

# **BVGer C-3710/2019 vom 25. März 2024**

Bundesverwaltungsgericht, 2024-03-25, FR

Quelle: [https://mcp.opencaselaw.ch/entscheid/bvger\\_C-3710\\_2019](https://mcp.opencaselaw.ch/entscheid/bvger_C-3710_2019)

FR: TAF C-3710/2019 du 25 mars 2024

IT: TAF C-3710/2019 del 25 marzo 2024

## **Regeste**

Droit à la rente

## **Erwägungen**

### **E. 1.1**

Selon l'art. 31 LTAF, sous réserve des exceptions prévues à l'art. 32 LTAF, non réalisées en l'espèce, et en relation avec les art. 33 let. d LTAF et art. 69 al. 1 let. b LAI (RS 831.20), le Tribunal administratif fédéral connaît des recours contre les décisions au sens de l'art. 5 PA prises par l'OAIE.

### **E. 1.2**

Selon l'art. 37 LTAF, la procédure devant le Tribunal est régie par la PA, pour autant que la LTAF n'en dispose pas autrement. En vertu de l'art. 3 let. dbis PA, la procédure en matière d'assurances sociales n'est pas régie par la PA dans la mesure où la LPGA (RS 830.1) est applicable. A cet égard, conformément à l'art. 2 LPGA, en relation avec l'art. 1 LAI, les dispositions de la LPGA s'appliquent à l'assurance-invalidité à moins que la LAI ne déroge expressément à la LPGA.

### **E. 1.3**

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

### **E. 1.4**

Déposé en temps utile et dans les formes requises par la loi (art. 60 LPGA et 20, 22a et 50 PA ; art. 52 PA), et l'avance sur les frais de procédure ayant été dûment acquittée (art. 63 al. 4 PA), le recours est recevable.

## **E. 2**

L'objet du présent litige porte sur la question de savoir si le recourant a droit à une rente d'invalidité suisse, respectivement si la décision querellée du 24 juin 2019 se révèle bien fondée.

### **E. 3.1**

La procédure dans le domaine des assurances sociales fait prévaloir la maxime inquisitoire (art. 43 LPGA ; ATF 138 V 218 consid. 6). Ainsi, le Tribunal administratif fédéral définit les faits et apprécie les preuves d'office et librement (art. 12 PA ; Pierre Moor/Etienne Poltier, Droit administratif, vol. II, 3e éd. 2011, ch. 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 ; ATF 138 V 218 consid. 6). Par ailleurs, il

applique le droit d'office, sans être lié par les motifs invoqués par les parties (art. 62 al. 4 PA ; ATAF 2013/46 consid. 3.2), ni par l'argumentation juridique développée dans la décision entreprise (Pierre Moor/Etienne Poltier, op. cit., ch. 2.2.6.5 ; Benoît Bovay, Procédure administrative, 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 (ATF 122 V 157 consid. 1a ; ATF 121 V 204 consid. 6c ; André Moser et al., Prozessieren vor dem Bundesverwaltungsgericht, 3e éd. 2022, n° 1.55). Les parties ont le devoir de collaborer à l'instruction (art. 13 PA et 43 al. 3 LPGA ; arrêt du Tribunal administratif fédéral C-6134/2017 du 3 avril 2018 consid. 5.4) et de motiver leur recours (art. 52 PA).

### **E. 3.2**

Compte tenu des éléments d'extranéité ressortant du dossier, est applicable l'accord du 21 juin 1999 sur la libre circulation des personnes (ALCP, RS 0.142.112.681) ainsi que ses annexes et règlements (en particulier : règlement n° 883/2004, RS 0.831.109.268.1, et n° 987/2009, RS 0.831.109.268.11). Néanmoins, l'invalidité ouvrant droit à des prestations de l'assurance-invalidité suisse se détermine exclusivement d'après le droit suisse (art. 46 al. 3 et annexe VII du règlement n° 883/2004, en relation avec l'annexe VII dudit règlement : ATF 130 V 253 consid. 2.4 ; arrêt du TF 9C\_465/2022 du 1er mars 2023 consid. 5.5).

### **E. 3.3**

En outre, il y a lieu en principe d'appliquer les règles de droit matériel en vigueur lors de la réalisation de l'état de fait qui doit être apprécié juridiquement ou qui a des conséquences juridiques, sous réserve des dispositions particulières du droit transitoire (ATF 143 V 446 consid. 3.3 ; 136 V 24 consid. 4.3 ; 132 V 215 consid. 3.1.1). Le juge des assurances sociales apprécie en outre la légalité des décisions d'après les faits existant au moment où la décision litigieuse a été rendue (ATF 121 V 362 consid. 1b ; 99 V 98 consid. 4 ; arrêts du TF 9C\_25/2012 du 25 avril 2012 consid. 2.1 ; 9C\_931/2008 du 8 mai 2009 consid. 4.3). Dans le cas d'espèce, la décision litigieuse ayant été rendue le 24 juin 2019, il y a lieu de s'en tenir aux faits survenus jusqu'à cette date et d'appliquer le droit en vigueur jusqu'à ce moment-là. Dès lors, la modification de la LAI du 19 juin 2020 (RO 2121 705 ; FF 2017 2559), dans la mesure où elle est entrée en vigueur au 1er janvier 2022, ne trouve pas application dans le cas d'espèce.

### **E. 4**

Selon l'art. 36 LAI, l'assuré qui compte trois années au moins de cotisations lors de la survenance de l'invalidité a droit à une rente d'invalidité ordinaire (al. 1). En l'occurrence, le recourant a versé des cotisations à l'AVS/AI suisse pendant plus de 50 mois (cf. OAI-B. \_\_\_\_\_ pce 62). Il remplit donc la condition de durée minimale de cotisations. Il reste à examiner si l'assuré est invalide au sens de la loi.

### **E. 5.1**

Conformément à l'art. 28 al. 1 LAI, l'assuré a droit à une rente si sa capacité de gain ou sa capacité d'accomplir ses travaux habituels ne peut pas 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. 5.2**

Le droit à la rente prend naissance au plus tôt à l'échéance d'une période de six mois à compter de la date à laquelle l'assuré a fait valoir son droit aux prestations conformément à l'art. 29 al. 1 LPGA, mais pas avant le mois qui suit le 18e anniversaire de l'assuré (art. 29 al. 1 LAI) et sous réserve d'un délai d'attente d'une année à compter du début de l'atteinte à la santé (art. 28 al. 1 let. b LAI).

## **E. 5.3**

Aux termes de l'art. 8 al. 1 LPGA, est réputée invalidité l'incapacité de gain totale ou partielle qui est présumée permanente ou de longue durée. L'art. 4 al. 1 LAI précise que l'invalidité peut résulter d'une infirmité congénitale, d'une maladie ou d'un accident. L'al. 2 de cette disposition mentionne que l'invalidité est réputée survenue dès qu'elle est, par sa nature et sa gravité, propre à ouvrir droit aux prestations entrant en considération. 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 l'assuré sur un marché du travail équilibré dans son domaine d'activité, si cette diminution résulte d'une atteinte à sa santé physique, mentale ou psychique et qu'elle persiste après les traitements et les mesures de réadaptation exigibles. De plus, il n'y a incapacité de gain que si celle-ci 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 l'assuré peut aussi relever d'une autre profession ou d'un autre domaine d'activité (art. 6 LPGA).

