infirmité congénitale, d'une maladie ou d'un accident (art. 4 al. 1 LAI) et est réputée survenue dès qu'elle est, par sa nature et sa gravité, propre à ouvrir le droit aux prestations entrant en considération (art. 4 al. 2 LAI). Selon l'art. 7 al. 1 LPGA, est réputée incapacité de gain toute diminution de l'ensemble ou d'une partie des possibilités de gain de la personne assurée sur un marché du travail équilibré dans son domaine d'activité, si cette diminution résulte d'une atteinte à sa santé physique, mentale ou psychique et qu'elle persiste après les traitements et les mesures de réadaptation exigibles. Par incapacité de travail, on entend toute perte, totale ou partielle, de l'aptitude de la personne assurée à accomplir dans sa profession ou son domaine d'activité le travail qui peut raisonnablement être exigé d'elle, si cette perte résulte d'une atteinte à sa santé physique, mentale ou psychique (art. 6 1^e phr. LPGA). Ainsi, la notion d'invalidité est de nature économique, et non pas médicale (ATF 116 V 246 consid. 1b). En d'autres termes, l'objet assuré n'est pas l'atteinte à la santé, mais l'incapacité de gain probablement permanente ou de longue durée qui en résulte et qui n'est pas objectivement surmontable (art. 7 al. 2 LPGA). En cas d'incapacité de travail de longue durée, l'activité qui peut être exigée de la personne assurée peut aussi relever d'une autre profession ou d'un autre domaine d'activité (art. 6 2^e phr. LPGA).

4.4 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).

4.5 L'évaluation du taux d'invalidité se fait principalement sur la base de trois méthodes : la méthode ordinaire de comparaison des revenus, la méthode spécifique et la méthode mixte. Leur application dépend du statut du bénéficiaire potentiel de la rente ; il faut se demander ce que la personne assurée aurait fait si l'atteinte à la santé n'était pas survenue (voir notamment arrêt du TAF C-4877/2021 du 11 juillet 2023 consid. 6.4 et les réf. cit.). S'agissant des assurés exerçant une activité lucrative à temps complet, le taux d'invalidité est fixé d'après la méthode ordinaire de comparaison des revenus. Selon l'art. 16 LPGA, applicable par renvoi de l'art. 28a al. 1 1^{ère} phrase LAI, le revenu que l'assuré aurait pu obtenir s'il n'était pas invalide (revenu sans invalidité) est comparé avec celui qu'il

pourrait obtenir en exerçant l'activité qui peut être raisonnablement exigée de lui après les traitements et les mesures de réadaptation, sur un marché du travail équilibré (revenu avec invalidité). La différence entre ces deux revenus détermine alors le degré d'invalidité (ATF 130 V 343 consid. 3.4.2 ; arrêt du TF 8C_536/2017 du 5 mars 2018 consid. 5.1).

Le revenu sans invalidité est déterminé en fonction du dernier revenu de l'activité lucrative effectivement réalisé avant la survenance de l'invalidité (art. 26 al. 1 RAI). Quant au revenu avec invalidité, il correspond au revenu réalisé par l'assuré après la survenance de l'invalidité, à condition que l'assuré exploite autant que possible sa capacité fonctionnelle résiduelle en exerçant une activité qui peut raisonnablement être exigée de lui (art. 26^{bis} al. 1 RAI). Si, en revanche, l'assuré ne réalise pas de revenu déterminant, le revenu avec invalidité est déterminé en fonction des valeurs statistiques visées à l'art. 25 al. 3 RAI (art. 26^{bis} al. 2 1^{ère} phrase RAI), les valeurs médianes de l'Enquête suisse sur la structure des salaires (ESS) de l'Office fédéral de la statistique (OFS) faisant foi. Il y a alors lieu, en principe, de se baser sur les valeurs statistiques du tableau TA1_tirage_skill_level (« Salaire mensuel brut selon les branches économiques, le niveau de compétences et le sexe, Secteur privé » ; cf. arrêt du TF 8C_212/2018 du 13 juin 2018 consid. 4.4.1 et les réf. cit.) et sur les données de l'ESS les plus récentes (compte tenu du moment de la naissance hypothétique du droit à la rente ; cf. ATF 143 V 295 consid. 2.3 et 4.1.3).

