

BVGer C-3077/2021 vom 13. März 2024

Bundesverwaltungsgericht, 2024-03-13, FR

Quelle: https://mcp.opencaselaw.ch/entscheid/bvger_C-3077_2021

FR: TAF C-3077/2021 du 13 mars 2024

IT: TAF C-3077/2021 del 13 marzo 2024

Regeste

Droit à la rente

Erwägungen

E. 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), le 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. 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. dbis PA).

E. 1.2

A teneur de l'art. 40 al. 1 let. b du règlement du 17 janvier 1961 sur l'assurance-invalidité (RAI, RS 831.201), l'OAIE est compétent pour enregistrer et examiner les demandes lorsque les assurés sont domiciliés à l'étranger, sous réserve des al. 2 et 2bis - non pertinents en l'espèce. En l'occurrence, c'est à bon droit que la procédure a été menée par l'OAIE, le recourant étant domicilié en Espagne.

E. 1.3

L'assuré, destinataire de la décision entreprise qui lui fait grief, a qualité pour recourir (art. 59 LPGA).

E. 1.4

La date de la notification de la décision attaquée étant inconnue (cf. consid. C.f supra), il est impossible de déterminer si l'acte du recourant du 18 juin 2021 a été déposé en temps utile. Cela étant, de jurisprudence constante, le fardeau de la preuve de la notification d'une décision et de sa date incombe en principe à l'autorité qui entend en tirer une conséquence juridique. L'autorité supporte les conséquences de l'absence de preuve, en ce sens que si la notification ou sa date sont contestées et qu'il existe effectivement un doute à ce sujet, il y a lieu de se fonder sur les déclarations du destinataire de l'envoi (cf. ATF 124 V 400 consid. 2a ; arrêt du Tribunal fédéral [TF] 2C_523/2019 du 12 novembre 2019 consid. 3.5). Il y a dès lors lieu de considérer que le recourant, par son courriel à l'autorité inférieure du 18 juin 2021, a procédé en temps utile, le délai de recours étant réputé observé (cf. art. 21 al. 2 PA et 39 al. 2 LPGA).

E. 1.5

Le recours, qui a été régularisé le 13 août 2021 conformément aux art. 11 al. 2, 21a al. 1 et 2 et 52 PA (cf. consid. C.g supra), est ainsi recevable.

E. 2.1

L'objet du présent litige consiste en le bien-fondé de la décision du 11 mai 2021, en ce que l'autorité inférieure refuse d'octroyer une rente d'invalidité au recourant par-delà le 31 décembre 2020 au motif qu'il ne présentait plus qu'un taux d'invalidité de 31%.

E. 2.2

La procédure dans le domaine des assurances sociales fait prévaloir la maxime inquisitoire (art. 43 LPGA ; cf. ATF 138 V 218 consid. 6). Ainsi, le Tribunal définit les faits et apprécie les preuves d'office et librement (cf. Pierre Moor/Etienne Poltier, Droit administratif, vol. II, 3e 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 (cf. ATF 139 V 176 consid. 5.2).

E. 2.3

En outre, le Tribunal applique le droit d'office, sans être lié par les motifs invoqués par les parties (art. 62 al. 4 PA ; cf. ATAF 2013/46 consid. 3.2), ni par l'argumentation juridique développée dans la décision entreprise (cf. Moor/Poltier, op. cit., n° 2.2.6.5 ; Benoît Bovay, Procédure administrative, 2e éd. 2015, p. 243). L'autorité saisie se limite en principe aux griefs soulevés et n'examine les questions de droit non invoquées que dans la mesure où les arguments des parties ou le dossier l'y incitent (cf. ATF 122 V 157 consid. 1a et 121 V 204 consid. 6c).

E. 3.1

Sous réserve de dispositions particulières du droit transitoire, 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 (cf. ATF 146 V 364 consid. 7 et 144 V 210 consid. 4.3.1). Le juge des assurances sociales apprécie par ailleurs la légalité des décisions d'après l'état de fait existant au moment où la décision litigieuse a été rendue, les faits survenus postérieurement, et qui ont modifié cette situation, devant 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 (cf. 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 (cf. arrêt du TF 9C_34/2017 du 20 avril 2017 consid. 5.2). Dans le cas d'espèce, la décision querellée a été rendue le 11 mai 2021, de sorte qu'il y a lieu de s'en tenir aux faits survenus et d'appliquer le droit en vigueur à cette date.

E. 3.2

Le recourant étant un ressortissant espagnol, domicilié en Espagne, ayant travaillé en Suisse et demandant l'octroi de prestations d'invalidité suisses, l'affaire présente un aspect transfrontalier (cf. ATF 145 V 231 consid. 7.1). Est dès lors 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 : règlements 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 du règlement n° 883/2004, en relation avec l'annexe VII dudit règlement ; cf. ATF 130 V 253 consid. 2.4 ; arrêt du TF 9C_573/2012 du 16 janvier 2013 consid. 4).

E. 4.1

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 LAI).

E. 4.2

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 (cf. 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).

E. 4.3

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).

E. 4.4

L'évaluation du taux d'invalidité se fait principalement sur la base de trois méthodes, dont l'application dépend du statut du bénéficiaire potentiel de la rente (cf. notamment arrêt du Tribunal administratif fédéral [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^e phr. 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 (cf. ATF 130 V 343 consid. 3.4.2 ; arrêt du TF 8C_536/2017 du 5 mars 2018 consid. 5.1 ; arrêt du TAF C-2235/2021 du 11 octobre 2023 consid. 4.5).

E. 4.5

Aux termes de l'art. 28 al. 2 LAI (abrogé au 1er 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.

E. 4.6

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 LPGA, mais pas avant le mois qui suit le 18e anniversaire de l'assuré.

E. 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 (cf. 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 (cf. 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 (cf. arrêt du TF 9C_719/2016 du 1er mai 2017 consid. 5.2.1).