## **E. 5.4**

La notion d'invalidité, dont il est question à l'art. 8 LPGA et à l'art. 4 LAI, est de nature juridique/économique et non pas médicale (ATF 116 V 246 consid. 1b). En d'autres termes, l'assurance-invalidité suisse couvre seulement les pertes économiques liées à une atteinte à la santé physique, mentale ou psychique, qui peut résulter d'une infirmité congénitale, d'une maladie ou d'un accident, et non la maladie en tant que telle. Selon la jurisprudence constante, bien que l'invalidité soit une notion juridique et économique, les données fournies par les médecins constituent néanmoins un élément utile pour apprécier les conséquences de l'atteinte à la santé et pour déterminer quels travaux peuvent être encore raisonnablement exigés (ATF 115 V 133 consid. 2 ; 114 V 310 consid. 3c).

## **E. 5.5**

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 (cf. arrêt du TF 9C\_250/2021 du 24 mars 2022 consid. 2.2). S'agissant d'une personne exerçant une activité lucrative à temps complet, le taux d'invalidité est fixé d'après la méthode ordinaire de comparaison des revenus. Conformément à l'art. 16 LPGA, applicable par le renvoi de l'art. 28a al. 1 LAI, le revenu que la personne assurée aurait pu obtenir si elle n'était pas invalide (revenu sans invalidité) est comparé avec celui qu'elle pourrait obtenir en exerçant l'activité qui peut être raisonnablement exigée d'elle après les traitements et les mesures de réadaptation, sur un marché du travail équilibré (revenu d'invalide). La différence entre ces deux revenus permet de calculer le taux d'invalidité (cf. notamment ATF 137 V 334 consid. 3.1.1 ; arrêt du TF 9C\_250/2021 du 24 mars 2022 consid. 2.2). En l'espèce, le recourant travaillait à plein temps avant la survenance de l'atteinte à la santé.

### **E. 5.6.1**

Selon l'art. 69 al. 2 RAI (RS 831.201), l'office de l'assurance-invalidité compétent réunit les pièces nécessaires, en particulier sur l'état de santé du requérant, son activité, sa capacité de travail et son aptitude à être réadapté, ainsi que sur l'indication de mesures déterminées de réadaptation.

### **E. 5.6.2**

Ainsi, le point de départ de l'examen du droit aux prestations est l'ensemble des éléments et constatations médicales. L'élément déterminant pour reconnaître pleine valeur probante à un rapport médical n'est ni son origine, ni sa désignation, mais son contenu (ATF 125 V 351 consid. 3a ; 135 V 465 consid. 4.4). A cet égard, il importe que les points litigieux importants aient fait l'objet d'une étude fouillée, que le rapport se fonde sur des examens complets, qu'il prenne également en considération les plaintes exprimées, qu'il ait été établi en pleine connaissance du dossier, que la description des conséquences médicales soit claire et, enfin, que les conclusions du spécialiste soient bien motivées (ATF 134 V 231 consid. 5.1 ; 130 V 396).

### **E. 5.6.3**

S'agissant des documents produits par le service médical d'un assureur étant partie au procès (art. 59 al. 2bis LAI), le Tribunal fédéral n'exclut pas que l'assureur ou le juge des assurances sociales statuent en grande partie, voire exclusivement sur la base de ceux-ci. Dans de telles constellations, il convient toutefois de poser des exigences sévères à l'appréciation des preuves. Une instruction complémentaire sera ainsi requise, s'il subsiste des doutes, même minimes, quant au bien-fondé des rapports et expertises médicaux versés au dossier par l'assureur (ATF 139 V 225 consid. 5.2 ; 135 V 465 consid. 4.6 ; 122 V 157 consid. 1d ; 123 V 175 consid. 3d ; 125 V 351 consid. 3b/ee ; arrêt du TF 9C\_10/2017 du 27 mars 2017 consid. 5.1). Le simple fait qu'un avis médical divergeant - même émanant d'un spécialiste - ait été produit ne suffit toutefois pas à lui seul à remettre en cause la valeur probante d'un rapport établi par le service médical de l'assureur (arrêt du TF U 365/06 du 26 janvier 2007 consid. 4.1). Par ailleurs, il sied de relever que le fait précisément que ces médecins soient liés à l'assureur, d'un point de vue institutionnel ou par un rapport de travail, ne permet pas, pour ce seul motif, de douter de l'objectivité de leur appréciation ; le Tribunal fédéral n'y voit pas de motif de partialité ou de subjectivité (ATF 135 V 465 consid. 4.4). Les rapports des SMR selon les art. 59 al. 2bis LAI et 49 al. 1 et 3 RAI ont une autre fonction que les examens sur la personne de l'assuré au sens de l'art. 49 al. 2 RAI effectués par les SMR et de l'art. 44 LPGA effectués par un expert indépendant. Les rapports au sens des art. 59 al. 2bis LAI et 49 al. 1 et 3 RAI ne se fondent pas sur des examens médicaux effectués sur la personne mais contiennent les résultats de l'examen des conditions médicales du droit aux prestations et une recommandation, sous l'angle médical, concernant la suite à donner à la demande de prestations. Ils ne posent pas de nouvelles conclusions médicales mais portent une appréciation sur celles déjà existantes (arrêts du TF 9C\_581/2007 du 14 juillet 2008 consid. 3.2 et 9C\_341/2007 du 16 novembre 2007 consid. 4.1).

### **E. 5.6.4**

Quant aux rapports établis par les médecins traitants, le juge peut et doit tenir compte du fait que selon l'expérience, le médecin traitant est généralement enclin, en cas de doute, à prendre parti pour son patient en raison de la relation de confiance issue du mandat

thérapeutique qui l'unit à ce dernier (ATF 135 V 465 consid. 4.5 ; 125 V 351 consid. 3a/cc). Cette constatation s'applique de même aux médecins non traitants ou spécialistes (expertises privées) consultés par un patient en vue d'obtenir un moyen de preuve à l'appui de sa requête (arrêt du TF I 321/03 du 29 octobre 2003 consid. 3.1 ; Michel Valterio, Commentaire, Loi fédérale sur l'assurance-invalidité [LAI], 2018, art. 57 n° 48). Toutefois, le simple fait qu'un certificat médical ou une expertise privée soit établi à la demande d'une partie et soit produit pendant la procédure ne justifie pas en soi des doutes quant à sa valeur probante. Ainsi, on en retiendra des éléments, notamment si ceux-ci, objectivement vérifiables, ont été ignorés dans le cadre d'une expertise indépendante et s'avèrent suffisamment pertinents pour remettre en cause les conclusions de l'expert (ATF 125 V 351 consid. 3b/dd et les réf. citées ; arrêts du TF 9C\_338/2016 du 21 février 2017 consid. 5.5 ; 9C\_876/2009 du 6 juillet 2010 consid. 2.2 ; 9C\_24/2008 du 27 mai 2008 consid. 2.3.2 ; 9C\_201/2007 du 29 janvier 2008 consid. 3.2).