4.6 Aux termes de l'art. 28 al. 2 LAI (abrogé au 1^{er} janvier 2022 : RO 2021 705), l'assuré a droit à un quart de rente s'il est invalide à 40 % au moins, à une demi-rente s'il est invalide à 50% au moins, à trois quarts de rente s'il est invalide à 60% au moins et à une rente entière s'il est invalide à 70% au moins.

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

5.

5.1 Pour pouvoir déterminer la capacité de travail médico-théorique et évaluer l'invalidité de la personne concernée, l'administration et, le cas échéant, le Tribunal, doivent s'appuyer sur des documents concluants que le médecin ou éventuellement d'autres spécialistes doivent leur fournir (arrêt du TF 8C_623/2012 du 6 décembre 2012 consid. 1.3). En effet, la

tâche des médecins consiste précisément, dans le présent contexte, 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 sur le vu de ses limitations (arrêt du TAF C-6537/2020 du 13 avril 2023 consid. 7.2 et les réf. cit.). Il n'appartient au demeurant pas au juge de remettre en cause le diagnostic retenu par un médecin et de poser de son propre chef des conclusions qui relèvent de la science et des tâches du corps médical (arrêt du TF 9C_719/2016 du 1^{er} mai 2017 consid. 5.2.1).

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

Ainsi, avant de conférer pleine valeur probante à un rapport médical, il convient de s'assurer que les points litigieux importants ont fait l'objet d'une étude circonstanciée, que le rapport se fonde sur des examens complets, qu'il prend également en considération les plaintes exprimées 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 et 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. et 9C_745/2010 du 30 mars 2011 consid. 3.2).

5.3 Lorsqu'au stade de la procédure administrative, une expertise confiée par un assureur à un médecin indépendant en application de l'art. 44 LPGA est établie par un spécialiste reconnu, sur la base d'observations approfondies et d'investigations complètes, de même qu'en pleine connaissance du dossier, et que l'expert aboutit à des résultats convaincants, il y a lieu de reconnaître pleine valeur probante à ces résultats, aussi longtemps qu'aucun indice concret, tel que des contradictions manifestes ou des éléments essentiels ignorés, ne permet de douter de leur bien-fondé et fiabilité (ATF 137 V 210 consid. 2.2.2, 135 V 465 consid. 4.4 et 125 V 351 consid. 3b/bb).

5.4 Conformément au principe inquisitoire qui régit la procédure dans le domaine des assurances sociales (art. 43 LPGA), l'administration est tenue

de prendre d'office les mesures d'instruction nécessaires et de recueillir les renseignements dont elle a besoin (cf. art. 69 al. 2 RAI). Elle dispose, dans la conduite de la procédure, d'un large pouvoir d'appréciation en ce qui concerne la nécessité, l'étendue et l'adéquation des investigations médicales (ATF 147 V 79 consid. 7.4.2). Le devoir d'instruction de l'office AI s'étend de toutes les manières jusqu'à ce que les faits nécessaires à l'examen des prétentions en cause soient suffisamment élucidés (arrêts du TF 9C_259/2022 du 20 septembre 2022 consid. 5.1.1 et 9C_1012/2008 du 30 juin 2009 consid. 3.2.1).

Le principe inquisitoire est néanmoins tempéré par l'obligation de collaborer de la personne assurée, qui est tenue de se conformer à son obligation de renseigner et de collaborer à l'instruction (art. 43 al. 2 LPGA). Si elle s'y refuse de manière inexcusable, l'assureur peut se prononcer en l'état du dossier ou clore l'instruction et décider de ne pas entrer en matière, pourvu qu'il l'ait préalablement mis en demeure (art. 43 al. 3 LPGA ; arrêt du TAF C-1396/2021 du 17 novembre 2021 consid. 6).