E. 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. Si elle n'a jamais entendu créer une hiérarchie rigide entre les différents moyens de preuve disponibles, la jurisprudence a toutefois posé des lignes directrices en matière d'appréciation des rapports médicaux et d'expertise (cf. ATF 125 V 351 consid. 3b et 3c ; arrêt du TF 8C_425/2020 du 27 janvier 2021 consid. 2.3). Ainsi, le juge des assurances sociales doit examiner de manière objective tous les moyens de preuve, quelle que soit leur provenance, puis décider si les documents à disposition permettent de porter un jugement valable sur le droit litigieux. A cet égard, l'élément déterminant pour reconnaître pleine valeur probante à un rapport médical n'est ni son origine, ni sa désignation, mais son contenu. Avant de conférer pleine valeur probante à un rapport médical, il convient donc 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 (cf. ATF 134 V 231 consid. 5.1 ; arrêt du TF 9C_344/2022 du 20 février 2023 consid. 4.1). La valeur probante d'un rapport médical ou d'une expertise est de plus liée à la condition que le médecin qui se prononce dispose de la formation spécialisée nécessaire et de compétences

professionnelles dans le domaine d'investigation (cf. arrêts du TF 8C_225/2021 du 10 juin 2021 consid. 3.2 et 9C_555/2017 du 22 novembre 2017 consid. 3.1).

E. 5.3

Les prises de position des services médicaux régionaux, au sens des art. 59 al. 2bis LAI (abrogé au 1er janvier 2022 : RO 2021 705) et 49 al. 1 et 3 RAI, et du service médical interne 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. Elles contiennent les résultats de l'examen des conditions médicales du droit aux prestations et une recommandation, sous l'angle médical, concernant la suite à donner à la demande de prestations (cf. arrêt du TF 8C_616/2020 du 15 juin 2021 consid. 6.2.4 et les réf. cit.). Pour avoir valeur probante, les prises de position des services médicaux présupposent que le dossier contienne l'établissement non lacunaire de l'état de santé de l'assuré (exposé complet de l'anamnèse, exposé de l'évolution de l'état de santé et du statut actuel) et qu'il ne se soit agi essentiellement que d'apprécier un état de fait médical établi et non contesté - l'examen direct de l'assuré par un médecin spécialisé n'étant ainsi plus au premier plan (cf. arrêt du TF 9C_647/2020 du 26 août 2021 consid. 4.2). 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 strictes. 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 (cf. ATF 145 V 97 consid. 8.5 ; arrêts du TF 8C_241/2023 du 7 novembre 2023 consid. 3.3 et 8C_142/2023 du 18 septembre 2023 consid. 3.3.3).

E. 6.1

En l'espèce, les rapports médicaux suivants figurent au dossier : - un rapport radiologique du 12 juillet 2019 établi dans le cadre d'un examen des genoux, constatant la présence de signes de gonarthrose bilatérale, d'enthésopathie rotulienne droite à l'insertion du tendon quadricipital et de calcifications vasculaires (dossier AI pce 33) ; - un rapport de la médecin traitante de l'assuré du 9 octobre 2019, accompagné d'une fiche de médication, qui énumère les problèmes de santé suivants : diabète sucré de type 2, hypertension, dyslipidémie, statut post-ménisectomie du genou droit, pathologie du genou gauche de longue évolution, chondropathie, phimosis (en attente d'une intervention en urologie) et possible lombosciatique L4 chronique droite (en attente d'un scanner et d'un suivi en traumatologie ; dossier AI pces 2-3) ; - un rapport radiologique du 18 octobre 2019 (dossier AI pce 22) ; - un rapport médical E 213 de la Dresse D. _____ du 4 novembre 2019, lequel mentionne la lombosciatique droite en cours d'évaluation comme principale plainte et considère que l'assuré demeure capable d'exercer à plein temps son dernier emploi (dossier AI pce 4) ; - un rapport du service de traumatologie du 19 décembre 2019, rapportant les résultats qui suivent d'un scanner effectué le 16 octobre 2019 : la lombosciatique L4 droite est confirmée avec un signe de Lasègue positif à 30°-40° ; la force et la sensibilité sont préservées ; des changements dégénératifs avec des protrusions/hernies discales sont observés dans les articulations ; la douleur est persistante ; un traitement antalgique est en place, l'intéressé étant adressé à l'unité spécialisée pour évaluation (cf. dossier AI pce 8) ; - un rapport d'intervention du 17 janvier 2020, à teneur duquel l'assuré a subi une intervention en urologie aux fins du traitement de son phimosis (cf. dossier AI pce 25) ; - un rapport du service de radiologie du 12 mai 2020, dont il ressort qu'un scanner du genou droit a été réalisé en urgence ce même jour, à raison d'une forte augmentation de la douleur ; une

gonarthrose, une enthésopathie rotulienne ainsi qu'une athéromatose vasculaire ont été mises en évidence (dossier AI pce 26) ; - les résultats d'un EMG du 8 septembre 2020, révélant une radiculopathie motrice chronique L5 bilatérale d'intensité modérée à sévère à droite (atteinte de 40 à 35%), respectivement modérée à gauche (atteinte de 30%), sans signes d'évolution, aucune dénervation n'ayant été enregistrée (dossier AI pce 27) ; - un rapport du service de traumatologie du 23 avril 2021, dont il ressort que l'intéressé a subi une intervention chirurgicale au genou droit (pose d'une prothèse totale) le 22 avril 2021 (dossier AI pce 52).

E. 6.2

Pour être complet, le Tribunal note encore la présence au dossier de deux documents établis postérieurement à la décision attaquée, à savoir d'un rapport d'évaluation de l'incapacité de travail du 28 mai 2021 et d'un rapport médical E 213 du Dr E. _____ du 21 juin 2021. Sont évoqués, à titre de diagnostics, un lumbago avec sciatique (CIM-10 : M54.4), de l'ostéoarthrose des facettes, une gonarthrose bilatérale et la pose d'une prothèse en avril 2021 (cf. dossier AI pces 55-56).

E. 7

Il sied à présent d'analyser les prises de position du service médical présentes au dossier, étant souligné que, s'agissant de rapports établis par un médecin interne à l'assurance, des exigences strictes prévalent (cf. consid. 5.3 supra).

