

# **BVGer C-5600/2019 vom 24. März 2022**

Bundesverwaltungsgericht, 2022-03-24, FR

Quelle: [https://mcp.opencaselaw.ch/entscheid/bvger\\_C-5600\\_2019](https://mcp.opencaselaw.ch/entscheid/bvger_C-5600_2019)

FR: TAF C-5600/2019 du 24 mars 2022

IT: TAF C-5600/2019 del 24 marzo 2022

## **Regeste**

Droit à la rente

## **Erwägungen**

### **E. 1**

Le Tribunal administratif fédéral est compétent pour connaître du présent recours (art. 31, 32 et 33 let. d de la loi du 17 juin 2005 sur le Tribunal administratif fédéral [LTAF, RS 173.32] ; art. 69 al. 1 let. b de la loi fédérale du 19 juin 1959 sur l'assurance-invalidité [LAI, RS 831.20]). Dans la mesure où le recourant est directement touché par la décision attaquée et a un intérêt digne d'être protégé à ce qu'elle soit annulée ou modifiée, il a qualité pour recourir (art. 59 de la loi fédérale du 6 octobre 2000 sur la partie générale du droit des assurances sociales [LPGA, RS 830.1] et 48 al. 1 de la loi fédérale du 20 décembre 1968 sur la procédure administrative [PA, RS 172.021]). Déposé en temps utile et dans les formes requises par la loi (art. 60 LPGA et 50 al. 1 PA ; art. 52 al. 1 PA), et l'avance sur les frais de procédure ayant été dûment acquittée (art. 63 al. 4 PA), le recours est recevable.

### **E. 2**

Le litige porte en l'espèce sur le droit du recourant à une rente de l'AI.

### **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/Michael Beusch/Lorenz Kneubühler, *Prozessieren vor dem Bundesverwaltungsgericht*, 2e éd. 2013, p. 25 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. 4.1**

Selon les principes généraux du droit intertemporel, le droit matériel applicable est en principe celui en vigueur lors de la réalisation de l'état de fait qui doit être apprécié juridiquement ou qui a des conséquences juridiques, sous réserve de dispositions particulières du droit transitoire (ATF 143 V 446 consid. 3.3, ATF 136 V 24 consid. 4.3, ATF 132 V 215 consid. 3.1.1).

#### **E. 4.1.1**

L'affaire présente un aspect transfrontalier, dans la mesure où le recourant est un ressortissant portugais, domicilié au Luxembourg, ayant travaillé en Suisse. Est dès lors applicable à la présente cause, l'accord du 21 juin 1999 sur la libre circulation des personnes (ALCP, RS 0.142.112.681), dont l'annexe II règle la coordination des systèmes de sécurité sociale (art. 8 ALCP). Dans ce contexte, l'ALCP fait référence depuis le 1er avril 2012 au règlement (CE) n° 883/2004 du Parlement européen et du Conseil du 29 avril 2004 portant sur la coordination des systèmes de sécurité sociale (RS 0.831.109.268.1), ainsi qu'au règlement (CE) n° 987/2009 du Parlement européen et du Conseil du 16 septembre 2009 fixant les modalités d'application du règlement (CE) n° 883/2004 (RS 0.831.109.268.11 ; art. 1 al. 1 de l'annexe II en relation avec la section A de l'annexe II). A compter du 1er janvier 2015, sont également applicables dans les relations entre la Suisse et les Etats membres de l'Union européenne (UE) les modifications apportées notamment au règlement n° 883/2004 par les règlements (UE) n° 1244/2010 (RO 2015 343), n° 465/2012 (RO 2015 345) et n° 1224/2012 (RO 2015 353). Toutefois, même après l'entrée en vigueur de l'ALCP et des règlements de coordination, l'invalidité ouvrant droit à des prestations de l'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 ; ATF 130 V 253 consid. 2.4 ; arrêt du Tribunal fédéral 9C\_573/2012 du 16 janvier 2013 consid. 4).

#### **E. 4.1.2**

S'agissant du droit interne, la présente cause doit être examinée à l'aune des dispositions de la LAI et de son règlement d'exécution telles que modifiées par la 6e révision de l'AI (premier volet), entrées en vigueur le 1er janvier 2012 (RO 2011 5659, FF 2010 1647). Les modifications de la LAI du 19 juin 2020 (Développement continu de l'AI, RO 2021 705 ; FF 2017 2363), en vigueur depuis le 1er janvier 2022, ne s'appliquent par contre pas au cas d'espèce.

#### **E. 4.2**

Le juge des assurances sociales apprécie la légalité des décisions attaquées, en règle générale, d'après l'état de fait existant jusqu'au moment où la décision litigieuse a été rendue (en l'espèce, le 26 septembre 2019). Les faits survenus postérieurement, et qui ont modifié cette situation, doivent normalement faire l'objet d'une nouvelle décision administrative (ATF 132 V 215 consid. 3.1.1, ATF 130 V 445 consid. 1.2, ATF 121 V 362 consid. 1b). Ils doivent néanmoins être pris en considération lorsqu'ils sont étroitement liés à l'objet du litige et de nature à influencer l'appréciation au moment où la décision attaquée a été rendue (arrêt du Tribunal fédéral 9C\_34/2017 du 20 avril 2017 consid. 5.2 et les références).

#### **E. 5**

En l'espèce, le recourant a versé des cotisations à l'AVS/AI pendant plus de 3 ans et remplit donc la condition de la durée minimale de cotisations eu égard au moment de l'ouverture éventuelle du droit à la rente (art. 36 al. 1 LAI). Il reste à examiner s'il est invalide au sens de la LAI.

### **E. 6.1**

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 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 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, 2e phrase LPGA).

### **E. 6.2**

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. 6.3**

Aux termes de l'art. 28 al. 2 LAI, l'assuré-e a droit à un quart de rente s'il ou elle est invalide à 40% au moins, à une demi-rente s'il ou elle est invalide à 50% au moins, à trois quarts de rente s'il ou elle est invalide à 60% au moins et à une rente entière s'il ou elle est invalide à 70% au moins. L'art. 29 al. 4 LAI prévoit que les rentes correspondant à un taux d'invalidité inférieur à 50 % ne sont versées qu'aux assurés qui ont leur domicile et leur résidence habituelle (art. 13 LPGA) en Suisse. Toutefois, suite à l'entrée en vigueur de l'ALCP le 1er juin 2002, la restriction prévue à l'art. 29 al. 4 LAI n'est pas applicable lorsqu'une personne assurée est une ressortissante suisse ou de l'UE et réside dans l'un des Etats membres de l'UE (ATF 130 V 253 consid. 2.3 et 3.1 ; art. 4 et 7 du règlement n° 883/2004).

### **E. 6.4**

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).

### **E. 7**

décembre 2017 pour des raisons de santé, en lien avec deux accidents professionnels s'étant produits en 2012 (chute d'un escabeau s'étant brisé), respectivement en 2015 (chute dans les escaliers en portant un meuble de cuisine) (OAIE docs 1, 2, 3, 5, 9, 10, 28, 31, 35). B. B.a Le 18 mai 2018, le prénommé a déposé une demande de prestations de l'assurance-invalidité (AI) auprès de la Caisse nationale d'assurance pension luxembourgeoise, laquelle l'a transmise le 17 décembre 2018 à l'Office de l'assurance-invalidité pour les assurés résidant à l'étranger (OAIE), avec réception le 27 décembre 2018. Parmi les documents joints à la demande, il est indiqué qu'il souffre

d'arthroses multiples surtout au niveau des genoux avec limitation des mouvements, ainsi que d'une hypertension artérielle traitée médicalement (OAIE docs 1, 2, 5, 7). B.b L'OAIE a alors débuté l'instruction de la demande en recueillant les documents médicaux et économiques usuels (OAIE docs 8 ss). B.c Il a ensuite invité son service médical à se déterminer sur la documentation médicale. Celui-ci a, dans une prise de position médicale du 4 juin 2019 rédigée par la Dresse B. \_\_\_\_\_, spécialiste FMH en médecine interne et FMH en soins intensifs, indiqué un diagnostic principal de gonarthrose mixte (traumatisme et dégénérative) bilatérale (CIM : M17.5) – 19.11.2012 accident professionnel genou gauche rupture méniscale et chondropathie avec 6 janvier 2011 : arthroscopie genou droit, 17 juin 2013 : arthroscopie genou gauche, 28 avril 2015 : arthroscopie genou gauche, 16 octobre 2017 : prothèse totale du genou gauche, 16 juin 2015 : arthroscopie genou droit. Comme diagnostic associé avec répercussion sur la capacité de travail, il a mis en évidence une discopathie lombaire avec protrusion foraminale gauche L4-L5 et protrusion dis-

C-5600/2019 Page 3 cale L5-S1 droite et gauche. A titre de diagnostics associés sans répercussion sur la capacité de travail, il a mentionné une haute tension artérielle, une gastrite et une obésité de stade 1 (BMI 31,6 kg/m<sup>2</sup>, 167 cm pour 88 kg), ancien tabagisme, S/p circoncision, hernie congénitale gauche. Les codes AI infirmité – atteinte fonctionnelle sont : 938 /03. Le service médical a considéré que l'intéressé présentait une incapacité de travail totale dans l'activité habituelle, mais nulle dans une activité de substitution médicalement exigible, toutes deux dès le 19 novembre 2012, date de l'accident professionnel avec lésion sévère du genou gauche. Il a soutenu qu'on n'est pas en présence d'un syndrome sans pathogenèse ni étiologie claires et sans constat de déficit organique. Il a établi les limitations fonctionnelles suivantes : horaire de travail à plein temps, en position assise, port de charges de 10 kg au maximum, difficultés dans les déplacements, temps de marche de quinze minutes au maximum, difficultés pour monter sur une échelle, échafaudage, les escaliers, en terrain irrégulier. Ses conclusions sont les suivantes : il ressort des documents que l'assuré présente une atteinte ostéo-articulaire sous la forme d'une gonarthrose bilatérale traumatique à gauche et dégénérative à droite avec deux arthroscopies pour les deux genoux et une prothèse totale de genou à gauche en 2017 ; il est également fait mention d'une discopathie lombo-sacrée sans répercussion neurologique ; il n'y a aucun status clinique mais l'atteinte des genoux est avérée au niveau chirurgical ; au vu de l'activité professionnelle (menuisier avec construction de cuisine, installation de parquet) nécessitant une utilisation importante des genoux, une incapacité de travail peut être définie comme suit : 100 % dans l'activité habituelle dès le 17 juin 2013 (arthroscopie genou gauche) et 0 % dans une activité de substitution dès le 17 juin 2013 ; l'activité de substitution doit être majoritairement sédentaire et avec un port de charge limité à 10 kg ; au vu de l'obésité de stade 1, une perte pondérale significative est exigible, au vu de l'important bénéfice ostéo-articulaire. Une révision n'est pas nécessaire selon lui, mais un traitement médical est exigible sous forme de perte pondérale significative dans un contexte d'atteinte ostéo-articulaire. Enfin, il a envisagé les activités de substitution suivantes : ouvrier non qualifié/manœuvre dans une usine/fabrique/production en général ; surveillant de parking/musée ; réparation de petits appareils/articles domestiques ; caissier ; vendeur de billets ; accueil/réceptionniste ; standardiste/téléphoniste ; saisie de données/scannage (OAIE doc 38). B.d Après analyse de la prise de position médicale, l'OAIE a encore demandé quelques précisions à son service médical (voir OAIE doc 40). Dans une réponse du médecin de l'OAIE du 22 juillet 2019, la même médecin a complété qu'aucun document ne datait du 19 décembre 2012, de