6.

6.1 En l'espèce, la décision d'octroi d'une rente entière d'invalidité du 1^{er} octobre 2019 au 30 avril 2020 est fondée sur le rapport d'expertise bi-disciplinaire en angiologie et neurologie du 8 février 2021 (dossier AI pce 63). Dès lors que l'assuré conteste les conclusions des experts – sans formuler de grief précis – il convient d'en analyser la valeur probante, après en avoir résumé la substance.

6.1.1 Les spécialistes ont rappelé dans l'anamnèse que l'assuré, jusque-là en bonne santé générale, a subi une dissection aortique thoraco-abdominale de type B en octobre 2018. Une procédure conservatrice a dans un premier temps été mise en place, avec des contrôles réguliers et une renonciation à intervenir par voie chirurgicale. Etant donné la progression de la pathologie, l'indication d'un assainissement chirurgical a finalement été posée à la fin de l'été 2019. Le recourant a ainsi subi, avec succès, un pontage carotido-sous-clavier gauche, ainsi que la mise en place d'une endoprothèse couverte le 18 novembre 2019. Des contrôles sont depuis lors régulièrement effectués (cf. dossier AI pce 63 p. 16 et 26).

Reçu par la Dresse D. _____ le 23 novembre 2020, le recourant s'est prêté tout d'abord à un examen angiologique. Dans ce cadre, il a indiqué souffrir d'une importante intolérance à l'effort et dyspnée d'effort, principal obstacle à une reprise d'emploi selon lui (dossier AI pce 63 p. 24). La spécialiste n'a néanmoins pas pu expliquer ces plaintes d'un point de vue

angiologique et vasculaire, en dépit des examens effectués. Elle a en revanche constaté une différence marquée de pression artérielle droite/gauche, une difficulté de mesure du pouls dans l'artère radiale gauche, ainsi qu'une sténose significative de l'artère au niveau de l'anastomose distale du pontage. Ces constats ne nécessitent cependant qu'un contrôle, aucune autre mesure n'étant préconisée à ce stade. Cela étant, la Dresse D. _____ a souligné l'importance pour l'assuré de limiter les facteurs de risque, en visant un arrêt complet du tabagisme et une perte de poids corporel, et de mettre en place un programme d'entraînement régulier (dossier AI pce 63 p. 26-27). A l'issue de son examen, l'experte a retenu les diagnostics incapacitants de dissection aortique aiguë de type B (CIM-10 : I71.03) et d'insuffisance rénale chronique de stade II-III (CIM-10 : N18). Elle a conclu que l'assuré disposait d'une capacité de travail nulle dans son activité habituelle, dans la mesure où elle était physiquement exigeante ; des efforts trop intenses avec des pics de tension élevés et le soulèvement de charges de plus de 15 kg sont en effet contre-indiqués. La Dresse D. _____ a en revanche estimé que le recourant disposait d'une pleine capacité de travail dans une activité adaptée, soit dans toute activité de difficulté légère à moyenne (dossier AI pce 63 p. 25, 27-28).