E. 7.1

En l'occurrence, la décision attaquée se fonde sur l'avis du Dr C. _____, praticien du service médical. Dans une première prise de position du 3 mars 2020, celui a retenu les diagnostics de syndrome lombo-spondylogène chronique récidivant (CIM-10 : M47.8), avec suspicion d'irritation radiculaire intermittente, et de gonalgie gauche. Il a en outre requis des mesures d'instruction complémentaires (cf. consid. B.c supra ; dossier AI pce 17). Dans sa seconde prise de position du 2 novembre 2020, le Dr C. _____ a modifié en partie son diagnostic, soit retenu une gonarthrose à droite (CIM-10 : M17.1) en lieu d'une gonalgie gauche. Il a estimé que l'assuré avait présenté une incapacité totale de travail dans toute activité dès le 19 septembre 2019, les altérations dégénératives de la colonne et des genoux réduisant sa capacité de charge physique et limitant la marche. L'évolution de sa pathologie était toutefois favorable, étant donné l'absence de signe de dénervation active à l'EMG du 8 septembre 2020. Aussi, le Dr C. _____ a considéré que l'incapacité de travail de l'assuré dans une activité adaptée, c'est-à-dire une activité légère, n'était plus que de 30% à compter du 8 septembre 2020. Une liste exemplative des activités de substitution exigibles était jointe à la prise de position. Cela étant, le Dr C. _____ a encore précisé qu'aucune réactualisation du dossier n'était indiquée, dans la mesure où les problèmes de santé trouvaient leur origine dans des changements dégénératifs (irréversibles), ayant une évolution chronique progressive (dossier AI pce 30). Dans son ultime prise de position du 12 janvier 2021, le service médical a corrigé une nouvelle fois la liste de ses diagnostics pour retenir une gonarthrose bilatérale (CIM-10 : M17.0) - et pas seulement à droite. Il a néanmoins précisé que cela ne modifiait pas son appréciation quant à la possibilité d'exercer une activité sédentaire. Ont été évoquées les limitations fonctionnelles suivantes : 5-6h de travail quotidien avec pauses de 10mn au besoin, en position de travail assise, sans rotation du tronc, sans travail avec les bras au-dessus de la tête, sans devoir se pencher ou s'agenouiller, sans port de charges de plus de 5 kg, sans déplacement en terrain irrégulier,

sans devoir monter sur une échelle/un échafaudage, sans exposition au froid/à l'humidité/aux intempéries, pas d'activité exigeant de la rapidité ou de l'endurance. Le Dr C._____ a enfin modifié la date de début de l'incapacité totale de travail au 12 juillet 2019, date du premier rapport radiologique (cf. dossier AI pce 38).

E. 7.2

Force est de constater que les avis précités sont empreints de plusieurs inconsistances.

E. 7.2.1

Tout d'abord, le service médical a retenu que l'incapacité de travail avait débuté le 12 juillet 2019, lorsque des signes de gonarthrose bilatérale ont été détectés chez l'assuré. Or, ce dernier a continué d'exercer son activité d'ouvrier d'exploitation à plein temps jusqu'au 24 septembre 2019 - date de la résiliation de son contrat de travail et de son dernier jour d'activité (cf. dossier AI pce 10). La date retenue au titre du début de l'incapacité de travail, plus de deux mois avant que l'intéressé n'interrompe son activité professionnelle, ne saurait donc convaincre en l'état de la cause, aucune motivation n'ayant d'ailleurs été formulée à cet appui.

E. 7.2.2

Ensuite, le service médical a considéré que l'intéressé était totalement incapable d'exercer son activité habituelle d'ouvrier d'exploitation depuis l'été 2019. Il a indiqué, à cet appui, que les atteintes à sa colonne et à ses genoux réduisaient sa capacité d'exercer une activité lourde. Le précédent employeur de l'assuré avait pourtant qualifié son activité de légère (cf. dossier AI pce 10), le Dr C._____ ne s'étant pas expliqué à cet égard. Plus encore, il n'a pas tenu compte des conclusions formulées par la Dresse D._____ dans le rapport E 213 du 4 novembre 2019, suivant lesquelles l'intéressé demeurait capable d'exercer son précédent emploi sans restriction (dossier AI pce 4) ; il n'a pas davantage indiqué les raisons pour lesquelles il convenait selon lui de se distancer de l'avis de sa consoeur. Les explications du service médical afférentes à l'incapacité totale de travail dans l'activité habituelle ne sont dès lors pas convaincantes. En outre, le service médical ne s'est pas prononcé sur la capacité de l'assuré d'exercer une activité adaptée, soit une activité légère ou sédentaire, à compter de l'été 2019. Il s'est en effet limité à relever que la capacité d'exercer une activité lourde était réduite, et n'a étudié la capacité de travail dans une activité adaptée qu'à compter du mois de septembre 2020. L'instruction est ainsi lacunaire, le Tribunal ne pouvant tenir pour établi que le recourant était incapable de travailler, dans son activité habituelle comme dans une activité adaptée, à compter du mois de juillet ou de septembre 2019.

E. 7.2.3

Enfin, l'amélioration de l'état de santé du recourant à partir du 8 septembre 2020, retenue sur la base des résultats d'un EMG (cf. dossier AI pce 27), n'est pas démontrée à satisfaction. Le Tribunal ne discerne en effet pas l'amélioration à laquelle il est fait référence, dès lors que le Dr C._____ a souligné que les changements dégénératifs subis par l'intéressé étaient irréversibles. Le recourant a de surcroît subi une intervention chirurgicale programmée au genou droit au mois d'avril 2021, ce qui tend à indiquer que son état de santé n'était pas stabilisé, a fortiori amélioré, en septembre 2020 (cf. dossier AI pce 52).

E. 7.3

Compte tenu de ce qui précède, le Tribunal ne peut considérer comme établi, au degré de la vraisemblance prépondérante, que le recourant a été totalement incapable de travailler dès le 12 juillet 2019, puis qu'il a recouvré une capacité de travail de 70% dans une activité adaptée à compter du 8 septembre 2020. La décision attaquée repose ainsi sur une instruction insuffisante, ne permettant pas au Tribunal de se prononcer sur la capacité de travail de l'intéressé.

E. 7.4

Ainsi, il y a lieu de retenir que l'OAIE a violé son devoir d'instruire complètement le dossier avant de rendre sa décision et que le doute subsiste quant à la capacité de travail effective du recourant. Il se justifie en conséquence d'annuler la décision attaquée et de renvoyer l'affaire à l'autorité inférieure pour un complément d'instruction et une nouvelle décision. En particulier, l'OAIE veillera à requérir des rapports récents des médecins traitants du recourant et ordonnera une expertise comportant un volet orthopédique et un volet de médecine interne générale, ainsi que toute autre discipline jugée nécessaire par les experts (cf. ATF 139 V 349 consid. 3.2 ; arrêt du TF 8C_150/2022 du 7 novembre 2022 consid. 10.2). Les médecins devront notamment, dans le cadre d'une évaluation consensuelle, examiner l'ensemble de l'état de santé de recourant au jour de l'expertise, déterminer les atteintes à la santé de celui-ci, ce en décrivant l'évolution des constats médicaux objectivables dans la durée et depuis la date de la demande de prestations de l'AI, et, dans la même mesure, leurs effets sur la capacité de travail, ainsi que les limitations fonctionnelles. L'ensemble du dossier devra ensuite être soumis au service médical pour nouvel examen. Enfin, une nouvelle décision devra être prise.