C-5600/2019 Page 4 sorte que la date à retenir pour l'incapacité de travail était effectivement celle du 17 juin 2013, soit l'arthroscopie du genou. En ce qui concerne la perte pondérale chez un assuré avec une obésité de stade 1, il a conseillé de perdre 15 % de son poids actuel, une période de deux ans étant raisonnable pour perdre 13 kg (OAIE doc 41). B.e Par projet de décision du 21 août 2019, l'OAIE a fait part à l'intéressé de son intention de lui refuser une rente d'invalidité, en raison d'une diminution de la capacité de gain de 18 %, insuffisante pour fonder une invalidité au sens du droit suisse (OAIE doc 44). B.f Par écrit du 27 août 2019, l'assuré s'est opposé au projet de décision en faisant valoir que son état de santé ne lui permet pas d'exercer son ancienne profession, ni aucune autre occupation professionnelle. Il a ajouté qu'il souffre d'un certain nombre de pathologies qui sont invalidantes et qu'il doit faire face à de multiples problèmes de santé tels qu'il résulte du certificat médical établi par le Dr C.\_\_\_\_\_, médecin généraliste, en date du 6 juin 2019. En guise de moyens de preuve, il a joint une abondante documentation médicale, dont une partie figurait déjà au dossier (OAIE docs 45-85). B.g L'autorité inférieure a à nouveau consulté son service médical à propos des nouveaux rapports médicaux fournis. Celui-ci a, dans une prise de position du service médical de l'OAIE du 12 septembre 2019 au sujet de l'audition de la personne ci-après nommée établie par sa même médecin, retenu les diagnostics d'haute tension artérielle, de gonarthrose mixte (traumatique et dégénérative) – 19.11.2012 accident professionnel genou gauche rupture méniscale et chondropathie avec 6 janvier 2011 : arthroscopie genou droit, 17 juin 2013 : arthroscopie genou gauche, 28 avril 2015 : arthroscopie genou gauche, 16 octobre 2017 : prothèse totale du genou gauche, 16 juin 2015 : arthroscopie genou droit, de discopathie lombaire avec protrusion foraminale gauche L4-L5 et protrusion discale L5-S1 droite et gauche, de gastrite, d'obésité de stade 1 (BMI 31,6 kg/m<sup>2</sup>, 167 cm pour 88 kg), d'ancien tabagisme, de S/p circoncision, et de hernie congénitale gauche. Il a conclu que les documents ajoutés au dossier ne sont pas de nature à modifier significativement l'état de santé, les conclusions de sa précédente prise de position étant inchangées (OAIE doc 87). B.h Par décision du 26 septembre 2019, l'autorité inférieure, reprenant la motivation de son projet de décision et la complétant en fonction de l'audition, a refusé une rente à l'assuré (OAIE doc 89).

C-5600/2019 Page 5 C. C.a Par acte du 22 octobre 2019 (timbre postal), l'intéressé a interjeté recours contre cette décision devant le Tribunal administratif fédéral (ci-après : TAF ou le Tribunal). Il conclut implicitement à l'admission du recours, à l'annulation de la décision attaquée et à l'octroi d'une rente d'invalidité. En substance, il se prévaut d'un état de santé ne lui permettant pas d'exercer son ancienne profession, ni aucune autre occupation professionnelle, ses pathologies, certifiées par ses médecins traitants, étant invalidantes. Il argue avoir subi un traumatisme grave au niveau de son genou gauche depuis son accident professionnel de novembre 2012, qui a conduit à des opérations infructueuses et à une prothèse totale du genou, ainsi que favorisé un deuxième accident de travail en mars 2015. Ce dernier a causé un traumatisme grave à son autre genou (droit), avec nécessité d'intervention chirurgicale au mois d'avril 2015 et de cessation de l'activité professionnelle. L'assuré bénéficie à cette date d'un reclassement externe avec une indemnité d'attente versée par la caisse de pension luxembourgeoise. Outre ses problèmes de genoux, il soutient avoir des douleurs lombaires et cervicales de façon récidivante suite à une discarthrose au niveau L4/L5 et C3/C4 et C4/C5. Nonobstant des infiltrations scanné-guidées, aucun soulagement de sa symptomatologie du dos n'a été ressenti. Dépendant de son traitement médicamenteux pour supporter ses gonalgies et lombalgies,

il informe avoir subi récemment une hospitalisation pour une cholécystite. Ces pathologies ne sont, selon lui, pas compatibles avec l'exercice de son activité habituelle lourde, influent sur les activités de la vie quotidienne et ont un retentissement du point de vue psychologique. Il avance que ses affections rendent impossible toute tentative de réinsertion sur le marché du travail. Enfin, il fait valoir que son état de santé tant physique que psychique se dégrade en permanence. Il joint divers moyens de preuve, soit des pièces figurant déjà au dossier et un certificat médical du 22 octobre 2019 du Dr D. \_\_\_\_\_, médecin spécialiste en chirurgie orthopédique et traumatologique, médecin du sport, signalant suivre l'intéressé pour les suites de l'accident de travail de 2012 avec développement d'une gonarthrose gauche majeure et qu'une prothèse totale a dû être réalisée le 16 octobre 2017. Ce médecin note aussi la présence d'une hernie discale lombaire L4-L5 gauche et discopathie L5-S1 et de gonarthrose du genou droit. Il considère, au vu de ces diagnostics, les limitations fonctionnelles définitives suivantes : travail à risque accru d'accidents, en hauteur, avec efforts physiques importants, soulèvement de charges lourdes, marche en terrain irrégulier, station debout continue. Il ajoute que l'assuré

C-5600/2019 Page 6 est incapable d'effectuer son activité habituelle et nécessite une incapacité permanente partielle (IPP) de 69 % ; une décision luxembourgeoise de versement provisoire d'une indemnité d'attente du 31 janvier 2018 (TAF pce 1). C.b Par décision incidente du 29 octobre 2019, le TAF a invité le recourant à payer une avance de frais de Fr. 800.- dans les 30 jours dès réception, sous peine d'irrecevabilité du recours (TAF pce 2). Le montant a été acquitté dans le délai imparti (TAF pce 3). C.c Par réponse du 12 décembre 2019, l'autorité inférieure a conclu au rejet du recours et à la confirmation de la décision attaquée. Il a en outre renvoyé à la prise de position du service médical de l'OAIE au sujet du recours de la personne ci-après nommée du 10 décembre 2019 rédigée par sa même médecin. Le service médical de l'OAIE estime dans ladite prise de position que le nouveau rapport médical fourni avec le mémoire de recours est un certificat qui confirme les diagnostics connus et ne donne aucune information nouvelle, de sorte que ses précédentes conclusions restent inchangées. Il souligne que la répercussion psychologique mentionnée par le recourant dans son recours n'est jamais relevée dans l'abondante documentation médicale au dossier, que ce soit sous la forme d'un état dépressif réactionnel ou d'une dysthymie, et que cette atteinte ne peut alors être retenue comme incapacitante (TAF pce 6). C.d Par réplique du 14 février 2020, le recourant a maintenu ses conclusions et produit de nombreuses pièces médicales (TAF pce 9). C.e Par duplique du 6 mars 2020, l'OAIE a réitéré ses conclusions et renvoyé à la prise de position du service médical de l'OAIE au sujet du recours de la personne ci-après nommée du 3 mars 2020 établie par sa même médecin. Celle-ci a ajouté deux diagnostics, soit des cervicalgies avec sténose dégénérative C4-C5 latéralisée droite avec sténose foraminale et arthrose cervicale pluri-étagée, incapable d'effectuer son activité habituelle, incapacité de travail de 69 %, et de notion de rhizarthrose des deux mains. Il y est conclu que les examens décrits dans la nouvelle documentation confirment la gonarthrose bilatérale et la bonne évolution radiologique post-prothèse du genou gauche ; l'arthrose dégénérative pluri-étagée de la colonne cervico-lombaire, sans atteinte neurologique franche (possible conflit radiologique de la racine de S1 gauche selon un rapport médical du 2 janvier 2019), une scintigraphie ne confirme d'atteinte arthrosique qu'au