Sur le plan neurologique ensuite, l'assuré a été examiné le 25 novembre 2020 par le Dr E. _____. Il s'est plaint principalement d'un déficit sensitif dans la région de la clavicule et de l'épaule gauches, présent depuis l'intervention chirurgicale subie en novembre 2019 (dossier AI pce 63 p. 15-16). L'expert a néanmoins constaté que cette hypoesthésie n'impliquait aucune restriction fonctionnelle. L'examen neurologique s'est au demeurant révélé normal, les capacités cognitives et motrices étant intactes. L'expert n'a par ailleurs pas adhéré au rapport de la neurologue du recourant du 26 février 2020 (cf. dossier AI pce 40 p. 5), en ce qu'il retenait la présence d'un bloc de conduction pour les nerfs médian, radial et cubital du bras gauche ; aucune clinique n'était en effet citée à ce sujet, les déficits moteurs ou sensitifs attendus dans ce type de cas ne se retrouvant pas. Le Dr E. _____ a toutefois relevé, de même que sa consœur en angiologie, l'urgence de traiter les facteurs de risque, soit la consommation de nicotine et le surpoids. Au terme de son rapport, l'expert n'a retenu aucun diagnostic incapacitant sur le plan neurologique. Selon lui, l'assuré dispose, sous cet angle, d'une pleine capacité de travail dans son activité habituelle, sa performance étant toutefois limitée pour ce qui concerne les tâches lourdes, soit physiquement exigeantes. Une pleine capacité de travail, sans limitation de performance, existe en revanche dans toute activité physiquement légère (dossier AI pce 63 p. 18-20).

Ainsi, selon l'avis consensuel des experts, l'assuré est totalement incapable de travailler dans son activité habituelle depuis le mois d'octobre 2018. Il est en revanche capable d'exercer une activité adaptée à forme d'une activité peu exigeante, voire occasionnellement moyennement exigeante sur le plan physique ; cette capacité de travail, qui était de 0% du 1^{er} octobre 2018 au 31 janvier 2019, de 50% du 1^{er} février au 30 avril 2019, de 100% du 1^{er} mai au 31 août 2019, de 0% du 1^{er} septembre au 30 novembre 2019 et de 50% du 1^{er} décembre 2019 au 31 janvier 2020, est entière depuis le 1^{er} février 2020 (dossier AI pce 63 p. 6-8).

6.1.2 Le rapport d'expertise résumé ci-avant a été établi par la Dresse D. _____ et le Dr E. _____, respectivement spécialiste FMH en médecine interne et angiologie et spécialiste en neurologie. L'expertise a ainsi manifestement été réalisée par des experts disposant de la formation et des connaissances nécessaires pour se prononcer. Les spécialistes précités, qui ont disposé de l'ensemble du dossier, ont chacun examiné le recourant et apprécié le cas à la lumière de leur discipline respective avant de se prêter à une discussion interdisciplinaire. Le rapport contient pour sa part une anamnèse complète, prenant en compte les plaintes du recourant, et a été établi sur la base d'examens approfondis et d'investigations complètes en angiologie et en neurologie. Le Dr E. _____ a en outre exposé de manière convaincante les raisons pour lesquelles il ne pouvait adhérer au rapport du médecin neurologue du recourant (dossier AI pce 63 p. 19). Les experts ont enfin formulé des diagnostics, pris position sur les plaintes de l'assuré et dûment motivé leurs conclusions. Le contexte médical du recourant est donc décrit de façon claire et compréhensible.

Il appert ainsi que le rapport d'expertise satisfait aux conditions de qualité et de clarté posées par la jurisprudence (cf. consid. 6.2 s. supra). Aucune contradiction manifeste ou lacune importante ne ressort au demeurant du rapport, le recourant ne formulant d'ailleurs aucun grief précis pour s'opposer à l'avis des experts. Partant, le Tribunal, adhérant en cela à l'appréciation du SMR du 25 février 2021 (dossier AI pce 66), accorde une pleine valeur probante au rapport d'expertise du 8 février 2021.

6.2 Cela étant, le recourant a produit, dans le cadre de la présente procédure, plusieurs documents médicaux en partie établis après le prononcé de la décision attaquée et émanant de différents spécialistes, dont en particulier un médecin psychiatre. Il sied dès lors d'examiner si ces rapports sont de nature à influencer l'appréciation du cas à la date de la décision attaquée. Le Tribunal rappelle en effet qu'il apprécie la présente cause à la lumière de l'état de fait existant à la date de la décision, les faits

survenus postérieurement devant en principe faire l'objet d'une nouvelle décision administrative (cf. consid. 3.2 supra).