E. 8

Il s'ensuit que le recours doit être admis au sens des considérants et la décision du 11 mai 2021 annulée. La cause est renvoyée à l'autorité inférieure pour instruction complémentaire dans le sens des considérants et nouvelle décision.

E. 9

Le renvoi de la cause pour instruction complémentaire et nouvelle décision revient à obtenir gain de cause (cf. ATF 146 V 28 consid. 7). Il n'est dès lors pas perçu de frais de procédure (art. 63 al. 1 et 2 PA). L'avance de frais versée par le recourant à concurrence de 800.31 francs (cf. pces TAF 12 et 36) lui sera restituée une fois le présent arrêt entré en force. Il n'y a par ailleurs pas lieu d'allouer des dépens au recourant, qui a procédé seul (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]). (Le dispositif est porté à la page suivante.)

E. 24

septembre 2019, il a interrompu son activité pour des raisons de santé. Son contrat de travail a été résilié à cette même date (cf. dossier AI pce 10). B. B.a En date du 26 septembre 2019, l'assuré a déposé une demande de prestations auprès de l'Office de l'assurance-invalidité pour les assurés résidant à l'étranger (ci-après : l'OAIE ou l'autorité inférieure), qui l'a reçue le 18 novembre suivant (dossier AI pce 1). Les rapports médicaux produits en annexe à la demande font état, en particulier, d'une pathologie du genou gauche de longue évolution et d'une possible lombosciatique droite en cours d'évaluation (cf. dossier AI pces 2-4). B.b L'OAIE a instruit la demande en recueillant divers renseignements utiles auprès de l'intéressé et de son employeur (dossier AI pces 7, 9-10, 12, 14). L'assuré lui a en outre

transmis les résultats d'un scanner du 16 octobre 2019 confirmant la lombosciatique droite (dossier AI pce 8). B.c Dans une prise de position du 3 mars 2020, le Dr C. _____, praticien du service médical de l'OAIE, a retenu les diagnostics incapacitants de syndrome lombo-spondylogène chronique récidivant (CIM-10 : M47.8), avec suspicion d'irritation radiculaire intermittente, et de gonalgie gauche. Le Dr C. _____ a toutefois estimé que l'état de santé de l'intéressé n'était pas suffisamment instruit pour qu'il se prononce. Il a ainsi requis la mise en œuvre d'examen complémentaires, soit un examen orthopédique et un électromyogramme (EMG) des membres inférieurs (dossier AI pce 17). B.d Sous plis des 5 mars, 3 août et 21 septembre 2020, l'OAIE a prié son homologue espagnol de lui faire parvenir la documentation médicale requise par son service médical (dossier AI pces 18, 20-21). L'autorité espagnole a donné suite à cette demande le 28 septembre 2020, en

C-3077/2021 Page 3 adressant six rapports médicaux à l'autorité inférieure (dossier AI pces 22-28). Il en ressort, en particulier, qu'une gonarthrose, une enthésopathie rotulienne et une athéromatose vasculaire ont été mises en évidence lors d'un scanner du genou droit, et qu'un EMG a révélé une radiculopathie motrice chronique L5 bilatérale sans signes de dénervation. B.e Invité à se prononcer sur ces nouvelles pièces, le Dr C. _____, dans une prise de position du 2 novembre 2020, a confirmé le diagnostic de syndrome lombo-spondylogène chronique récidivant, d'une part, et retenu le diagnostic de gonarthrose à droite (CIM-10 : M17.1 ; et non plus de gonalgie gauche), d'autre part. Il a estimé que l'assuré avait présenté une incapacité totale de travail dans toute activité dès le 19 septembre 2019. Sa pathologie avait toutefois évolué favorablement, étant donné l'absence de signe de dénervation active. Aussi, le Dr C. _____ a considéré que l'incapacité de travail de l'assuré dans une activité adaptée n'était plus que de 30% à compter du 8 septembre 2020 (dossier AI pce 30). B.f Par projet de décision du 16 novembre 2020, l'OAIE a communiqué à l'assuré son intention de rejeter sa demande de prestations, faute d'incapacité de gain suffisante durant une année (dossier AI pce 32). B.g Dans des lignes du 17 décembre 2020, l'intéressé s'est opposé à ce projet de décision, soutenant être totalement incapable de travailler (dossier AI pce 36). Il a produit un rapport médical de sa radiologue du 12 juillet 2019 constatant notamment la présence de signes de gonarthrose bilatérale (dossier AI pce 44). B.h Dans une nouvelle prise de position du 12 janvier 2021, le Dr C. _____ a corrigé la liste des diagnostics, soit retenu une gonarthrose bilatérale (CIM-10 : M17.0) – et pas seulement à droite. Il a néanmoins précisé que cela ne modifiait pas son appréciation quant à l'exigibilité d'une activité adaptée à 70% à compter du 8 septembre 2020, pourvu qu'elle tienne compte des limitations fonctionnelles de l'assuré. Le Dr C. _____ a enfin corrigé la date de début de l'incapacité de travail, soit retenu que l'intéressé avait présenté une incapacité totale de travail dans toute activité depuis le 12 juillet 2019 (dossier AI pce 38). B.i Au moyen d'un nouveau projet de décision du 3 février 2021, l'OAIE a communiqué à l'intéressé son intention de lui allouer une pleine rente d'invalidité à compter du 12 juillet 2020, puis de supprimer le droit à la rente dès le 1er janvier 2021. L'autorité inférieure a retenu que l'état de santé du précité s'était amélioré, si bien que l'exercice d'une activité adaptée à son

C-3077/2021 Page 4 état pouvait être exigé de lui à 70% dès le 8 septembre 2020 – le taux d'invalidité ressortant d'une comparaison des revenus avec ou sans atteinte à la santé étant de 31%. Elle 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 1er janvier 2021 (dossier AI pce 41). B.j Par décision du 11 mai 2021, l'OAIE, reprenant la motivation du projet susmentionné, a alloué