### **E. 5.7**

Dans le domaine des assurances sociales, la décision doit se fonder sur les faits qui, faute d'être établis de manière irréfutable, apparaissent comme les plus vraisemblables, c'est-à-dire qui présentent un degré de vraisemblance prépondérante. Il ne suffit donc pas qu'un fait puisse être considéré seulement comme une hypothèse possible ; la vraisemblance prépondérante suppose que, d'un point de vue objectif, des motifs importants plaident pour l'exactitude d'une allégation, sans que d'autres possibilités ne revêtent une importance significative ou n'entrent raisonnablement en considération (ATF 139 V 176 consid. 5.3).

### **E. 6.1**

Lorsque la rente a été refusée par une précédente décision parce que le degré d'invalidité était insuffisant, la nouvelle demande ne peut être examinée que si l'assuré rend plausible que son invalidité s'est modifiée de manière à influencer ses droits (art. 87 al. 2 et 3 RAI ; ATF 130 V 71 consid. 2.2 ; 109 V 262 consid. 3). Demeure réservée une modification des bases légales qui ont motivé la décision de refus de prestations ou la survenance d'un nouveau cas d'assurance au sens d'une augmentation du degré d'invalidité en raison d'une atteinte à la santé totalement différente de l'atteinte initiale (arrêt du TF 8C\_388/2021 du 16 août 2021 consid. 4.2 et réf. citées).

### **E. 6.2**

Si l'administration entre en matière sur une nouvelle demande, elle doit instruire la cause et déterminer si la modification du degré d'invalidité rendue plausible par l'assuré s'est effectivement produite (ATF 130 V 64 consid. 6.2) et doit procéder de la même manière qu'en cas de révision au sens de l'art. 17 LPGA (ATF 141 V 9 consid. 2.3 ; 130 V 64 consid. 2 ; 117 V 198 consid. 3a ; notamment : arrêts du TF 9C\_269/2018 du 25 juillet 2018 consid. 2 ; I 329/05 du 10 février 2006 consid. 1.1 ; 132/03 du 26 avril 2005 consid. 2). Pour examiner si dans un cas, il y a eu une modification du taux d'invalidité au sens de l'art. 17 al. 1 LPGA, le point de départ est formé par la dernière décision entrée en force qui repose sur un examen matériel du droit à la rente avec une constatation des faits pertinents, une appréciation des preuves et une comparaison des revenus (pour autant qu'il existait des indices selon lesquels la capacité de travail résiduelle était modifiée). Les faits tels qu'ils se présentaient à ce moment-là doivent être comparés aux circonstances régnant à l'époque de la décision litigieuse (ATF 133 V 108 consid. 5.4 ; 130 V 343 consid. 3.5.2 ; 130 V 71 consid. 3.2.3 et références).

### **E. 6.3**

En l'espèce, l'autorité inférieure est entrée en matière sur la nouvelle demande de prestations AI du 26 septembre 2017 de l'assuré, celle-ci a été déposée en raison de l'atteinte au genou gauche. Par décision du 8 septembre 2010, l'autorité inférieure avait rejeté la première demande de prestations AI de l'intéressé au motif que la comparaison des revenus avec et sans atteinte à la santé faisait apparaître une perte de gain de 5 %, ceci excluant l'octroi d'une rente d'invalidité (OAI-B. \_\_\_\_\_ pce 37). Sur le plan médical, une expertise bidisciplinaire en médecine générale et en chirurgie orthopédique avait été réalisée (cf. rapport d'expertise du 20 avril 2009 [OAI-B. \_\_\_\_\_ pce 17]). Les diagnostics ayant un impact sur la capacité de travail étaient un syndrome douloureux chronique de l'épaule droite sur status après kyste glénoïdien sur labrum crânien, un status après ablation arthroscopique du kyste du labrum glénoïdien le 9 juin 2008, un premier diagnostic d'algodystrophie, selon l'IRM du 6 octobre 2008, et une raideur persistante de l'épaule droite en présence de capsulite présumée. Les experts avaient retenu, en particulier sur le plan orthopédique, qu'en raison de l'atteinte à l'épaule droite, l'activité habituelle d'électricien-monteur n'était plus exigible ainsi que les activités manuelles comparables impliquant de soulever des charges de plus de 5 à 10 kg (OAI-B. \_\_\_\_\_ pce 17 p. 9). La décision du 8 septembre 2010 est entrée en force de chose décidée, n'ayant pas été attaquée par recours. Ainsi, il sied de constater que la nouvelle demande de l'assuré concerne une atteinte (genou gauche) totalement différente de l'atteinte initiale (épaule droite). Partant, la nouvelle demande de prestations de l'assuré doit être soumise à un examen complet en fait et en droit (arrêt du TF 9C\_556/2021 du 3 janvier 2022 consid. 5.1).

### **E. 7.1**

L'autorité inférieure a rejeté par décision du 24 juin 2019 la nouvelle demande de prestations d'invalidité de l'assuré au motif qu'une activité adaptée, légère à moyenne, est exigible à plein temps. Sur le plan médical, le dossier de l'OAI-B. \_\_\_\_\_ contient deux avis du SMR, datés des 21 novembre 2017 et 11 juin 2019, ainsi que le dossier de la SUVA.

### **E. 7.2**

Selon l'avis du SMR du 21 novembre 2017, le Dr G. \_\_\_\_\_ rappelle en substance les diagnostics figurant dans le rapport d'expertise du 20 avril 2009 concernant l'épaule droite de l'assuré ainsi que les limitations fonctionnelles retenues à ce moment-là et indique que les atteintes du membre supérieur droit ne se retrouvent plus dans les diagnostics à partir de l'année 2015 (OAI-B. \_\_\_\_\_ pce 61 p. 2). S'agissant de l'événement du 15 septembre 2015, le Dr G. \_\_\_\_\_ mentionne l'IRM du genou gauche du 16 octobre 2015, le rapport médical du 13 avril 2016, l'arthrographie et l'arthroscanner du 7 juin 2016, le rapport médical du médecin d'arrondissement de la SUVA du 14 octobre 2016, les rapports médicaux du service d'orthopédie de l'Hôpital universitaire E. \_\_\_\_\_ des 14 novembre 2016, 2 décembre 2016, 16 janvier 2017 et 27 février 2017, le rapport médical du Dr C. \_\_\_\_\_ du 25 avril 2017, les IRM du genou gauche des 27 avril et 22 juin 2017 ainsi que le rapport médical de la clinique F. \_\_\_\_\_ du 4 octobre 2017 relatif au séjour du 31 août au 4 octobre 2017 (OAI-B. \_\_\_\_\_ pce 61 pp. 2-5). Le Dr G. \_\_\_\_\_ retient que l'activité habituelle d'électricien-monteur n'est plus exigible mais qu'une activité adaptée légère à moyennement pénible est exigible à plein temps dans le respect des limitations fonctionnelles relatives au genou gauche et à l'épaule droite, soit la sollicitation alternée (position debout/marche d'un seul tenant jusqu'à 1h30 maximum) du genou gauche, sans activité prolongée en hauteur et en position accroupie et/ou sur les genoux et montée