C-5600/2019 Page 7 niveau de la ceinture scapulaire (articulations acromio-claviculaires des deux côtés, articulation sternoclaviculaire droite) ainsi qu'au niveau du genou droit, il n'y a aucun signe d'atteinte majeure de la colonne vertébrale ou des mains comme mentionné sur le certificat médical daté du 17 décembre 2019 ; une stéatose hépatique associée à une lithiase vésiculaire avec signes de cholécystite sur un certificat du 13 mai 2019. Le service médical de l'OAIE ajoute que le certificat médical du 17 décembre 2019 liste les diagnostics et ajoute ceux d'arthralgies cervicales et de rhizarthrose. L'atteinte cervicale est radiologiquement présente sans commission neurologique et sans examen clinique, et la rhizarthrose (arthrose du pouce) n'est pas retrouvée sur la scintigraphie du corps entier. L'atteinte est vraisemblablement mineure. Chez ce recourant très suivi et avec un bilan radiologique impressionnant, une suspicion de rhizarthrose aurait motivé un bilan radiologique. Il conclut que les documents fournis complètent le dossier, mais ne modifient pas les diagnostics et les limitations fonctionnelles. Dès lors, les incapacités de travail et les limitations fonctionnelles qu'il avait retenues sont inchangées (TAF pce 11). C.f Par ordonnance du 12 mars 2020, le Tribunal a porté ces écritures à la connaissance du recourant et signalé que l'échange d'écritures était clos, sous réserve d'autres mesures d'instruction (TAF pce 12). C.g Les autres faits et arguments pertinents de la cause seront exposés, en tant que de besoin, dans les considérants qui suivent. Droit : 1. Le Tribunal administratif fédéral est compétent pour connaître du présent recours (art. 31, 32 et 33 let. d de la loi du 17 juin 2005 sur le Tribunal administratif fédéral [LTAF, RS 173.32] ; art. 69 al. 1 let. b de la loi fédérale du 19 juin 1959 sur l'assurance-invalidité [LAI, RS 831.20]). Dans la mesure où le recourant est directement touché par la décision attaquée et a un intérêt digne d'être protégé à ce qu'elle soit annulée ou modifiée, il a qualité pour recourir (art. 59 de la loi fédérale du 6 octobre 2000 sur la partie générale du droit des assurances sociales [LPGA, RS 830.1] et 48 al. 1 de la loi fédérale du 20 décembre 1968 sur la procédure administrative [PA, RS 172.021]). Déposé en temps utile et dans les formes requises par la loi (art. 60 LPGA et 50 al. 1 PA ; art. 52 al. 1 PA), et l'avance sur les frais de procédure ayant été dûment acquittée (art. 63 al. 4 PA), le recours est recevable.

C-5600/2019 Page 8 2. Le litige porte en l'espèce sur le droit du recourant à une rente de l'AI. 3. 3.1 La procédure dans le domaine des assurances sociales fait prévaloir la maxime inquisitoire (art. 43 LPGA ; ATF 138 V 218 consid. 6). Ainsi, le Tribunal administratif fédéral définit les faits et apprécie les preuves d'office et librement (art. 12 PA ; PIERRE MOOR/ETIENNE POLTIER, Droit administratif, vol. II, 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/MICHAEL BEUSCH/LORENZ KNEUBÜHLER, Prozessieren vor dem Bundesverwaltungsgericht, 2e éd. 2013, p. 25 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). 4. 4.1 Selon les principes généraux du droit intertemporel, le droit matériel applicable est en principe celui en vigueur lors de la

réalisation de l'état de fait qui doit être apprécié juridiquement ou qui a des conséquences juridiques, sous réserve de dispositions particulières du droit transitoire (ATF 143 V 446 consid. 3.3, ATF 136 V 24 consid. 4.3, ATF 132 V 215 consid. 3.1.1). 4.1.1 L'affaire présente un aspect transfrontalier, dans la mesure où le recourant est un ressortissant portugais, domicilié au Luxembourg, ayant travaillé en Suisse. Est dès lors applicable à la présente cause, l'accord du 21 juin 1999 sur la libre circulation des personnes (ALCP, RS 0.142.112.681), dont l'annexe II règle la coordination des systèmes de sécurité sociale (art. 8 ALCP). Dans ce contexte, l'ALCP fait référence depuis le 1er avril 2012 au règlement (CE) n° 883/2004 du Parlement

C-5600/2019 Page 9 européen et du Conseil du 29 avril 2004 portant sur la coordination des systèmes de sécurité sociale (RS 0.831.109.268.1), ainsi qu'au règlement (CE) n° 987/2009 du Parlement européen et du Conseil du 16 septembre 2009 fixant les modalités d'application du règlement (CE) n° 883/2004 (RS 0.831.109.268.11 ; art. 1 al. 1 de l'annexe II en relation avec la section A de l'annexe II). A compter du 1er janvier 2015, sont également applicables dans les relations entre la Suisse et les Etats membres de l'Union européenne (UE) les modifications apportées notamment au règlement n° 883/2004 par les règlements (UE) n° 1244/2010 (RO 2015 343), n° 465/2012 (RO 2015 345) et n° 1224/2012 (RO 2015 353). Toutefois, même après l'entrée en vigueur de l'ALCP et des règlements de coordination, l'invalidité ouvrant droit à des prestations de l'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 ; ATF 130 V 253 consid. 2.4 ; arrêt du Tribunal fédéral 9C\_573/2012 du 16 janvier 2013 consid. 4). 4.1.2 S'agissant du droit interne, la présente cause doit être examinée à l'aune des dispositions de la LAI et de son règlement d'exécution telles que modifiées par la 6e révision de l'AI (premier volet), entrées en vigueur le 1er janvier 2012 (RO 2011 5659, FF 2010 1647). Les modifications de la LAI du 19 juin 2020 (Développement continu de l'AI, RO 2021 705 ; FF 2017 2363), en vigueur depuis le 1er janvier 2022, ne s'appliquent par contre pas au cas d'espèce. 4.2 Le juge des assurances sociales apprécie la légalité des décisions attaquées, en règle générale, d'après l'état de fait existant jusqu'au moment où la décision litigieuse a été rendue (en l'espèce, le 26 septembre 2019). Les faits survenus postérieurement, et qui ont modifié cette situation, doivent normalement faire l'objet d'une nouvelle décision administrative (ATF 132 V 215 consid. 3.1.1, ATF 130 V 445 consid. 1.2, ATF 121 V 362 consid. 1b). Ils doivent néanmoins être pris en considération lorsqu'ils sont étroitement liés à l'objet du litige et de nature à influencer l'appréciation au moment où la décision attaquée a été rendue (arrêt du Tribunal fédéral 9C\_34/2017 du 20 avril 2017 consid. 5.2 et les références). 5. En l'espèce, le recourant a versé des cotisations à l'AVS/AI pendant plus de 3 ans et remplit donc la condition de la durée minimale de cotisations eu égard au moment de l'ouverture éventuelle du droit à la rente (art. 36 al. 1 LAI). Il reste à examiner s'il est invalide au sens de la LAI.

C-5600/2019 Page 10 6. 6.1 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 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 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, 2e phrase LPGA). 6.2

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). 6.3 Aux termes de l'art. 28 al. 2 LAI, l'assuré-e a droit à un quart de rente s'il ou elle est invalide à 40% au moins, à une demi-rente s'il ou elle est invalide à 50% au moins, à trois quarts de rente s'il ou elle est invalide à 60% au moins et à une rente entière s'il ou elle est invalide à 70% au moins. L'art. 29 al. 4 LAI prévoit que les rentes correspondant à un taux d'invalidité inférieur à 50 % ne sont versées qu'aux assurés qui ont leur domicile et leur résidence habituelle (art. 13 LPGA) en Suisse. Toutefois, suite à l'entrée en vigueur de l'ALCP le 1er juin 2002, la restriction prévue à l'art. 29 al. 4 LAI n'est pas applicable lorsqu'une personne assurée est une ressortissante suisse ou de l'UE et réside dans l'un des Etats membres de l'UE (ATF 130 V 253 consid. 2.3 et 3.1 ; art. 4 et 7 du règlement n° 883/2004). 6.4 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).

C-5600/2019 Page 11

## **E. 7.1**

Pour pouvoir déterminer la capacité de travail médico-théorique d'une personne assurée et évaluer son invalidité, l'administration, ou le juge en cas de recours, a besoin de documents que le médecin ou éventuellement d'autres spécialistes doivent lui fournir (ATF 117 V 282 consid. 4a). La tâche des médecins consiste à porter un jugement sur l'état de santé et à indiquer dans quelle mesure et pour quelles activités la personne assurée est incapable de travailler, compte tenu de ses limitations (ATF 143 V 418 consid. 6, 132 V 93 consid. 4, 125 V 256 consid. 4 et les références).

### **E. 7.1.1**

Le principe de la libre appréciation des preuves s'applique de manière générale à toute procédure de nature administrative, que ce soit devant l'administration ou le juge. La jurisprudence a toutefois posé des lignes directrices en matière d'appréciation des rapports médicaux et d'expertise (ATF 125 V 351 consid. 3b). Ainsi, avant de conférer pleine valeur probante à un rapport médical, il convient de s'assurer que les points litigieux importants ont fait l'objet d'une étude circonstanciée, que le rapport se fonde sur des examens complets, qu'il prend également en considération les plaintes exprimées, qu'il a été établi en pleine connaissance de l'anamnèse, que la description du contenu médical et l'appréciation de la situation médicale sont claires et enfin que les conclusions du médecin sont dûment motivées (ATF 134 V 231 consid. 5.1). La valeur probante d'un rapport médical ou d'une expertise est de plus liée à la condition que le médecin qui se prononce dispose de la formation spécialisée nécessaire et de compétences professionnelles dans le

domaine d'investigation (arrêts du Tribunal fédéral 9C\_555/2017 du 22 novembre 2017 consid. 3.1 et les références, 9C\_745/2010 du 30 mars 2011 consid. 3.2 et 9C\_59/2010 du 11 juin 2010 consid. 4.1 ; MI-CHEL VALTERIO, Commentaire, Loi fédérale sur l'assurance-invalidité [LAI], 2018, art. 57 LAI n° 33). Concernant les rapports et expertises des médecins rattachés à un assureur, 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 leurs appréciations ; le Tribunal fédéral n'y voit pas de motif de partialité ou de subjectivité. La valeur probante de tels rapports dépend bien plutôt de leur contenu : ainsi doivent-ils être jugés pertinents, compréhensibles et cohérents

C-5600/2019 Page 12 pour avoir valeur de preuve ; en outre, il ne doit pas exister d'indice suffisant plaçant contre leur fiabilité (ATF 135 V 465 consid. 4.4, 125 V 351 consid. 3b/ee).