6.2.1 Dans un premier temps, le recourant a transmis au Tribunal les résultats d'un test d'effort du 30 avril 2021, les résultats datés du 31 mars 2021 d'un électroneuromyogramme et une attestation de suivi kinésithérapeutique (cf. consid. C.a supra).

Il ressort du premier rapport médical, signé par le Dr G. _____ de la consultation de pneumologie de la Clinique H. _____, que le recourant a réalisé une épreuve d'effort le 26 avril 2021 dans le contexte d'une dyspnée d'effort et de troubles ventilatoires mixtes modérés. Le test a en effet fait apparaître une intolérance à l'effort, sans hypoxémie, pour laquelle le médecin a préconisé la mise en place d'un réentraînement à l'effort (pce TAF 1 annexe 3). A cet égard, le Tribunal constate, avec l'OAIE, que ces résultats ne révèlent pas de pathologie pulmonaire ou cardiovasculaire, mais un seul manque d'entraînement – non-susceptible de remettre en question les conclusions des experts. Ces résultats sont d'ailleurs cohérents avec le rapport d'expertise, aux termes duquel les spécialistes ont recommandé le suivi d'un programme d'entraînement (cf. consid. 7.1.1 supra).

Le second rapport produit par le recourant consiste en les résultats d'un électroneuromyogramme du 31 mars 2021, réalisé par la Dresse I. _____, neurologue, à raison d'une gêne persistante de l'épaule gauche sans réelle douleur. Il en ressort que tous les paramètres des nerfs du membre supérieur gauche se sont normalisés et qu'aucune atteinte radiculaire de C5 à T1 à gauche n'est constatée (pce TAF 1 annexe 4). Dans cette mesure, ce document médical ne saurait modifier l'appréciation de l'état de santé du recourant telle que formulée plus haut.

Il n'en va pas différemment de l'attestation de suivi en kinésithérapie. Ce rapport, qui fait état d'un suivi depuis le mois de janvier 2020, mentionne des lombalgies chroniques et une insuffisance respiratoire lors de la mise à l'effort, traitées par des massages, du renforcement musculaire et de la gestion du souffle (pce TAF 3 annexe 2). Si les lombalgies n'ont guère été thématiques jusqu'alors – le recourant ayant certes rapporté ressentir des douleurs lombaires lorsqu'il se concentre pendant une demi-heure (cf. dossier AI pce 63 p. 6) – et ne sont pas documentées, il peut être renvoyé au paragraphe ci-dessus pour la problématique de l'intolérance à l'effort.

Il apparaît ainsi que ces rapports médicaux ne sont pas de nature à modifier l'appréciation du Tribunal.

6.2.2 Cela étant, l'assuré a également versé en cause plusieurs rapports médicaux signés par le Dr F._____, médecin psychiatre à (...). Datés du 4 juin 2021 (pce TAF 5 annexe 2), du 10 août 2021 (pce TAF 10 annexe 2) et du 7 janvier 2022 (pce TAF 15 annexe 4), ces rapports – dont le texte est pour l'essentiel identique – font état d'un suivi psychiatrique depuis le 22 janvier 2020. Le diagnostic d'épisode dépressif majeur, récurrent, d'intensité sévère avec (antécédents de) velléités suicidaires et sans signes psychotiques (CIM-10 : F33.2) est retenu, une prise en charge psychothérapeutique et psychopharmacologique étant évoquée sans plus de détails. Précisant que cette affection pourrait être réactionnelle au stress professionnel, au licenciement et à l'aggravation de la pathologie cardiaque subis par le recourant, le Dr F._____ souligne que l'état de son patient n'est pas compatible avec la reprise d'une activité professionnelle et nécessite au contraire une intensification du suivi psychiatrique.