à l'assuré une rente entière d'invalidité à compter du 1er juillet 2020, puis supprimé le droit à la rente dès le 1er janvier 2021 (dossier AI pces 43, 45). C. C.a Par courriel du 18 juin 2021 adressé à l'OAIE, l'assuré, par son mandataire, a exprimé son désaccord avec la décision du 11 mai 2021. Il a produit un nouveau rapport médical daté du 23 avril 2021, à teneur duquel il a subi une intervention chirurgicale au genou droit le 22 avril 2021 (dossier AI pces 52-53). C.b Le 29 juin 2021, l'autorité inférieure a reçu une nouvelle demande de prestations de l'intéressé, datée du 9 juin 2021, accompagnée d'un rapport d'évaluation de l'incapacité de travail et d'un rapport médical détaillé E 213 (dossier AI pces 55-56, 58). C.c En date du 1er juillet 2021, l'autorité inférieure a transmis le courriel de l'assuré du 18 juin 2021 au Tribunal administratif fédéral (ci-après : le Tribunal), pour suite utile (pces TAF 1-2). C.d Par ordonnance du 8 juillet 2021, le Tribunal a accusé réception du courriel, respectivement du recours du 18 juin 2021 et invité l'OAIE à lui indiquer la date à laquelle la décision avait été notifiée (pce TAF 3). C.e Aux termes d'une décision incidente du 30 juillet 2021, le Tribunal a imparti un délai au mandataire de l'intéressé pour produire une procuration. Il a également invité le recourant à régulariser son recours en produisant un mémoire dûment signé, sous peine d'irrecevabilité (pce TAF 6). C.f Le 6 août 2021, l'autorité inférieure a informé le Tribunal ne pas être en mesure de lui indiquer la date à laquelle la décision attaquée avait été notifiée au recourant, les recherches effectuées à cet égard par la Poste étant demeurées infructueuses (pce TAF 8). C.g Sous pli du 13 août 2021, le recourant a produit un bref mémoire signé aux termes duquel il a conclu, en substance, à l'octroi d'une rente entière

C-3077/2021 Page 5 illimitée. Il a joint à son écriture une décision des autorités espagnoles du 21 juin 2021 lui accordant une rente entière, ainsi que la motivation de ce prononcé (pce TAF 10). C.h Par décision incidente du 26 août 2021, le Tribunal a pris acte que le recourant agissait dans la présente procédure sans mandataire, aucune procuration n'ayant été produite, et l'a invité à s'acquitter de l'avance des frais de procédure présumés (pce TAF 11). L'intéressé s'est exécuté dans le délai imparti (plusieurs fois prolongé : pces TAF 12, 14, 16, 20, 30, 34, 36). Le Tribunal s'est en outre vu confirmer expressément que le précité n'était pas représenté (pces TAF 21, 23), l'ancien mandataire lui ayant néanmoins transmis l'adresse exacte de l'intéressé (pces TAF 27-29). C.i Le 31 décembre 2021, le recourant a adressé au Tribunal une fiche de médication datée du 20 octobre 2021 (pce TAF 32). C.j Dans sa réponse du 17 mars 2022, à laquelle était jointe une prise de position de son service médical du 15 février 2022, l'OAIE a argué, en substance, que les moyens et pièces du recourant n'étaient pas de nature à remettre en cause la décision attaquée, une éventuelle détérioration de son état relevant de la nouvelle demande de prestations du 9 juin 2021. Il a dès lors conclu au rejet du recours (pce TAF 39). C.k Le recourant n'a pas procédé dans le délai qui lui avait été imparti pour déposer une réplique. Aussi, le Tribunal a clos l'échange d'écritures par ordonnance du 31 mai 2022 (pces TAF 40, 42). C.l Par ordonnance du 6 juin 2023, le Tribunal a informé les parties que la Cour VI était désormais compétente pour le traitement de la procédure (pce TAF 43). C.m Par ordonnance du 13 décembre 2023, le Tribunal a avisé les parties que la Cour III reprenait la compétence du dossier et qu'un nouveau juge instructeur avait été désigné. Il les a également informées qu'il apparaissait du dossier que ni l'état de santé du recourant, ni sa capacité de travail n'avaient été suffisamment établis par l'autorité inférieure ; que cela pourrait conduire au renvoi de la cause à l'autorité inférieure pour instruction complémentaire ; et que cette instruction complémentaire pourrait aboutir aussi bien à une augmentation de la prestation, qu'à la confirmation de la prestation octroyée précédemment, à sa diminution ou encore à sa

suppression, ce qui porterait préjudice au recourant. Ce dernier a ainsi été invité à indiquer dans les vingt jours quelle suite il

C-3077/2021 Page 6 entendait réserver à la procédure, compte tenu du risque de reformatio in pejus, faute de quoi le recours serait considéré comme maintenu (pce TAF 44). C.n Le recourant n'a pas réagi dans le délai qui lui avait été imparti.

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), le 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. 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. dbis PA). 1.2 A teneur de l'art. 40 al. 1 let. b du règlement du 17 janvier 1961 sur l'assurance-invalidité (RAI, RS 831.201), l'OAIE est compétent pour enregistrer et examiner les demandes lorsque les assurés sont domiciliés à l'étranger, sous réserve des al. 2 et 2bis – non pertinents en l'espèce. En l'occurrence, c'est à bon droit que la procédure a été menée par l'OAIE, le recourant étant domicilié en Espagne. 1.3 L'assuré, destinataire de la décision entreprise qui lui fait grief, a qualité pour recourir (art. 59 LPGA). 1.4 La date de la notification de la décision attaquée étant inconnue (cf. consid. C.f supra), il est impossible de déterminer si l'acte du recourant du 18 juin 2021 a été déposé en temps utile. Cela étant, de jurisprudence constante, le fardeau de la preuve de la notification d'une décision et de sa date incombe en principe à l'autorité qui entend en tirer une conséquence juridique. L'autorité supporte les conséquences de l'absence de preuve, en ce sens que si la notification ou sa date sont contestées et qu'il existe effectivement un doute à ce sujet, il y a lieu de se fonder sur les

C-3077/2021 Page 7 déclarations du destinataire de l'envoi (cf. ATF 124 V 400 consid. 2a ; arrêt du Tribunal fédéral [TF] 2C_523/2019 du 12 novembre 2019 consid. 3.5). Il y a dès lors lieu de considérer que le recourant, par son courriel à l'autorité inférieure du 18 juin 2021, a procédé en temps utile, le délai de recours étant réputé observé (cf. art. 21 al. 2 PA et 39 al. 2 LPGA). 1.5 Le recours, qui a été régularisé le 13 août 2021 conformément aux art. 11 al. 2, 21a al. 1 et 2 et 52 PA (cf. consid. C.g supra), est ainsi recevable. 2. 2.1 L'objet du présent litige consiste en le bien-fondé de la décision du 11 mai 2021, en ce que l'autorité inférieure refuse d'octroyer une rente d'invalidité au recourant par-delà le 31 décembre 2020 au motif qu'il ne présentait plus qu'un taux d'invalidité de 31%.