### **E. 7.1.2**

Selon la jurisprudence, il n'est pas interdit aux tribunaux des assurances de se fonder uniquement ou principalement sur les rapports des médecins rattachés aux assureurs, mais, en de telles circonstances, l'appréciation des preuves est soumise à des exigences sévères. Une instruction complémentaire sera ainsi requise s'il subsiste des doutes, même minimes, quant au bien-fondé, à la fiabilité et à la pertinence de ces rapports (ATF 139 V 225 consid. 5.2, 135 V 465 consid. 4.4, 122 V 157 consid. 1d). Les prises de position des services médicaux régionaux (SMR) et du service médical de l'OAIE doivent être appréciées comme des rapports de médecins liés à l'assureur (concernant le SMR, arrêts du Tribunal fédéral 9C\_159/2016 du 2 novembre 2016 consid. 2.2 ss, 8C\_197/2014 du 3 octobre 2014 consid. 4 ; arrêt du Tribunal administratif fédéral C-2843/2016 du 30 mai 2018 consid. 8.1 et 8.2 ; MICHEL VALTERIO, op. cit., art. 57 LAI n° 7, 10 ss., 42 ss, art. 59 LAI n° 2). Les prises de position des SMR ou du service médical de l'OAIE ne se fondent pas sur des examens médicaux effectués sur la personne et ne posent pas de nouvelles conclusions médicales ; elles portent une appréciation sur celles déjà existantes (arrêts du Tribunal fédéral 9C\_542/2011 du 26 janvier 2012 consid. 4.1, 9C\_581/2007 du 14 juillet 2008 consid. 3.2, 9C\_341/2007 du 16 novembre 2007 consid. 4.1). Elles ont notamment pour but, outre celui d'aider les profanes en médecine qui travaillent dans l'administration ou les tribunaux et à qui il appartient de trancher le droit aux prestations, de résumer et de porter une appréciation sur la situation médicale de la personne assurée, ainsi que de faire une recommandation, sous l'angle médical, concernant la suite à donner à la demande de prestations. Ceci implique aussi, en présence de pièces médicales contradictoires, de dire de façon motivée s'il y a lieu de se fonder sur l'une ou l'autre de ces pièces ou s'il y a lieu de procéder à une instruction complémentaire (ATF 142 V 58 consid. 5.1). De telles prises de position, pour avoir valeur probante, ne peuvent suivre les conclusions d'un médecin sans établir les raisons pour lesquelles les conclusions différentes d'autres médecins ne sont pas suivies (ATF 137 V 210 consid. 6.2.4 ; arrêt du Tribunal fédéral 9C\_165/2015 du 12 novembre 2015 consid. 4.3 ; MICHEL VALTERIO, op. cit., art. 57 LAI n° 43). Si les pièces au dossier ne permettent pas de trancher les questions contestées, les prises de position médicales internes de l'assureur ne peuvent pas, en général, constituer une évaluation finale, mais doivent donner lieu à une instruction complémentaire (arrêt du

C-5600/2019 Page 13 Tribunal fédéral 9C\_165/2015 du

## E. 7.2

Si l'administration ou le juge, se fondant sur une appréciation consciencieuse des preuves, sont convaincus que certains faits présentent un degré de vraisemblance prépondérante et que d'autres mesures probatoires ne pourraient plus modifier cette appréciation, il est superflu d'administrer d'autres preuves (appréciation anticipée des preuves ; UELI KIESER, ATSG- Kommentar, 4e éd. 2020, art. 42 LPGA n° 31 ; ATF 122 II 464 consid. 4a). Une telle manière de procéder ne viole pas le droit d'être entendu selon l'art. 29 al. 2 de la Constitution fédérale de la Confédération suisse du 18 avril 1999 (Cst., RS 101)

(Sozialversicherungsrecht [SVR] 2001 IV n° 10 p. 28). 8. Ont été notamment versés au dossier durant l'instruction les documents suivants : - un protocole opératoire du 17 juin 2013 du Dr D. \_\_\_\_\_, concluant à une arthroscopie du genou gauche, à une atteinte post-traumatique majeure aussi bien du compartiment fémoro-patellaire que du compartiment fémoro tibial interne et externe, ainsi qu'à une marche avec appui partiel pendant quatre semaines à cause des lésions chondrales et à une mobilisation immédiate stimulant la formation cartilagineuse (cartilage fibreux), le code étant 2K46 (OAIE doc 35) ; - un certificat médical du 28 avril 2015 du même médecin, attestant que l'examen clinique et les examens complémentaires ont montré une pathologie du système ostéoarticulaire. Ce médecin retient les diagnostics suivants : 1) atteinte posttraumatique sévère du genou gauche – rupture méniscale externe et interne complexe ainsi que chondropathie posttraumatique fémoro-patellaire ainsi que des deux condyles fémoraux posttraumatique (accident du travail du 19 novembre 2012) ayant motivé un traitement arthroscopique le 17 juin 2013 et le 28 avril 2015 ; 2) gonarthrose tricompartmentale majeure et atteinte méniscale interne du genou droit (cf. arthro-CT-Scan du 15 avril 2015) ; 3) discopathies lombaires avec protrusion foraminale gauche L4-L5 et protrusion discale L5-S1 droite et gauche (CT-Scan du 14 janvier 2015). Il fixe au regard de ces diagnostics, les restrictions définitives suivantes : travail à risque accru d'accidents, travail en hauteur, efforts physiques importants, soulèvement de charges lourdes, marche en terrain irrégulier et

C-5600/2019 Page 14 station debout continue. Il conclut à une incapacité de travail dans l'activité habituelle et à ce que le recourant doive être considéré comme travailleur handicapé avec un taux d'IPP évalué à 66 % (OAIE doc 33) ; - un protocole opératoire de la même date du même médecin, ordonnant de prévoir une viscosupplémentation, puis à moyen terme une prothèse totale de genou gauche. Le médecin souligne qu'il est indispensable que le recourant cesse toute activité contraignante sur ses genoux. Enfin, il ajoute une marche avec appui partiel pendant deux semaines à cause de la lésion chondrale du condyle interne et une mobilisation immédiate stimulant la formation cartilagineuse (cartilage fibreux). Le code est 2K46 (OAIE doc 34) ; - un protocole opératoire du 16 juin 2015 du même médecin, concluant à une arthroscopie du genou droit : atteinte dégénérative majeure du ménisque interne, du compartiment fémoro-patellaire (stade trois) et du condyle fémoral interne (stade 3 et 4), marche avec appui partiel pendant trois semaines compte tenu de la lésion chondrale du condyle interne et du compartiment fémoral patellaire, mobilisation immédiate stimulant la formation cartilagineuse (cartilage fibreux), prévoir viscosupplémentation à l'Ostenil, une ostéotomie de valgisation est dépassée vu les dégâts importants sur le compartiment fémoro-patellaire, il est indispensable de diminuer les contraintes mécaniques sur ce genou de façon drastique, le code est 2K46 (OAIE doc 32) ; - un rapport médical du 24 juillet 2015 du Dr C. \_\_\_\_\_, médecin généraliste, informant que le recourant a été victime d'un accident du travail survenu le 19 novembre 2012 au cours duquel il aurait chuté d'un escabeau qui se serait cassé en deux, et constatant lors de

son examen clinique du 20 novembre 2012 un hématome important de 20 cm de diamètre au niveau de la face interne du genou gauche, ainsi qu'une dermabrasion au niveau de la face latérale de la jambe gauche de 5 cm. Le médecin indique que la symptomatologie a été lentement favorable avec persistance (lors d'une échographie de contrôle des tissus mous réalisée le 4 janvier 2013) d'une hyperechogénicité diffuse de 4 fois 1 cm, que dans les suites de cet accident une gonalgie persistait et pour laquelle une arthroscopie avait été réalisée par un confrère le 17 juin 2013 et le 28 avril 2015, le recourant se plaignant toujours à cette date d'une douleur médiale et latérale du genou gauche d'horaires mécaniques (OAIE doc 31) ;

C-5600/2019 Page 15 - un avis du service de santé au travail compétent de la commission mixte du 17 février 2016 de la Dresse E. \_\_\_\_\_, médecin du travail, affirmant que le recourant n'est pas capable d'exercer son dernier poste de travail ou régime de travail, listant les tâches contre-indiquées suivantes : efforts physiques importants, soulèvement de charges lourdes, le travail en accroupi ou à genou, monter et descendre les escaliers ou des échafaudages fréquemment, marche en terrain irrégulier, station debout continue. Le médecin conclut à ce que le recourant a dépassé les 52 semaines de maladie et donc à un reclassement externe (OAIE doc 75) ; - un certificat médical du 1er avril 2016 du Dr D. \_\_\_\_\_, indiquant que l'examen clinique et les examens complémentaires ont montré une pathologie du système ostéoarticulaire, retenant des diagnostics d'atteinte traumatique majeure du genou droit le 16 mars 2015 (accident du travail) avec nécessité d'une arthroscopie du genou droit le