fréquente d'escaliers/échelles ainsi que de ne pas solliciter de manière répétitive et monotone l'épaule droite, les activités devant pouvoir s'effectuer en dessous de la hauteur des épaules (OAI-B. \_\_\_\_\_ pce 61 p. 6). Dans son rapport médical du 11 juin 2019, le Dr G. \_\_\_\_\_ se réfère au rapport médical du service orthopédique de l'Hôpital universitaire E. \_\_\_\_\_ du 29 novembre 2017, l'IRM du 22 mars 2018, le rapport médical du 3 avril 2018 du Dr J. \_\_\_\_\_, le rapport médical du Dr C. \_\_\_\_\_ du 13 août 2018 ainsi que son avis complémentaire du 27 septembre 2018, les rapports médicaux du Dr J. \_\_\_\_\_ des 9 janvier, 21 février, 4 avril et 2 mai 2019 et le rapport médical final du médecin d'arrondissement du 3 juin 2019 (OAI-B. \_\_\_\_\_ pce 81 pp. 2-4). Le Dr G. \_\_\_\_\_ indique que l'évaluation de la capacité de travail et des limitations fonctionnelles retenues dans son rapport médical du 21 novembre 2017 restent valables. En outre, le Dr G. \_\_\_\_\_ note que dans la mesure où il n'existe comme auparavant que des atteintes liées à l'accident en ce qui concerne la limitation de la capacité de travail, il est possible de s'appuyer sans changement sur les documents de la SUVA, de la clinique F. \_\_\_\_\_ et les examens médicaux du médecin d'arrondissement de la SUVA (OAI-B. \_\_\_\_\_ pce 81 pp. 5-6).

### **E. 7.3**

Dans la mesure où le Dr G. \_\_\_\_\_ se fonde en particulier sur le rapport médical final de la SUVA du 3 juin 2019, établi par le Dr C. \_\_\_\_\_, il convient de déterminer la valeur probante de ce rapport médical.

#### **E. 7.3.1**

Dans son rapport médical du 3 juin 2019, le Dr C. \_\_\_\_\_ cite divers rapports et imageries médicaux produits entre les 23 septembre 2015 et 2 mai 2019 (OAI-B. \_\_\_\_\_ pce 79.4 pp. 1-5). Le Dr C. \_\_\_\_\_ rapporte que l'intéressé se plaint encore de douleurs et de gonflements au niveau de l'articulation du genou gauche après des phases d'effort plus importantes et déclare que l'injection de corticostéroïdes effectuée par le Dr J. \_\_\_\_\_ dans l'articulation du genou gauche n'a pas diminué les douleurs de manière significative. Lors de l'examen, le Dr C. \_\_\_\_\_ relève que l'intéressé décrit des sensations d'engourdissement distal de la rotule du côté gauche jusqu'au tiers proximal de la jambe gauche du côté ventral et dans la zone de la cicatrice sur le côté médial de l'articulation du genou gauche. Le Dr C. \_\_\_\_\_ indique ne pas constater de gonflement ou d'épanchement de l'articulation du genou gauche lors de l'examen du jour. Le Dr C. \_\_\_\_\_ indique qu'objectivement, l'intéressé présente une extension/flexion de l'articulation du genou gauche de 0/0/120° avec des rapports capsulo-ligamentaires stables et des cicatrices sans irritation et que les ligaments capsulaires de l'articulation du genou gauche sont stables. En outre, le Dr C. \_\_\_\_\_ indique qu'il n'y a pas de raison de procéder à une nouvelle intervention chirurgicale concernant l'articulation du genou gauche et qu'il faut partir d'un état médical final s'agissant de l'articulation du genou gauche (OAI-B. \_\_\_\_\_ pce 79.4 pp. 5-7).

#### **E. 7.3.2**

Sur la base de son examen, le Dr C. \_\_\_\_\_ retient que le recourant peut exercer, à plein temps, une activité adaptée, soit une activité légère à moyenne, à charge alternée. S'agissant des limitations fonctionnelles, le médecin d'arrondissement de la SUVA relève que l'assuré ne doit pas monter sur des échelles ou des échafaudages, qu'il doit éviter des positions présentant un risque de chute, des activités à genoux et des positions forcées avec la jambe gauche ainsi que de marcher sur un terrain irrégulier (OAI-B. \_\_\_\_\_ pce 79.4 p. 7).

#### **E. 7.3.3**

En premier lieu, il sied de constater que le Dr C. \_\_\_\_\_ ne se prononce pas sur les constats médicaux figurant dans les rapports médicaux établis par le Dr J. \_\_\_\_\_ à la suite de la seconde opération réalisée le 9 janvier 2019 et clôt l'instruction médicale alors que l'intéressé avait encore une consultation médicale prévue le 13 juin 2019 auprès du Dr J. \_\_\_\_\_ (cf. infra consid. 7.3.4). S'agissant de cette seconde arthroscopie, les pièces au dossier montrent que celle-ci a été programmée en raison d'un problème de ménisque sur la corne postérieure médiale, soit une déchirure oblique sur une longueur d'au moins 15 mm et une instabilité du ménisque selon l'IRM du 22 mars 2018. Le Dr J. \_\_\_\_\_ indiquait dans son rapport médical du 3 avril 2018 que cette problématique au ménisque entretenait probablement le cartilage endommagé, celui-ci pouvant s'y coincer en raison d'une mobilité accrue (OAI-B. \_\_\_\_\_ pce 67.3). Par conséquent, l'intéressé a été opéré pour la seconde fois de son genou gauche le 9 janvier 2019 par le Dr J. \_\_\_\_\_, lequel a procédé par arthroscopie à la suture du ménisque médial et à la résection ouverte du ganglion du genou gauche (OAI-B. \_\_\_\_\_ pce 76.6).