2.2 La procédure dans le domaine des assurances sociales fait prévaloir la maxime inquisitoire (art. 43 LPGA ; cf. ATF 138 V 218 consid. 6). Ainsi, le Tribunal définit les faits et apprécie les preuves d'office et librement (cf. PIERRE MOOR/ETIENNE POLTIER, Droit administratif, vol. II, 3e 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 (cf. ATF 139 V 176 consid. 5.2). 2.3 En outre, le Tribunal applique le droit d'office, sans être lié par les motifs invoqués par les parties (art. 62 al. 4 PA ; cf. ATAF 2013/46 consid. 3.2), ni par l'argumentation juridique développée dans la décision entreprise (cf. MOOR/POLTIER, op. cit., n° 2.2.6.5 ; BENOÎT BOVAY, Procédure administrative, 2e éd. 2015, p. 243).

L'autorité saisie se limite en principe aux griefs soulevés et n'examine les questions de droit

non invoquées que dans la mesure où les arguments des parties ou le dossier l'y incitent (cf. ATF 122 V 157 consid. 1a et 121 V 204 consid. 6c). 3. 3.1 Sous réserve de dispositions particulières du droit transitoire, 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 (cf. ATF 146 V 364 consid. 7 et 144 V 210 consid. 4.3.1). Le juge des assurances sociales apprécie par ailleurs la légalité des décisions d'après l'état de fait existant au moment où la décision litigieuse a été rendue, les faits survenus postérieurement, et qui ont modifié cette situation, devant en principe faire l'objet d'une nouvelle décision

C-3077/2021 Page 8 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 (cf. 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 (cf. arrêt du TF 9C_34/2017 du 20 avril 2017 consid. 5.2). Dans le cas d'espèce, la décision querellée a été rendue le 11 mai 2021, de sorte qu'il y a lieu de s'en tenir aux faits survenus et d'appliquer le droit en vigueur à cette date. 3.2 Le recourant étant un ressortissant espagnol, domicilié en Espagne, ayant travaillé en Suisse et demandant l'octroi de prestations d'invalidité suisses, l'affaire présente un aspect transfrontalier (cf. ATF 145 V 231 consid. 7.1). Est dès lors 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 : règlements 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 du règlement n° 883/2004, en relation avec l'annexe VII dudit règlement ; cf. ATF 130 V 253 consid. 2.4 ; arrêt du TF 9C_573/2012 du 16 janvier 2013 consid. 4). 4. 4.1 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,

E. 28

et 29 LAI). 4.2 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

C-3077/2021 Page 9 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^{er} phr. LPGA). Ainsi, la notion d'invalidité est de nature économique, et non pas médicale (cf. 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 LPGGA). 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 2e phr. LPGGA).

4.3 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 LPGGA) 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 LPGGA) à 40% au moins (let. c).

4.4 L'évaluation du taux d'invalidité se fait principalement sur la base de trois méthodes, dont l'application dépend du statut du bénéficiaire potentiel de la rente (cf. notamment arrêt du Tribunal administratif fédéral [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 LPGGA, applicable par renvoi de l'art. 28a al. 1 1e phr. 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 (cf. ATF 130 V 343 consid. 3.4.2 ; arrêt du TF 8C_536/2017 du 5 mars 2018 consid. 5.1 ; arrêt du TAF C-2235/2021 du 11 octobre 2023 consid. 4.5).

4.5 Aux termes de l'art. 28 al. 2 LAI (abrogé au 1er 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.

C-3077/2021 Page 10

4.6 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 LPGGA, mais pas avant le mois qui suit le 18e 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 (cf. 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 (cf. 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 (cf. arrêt du TF 9C_719/2016 du 1er 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. Si elle n'a jamais entendu créer une hiérarchie rigide entre les différents moyens de preuve disponibles, la jurisprudence a toutefois posé des lignes directrices en matière d'appréciation des rapports médicaux et d'expertise (cf. ATF 125 V 351 consid. 3b et 3c ; arrêt du TF 8C_425/2020 du 27 janvier 2021 consid. 2.3). Ainsi, le juge des assurances sociales doit examiner de manière objective tous les moyens de preuve, quelle que soit leur provenance, puis décider si les documents à disposition permettent de

porter un jugement valable sur le droit litigieux. A cet égard, l'élément déterminant pour reconnaître pleine valeur probante à un rapport médical n'est ni son origine, ni sa désignation, mais son contenu. Avant de conférer pleine valeur probante à un rapport médical, il convient donc 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 (cf. ATF 134 V 231 consid. 5.1 ; arrêt du TF 9C_344/2022 du 20 février 2023 consid. 4.1). La