## **E. 8**

Ont été notamment versés au dossier durant l'instruction les documents suivants : - un protocole opératoire du 17 juin 2013 du Dr D. \_\_\_\_\_, concluant à une arthroscopie du genou gauche, à une atteinte post-traumatique majeure aussi bien du compartiment fémoro-patellaire que du compartiment fémoro tibial interne et externe, ainsi qu'à une marche avec appui partiel pendant quatre semaines à cause des lésions chondrales et à une mobilisation immédiate stimulant la formation cartilagineuse (cartilage fibreux), le code étant 2K46 (OAIE doc 35) ; - un certificat médical du 28 avril 2015 du même médecin, attestant que l'examen clinique et les examens complémentaires ont montré une pathologie du système ostéoarticulaire. Ce médecin retient les diagnostics suivants : 1) atteinte posttraumatique sévère du genou gauche - rupture méniscale externe et interne complexe ainsi que chondropathie posttraumatique fémoro-patellaire ainsi que des deux condyles fémoraux posttraumatique (accident du travail du 19 novembre 2012) ayant motivé un traitement arthroscopique le 17 juin 2013 et le 28 avril 2015 ; 2) gonarthrose tricompartmentale majeure et atteinte méniscale interne du genou droit (cf. arthro-CT-Scan du 15 avril 2015) ; 3) discopathies lombaires avec protrusion foraminale gauche L4-L5 et protrusion discale L5-S1 droite et gauche (CT-Scan du 14 janvier 2015). Il fixe au regard de ces diagnostics, les restrictions définitives suivantes : travail à risque accru d'accidents, travail en hauteur, efforts physiques importants, soulèvement de charges lourdes, marche en terrain irrégulier et station debout continue. Il conclut à une incapacité de travail dans l'activité habituelle et à ce que le recourant doive être considéré comme travailleur handicapé avec un taux d'IPP évalué à 66 % (OAIE doc 33) ; - un protocole opératoire de la même date du même médecin, ordonnant de prévoir une viscosupplémentation, puis à moyen terme une prothèse totale de genou gauche. Le médecin souligne qu'il est indispensable que le recourant cesse toute activité contraignante sur ses genoux. Enfin, il

ajoute une marche avec appui partiel pendant deux semaines à cause de la lésion chondrale du condyle interne et une mobilisation immédiate stimulant la formation cartilagineuse (cartilage fibreux). Le code est 2K46 (OAIE doc 34) ; - un protocole opératoire du 16 juin 2015 du même médecin, concluant à une arthroscopie du genou droit : atteinte dégénérative majeure du ménisque interne, du compartiment fémoro-patellaire (stade trois) et du condyle fémoral interne (stade 3 et 4), marche avec appui partiel pendant trois semaines compte tenu de la lésion chondrale du condyle interne et du compartiment fémoral patellaire, mobilisation immédiate stimulant la formation cartilagineuse (cartilage fibreux), prévoir viscosupplémentation à l'Ostenil, une ostéotomie de valgisation est dépassée vu les dégâts importants sur le compartiment fémoro-patellaire, il est indispensable de diminuer les contraintes mécaniques sur ce genou de façon drastique, le code est 2K46 (OAIE doc 32) ; - un rapport médical du 24 juillet 2015 du Dr C. \_\_\_\_\_, médecin généraliste, informant que le recourant a été victime d'un accident du travail survenu le 19 novembre 2012 au cours duquel il aurait chuté d'un escabeau qui se serait cassé en deux, et constatant lors de son examen clinique du 20 novembre 2012 un hématome important de 20 cm de diamètre au niveau de la face interne du genou gauche, ainsi qu'une dermabrasion au niveau de la face latérale de la jambe gauche de 5 cm. Le médecin indique que la symptomatologie a été lentement favorable avec persistance (lors d'une échographie de contrôle des tissus mous réalisée le 4 janvier 2013) d'une hyperechogénicité diffuse de 4 fois 1 cm, que dans les suites de cet accident une gonalgie persistait et pour laquelle une arthroscopie avait été réalisée par un confrère le 17 juin 2013 et le 28 avril 2015, le recourant se plaignant toujours à cette date d'une douleur médiale et latérale du genou gauche d'horaire mécanique (OAIE doc 31) ; - un avis du service de santé au travail compétent de la commission mixte du 17 février 2016 de la Dresse E. \_\_\_\_\_, médecin du travail, affirmant que le recourant n'est pas capable d'exercer son dernier poste de travail ou régime de travail, listant les tâches contre-indiquées suivantes : efforts physiques importants, soulèvement de charges lourdes, le travail en accroupi ou à genou, monter et descendre les escaliers ou des échafaudages fréquemment, marche en terrain irrégulier, station debout continue. La médecin conclut à ce que le recourant a dépassé les 52 semaines de maladie et donc à un reclassement externe (OAIE doc 75) ; - un certificat médical du 1er avril 2016 du Dr D. \_\_\_\_\_, indiquant que l'examen clinique et les examens complémentaires ont montré une pathologie du système ostéoarticulaire, retenant des diagnostics d'atteinte traumatique majeure du genou droit le 16 mars 2015 (accident du travail) avec nécessité d'une arthroscopie du genou droit le 16 juin 2015, d'atteinte dégénérative et posttraumatique majeure avec atteinte du ménisque interne, du compartiment fémoro-patellaire (stade trois) et du condyle fémoral interne (stade 3 et 4), tout en faisant remarquer que cet accident a aggravé de façon très nette la situation du genou droit et que compte tenu de ces diagnostics, les restrictions définitives suivantes s'imposent (travail à risque accru d'accidents, en hauteur, efforts physiques importants, soulèvement de charges lourdes, flexion-rotation fréquente du tronc, marche en terrain irrégulier, station debout continue), le recourant étant incapable d'effectuer son travail habituel et nécessite le statut d'invalidé avec une IPP de 66 % compte tenu également de l'atteinte du genou contralatéral et du dos (OAIE doc 30) ; - un compte-rendu opératoire du 16 octobre 2017 du même médecin, concluant à une prothèse totale de genou pour gonarthrose invalidante avec une prothèse ultracongruente à plateau (OAIE doc 29) ; - une expertise médicale du 10 décembre 2018 du Dr F. \_\_\_\_\_, médecin-conseil, relevant des plaintes de douleurs dans les genoux surtout la nuit, de blocages au dos avec atteinte dans la jambe droite, d'hypertension artérielle et de gastrite, posant des diagnostics d'arthroses multiples surtout

au niveau des genoux avec limitation des mouvements, ainsi que d'hypertension artérielle traitée médicalement, et concluant à l'absence d'invalidité au sens de la loi luxembourgeoise (OAIE doc 6) ; - un rapport médical détaillé signé le 13 décembre 2018 par le Dr F.\_\_\_\_\_, médecin-conseil, se fondant sur un examen physique pratiqué le 12 décembre 2018. Le médecin retient au nombre des diagnostics établissant une diminution de la capacité de travail des arthroses multiples surtout au niveau des genoux avec limitation des mouvements, ainsi qu'une hypertension artérielle traitée médicalement. Il signale être dans l'impossibilité de répondre à la question de l'éventuelle nécessité pour le recourant d'être aidé en permanence ou pendant une longue durée par une personne tierce et que des déficiences (limitations fonctionnelles) n'ont pas été communiquées, respectivement il ne peut y être répondu (OAIE doc 5) ; - un formulaire E 204 L « Instruction d'une demande de pension d'invalidité » du 17 décembre 2018 (OAIE doc 2) ; - un formulaire E 205 L « Attestation concernant la carrière d'assurance au Luxembourg » du 18 décembre 2018 (OAIE doc 3) ; - un formulaire E 210 L « Notification de décision relative à une demande de pension » d'invalidité du 17 décembre 2018 (OAIE doc 4 p. 1-3) ; et une décision de rejet de la demande en obtention d'une pension d'invalidité de la Caisse nationale d'assurance pension luxembourgeoise du 18 décembre 2018, au motif que suivant l'avis du contrôle médical de la sécurité sociale, le recourant n'est pas à considérer comme invalide au sens de la législation luxembourgeoise (OAIE doc 4 p. 4) ; - un rapport médical du 12 mars 2019 du Dr G.\_\_\_\_\_, médecin spécialiste en neurologie, diagnostiquant des troubles chroniques récidivants de la colonne vertébrale et de la colonne cervicale depuis des années, ainsi qu'une discarthrose L4/5 ainsi que C3/4 et C4/5. Le médecin prévient que les symptômes ont augmenté les derniers mois, de sorte que le recourant a une capacité de résistance considérablement réduite. Il déclare encore que pour que la capacité de travail du recourant puisse être conservée, ce dernier devrait éviter sur la durée de se pencher et des ports de charges de façon chronique, le port de charges ne devant en aucun cas dépasser les 15 kg. Une IPP de 30 % est selon lui justifiée (OAIE doc 13) ; - un questionnaire à l'assuré(e) du 25 mars 2019 (OAIE doc 10 p. 1-11) ; - un questionnaire pour l'employeur du 25 mars 2019 (OAIE doc 10 p. 12-18) ; - un formulaire E 205 CH « Attestation concernant la carrière d'assurance en Suisse » du 28 mars 2019 (OAIE doc 9) ; - des certificats médicaux d'incapacité de travail établis par le Dr D.\_\_\_\_\_ (OAIE docs 11, 15, 18, 19, 20, 22, 23, 24, 25, 26) ; - un certificat médical du 1er avril 2019 du même médecin, informant que le recourant est en traitement pour les suites de son accident de travail de 2012 : traumatisme du genou gauche (au 19 novembre 2012) avec développement d'une gonarthrose gauche majeure avec nécessité de mise en place d'une prothèse totale de genou le 16 octobre 2017, également gonarthrose du genou droite, l'ensemble de ces pathologies motivant une IPP de 36 % (OAIE doc 12) ; - des certificats médicaux d'incapacité de travail établis par le Dr G.\_\_\_\_\_, respectivement les Dr C.\_\_\_\_\_, médecins généralistes (OAIE docs 14, 15, 16, 17, 20, 21, 22) ; - des certificats médicaux d'incapacité de travail établis par le Dr H.\_\_\_\_\_, médecin urgentiste (OAIE doc 23) ; - une prise de position médicale du service médical de l'OAIE du 4 juin 2019 (OAIE doc 38 ; voir supra let. B.c) ; - un certificat médical du 6 juin 2019 du Dr C.\_\_\_\_\_, assurant que le recourant ne peut plus subvenir à ses besoins par un travail régulier et soutenu en raison de plusieurs problèmes orthopédiques qui l'empêchent d'exercer une activité professionnelle. Ce médecin prévient que ces problèmes ont aussi une incidence sur les activités de la vie quotidienne. Il déclare qu'en raison de l'accident de travail de 2012, le recourant a nécessité la mise en place d'une prothèse totale de genou gauche et qu'il présente également des douleurs lombaires et