#### **E. 7.3.4**

Il ressort des rapports médicaux postopératoires de 2019 du Dr J. \_\_\_\_\_ que l'intéressé est très insatisfait de l'opération, qu'il a subi une perte musculaire massive au niveau de la cuisse gauche et qu'il se plaint de douleurs centrales dans l'articulation du genou (cf. les rapports médicaux des 21 février et 4 avril 2019 [OAI-B. \_\_\_\_\_ pce 78.4]). Lors du contrôle médical du 2 mai 2019, le Dr J. \_\_\_\_\_ relève une légère amélioration des douleurs. Toutefois, ce médecin spécialiste indique que l'intéressé continue de marcher avec une canne et qu'il fait état de douleurs liées à la charge en montant et en descendant les escaliers. En outre, le Dr J. \_\_\_\_\_ note que le quadriceps gauche est toujours très difficile à solliciter et procède à une infiltration de Kenacort 40 en raison de la persistance de la douleur au genou gauche. Enfin, le Dr J. \_\_\_\_\_ mentionne que l'assuré devra tenir un journal des douleurs et continuer lui-même à travailler constamment au renforcement musculaire et fixe le prochain rendez-vous de contrôler dans six semaines, soit au 13 juin 2019 (cf. rapport médical du 2 mai 2019 [OAI-B. \_\_\_\_\_ pce 78.4]). Dans son rapport médical du 20 janvier 2020, le Dr J. \_\_\_\_\_ indique avoir examiné le recourant dans son cabinet ce jour-là. Toutefois, ce rapport médical contient uniquement les anciens rapports du Dr J. \_\_\_\_\_ établis entre les 28 mars 2018 et 13 juin 2019 (OAI-B. \_\_\_\_\_ pce 111.13). Il sied en particulier de mentionner le rapport médical du 13 juin 2019, lequel a été établi après l'examen sur la personne du 3 juin 2019 du Dr C. \_\_\_\_\_ et ne figurait donc pas dans le dossier de l'OAI-B. \_\_\_\_\_ au moment du prononcé de la décision du 24 juin 2019. Selon ce rapport médical du 13 juin 2019, le Dr J. \_\_\_\_\_ indique que les douleurs musculaires et celles dans la région du quadriceps distal et des ischio-jambiers persistent et que l'intéressé se plaint de gonflements récurrents du genou. Le Dr J. \_\_\_\_\_ relève que le problème actuel est principalement causé par le déficit musculaire massif des quadriceps et des ischio-jambiers à gauche, l'intéressé ne pouvant pas effectuer des exercices intensifs en raison des douleurs musculaires et du gonflement du genou, et soulève la possibilité d'une fatigue musculaire ou d'un léger surmenage. En outre, le Dr J. \_\_\_\_\_ indique que seule une amélioration de la musculature peut remédier aux douleurs et que l'intéressé doit effectuer un entraînement personnel intensif. Enfin, le spécialiste en chirurgie orthopédique prescrit la dernière ordonnance de physiothérapie et note que le Dr C. \_\_\_\_\_ a conclu à l'état final du genou (OAI-B. \_\_\_\_\_ pce 111.13 pp. 4-5). Ainsi, il sied de constater que le Dr C. \_\_\_\_\_ ne se prononce pas sur la perte musculaire au niveau de la cuisse gauche retenue par le Dr J. \_\_\_\_\_ dans ses rapports médicaux établis après la seconde

arthroscopie. En outre, il sied de constater que le médecin d'arrondissement de la SUVA retient un état stabilisé du genou du recourant sans tenir compte des observations et constatations médicales postopératoires du Dr J.\_\_\_\_\_. En effet, selon les constats médicaux du Dr J.\_\_\_\_\_, l'état du genou de l'assuré ne semblait pas stabilisé au moment du prononcé de la décision litigieuse du 24 juin 2019 dès lors que l'assuré présentait toujours un état douloureux - malgré une infiltration de Kenacort 40 en raison de la persistance de la douleur au genou gauche, d'un épanchement et d'un déficit musculaire massif des quadriceps et des ischio-jambiers à gauche, l'empêchant d'effectuer les exercices intensifs. Les Drs C.\_\_\_\_\_ et G.\_\_\_\_\_ retiennent une capacité entière de travail sans toutefois motiver et exposer de manière circonstanciée leurs constatations médicales et sans se prononcer sur les observations médicales du Dr J.\_\_\_\_\_.

### **E. 7.3.5**

En effet, le Dr C.\_\_\_\_\_ indique que l'extension/flexion de l'articulation du genou gauche est de 0/0/120° avec des rapports capsulo-ligamentaires stables et des cicatrices sans irritation et que l'assuré ne présente aucun problème de gonflement de l'articulation du genou gauche ou d'épanchement (OAI-B.\_\_\_\_\_ pce 79.4 p. 5-6 ; cf. aussi par exemple les rapports médicaux des 14 octobre 2016 [OAI-B.\_\_\_\_\_ pce 51.53], 25 avril 2017 [OAI-B.\_\_\_\_\_ pce 51.31] et 13 août 2018 [OAI-B.\_\_\_\_\_ pce 71.9]). Cependant, les autres rapports médicaux figurant au dossier indiquent cet état d'épanchement ou de gonflement. Ainsi, selon le rapport de sortie du 4 octobre 2017 de la clinique F.\_\_\_\_\_, le recourant présente à la sortie de la clinique une faiblesse dans le genou gauche en particulier en montant les escaliers, un gonflement du même genou en fonction de la charge, une démarche hésitante consécutive, des douleurs de la hanche droite, le plus souvent dues à la compensation et des douleurs dans le tractus ilio-tibial suprapatellaire ou dans le creux du genou gauche après extension de ce genou et après une position assise prolongée (OAI-B.\_\_\_\_\_ pce 58 p. 2). Il sied également de relever qu'il est souvent question d'un épanchement intra-articulaire dans les imageries médicales (cf. OAI-B.\_\_\_\_\_ pces 51.107 [IRM du genou gauche du 16 octobre 2015], 67.3 [rapport médical du 3 avril 2018 du Dr J.\_\_\_\_\_ et les résultats de l'IRM du 22 mars 2018], 71.14 [IRM du 14 mai 2018]). En outre, déjà lors du premier examen sur la personne du 14 octobre 2016, le Dr C.\_\_\_\_\_ retenait une mobilité libre de l'articulation du genou gauche, soit une extension/flexion de 0/0/130° (OAI-B.\_\_\_\_\_ pce 51.56). Selon le rapport médical du 21 décembre 2017 du Dr H.\_\_\_\_\_, l'intéressé présente un épanchement discret et une extension/flexion de 0/0/130° (OAI-B.\_\_\_\_\_ pce 67.15). Il ressort des rapports médicaux du Dr J.\_\_\_\_\_ des 3 avril et 22 novembre 2018 que le genou gauche de l'intéressé présente un épanchement et une flexion/extension de 140-0-0° et 130-0-0° (OAI-B.\_\_\_\_\_ pces 67.3 et 76.11). Concernant les rapports médicaux du Dr J.\_\_\_\_\_ établis en 2019, soit après la seconde arthroscopie, il sied de constater que dès le mois d'avril, le Dr J.\_\_\_\_\_ note à nouveau une flexion/extension de 130-0-0° au moins et un épanchement (cf. OAI-B.\_\_\_\_\_ pces 78.4 et 111.13). Par ailleurs, il ressort également de ces rapports médicaux des Drs H.\_\_\_\_\_ et J.\_\_\_\_\_ que l'appareil capsulo-ligamentaire est stable. Ainsi, il sied de constater que l'intéressé ne semble pas présenter d'atteinte relative à la mobilité du genou ou du moins, semble-t-il qu'il n'existe pas de lien conséquent entre l'épanchement de ce genou et sa mobilité. En effet, le Tribunal relève que le Dr C.\_\_\_\_\_ ne donne aucune explication médicale concernant la relation entre les plaintes de l'intéressé et cette mobilité libre du genou. Par conséquent, en l'absence d'explications circonstanciées à ce sujet, les observations du Dr C.\_\_\_\_\_ ne convainquent pas. En outre, le Dr C.\_\_\_\_\_ note que

l'assuré décrit des sensations d'engourdissement distal de la rotule du côté gauche jusqu'au tiers proximal de la jambe gauche du côté ventral et dans la zone de la cicatrice sur le côté médial de l'articulation du genou gauche. Toutefois, le médecin d'arrondissement de la SUVA ne se prononce pas sur ces plaintes ni ne fournit d'explications circonstanciées à cet égard. Compte tenu de ce qui précède, il sied de constater que l'état de santé de l'assuré n'a pas fait l'objet d'une étude fouillée et d'un examen complet. En effet, alors même que l'intéressé exprimait toujours les mêmes plaintes relatives à son genou gauche à la suite de la seconde arthroscopie, le médecin d'arrondissement de la SUVA n'a pas réalisé d'imagerie médicale afin d'observer l'état du ménisque ou du cartilage du genou gauche de l'assuré. Aussi, on constate que le Dr C. \_\_\_\_\_ ne se prononce pas sur les constatations médicales du Dr J. \_\_\_\_\_ figurant dans les rapports médicaux de contrôles postopératoires. En outre, le Dr C. \_\_\_\_\_ ne motive pas ses conclusions médicales. Par conséquent, le rapport médical du 3 juin 2019 du Dr C. \_\_\_\_\_ ne peut pas se voir accorder de valeur probante.