L'existence d'une affection psychiatrique incapacitante n'a pas été investiguée dans la procédure de première instance, ni thématifiée dans la décision attaquée ; l'OAI a indiqué, en annexe à la réponse de l'OAIE, n'avoir pas eu connaissance jusqu'alors d'un traitement psychiatrique (cf. ch. 4f de l'annexe à la pce TAF 7).

Le Tribunal constate que l'atteinte à la santé psychique alléguée ici n'a en effet pas été annoncée à l'autorité administrative. Ainsi, le recourant n'en a pas fait état dans sa demande ou dans l'entretien de détection précoce (dossier AI pces 2 et 15) – certes antérieurs au suivi psychiatrique. Plus singulièrement, il n'a pas évoqué suivre un traitement psychothérapeutique et psychopharmacologique devant les experts (dossier AI pce 63) ou dans le cadre de l'exercice de son droit d'être entendu du 16 mars 2021 (dossier AI pce 71). Le fait que le recourant a consulté un psychiatre ou un psychologue a certes été mentionné à deux reprises par ses médecins dans des rapports médicaux ; sa neurologue a en effet rapporté le 26 février 2020 que son patient avait « aussi vu le psychiatre » (dossier AI pce 40 p. 4), son médecin traitant ayant pour sa part évoqué des consultations chez un psychologue dans un rapport succinct du 16 mars 2021 (dossier AI pce 71 p. 11). L'on ne saurait toutefois considérer sur cette seule base que l'OAI a violé son devoir d'instruction (cf. consid. 6.4 supra), tant il est vrai qu'aucun élément médical présent dans son dossier ne laisse entendre que l'assuré souffrirait d'une grave affection psychiatrique

susceptible d'avoir des incidences sur sa capacité de travail. L'office est ainsi exempt de reproches sur ce point.

Cela étant, le Tribunal a invité le recourant, par ordonnance du 8 juin 2023, à produire divers documents et informations à même d'étayer et d'établir la réalité de l'atteinte à la santé psychique alléguée (cf. consid. C.h supra). Or, le précité ne s'est pas exécuté, bien qu'il ait été rappelé à son devoir de collaborer. Il supporte dès lors les conséquences de son défaut de collaboration, le Tribunal étant fondé à apprécier la cause sur la base des éléments en sa possession (cf. consid. 2.2 supra) – en l'occurrence les trois rapports du Dr F._____.

A cet égard, le Tribunal relève que ces rapports, tous postérieurs à la décision attaquée, ne sont que rudimentaires. Contenant certes un diagnostic, ils ne comportent pas d'anamnèse, de motivation objective ou encore de détails quant aux traitements psychothérapeutique et psychopharmacologique, pourtant évoqués ; leur valeur probante s'en trouve ainsi fortement affaiblie. Plus encore, force est de constater que le diagnostic retenu, d'une importante gravité, ne se retrouve pas dans le dossier de la cause, respectivement semble incompatible avec les informations médicales en possession du Tribunal. Ainsi, le recourant, qui a indiqué suivre un traitement à base de (...), (...), (...) et (...), n'a mentionné aucun médicament psychotrope dans la liste de ses traitements en cours (cf. dossier AI pce 63 p. 16 et 23). Il ne s'est de surcroît aucunement plaint de souffrances psychiques aux experts, qui l'ont décrit comme sympathique, collaborant et capable de moduler adéquatement son humeur (« Freundlicher, gut schwingungsfähiger Explorand, gute Mitarbeit bei der Untersuchung » : dossier AI pce 63 p. 18). Son médecin généraliste lui-même semble enfin ne pas avoir été informé du fait qu'un traitement psychiatrique pour une grave pathologie serait en cours ; il est ici fait référence au certificat du 16 mars 2021 évoquant un psychologue (dossier AI pce 71 p. 11).