cervicales récidivantes suite à une discarthrose L4/L5 et C3/C4 et C4/C5 pour lesquelles il a reçu des infiltrations scanno-guidées. Il termine en informant qu'une hospitalisation récente a eu lieu pour une cholécystite aiguë avec indication opératoire (OAIE doc 48) ; - une réponse du médecin de l'OAIE du 22 juillet 2019 (OAIE doc 41 ; voir supra let. B.d) ; - une évaluation de l'invalidité - application de la méthode générale du 20 août 2019 (OAIE doc 43) ; - des certificats médicaux d'incapacité de travail des Drs I. \_\_\_\_\_, médecin généraliste, C. \_\_\_\_\_, D. \_\_\_\_\_, J. \_\_\_\_\_, médecin spécialiste en médecine interne, néphrologie/dialyse, G. \_\_\_\_\_ et H. \_\_\_\_\_ (OAIE docs 46-47, 49, 50, 52-74, 76-85) ; - une prise de position du service médical de l'OAIE au sujet de l'audition de la personne ci-après nommée du 12 septembre 2019 (OAIE doc 87 ; voir supra let. B.g) ; - des pièces médicales annexées à la réplique du 14 février 2020 (TAF pce 9, annexes), soit un certificat médical du 17 décembre 2019 du Dr D. \_\_\_\_\_, reprenant les éléments de son précédent rapport et ajoutant que le recourant présente aussi une rhizarthrose des deux mains et des cervicalgies avec sténose dégénérative C4-C5 latéralisée droite avec sténose foraminale et arthrose cervicale pluri-étagée ; un rapport de scintigraphie osseuse du 27 décembre 2019 de la Dresse K. \_\_\_\_\_, médecin spécialiste en médecine nucléaire, concluant à des signes modérés d'arthrose dans les articulations acromioclaviculaires des deux côtés, l'articulation sternoclaviculaire droite, le compartiment interne du genou droit, et à l'absence de fissure ou d'inflammation floride en colonne vertébrale ; des radiographies ; deux rapports du 25 novembre 2019 du Dr L. \_\_\_\_\_, médecin en imagerie des urgences, concluant à une arthrose cervicale avec sténose dégénérative C4-C5 droite, respectivement à une rhizarthrose bilatérale prédominant à droite et à une arthrose interphalangienne du pouce ; un rapport de radiographie du genou droit du 28 mars 2019 de la Dresse M. \_\_\_\_\_, médecin en imagerie thoracique et abdominale, observant une gonarthrose tircompartimentale prédominant en fémoro-tibial interne, à des macrocalcifications d'insertion patellaire du tendon quadricipital, rotulien et à l'absence d'épanchement intra-articulaire visible ; un rapport de radiographie du genou gauche du 2 janvier 2019 du Dr N. \_\_\_\_\_, médecin en imagerie cardiaque et ostéo-articulaire, constatant une prothèse du genou en place, sans signe de descellement, l'absence d'épanchement articulaire pathologique et de point d'appel ; un rapport de scanner du rachis lombaire du 2 janvier 2019 du Dr L. \_\_\_\_\_, relevant une discopathie étagée avec protrusion discale postéro-latérale gauche L5-S1 pouvant être à l'origine d'un conflit avec l'émergence radiculaire S1 gauche, mais pas d'autre lésion disco-vertébrale associée décelable ; un rapport de radiographie du genou gauche du 4 juin 2018 du Dr O. \_\_\_\_\_, médecin en imagerie tête et cou ainsi que thoracique et abdominale, jugeant l'évolution satisfaisante après arthroplastie bi-compartimentale du genou gauche ; un rapport de radiographie du genou gauche du 21 novembre 2017 du Dr P. \_\_\_\_\_, médecin en imagerie cardiaque et interventionnelle vasculaire, obtenant une prothèse du genou gauche en place sans liseré radiotransparent péri-prothétique anormale ni fissuration, ainsi qu'un discret épanchement intra-articulaire ; un rapport de radiographie du genou gauche et de téléradiographie du membre inférieur gauche du 20 octobre 2017 du Dr L. \_\_\_\_\_, indiquant une arthroplastie totale du genou en bonne position sans lésion osseuse péri-prothétique décelable, une absence de déviation axiale significative du genou et rappelant une emphysème postopératoire des téguments ; un rapport de radiographie des genoux et des articulations fémoro-patellaires du 17 juillet 2017 du Dr Q. \_\_\_\_\_, médecin en imagerie thoracique et abdominale et ostéo-articulaire, décelant une arthrose tricompartmentale bilatérale prédominant en fémoro-tibial interne ; un rapport de téléradiographie des membres

inférieurs du 3 octobre 2017 du Dr R. \_\_\_\_\_, médecin en imagerie tête et cou et en sénologie, notant l'absence de dénivèlement significatif du bassin en station debout, une longueur de la jambe droite de 95,5 cm et du côté gauche 95,7 cm, soit une différence de 2 mm seulement, une gonarthrose interne bilatérale avec pincement inter-articulaire, un axe mécanique du fémur qui fait avec l'axe mécanique du tibia un angle en varus de 5° à droit et de 7° à gauche ; un rapport d'échographie de l'abdomen supérieur du 4 novembre 2016 du Dr Q. \_\_\_\_\_, concluant à une stéatose hépatique diffuse et des calculs vésiculaires ; un rapport d'IRM du rachis cervical du 31 août 2016 du Dr L. \_\_\_\_\_, mettant en évidence des remaniements dégénératifs discaux et articulaires postérieurs débutants sans retentissement canalaire ou foraminal significatif, ainsi qu'une absence de myélopathie cervicale ou autre lésion disco-vertébrale ; un rapport de scanner du rachis cervical du 8 juillet 2016 du Dr S. \_\_\_\_\_, radiologue, concluant à l'absence de hernie discale ou agression des racines à leur émergence ou dans les foramens, et à une arthrose articulaire postérieure débutant C5-C6, C6-C7 sans sténose foraminale ; un rapport de scanner du rachis cervical du 12 avril 2016 du Dr N. \_\_\_\_\_, mentionnant un rétrécissement disco-ostéophytique des foramens C3-C4 et C4-C5 droits, ainsi qu'une absence d'anomalie ; un rapport de scanner abdomino-pelvien du 13 mai 2019 du Dr L. \_\_\_\_\_, faisant état d'un épaissement pariétal vésiculaire circonférentiel avec distension vésiculaire sur lithiase dont l'aspect peut s'intégrer dans le cadre d'une cholécystite aiguë lithiasique, d'une absence d'autre lésion intra-abdominale et rappelant des kystes corticaux rénaux, calcifications prostatiques et petit kyste biliaire ; un rapport de scanner abdomino-pelvien du 19 avril 2019 du Dr P. \_\_\_\_\_, concluant à une stéatose hépatique et à une lithiase vésiculaire.

## **E. 9**

La décision litigieuse s'appuie, pour refuser une rente de l'AI au recourant, sur les prises de position du service médical de l'OAIE des 4 juin (OAIE doc 38), complétée par la réponse du médecin de l'OAIE du 22 juillet (OAIE doc 41) et 12 septembre 2019 (OAIE doc 87), ainsi que sur l'évaluation de l'invalidité - application de la méthode générale du 20 août 2019 (OAIE doc 43).

### **E. 9.1**

A titre liminaire, le Tribunal constate que ladite décision admet que la capacité de travail dans l'activité habituelle du recourant est nulle. Elle rejoint ainsi l'ensemble des médecins s'étant exprimés directement sur cet aspect et le recourant. Il n'y a dès lors pas lieu de s'y attarder.

### **E. 9.2**

Il incombe, par contre, au Tribunal d'examiner si les documents médicaux du service médical de l'OAIE précités, notamment en ce qu'ils retiennent une capacité de travail totale dans une activité adaptée contrairement à ce que soutient le recourant, remplissent les exigences jurisprudentielles pour se voir attribuer une pleine valeur probante, comme l'a considéré l'autorité inférieure.

#### **E. 9.2.1**

Les prises de position et réponses du service médical de l'OAIE ont toutes été rédigées par la Dresse B. \_\_\_\_\_. Il s'agit d'une spécialiste FMH en médecine interne générale ainsi qu'en médecine intensive. Or, même si le recourant présente différentes pathologies touchant plusieurs régions de son corps, il ne saurait être admis que cette médecin détient la formation spécialisée et les compétences professionnelles nécessaires à mener des

investigations pertinentes dans le cas du recourant. Au contraire, dans ces conditions, l'autorité inférieure aurait dû faire appel à des médecins spécialistes pour chacun des types d'atteinte, comme par exemple un-e orthopédiste, un-e rhumatologue, etc. Déjà pour ce motif, l'OAIE n'était pas en droit d'accorder pleine valeur probante aux rapports de son service médical, étant donné les exigences posées par la jurisprudence fédérale en la matière.

#### **E. 9.2.2**

Au niveau de l'anamnèse et de la description du contexte médical, la médecin a fait preuve de rigueur en recensant les diagnostics - si ce n'est la discarthose C3/C4 et C4/C5, ainsi que la cholécystite - et les rapports médicaux des autres médecins consultés figurant en abondance au dossier, avec un bref rappel de leurs constatations (voir en particulier OAIE doc 87 ; voir aussi OAIE doc 38).

#### **E. 9.2.3**

S'agissant des plaintes du recourant, il n'en est pas fait état par le service médical de l'OAIE dans la procédure non contentieuse. En revanche, il relève la mention d'une atteinte psychologique dans le mémoire de recours (voir prise de position du 10 décembre 2019 [TAF pce 6, annexe]). Dès lors, on ne saurait trop lui reprocher un manque à cet égard, étant rappelé que les évaluations de tels médecins ne se fondent en général pas sur des examens réalisés sur la personne, mais bien plutôt sur la documentation médicale existante et mise à leur disposition (voir supra consid. 7.1.2).

#### **E. 9.2.4**

En ce qui concerne l'appréciation de la situation médicale, il convient de rappeler que le service médical de l'autorité inférieure a répertorié et retenu les diagnostics mis en évidence par les médecins traitants, à l'exception de la discarthose C3/C4 et C4/C5, ainsi que de la cholécystite. Si la Dresse B. \_\_\_\_\_ les a écartés, elle ne l'exprime pas, ni motive ce point. D'ailleurs, on notera qu'en cas de rejet de ces pathologies, elle aurait dû les faire apparaître dans la liste des diagnostics associés sans répercussion sur la capacité de travail. Des points litigieux n'ont ainsi pas été traités, ou du moins pas indiqués. Elle ne rapporte des cervicalgies avec sténose dégénérative C4-C5 latéralisée droite avec sténose forminale et arthrose cervicale pluri-étagée qu'au stade très tardif de la duplique, tout en jugeant que les documents alors fournis par le recourant ne modifient pas les diagnostics et limitations fonctionnelles qu'elle avait retenus. On a affaire en somme à des conclusions contradictoires entre l'instruction et les prises de position durant la présente procédure de recours. Le contenu des documents médicaux du service médical de l'OAIE se révèle ne pas être cohérent. Au final, il appert que l'état de santé n'est pas clair en l'état, de sorte que l'autorité inférieure ne pouvait, pour cette raison également, se fonder sur les seuls documents médicaux établis par son service médical pour rendre la décision attaquée.