### **E. 7.3.6**

Il sied également de relever que l'intéressé a interjeté recours contre la décision sur opposition du 23 mars 2020 de la SUVA auprès du Tribunal des assurances sociales du canton K. \_\_\_\_\_. Par arrêt du 2 mars 2021, le Tribunal des assurances sociales du canton K. \_\_\_\_\_ a renvoyé la cause à la SUVA pour instruction complémentaire, soit la mise en place d'une expertise orthopédique neutre afin de déterminer si l'état de santé peut être amélioré par un traitement (OAI-B. \_\_\_\_\_ pce 104.2). Par conséquent, le Tribunal de céans constate que l'évaluation et l'appréciation du médecin d'arrondissement de la SUVA ont également été remises en question par le Tribunal des assurances sociales du canton K. \_\_\_\_\_, soit en particulier le rapport d'examen du 3 juin 2019 du Dr C. \_\_\_\_\_. A la suite de ce renvoi, la SUVA a mis en place une expertise orthopédique en date du 22 novembre 2022 (OAI-B. \_\_\_\_\_ pce 137.27), à laquelle l'assuré ne s'est pas rendu (OAI-B. \_\_\_\_\_ pce 137.8). Une seconde convocation a eu lieu en date du 21 février 2023 pour la même expertise (OAI-B. \_\_\_\_\_ pce 137.5) mais le recourant ne s'est à nouveau pas présenté à la convocation (OAI-B. \_\_\_\_\_ pce 138.5). Par décision sur opposition du 7 juillet 2023, la SUVA a confirmé sa décision sur opposition du 23 mars 2020 (OAI-B. \_\_\_\_\_ pce 139).

### **E. 7.3.7**

S'agissant des pièces médicales produites pendant la présente procédure devant le Tribunal de céans, il sied de mentionner les rapports médicaux pertinents suivants : - rapport médical du 6 septembre 2019 du Professeur L. \_\_\_\_\_ (ci-après : Prof.L. \_\_\_\_\_), chirurgien prothétique du membre inférieur, lequel note en substance les plaintes de l'assuré et prescrit un bilan radiologique récent avec une IRM (TAF pce 9), - compte-rendu de l'IRM du 17 septembre 2019 concluant à des lésions chondrales tricompartimentales, prédominantes au niveau de la trochlée fémorale (TAF pce 9), - rapport médical du 19 septembre 2019 du Prof. L. \_\_\_\_\_ proposant un traitement par kinésithérapie et rhumatologique pour le syndrome fémoro-patellaire essentiellement développé au dépend de la trochlée (TAF pce 9), - compte-rendu du SPECT/TDM osseuse du 27 décembre 2019 indiquant un « foyer d'hyperfixation assez intense sous chondral antérieur du condyle fémoral externe sans amincissement notable de l'interligne articulaire fémoropatellaire en faveur d'une lésion ostéochondrale : fissure ? (à confronter à l'IRM qui a été réalisée). Par ailleurs renforcement beaucoup plus modéré des interlignes articulaires internes et externes d'allure arthrosique » (TAF pce 17), - compte-rendu de l'IRM du 15 octobre 2020 du genou gauche concluant à

une fissuration horizontale et longitudinale sur la corne postérieure du ménisque interne, à des remaniements post-thérapeutiques vraisemblables sur le condyle fémoral interne avec une voussure ostéo-chondrale et oedème sous-chondral, à une chondropathie fémoro-patellaire de haut grade et chondropathie disséquante profonde, sans mise à nu de l'os sous-chondral au niveau des tiers postérieurs des condyles fémoraux, plus marqué en externe, et à une lame d'épanchement intra-articulaire (TAF pce 41), - rapport médical du 18 janvier 2021 du Dr H.\_\_\_\_\_, lequel rapporte en substance que les examens initiés par le médecin généraliste de l'assuré montrent toujours une cicatrisation insuffisante dans la zone micro-fracturée du condyle fémoral médial, avec entre-temps une ossification presque complète au niveau du cartilage et qu'il est en principe plausible que la douleur soit provoquée par cette zone. Le Dr H.\_\_\_\_\_ relève l'existence, toujours présente, de la douleur cicatricielle clinique au niveau de la face interne du genou et un probable problème de tractus latéral en cas de déséquilibre musculaire ainsi que la possibilité d'un trouble de la gestion de la douleur pouvant expliquer une part importante des douleurs de l'intéressé. En outre, le Dr H.\_\_\_\_\_ indique que l'intéressé souhaite un traitement chirurgical de l'invasion cartilagineuse du condyle fémoral médial et qu'en principe, la douleur dans la zone de micro-fracture avec oedème osseux et ossification typique au cours de l'évolution est une problématique classique décrite de cette thérapie et mérite également d'être traitée à nouveau lors d'une révision. Enfin, le Dr H.\_\_\_\_\_ demande à la SUVA une garantie de prise en charge des frais pour une évaluation arthroscopique de l'articulation du genou gauche, le cas échéant l'ablation/suture partielle du ménisque, l'ablation/réduction de l'ossification et la « thérapie cartilagineuse » par forage avec recouvrement par membrane (TAF pce 60). Ces rapports médicaux sont postérieurs à la décision de l'OAIE du 24 juin 2019. Toutefois, il sied de constater qu'ils concernent les atteintes dont souffrait l'intéressé au moment du prononcé de la décision litigieuse et démontrent que les deux arthroscopies réalisées afin de stabiliser le genou gauche de l'intéressé n'ont pas eu le résultat escompté et qu'une nouvelle opération par arthroscopie semble être nécessaire. En effet, il sied de constater que ces rapports médicaux postérieurs à la décision litigieuse ont trait à la situation antérieure au 24 juin 2019 dès lors que l'assuré présente les mêmes plaintes relatives au niveau de la face interne du genou gauche ainsi qu'à la zone micro-fracturée du condyle fémoral médial et qu'il existe un probable problème de tractus latéral en cas de déséquilibre musculaire. L'IRM du 15 octobre 2020 conclut à une fissuration horizontale et longitudinale sur la corne postérieure du ménisque interne, ce qui semble être comparable aux résultats de l'IRM du 22 mars 2018 concluant à une déchirure oblique sur une longueur d'au moins 15 mm et une instabilité du ménisque, cette situation ayant nécessité la seconde arthroscopie (cf. supra consid. 7.3.3 et 7.3.4). En outre, ces pièces démontrent que la zone micro-fracturée du condyle fémoral médial présente toujours une cicatrisation insuffisante et qu'il existe une ossification presque complète au niveau du cartilage. Cependant, les conséquences médicales de ces atteintes sur la capacité de travail de l'intéressé ne sont pas expliquées.