C-3077/2021 Page 11 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 (cf. arrêts du TF 8C_225/2021 du 10 juin 2021 consid. 3.2 et 9C_555/2017 du 22 novembre 2017 consid. 3.1). 5.3 Les prises de position des services médicaux régionaux, au sens des art. 59 al. 2bis LAI (abrogé au 1er janvier 2022 : RO 2021 705) et 49 al. 1 et 3 RAI, et du service médical interne 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. Elles contiennent les résultats de l'examen des conditions médicales du droit aux prestations et une recommandation, sous l'angle médical, concernant la suite à donner à la demande de prestations (cf. arrêt du TF 8C_616/2020 du 15 juin 2021 consid. 6.2.4 et les réf. cit.). Pour avoir valeur probante, les prises de position des services médicaux présupposent que le dossier contienne l'établissement non lacunaire de l'état de santé de l'assuré (exposé complet de l'anamnèse, exposé de l'évolution de l'état de santé et du statut actuel) et qu'il ne se soit agi essentiellement que d'apprécier un état de fait médical établi et non contesté – l'examen direct de l'assuré par un médecin spécialisé n'étant ainsi plus au premier plan (cf. arrêt du TF 9C_647/2020 du 26 août 2021 consid. 4.2). 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 strictes. 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 (cf. ATF 145 V 97 consid. 8.5 ; arrêts du TF 8C_241/2023 du 7 novembre 2023 consid. 3.3 et 8C_142/2023 du 18 septembre 2023 consid. 3.3.3). 6. 6.1 En l'espèce, les rapports médicaux suivants figurent au dossier : - un rapport radiologique du 12 juillet 2019 établi dans le cadre d'un examen des genoux, constatant la présence de signes de gonarthrose bilatérale, d'enthésopathie rotulienne droite à l'insertion du tendon quadricipital et de calcifications vasculaires (dossier AI pce 33) ; - un rapport de la médecin traitante de l'assuré du 9 octobre 2019, accompagné d'une fiche de médication, qui énumère les problèmes de

C-3077/2021 Page 12 santé suivants : diabète sucré de type 2, hypertension, dyslipidémie, statut post-ménisectomie du genou droit, pathologie du genou gauche de longue évolution, chondropathie, phimosis (en attente d'une intervention en urologie) et possible lombosciatique L4 chronique droite (en attente d'un scanner et d'un suivi en traumatologie ; dossier AI pces 2-3) ; - un rapport radiologique du 18 octobre 2019 (dossier AI pce 22) ; - un rapport médical E 213 de la Dresse D. _____ du 4 novembre 2019, lequel mentionne la lombosciatique droite en cours d'évaluation comme principale plainte et considère que

l'assuré demeure capable d'exercer à plein temps son dernier emploi (dossier AI pce 4) ; - un rapport du service de traumatologie du 19 décembre 2019, rapportant les résultats qui suivent d'un scanner effectué le 16 octobre 2019 : la lombosciatique L4 droite est confirmée avec un signe de Lasègue positif à 30°-40° ; la force et la sensibilité sont préservées ; des changements dégénératifs avec des protrusions/hernies discales sont observés dans les articulations ; la douleur est persistante ; un traitement antalgique est en place, l'intéressé étant adressé à l'unité spécialisée pour évaluation (cf. dossier AI pce 8) ; - un rapport d'intervention du 17 janvier 2020, à teneur duquel l'assuré a subi une intervention en urologie aux fins du traitement de son phimosis (cf. dossier AI pce 25) ; - un rapport du service de radiologie du 12 mai 2020, dont il ressort qu'un scanner du genou droit a été réalisé en urgence ce même jour, à raison d'une forte augmentation de la douleur ; une gonarthrose, une enthésopathie rotulienne ainsi qu'une athéromatose vasculaire ont été mises en évidence (dossier AI pce 26) ; - les résultats d'un EMG du 8 septembre 2020, révélant une radiculopathie motrice chronique L5 bilatérale d'intensité modérée à sévère à droite (atteinte de 40 à 35%), respectivement modérée à gauche (atteinte de 30%), sans signes d'évolution, aucune dénervation n'ayant été enregistrée (dossier AI pce 27) ; - un rapport du service de traumatologie du 23 avril 2021, dont il ressort que l'intéressé a subi une intervention chirurgicale au genou droit (pose d'une prothèse totale) le 22 avril 2021 (dossier AI pce 52).

C-3077/2021 Page 13 6.2 Pour être complet, le Tribunal note encore la présence au dossier de deux documents établis postérieurement à la décision attaquée, à savoir d'un rapport d'évaluation de l'incapacité de travail du 28 mai 2021 et d'un rapport médical E 213 du Dr E._____ du 21 juin 2021. Sont évoqués, à titre de diagnostics, un lumbago avec sciatique (CIM-10 : M54.4), de l'ostéoarthrose des facettes, une gonarthrose bilatérale et la pose d'une prothèse en avril 2021 (cf. dossier AI pces 55-56). 7. Il sied à présent d'analyser les prises de position du service médical présentes au dossier, étant souligné que, s'agissant de rapports établis par un médecin interne à l'assurance, des exigences strictes prévalent (cf. consid. 5.3 supra). 7.1 En l'occurrence, la décision attaquée se fonde sur l'avis du Dr C._____, praticien du service médical. Dans une première prise de position du 3 mars 2020, celui a retenu les diagnostics de syndrome lombo- spondylogène chronique récidivant (CIM-10 : M47.8), avec suspicion d'irritation radiculaire intermittente, et de gonalgie gauche. Il a en outre requis des mesures d'instruction complémentaires (cf. consid. B.c supra ; dossier AI pce 17). Dans sa seconde prise de position du 2 novembre 2020, le Dr C._____ a modifié en partie son diagnostic, soit retenu une gonarthrose à droite (CIM-10 : M17.1) en lieu d'une gonalgie gauche. Il a estimé que l'assuré avait présenté une incapacité totale de travail dans toute activité dès le 19 septembre 2019, les altérations dégénératives de la colonne et des genoux réduisant sa capacité de charge physique et limitant la marche. L'évolution de sa pathologie était toutefois favorable, étant donné l'absence de signe de dénervation active à l'EMG du 8 septembre 2020. Aussi, le Dr C._____ a considéré que l'incapacité de travail de l'assuré dans une activité adaptée, c'est-à-dire une activité légère, n'était plus que de 30% à compter du 8 septembre 2020. Une liste exemplative des activités de substitution exigibles était jointe à la prise de position. Cela étant, le Dr C._____ a encore précisé qu'aucune réactualisation du dossier n'était indiquée, dans la mesure où les problèmes de santé trouvaient leur origine dans des changements dégénératifs (irréversibles), ayant une évolution chronique progressive (dossier AI pce 30). Dans son ultime prise de position du 12 janvier 2021, le service médical a corrigé une nouvelle fois la liste de ses diagnostics pour retenir une gonarthrose