Aussi, le Tribunal ne peut se rallier à l'avis du Dr F._____, les considérations qui précèdent ne semblant pas compatibles avec le diagnostic d'épisode dépressif sévère. Le Tribunal ne s'explique pas, au surplus, le silence de l'intéressé sur ce point jusqu'à la procédure de recours. Le fait que le recourant ait souffert d'une maladie psychique grave lorsque l'OAIE a rendu sa décision n'est ainsi pas établi au degré de la vraisemblance prépondérante, sans que l'on puisse reprocher un quelconque manquement aux autorités administratives en lien avec le principe inquisitoire. Quant à une éventuelle péjoration de son état de santé

postérieurement à la date de la décision, elle relève d'une nouvelle demande qu'il lui incombera, s'il y a lieu, de déposer.

6.3 Il reste à déterminer si l'évaluation du taux d'invalidité effectuée par l'autorité inférieure est conforme au droit.

En l'occurrence, l'OAIE a évalué le degré d'invalidité de l'assuré à compter du 1^{er} février 2020 – date de l'amélioration de son état de santé – à l'aune d'une capacité de travail entière dans une activité adaptée, soit peu exigeante, voire occasionnellement moyennement exigeante sur le plan physique. Elle a établi le salaire sans invalidité sur la base du dernier revenu du recourant, soit Fr. 80'667.-, en l'ajustant dans la mesure de l'évolution des salaires jusqu'en 2020, à hauteur de 0,9%. L'OAIE a ainsi retenu un revenu sans invalidité de Fr. 81'393.-. Quant au revenu d'invalidité, l'autorité inférieure s'est référée au revenu de l'ESS 2020 à la table TA1_tirage_skill_level et a retenu un salaire de Fr. 68'992.- (niveau de compétence 1 du secteur privé en général, avec conversion de 40 à 41,7 heures hebdomadaires). L'OAIE a au surplus renoncé à effectuer un abattement, estimant que l'exercice d'une activité à temps plein pouvait raisonnablement être exigée du recourant. La perte de gain retenue est ainsi de Fr. 12'401.-, soit un taux d'invalidité de 15,23%.

Le Tribunal constate que c'est à bon droit que l'OAIE a appliqué la méthode ordinaire de comparaison des revenus, le recourant ayant travaillé à 100% avant le début de l'incapacité de travail (cf. consid. A.a et 5.3 supra). Le calcul effectué n'apparaît du reste pas critiquable, sur la base d'une analyse sommaire, le recourant ne soulevant d'ailleurs aucun grief à cet endroit.

6.4 Compte tenu de tout ce qui précède, c'est à juste titre que l'OAIE n'a alloué une rente entière d'invalidité au recourant que jusqu'au 30 avril 2020, en considérant que ce dernier avait recouvré une pleine capacité de travail dans une activité adaptée à compter du 1^{er} février 2020. Le recours est en conséquence rejeté, la décision de l'OAIE du 27 avril 2021 étant confirmée.

7.

7.1 Le recourant, qui succombe, doit s'acquitter des frais de procédure fixés, compte tenu de la charge de travail liée à la présente cause, à Fr. 800.- (art. 63 al. 1 PA en relation avec les art. 2 ss du règlement du 21 février 2008 concernant les frais, dépens et indemnités fixés par le Tribunal administratif fédéral [FITAF, RS 173.320.2] ; voir également art. 69

al. 1^{bis} et 2 LAI). Ils sont compensés par l'avance de frais déjà versée d'un montant équivalent.

7.2 Vu l'issue du litige, il n'est pas alloué de dépens (art. 64 al. 1 PA à contrario et art. 7 al. 1 et 3 FITAF).

(Le dispositif figure à la page suivante.)

Par ces motifs, le Tribunal administratif fédéral prononce :

1.

Le recours est rejeté.

2.

Les frais de procédure, arrêtés à 800 francs, sont mis à la charge du recourant. Ils sont prélevés sur l'avance de frais déjà versée du même montant.

3.

Il n'est pas alloué de dépens.

4.

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

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

Le président du collège :

La greffière :

Yannick Antoniazza-Hafner

Loucy Weil

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 être rédigé dans une langue officielle, 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 :