#### **E. 7.3.8**

Compte tenu de ce qui précède, il sied de constater que l'autorité inférieure s'est simplement basée sur l'instruction réalisée par la SUVA, en particulier le rapport médical du 3 juin 2019 du Dr C.\_\_\_\_\_, au motif que les atteintes présentées par l'assuré sont exclusivement liées à l'accident du 15 septembre 2015. Toutefois, le rapport médical du 3 juin 2019 n'ayant pas de valeur probante, le rapport médical du 11 juin 2019 du Dr G.\_\_\_\_\_ ne peut pas, en conséquence, se voir accorder de valeur probante. En outre, les explications du Dr

G.\_\_\_\_\_ concernant l'absence de diagnostics relatifs au membre supérieur droit de l'intéressé depuis 2015 ne sont pas convaincantes dès lors l'instruction effectuée par la SUVA concerne uniquement l'accident de 2015. Par décision du 8 septembre 2010, l'autorité inférieure a retenu que l'activité habituelle d'électricien-monteur n'était plus exigible en raison de l'atteinte de l'épaule droite dont souffrait l'assuré alors que celui-ci a repris son activité habituelle en 2013 au moins (cf. demande AI du 26 septembre 2017 [OAI-B.\_\_\_\_\_ pce 52], curriculum vitae de l'intéressé [OAI-B.\_\_\_\_\_ pce 53], extrait du compte individuel du 23 novembre 2017 [OAI-B.\_\_\_\_\_ pce 62] et formulaire rempli par l'employeur le 22 novembre 2017 [OAI-B.\_\_\_\_\_ pce 63]). Par conséquent, cette atteinte aurait dû faire l'objet d'une nouvelle appréciation médicale afin de déterminer son évolution et de discuter de la pertinence des limitations fonctionnelles retenues. Partant, le dossier est lacunaire à cet égard.

#### **E. 7.4**

Ainsi, il sied de constater que l'autorité inférieure n'a pas respecté le principe inquisitoire régissant la procédure des assurances sociales et a prononcé sa décision du 24 juin 2019 sur la base d'une appréciation médicale lacunaire.

#### **E. 7.5**

S'agissant des nombreuses écritures du recourant lors de la présente procédure, celui-ci y fait état de sa compréhension des rapports médicaux figurant au dossier ainsi que de l'état douloureux de son genou gauche. En substance, le recourant allègue que le personnel de la SUVA, de l'OAI-B.\_\_\_\_\_ et de l'OAIE ont falsifié les pièces médicales, ne l'ont pas informé de manière circonstanciée sur les opérations du genou gauche, à savoir les arthroscopies des 2 décembre 2016 et 9 janvier 2019 et ne lui ont pas transmis son dossier médical complet (cf. en particulier TAF pces 1, 3, 9, 16-25, 27, 29, 30, 32, 34 à 37, 41, 43 et 48, 52, 55, 56, 60, 62, 63, 65, 72, 78, 79, 86 et 88). En outre, le recourant allègue que plusieurs pièces médicales citées par les Drs C.\_\_\_\_\_ et G.\_\_\_\_\_ ainsi que les rapports d'entretien à la SUVA (cf. à titre d'exemple la liste énumérée dans la correspondance spontanée du 10 octobre 2019 [TAF pce 9]) ne sont pas dans le dossier. A cet égard, il sied de constater que les pièces citées par le recourant figurent bien dans le dossier (cf. par exemple OAI-B.\_\_\_\_\_ pces 51.56, 51.34, 51.31, 51.21, 51.19, 51.13, 67.24, 67.3, 69.11, 71.14, 76.6 et 78.4). Par ailleurs, le recourant ne tire aucune conclusion pertinente de ces pièces mentionnées. Partant, ces allégations ne méritent aucun crédit.

#### **E. 7.6**

En outre, il sied de relever que le Dr G.\_\_\_\_\_ ne se prononce pas sur les rapports médicaux transmis par le recourant lors de la présente procédure et indique qu'il convient d'attendre le rapport d'expertise orthopédique de la SUVA (OAI-B.\_\_\_\_\_ pce 115). Dans sa prise de position du 18 juillet 2023, l'OAI-B.\_\_\_\_\_ soutient que l'intéressé, n'ayant pas collaboré avec la SUVA, doit se voir imputer le manque de clarté de l'état de fait médical et que l'Office AI n'est pas tenu de procéder à des clarifications supplémentaires dès lors que les atteintes dont souffre le recourant sont purement accidentelles (TAF pce 76). A cet égard, le Tribunal relève que le raisonnement de l'OAI-B.\_\_\_\_\_ ne saurait être suivi dès lors que l'instruction effectuée par la SUVA concernant les atteintes liées à l'accident était lacunaire. De plus, il sied également de constater que contrairement aux indications du SMR de l'OAI-B.\_\_\_\_\_, il existe d'autres atteintes non accidentelles, soit l'atteinte à l'épaule droite ayant fait l'objet de la première demande de prestations AI, pour laquelle le

médecin du SMR retient les mêmes limitations fonctionnelles qu'en 2010, tout en indiquant que cette atteinte ne se retrouve plus dans les diagnostics à partir de l'année 2015 (cf. supra consid. 7.3.8). Par ailleurs, selon l'art. 43 al. 3 LPGA, si l'assuré ou d'autres requérants refusent de manière inexcusable de se conformer à leur obligation de renseigner ou de collaborer à l'instruction, l'assureur peut se prononcer en l'état du dossier ou clore l'instruction et décider de ne pas entrer en matière. Il doit leur avoir adressé une mise en demeure écrite les avertissant des conséquences juridiques et leur impartissant un délai de réflexion convenable. A cet égard, l'OAI-B.\_\_\_\_\_ ne peut tirer aucune conclusion de la décision de la SUVA se basant sur l'art. 43 al. 3 LPGA dans la mesure où les conséquences d'un défaut de la collaboration divergent entre l'AI et l'assurance-accident (cf. TAF C-5770/2023 du 21 novembre 2023 consid. 7.4) et que chaque assureur doit donc suivre la procédure de sommation de l'art. 43 al. 3 LPGA dans sa propre instruction. Enfin, l'assurance-invalidité n'est pas liée par l'évaluation de l'invalidité de l'assurance-accidents (pour plus de précision cf. ATF 133 V 549 consid. 6).

### **E. 7.7**

Compte tenu de ce qui précède, il convient de constater que tant les rapports médicaux des médecins traitants du recourant que l'instruction effectuée par l'OAI-B.\_\_\_\_\_ ne sont pas suffisants afin d'apprécier l'état de santé de l'intéressé dans son ensemble et ses limitations fonctionnelles (cf. en particulier consid. 7.3 et 7.6 supra). En outre, le rapport médical du 11 juin 2019, ayant servi de base pour la décision litigieuse, ne remplit pas les exigences fixées par jurisprudence et ne peut pas se voir attribuer pleine valeur probante.