#### **E. 9.2.5**

En revanche, hormis ces lacunes, la médecin du service médical de l'OAIE retient à raison que la rhizarthrose ne peut pas être prise en considération dans la présente procédure de recours, conformément à la jurisprudence. Les éventuels troubles psychiques dont souffrirait le recourant ne sont en effet évoqués pour la première fois que durant le recours, soit après la date de la décision attaquée, et sans être étayés dans un document médical.

#### **E. 9.2.6**

Il n'en demeure pas moins que les conclusions n'englobant jusqu'au stade de la décision entreprise pas la discartrhose dans la région des cervicales en C3/C4 et C4/C5, ni la cholécystite, ne sont pas complètes et, de ce fait, pas entièrement pertinentes. La correction partielle au stade ultérieur de la duplique, avec des conclusions manifestement contradictoires, n'y change rien. Au contraire, et comme vu ci-dessus, le contenu des prises de position du service médical de l'OAIE s'avère ne pas être cohérent ni exposer clairement l'état de santé du recourant.

### **E. 9.3**

En conséquence, ces documents médicaux ne respectent pas les réquisits jurisprudentiels en la matière et ne peuvent se voir reconnaître pleine valeur probante. En admettant le contraire, l'OAIE a rendu une décision non conforme au droit fédéral. En outre, il sied de rappeler qu'une instruction complémentaire sera requise s'il subsiste des doutes, même minimes, quant au bien-fondé, à la fiabilité et la pertinence des rapports des médecins rattachés aux assureurs (ATF 139 V 225 consid. 5.2, 135 V 465 consid. 4.4, 122 V 157 consid. 1d ; voir supra consid. 7.1.2).

### **E. 9.4**

En affirmant dans son mémoire de recours qu'il souffre d'un certain nombre de pathologies invalidantes telles qu'elles résultent des certificats établis par ses médecins traitants et en mentionnant, entre autres, la discartrhose notamment au niveau C3/C4 et C4/C5, le recourant élève un grief qui, sur le vu de ce qui précède, est fondé, son état de santé n'ayant pas été suffisamment clarifié par l'OAIE.

### **E. 10.1**

Cela étant, le Tribunal n'est en l'état pas en mesure de vérifier le degré d'invalidité du recourant. Certaines atteintes à la santé de celui-ci - relevées par des médecins traitants - et leurs conséquences notamment sur sa capacité de travail dans une activité adaptée n'ont pas été investiguées comme il convient par l'OAIE. Au surplus, les pièces au dossier ne permettent pas non plus au TAF de se convaincre, au degré de la vraisemblance prépondérante, de l'importance et des éventuels effets de ces pathologies sur la capacité de travail du recourant dans une activité adaptée. Elles ne permettent, autrement dit, pas de trancher les questions contestées in casu, de sorte que les documents médicaux du service médical de l'OAIE ne peuvent servir d'évaluation finale et doivent donner lieu à une instruction complémentaire (voir supra consid. 7.1.2). Le taux d'invalidité retenu par l'autorité inférieure ne peut donc être évalué dans le cas concret.

### **E. 10.2**

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 du Tribunal fédéral 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 Tribunal fédéral 8C\_633/2014 du 11 décembre 2014 consid. 3.2 et 3.3 ; arrêt du Tribunal administratif fédéral C-3038/2016 consid. 12 et les références). En

l'espèce, il ressort donc du dossier que la question des atteintes à la santé du recourant et de leurs éventuelles répercussions sur la capacité de travail dans une activité adaptée n'a pas été instruite à satisfaction de droit et mérite un éclaircissement.

### **E. 10.3**

Par ailleurs, selon la jurisprudence, un renvoi à l'administration, lorsqu'il a pour but d'établir l'état de fait, ne viole ni le principe de la simplicité de la procédure et de diligence, ni le principe inquisitoire. Il en va cependant autrement quand un renvoi constitue en soi un déni de justice (par exemple, lorsque, en raison des circonstances, seule une expertise judiciaire ou une autre mesure probatoire serait propre à établir l'état de fait), ou si un renvoi apparaît disproportionné dans le cas particulier. A l'inverse, le renvoi à l'administration apparaît en général justifié si celle-ci a constaté les faits de façon sommaire, dans l'idée que le tribunal les éclaircirait comme il convient en cas de recours (ATF 137 V 210 consid. 4.4.1.4). Tel est le cas en l'espèce.

### **E. 10.4**

En l'occurrence, la décision attaquée se base sur des actes médicaux du service médical de l'OAIE qui ne correspondent pas aux exigences jurisprudentielles en la matière, pour refuser une rente d'invalidité au recourant.

### **E. 11**

Les considérants qui précèdent conduisent à l'admission du recours et à l'annulation de la décision querellée. La cause est renvoyée à l'autorité inférieure pour complément d'instruction et nouvelle décision. Une clarification des atteintes à la santé du recourant et de leurs éventuels effets sur sa capacité de travail dans une activité adaptée apparaît en effet nécessaire. En particulier, l'OAIE veillera à requérir des rapports récents des médecins traitants du recourant, à investiguer la possible existence de troubles psychologiques avancés par le recourant en demandant à ce dernier ou aux médecins de ce dernier de produire des documents médicaux à cet égard, et ordonnera une expertise pluridisciplinaire de médecine interne, orthopédie, rhumatologie, neurologie, hépatologie, pneumologie et, le cas échéant et en respectant l'évaluation normative et structurée de l'ATF 141 V 281, psychiatrie, du moment que le recourant souffre de pathologies au niveau des genoux (arthrose), du dos (discopathie), des cervicales (discarthrose), des clavicules, des pouces (rhizarthrose), de cholécystite, d'emphysème postopératoire des téguments, de stéatose hépatique, d'hypertension artérielle, de gastrite, d'obésité, de hernie congénitale gauche et éventuellement de troubles psychiques. A cet égard, il appartiendra au centre d'expertises d'ajouter d'autres disciplines médicales qu'il jugerait nécessaires au regard des affections dont souffre le recourant (cf. art. 44 al. 5 en relation avec al. 1 let. c LPGA du nouveau droit). Les médecins devront notamment expertiser l'ensemble de l'état de santé du recourant au jour de l'expertise, déterminer les atteintes à la santé du recourant et leurs éventuels effets sur la capacité de travail dans une activité adaptée ainsi que les limitations fonctionnelles. L'ensemble du dossier devra ensuite être soumis au service médical de l'OAIE pour nouvel examen. Enfin, une nouvelle décision devra être prise.

### **E. 12**

novembre 2015 consid. 4.3, 9C\_58/2011 du 25 mars 2011 consid. 3.3 ; arrêt du Tribunal administratif fédéral C-2843/2016 du 30 mai 2018 consid. 8.2).

### **E. 13**

Au surplus, il est rappelé que les décisions prises par la sécurité sociale luxembourgeoise ne lient pas les autorités suisses, le droit à des prestations de l'AI suisse se déterminant exclusivement d'après le droit suisse (voir supra consid. 4.1.1).

#### **E. 14**

Vu l'issue du litige, le recourant ne doit pas participer aux frais de procédure (cf. art. 63 al. 1 PA). En effet, selon la jurisprudence fédérale, une partie est considérée comme ayant obtenu entièrement gain de cause lorsque l'affaire est renvoyée - comme en l'espèce - à l'autorité pour des instructions complémentaires et nouvelle décision (ATF 132 V 215 consid. 6). En conséquence, l'avance de frais de Fr. 800.- versée sera restituée au recourant une fois le présent arrêt entré en force. Aucun frais de procédure n'est mis à la charge de l'autorité inférieure (art. 63 al. 1 et 2 PA).

#### **E. 14.1**

En outre, le recourant ayant agi sans avoir eu recours à un représentant et n'ayant pas démontré avoir eu à supporter des frais indispensables et relativement élevés, il ne lui est pas alloué une indemnité à titre de dépens (art. 64 al. 1 PA et 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 se trouve à la page suivante.

#### **E. 16**

juin 2015, d'atteinte dégénérative et posttraumatique majeure avec atteinte du ménisque interne, du compartiment fémoro-patellaire (stade trois) et du condyle fémoral interne (stade 3 et 4), tout en faisant remarquer que cet accident a aggravé de façon très nette la situation du genou droit et que compte tenu de ces diagnostics, les restrictions définitives suivantes s'imposent (travail à risque accru d'accidents, en hauteur, efforts physiques importants, soulèvement de charges lourdes, flexion-rotation fréquente du tronc, marche en terrain irrégulier, station debout continue), le recourant étant incapable d'effectuer son travail habituel et nécessite le statut d'invalidé avec une IPP de 66 % compte tenu également de l'atteinte du genou contralatéral et du dos (OAIE doc 30) ; - un compte-rendu opératoire du 16 octobre 2017 du même médecin, concluant à une prothèse totale de genou pour gonarthrose invalidante avec une prothèse ultracongruente à plateau (OAIE doc 29) ; - une expertise médicale du 10 décembre 2018 du Dr F. \_\_\_\_\_, médecin-conseil, relevant des plaintes de douleurs dans les genoux surtout la nuit, de blocages au dos avec atteinte dans la jambe droite, d'hypertension artérielle et de gastrite, posant des diagnostics d'arthroses multiples surtout au niveau des genoux avec limitation des mouvements, ainsi que d'hypertension artérielle traitée médicalement, et concluant à l'absence d'invalidité au sens de la loi luxembourgeoise (OAIE doc 6) ;

C-5600/2019 Page 16 - un rapport médical détaillé signé le 13 décembre 2018 par le Dr F. \_\_\_\_\_, médecin-conseil, se fondant sur un examen physique pratiqué le 12 décembre 2018. Le médecin retient au nombre des diagnostics établissant une diminution de la capacité de travail des arthroses multiples surtout au niveau des genoux avec limitation des mouvements, ainsi qu'une hypertension artérielle traitée médicalement. Il signale être dans l'impossibilité de répondre à la question de l'éventuelle nécessité pour le recourant d'être aidé en permanence ou pendant une longue durée par une personne tierce et que des déficiences (limitations fonctionnelles) n'ont pas été communiquées, respectivement il ne peut y être répondu (OAIE doc 5) ; - un formulaire E 204 L « Instruction d'une demande de pension d'invalidité » du 17 décembre 2018 (OAIE doc 2) ; - un formulaire E 205 L «