bilatérale (CIM-10 : M17.0) – et pas seulement à droite. Il a

C-3077/2021 Page 14 néanmoins précisé que cela ne modifiait pas son appréciation quant à la possibilité d'exercer une activité sédentaire. Ont été évoquées les limitations fonctionnelles suivantes : 5-6h de travail quotidien avec pauses de 10mn au besoin, en position de travail assise, sans rotation du tronc, sans travail avec les bras au-dessus de la tête, sans devoir se pencher ou s'agenouiller, sans port de charges de plus de 5 kg, sans déplacement en terrain irrégulier, sans devoir monter sur une échelle/un échafaudage, sans exposition au froid/à l'humidité/aux intempéries, pas d'activité exigeant de la rapidité ou de l'endurance. Le Dr C. _____ a enfin modifié la date de début de l'incapacité totale de travail au 12 juillet 2019, date du premier rapport radiologique (cf. dossier AI pce 38). 7.2 Force est de constater que les avis précités sont empreints de plusieurs inconsistances. 7.2.1 Tout d'abord, le service médical a retenu que l'incapacité de travail avait débuté le 12 juillet 2019, lorsque des signes de gonarthrose bilatérale ont été détectés chez l'assuré. Or, ce dernier a continué d'exercer son activité d'ouvrier d'exploitation à plein temps jusqu'au 24 septembre 2019 – date de la résiliation de son contrat de travail et de son dernier jour d'activité (cf. dossier AI pce 10). La date retenue au titre du début de l'incapacité de travail, plus de deux mois avant que l'intéressé n'interrompe son activité professionnelle, ne saurait donc convaincre en l'état de la cause, aucune motivation n'ayant d'ailleurs été formulée à cet appui. 7.2.2 Ensuite, le service médical a considéré que l'intéressé était totalement incapable d'exercer son activité habituelle d'ouvrier d'exploitation depuis l'été 2019. Il a indiqué, à cet appui, que les atteintes à sa colonne et à ses genoux réduisaient sa capacité d'exercer une activité lourde. Le précédent employeur de l'assuré avait pourtant qualifié son activité de légère (cf. dossier AI pce 10), le Dr C. _____ ne s'étant pas expliqué à cet égard. Plus encore, il n'a pas tenu compte des conclusions formulées par la Dresse D. _____ dans le rapport E 213 du 4 novembre 2019, suivant lesquelles l'intéressé demeurait capable d'exercer son précédent emploi sans restriction (dossier AI pce 4) ; il n'a pas davantage indiqué les raisons pour lesquelles il convenait selon lui de se distancer de l'avis de sa consœur. Les explications du service médical afférentes à l'incapacité totale de travail dans l'activité habituelle ne sont dès lors pas convaincantes. En outre, le service médical ne s'est pas prononcé sur la capacité de l'assuré d'exercer une activité adaptée, soit une activité légère ou

C-3077/2021 Page 15 sédentaire, à compter de l'été 2019. Il s'est en effet limité à relever que la capacité d'exercer une activité lourde était réduite, et n'a étudié la capacité de travail dans une activité adaptée qu'à compter du mois de septembre 2020. L'instruction est ainsi lacunaire, le Tribunal ne pouvant tenir pour établi que le recourant était incapable de travailler, dans son activité habituelle comme dans une activité adaptée, à compter du mois de juillet ou de septembre 2019. 7.2.3 Enfin, l'amélioration de l'état de santé du recourant à partir du 8 septembre 2020, retenue sur la base des résultats d'un EMG (cf. dossier AI pce 27), n'est pas démontrée à satisfaction. Le Tribunal ne discerne en effet pas l'amélioration à laquelle il est fait référence, dès lors que le Dr C. _____ a souligné que les changements dégénératifs subis par l'intéressé étaient irréversibles. Le recourant a de surcroît subi une intervention chirurgicale programmée au genou droit au mois d'avril 2021, ce qui tend à indiquer que son état de santé n'était pas stabilisé, a fortiori amélioré, en septembre 2020 (cf. dossier AI pce 52). 7.3 Compte tenu de ce qui précède, le Tribunal ne peut considérer comme établi, au degré de la vraisemblance prépondérante, que le recourant a été totalement incapable de travailler dès le 12 juillet 2019, puis qu'il a recouvré une capacité

de travail de 70% dans une activité adaptée à compter du 8 septembre 2020. La décision attaquée repose ainsi sur une instruction insuffisante, ne permettant pas au Tribunal de se prononcer sur la capacité de travail de l'intéressé. 7.4 Ainsi, il y a lieu de retenir que l'OAIE a violé son devoir d'instruire complètement le dossier avant de rendre sa décision et que le doute subsiste quant à la capacité de travail effective du recourant. Il se justifie en conséquence d'annuler la décision attaquée et de renvoyer l'affaire à l'autorité inférieure pour un complément d'instruction et une nouvelle décision. En particulier, l'OAIE veillera à requérir des rapports récents des médecins traitants du recourant et ordonnera une expertise comportant un volet orthopédique et un volet de médecine interne générale, ainsi que toute autre discipline jugée nécessaire par les experts (cf. ATF 139 V 349 consid. 3.2 ; arrêt du TF 8C_150/2022 du 7 novembre 2022 consid. 10.2). Les médecins devront notamment, dans le cadre d'une évaluation consensuelle, examiner l'ensemble de l'état de santé de recourant au jour

C-3077/2021 Page 16 de l'expertise, déterminer les atteintes à la santé de celui-ci, ce en décrivant l'évolution des constats médicaux objectivables dans la durée et depuis la date de la demande de prestations de l'AI, et, dans la même mesure, leurs effets sur la capacité de travail, ainsi que les limitations fonctionnelles. L'ensemble du dossier devra ensuite être soumis au service médical pour nouvel examen. Enfin, une nouvelle décision devra être prise. 8. Il s'ensuit que le recours doit être admis au sens des considérants et la décision du 11 mai 2021 annulée. La cause est renvoyée à l'autorité inférieure pour instruction complémentaire dans le sens des considérants et nouvelle décision.

9. Le renvoi de la cause pour instruction complémentaire et nouvelle décision revient à obtenir gain de cause (cf. ATF 146 V 28 consid. 7). Il n'est dès lors pas perçu de frais de procédure (art. 63 al. 1 et 2 PA). L'avance de frais versée par le recourant à concurrence de 800.31 francs (cf. pces TAF 12 et 36) lui sera restituée une fois le présent arrêt entré en force. Il n'y a par ailleurs pas lieu d'allouer des dépens au recourant, qui a procédé seul (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]).

(Le dispositif est porté à la page suivante.)

C-3077/2021 Page 17

Export aus OpenCaseLaw (CC0). Verbindlich ist allein der vom erlassenden Gericht veröffentlichte Originaltext. Quellen-URL siehe oben.