### **E. 8.1**

Selon l'art. 61 al. 1 PA, l'autorité de recours statue elle-même sur l'affaire ou, exceptionnellement, la renvoie avec des instructions impératives à l'autorité inférieure. Le renvoi est indiqué en l'espèce bien qu'il doive rester exceptionnel compte tenu de l'exigence de célérité de la procédure (art. 29 Cst. ; arrêt TF 8C\_633/2014 du 11 décembre 2014 consid. 2.2). Le Tribunal fédéral a précisé que le renvoi est notamment justifié lorsqu'il s'agit d'enquêter sur une situation médicale qui n'a pas encore fait l'objet d'un examen, respectivement lorsque l'autorité inférieure n'a nullement instruit une question déterminante pour l'examen du droit aux prestations ou lorsqu'un éclaircissement, une précision ou un complément d'expertise s'avèrent nécessaires (cf. ATF 137 V 210 consid. 4.4.1.4 ; arrêt du TF 8C\_633/2014 du 11 décembre 2014 consid. 3.2 et 3.3 ; arrêt du Tribunal administratif fédéral C-3038/2016 du 2 avril 2019 consid. 12 et les références). En l'espèce, il ressort du dossier que l'appréciation médicale de l'ensemble des atteintes à la santé du recourant n'a pas été instruite comme il se doit et mérite des éclaircissements. Partant, il se justifie, en application de l'art. 61 al. 1 PA, de renvoyer la cause à l'autorité inférieure afin qu'elle procède aux mesures d'instruction nécessaires, puis rende une nouvelle décision.

### **E. 8.2**

L'autorité inférieure requerra le dossier médical complet de l'intéressé auprès de ses médecins traitants, en particulier des Drs J.\_\_\_\_\_ et H.\_\_\_\_\_, et, ensuite, mettra en oeuvre une expertise médicale en Suisse, en particulier dans les domaines de l'orthopédie, de la rhumatologie et de la médecine interne, ainsi que dans toute autre discipline jugée nécessaire par les experts (art. 44 LPGA ; ATF 139 V 349 consid. 3.3). La question de savoir comment les différentes incapacités de travail (activité habituelle, activité adaptée) et comment les différentes limitations fonctionnelles s'articulent fera l'objet d'une discussion

consensuelle entre les experts (ATF 143 V 124 consid. 2.2.4 ; arrêt du TF 8C\_483/2020 du 26 octobre 2020 consid. 4.1).

#### **E. 9**

Partant, le recours doit être admis et la décision du 24 juin 2019 annulée. La cause doit être renvoyée à l'autorité inférieure pour instruction complémentaire dans le sens des considérants et nouvelle décision.

#### **E. 10**

Vu l'issue du recours, il n'est pas perçu de frais de procédure (art. 63 al. 1 et 2 PA) et l'avance sur les frais de procédure présumés de 800 francs versée par le recourant en date du 24 septembre 2019 (TAF pce 7) lui sera remboursée dès l'entrée en force du présent arrêt, sur le compte qu'il aura désigné au Tribunal administratif fédéral. Au demeurant, aucun frais de procédure ne peut être mis à la charge de l'autorité inférieure (art. 63 al. 2 première phrase PA). Le recourant, qui n'est pas représenté, n'allègue pas avoir engagé des frais relativement élevés dans le cadre de la présente cause, et par conséquent, aucun dépens ne lui est alloué (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]).

#### **E. 11**

juin 2019, ayant servi de base pour la décision litigieuse, ne remplit pas les exigences fixées par jurisprudence et ne peut pas se voir attribuer pleine valeur probante. 8. 8.1 Selon l'art. 61 al. 1 PA, l'autorité de recours statue elle-même sur l'affaire ou, exceptionnellement, la renvoie avec des instructions impératives à l'autorité inférieure. Le renvoi est indiqué en l'espèce bien qu'il doive rester exceptionnel compte tenu de l'exigence de célérité de la procédure (art. 29 Cst. ; arrêt TF 8C\_633/2014 du 11 décembre 2014 consid. 2.2). Le Tribunal fédéral a précisé que le renvoi est notamment justifié lorsqu'il s'agit d'enquêter sur une situation médicale qui n'a pas encore fait l'objet d'un examen, respectivement lorsque l'autorité inférieure n'a nullement instruit une question déterminante pour l'examen du droit aux prestations ou lorsqu'un éclaircissement, une précision ou un complément d'expertise s'avèrent nécessaires (cf. ATF 137 V 210 consid. 4.4.1.4 ; arrêt du TF 8C\_633/2014 du 11 décembre 2014 consid. 3.2 et 3.3 ; arrêt du Tribunal administratif fédéral C-3038/2016 du 2 avril 2019 consid. 12 et les références). En l'espèce, il ressort du dossier que l'appréciation médicale de l'ensemble des atteintes à la santé du recourant n'a pas été instruite comme il se doit et mérite des éclaircissements. Partant, il se justifie, en application de l'art. 61 al. 1 PA, de renvoyer la cause à l'autorité inférieure afin qu'elle procède aux mesures d'instruction nécessaires, puis rende une nouvelle décision. 8.2 L'autorité inférieure requerra le dossier médical complet de l'intéressé auprès de ses médecins traitants, en particulier des Drs J. \_\_\_\_\_ et H. \_\_\_\_\_, et, ensuite, mettra en œuvre une expertise médicale en Suisse, en particulier dans les domaines de l'orthopédie, de la rhumatologie et de la médecine interne, ainsi que dans toute autre discipline jugée nécessaire par les experts (art. 44 LPG ; ATF 139 V 349

C-3710/2019 Page 27 consid. 3.3). La question de savoir comment les différentes incapacités de travail (activité habituelle, activité adaptée) et comment les différentes limitations fonctionnelles s'articulent fera l'objet d'une discussion consensuelle entre les experts (ATF 143 V 124 consid. 2.2.4 ; arrêt du TF 8C\_483/2020 du 26 octobre 2020 consid. 4.1). 9. Partant, le recours doit être admis et la décision du 24 juin 2019 annulée. La

cause doit être renvoyée à l'autorité inférieure pour instruction complémentaire dans le sens des considérants et nouvelle décision. 10. Vu l'issue du recours, il n'est pas perçu de frais de procédure (art. 63 al. 1 et 2 PA) et l'avance sur les frais de procédure présumés de 800 francs versée par le recourant en date du 24 septembre 2019 (TAF pce 7) lui sera remboursée dès l'entrée en force du présent arrêt, sur le compte qu'il aura désigné au Tribunal administratif fédéral. Au demeurant, aucun frais de procédure ne peut être mis à la charge de l'autorité inférieure (art. 63 al. 2 première phrase PA). Le recourant, qui n'est pas représenté, n'allègue pas avoir engagé des frais relativement élevés dans le cadre de la présente cause, et par conséquent, aucun dépens ne lui est alloué (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]).

C-3710/2019 Page 28

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