Attestation concernant la carrière d'assurance au Luxembourg » du 18 décembre 2018 (OAIE doc 3) ; - un formulaire E 210 L « Notification de décision relative à une demande de pension » d'invalidité du 17 décembre 2018 (OAIE doc 4 p. 1-3) ; et une décision de rejet de la demande en obtention d'une pension d'invalidité de la Caisse nationale d'assurance pension luxembourgeoise du 18 décembre 2018, au motif que suivant l'avis du contrôle médical de la sécurité sociale, le recourant n'est pas à considérer comme invalide au sens de la législation luxembourgeoise (OAIE doc 4 p. 4) ; - un rapport médical du 12 mars 2019 du Dr G.\_\_\_\_\_, médecin spécialiste en neurologie, diagnostiquant des troubles chroniques récurrents de la colonne vertébrale et de la colonne cervicale depuis des années, ainsi qu'une discartrorse L4/5 ainsi que C3/4 et C4/5. Le médecin prévient que les symptômes ont augmenté les derniers mois, de sorte que le recourant a une capacité de résistance considérablement réduite. Il déclare encore que pour que la capacité de travail du recourant puisse être conservée, ce dernier devrait éviter sur la durée de se pencher et des ports de charges de façon chronique, le port de charges ne devant en aucun cas dépasser les 15 kg. Une IPP de 30 % est selon lui justifiée (OAIE doc 13) ; - un questionnaire à l'assuré(e) du 25 mars 2019 (OAIE doc 10 p. 1-11) ; - un questionnaire pour l'employeur du 25 mars 2019 (OAIE doc 10 p. 12-18) ;

C-5600/2019 Page 17 - un formulaire E 205 CH « Attestation concernant la carrière d'assurance en Suisse » du 28 mars 2019 (OAIE doc 9) ; - des certificats médicaux d'incapacité de travail établis par le Dr D.\_\_\_\_\_ (OAIE docs 11, 15, 18, 19, 20, 22, 23, 24, 25, 26) ; - un certificat médical du 1er avril 2019 du même médecin, informant que le recourant est en traitement pour les suites de son accident de travail de 2012 : traumatisme du genou gauche (au 19 novembre 2012) avec développement d'une gonarthrose gauche majeure avec nécessité de mise en place d'une prothèse totale de genou le 16 octobre 2017, également gonarthrose du genou droite, l'ensemble de ces pathologies motivant une IPP de 36 % (OAIE doc 12) ; - des certificats médicaux d'incapacité de travail établis par le Dr G.\_\_\_\_\_, respectivement les Dr C.\_\_\_\_\_, médecins généralistes (OAIE docs 14, 15, 16, 17, 20, 21, 22) ; - des certificats médicaux d'incapacité de travail établis par le Dr H.\_\_\_\_\_, médecin urgentiste (OAIE doc 23) ; - une prise de position médicale du service médical de l'OAIE du 4 juin 2019 (OAIE doc 38 ; voir supra let. B.c) ; - un certificat médical du 6 juin 2019 du Dr C.\_\_\_\_\_, assurant que le recourant ne peut plus subvenir à ses besoins par un travail régulier et soutenu en raison de plusieurs problèmes orthopédiques qui l'empêchent d'exercer une activité professionnelle. Ce médecin prévient que ces problèmes ont aussi une incidence sur les activités de la vie quotidienne. Il déclare qu'en raison de l'accident de travail de 2012, le recourant a nécessité la mise en place d'une prothèse totale de genou gauche et qu'il présente également des douleurs lombaires et cervicales récurrentes suite à une discartrorse L4/L5 et C3/C4 et C4/C5 pour lesquelles il a reçu des infiltrations scanno-guidées. Il termine en informant qu'une hospitalisation récente a eu lieu pour une cholécystite aiguë avec indication opératoire (OAIE doc 48) ; - une réponse du médecin de l'OAIE du 22 juillet 2019 (OAIE doc 41 ; voir supra let. B.d) ; - une évaluation de l'invalidité – application de la méthode générale du

## **E. 20**

octobre 2017 du Dr L.\_\_\_\_\_, indiquant une arthroplastie totale du genou en bonne position sans lésion osseuse péri-prothétique décelable, une absence de déviation axiale significative du genou et rappelant une emphysème postopératoire des téguments ; un rapport de radiographie des genoux et des articulations fémoro-patellaires du 17 juillet

2017 du Dr Q. \_\_\_\_\_, médecin en imagerie thoracique et abdominale et ostéo-articulaire, décelant une arthrose tricompartimentale bilatérale prédominant en fémoro-tibial interne ; un rapport de téléradiographie des membres inférieurs du 3 octobre 2017 du Dr R. \_\_\_\_\_, médecin en imagerie tête et cou et en sénologie, notant l'absence de dénivellement significatif du bassin en station debout, une longueur de la jambe droite de 95,5 cm et du côté gauche 95,7 cm, soit une différence de 2 mm seulement, une gonarthrose interne bilatérale avec pincement inter-articulaire, un axe mécanique du fémur qui fait avec l'axe mécanique du tibia un angle en varus de 5° à droite et de 7° à gauche ; un rapport d'échographie de l'abdomen supérieur du 4 novembre 2016 du Dr Q. \_\_\_\_\_, concluant à une stéatose hépatique diffuse et des calculs vésiculaires ; un rapport d'IRM du rachis cervical du 31 août 2016 du Dr L. \_\_\_\_\_, mettant en évidence des remaniements dégénératifs discaux et articulaires postérieurs débutants sans retentissement canalair ou foraminaux significatif, ainsi qu'une absence de myélopathie cervicale ou autre lésion disco-vertébrale ; un rapport de scanner du rachis cervical du 8 juillet 2016 du Dr S. \_\_\_\_\_, radiologue, concluant à l'absence de hernie discale ou agression des racines à leur émergence ou dans les foramens, et à une arthrose articulaire postérieure débutant C5-C6, C6-C7 sans sténose foraminale ; un rapport de scanner du rachis cervical du 12 avril 2016 du Dr N. \_\_\_\_\_, mentionnant un rétrécissement disco-ostéophytique des foramens C3-C4 et C4-C5 droits, ainsi qu'une absence d'anomalie ; un rapport de scanner abdomino-pelvien du 13 mai 2019 du Dr L. \_\_\_\_\_, faisant état d'un épaississement pariétal vésiculaire circonférentiel avec distension vésiculaire sur lithiase dont l'aspect peut s'intégrer dans le cadre d'une cholecystite aiguë lithiasique, d'une absence d'autre lésion intra-abdominale et rappelant des kystes corticaux rénaux, calcifications prostatiques et petit kyste biliaire ; un rapport de scanner abdomino-pelvien

C-5600/2019 Page 20 du 19 avril 2019 du Dr P. \_\_\_\_\_, concluant à une stéatose hépatique et à une lithiase vésiculaire. 9. La décision litigieuse s'appuie, pour refuser une rente de l'AI au recourant, sur les prises de position du service médical de l'OAIE des 4 juin (OAIE doc 38), complétée par la réponse du médecin de l'OAIE du 22 juillet (OAIE doc 41) et 12 septembre 2019 (OAIE doc 87), ainsi que sur l'évaluation de l'invalidité – application de la méthode générale du 20 août 2019 (OAIE doc 43). 9.1 A titre liminaire, le Tribunal constate que ladite décision admet que la capacité de travail dans l'activité habituelle du recourant est nulle. Elle rejoint ainsi l'ensemble des médecins s'étant exprimés directement sur cet aspect et le recourant. Il n'y a dès lors pas lieu de s'y attarder. 9.2 Il incombe, par contre, au Tribunal d'examiner si les documents médicaux du service médical de l'OAIE précités, notamment en ce qu'ils retiennent une capacité de travail totale dans une activité adaptée contrairement à ce que soutient le recourant, remplissent les exigences jurisprudentielles pour se voir attribuer une pleine valeur probante, comme l'a considéré l'autorité inférieure. 9.2.1 Les prises de position et réponses du service médical de l'OAIE ont toutes été rédigées par la Dresse B. \_\_\_\_\_. Il s'agit d'une spécialiste FMH en médecine interne générale ainsi qu'en médecine intensive. Or, même si le recourant présente différentes pathologies touchant plusieurs régions de son corps, il ne saurait être admis que ce médecin détient la formation spécialisée et les compétences professionnelles nécessaires à mener des investigations pertinentes dans le cas du recourant. Au contraire, dans ces conditions, l'autorité inférieure aurait dû faire appel à des médecins spécialistes pour chacun des types d'atteinte, comme par exemple un-e orthopédiste, un-e rhumatologue, etc. Déjà pour ce motif, l'OAIE n'était pas en droit d'accorder pleine valeur probante aux rapports de son service médical, étant donné les

exigences posées par la jurisprudence fédérale en la matière. 9.2.2 Au niveau de l'anamnèse et de la description du contexte médical, la médecin a fait preuve de rigueur en recensant les diagnostics – si ce n'est la discartrhose C3/C4 et C4/C5, ainsi que la cholécystite – et les rapports

C-5600/2019 Page 21 médicaux des autres médecins consultés figurant en abondance au dossier, avec un bref rappel de leurs constatations (voir en particulier OAIE doc 87 ; voir aussi OAIE doc 38). 9.2.3 S'agissant des plaintes du recourant, il n'en est pas fait état par le service médical de l'OAIE dans la procédure non contentieuse. En revanche, il relève la mention d'une atteinte psychologique dans le mémoire de recours (voir prise de position du 10 décembre 2019 [TAF pce 6, annexé]). Dès lors, on ne saurait trop lui reprocher un manque à cet égard, étant rappelé que les évaluations de tels médecins ne se fondent en général pas sur des examens réalisés sur la personne, mais bien plutôt sur la documentation médicale existante et mise à leur disposition (voir supra consid. 7.1.2). 9.2.4 En ce qui concerne l'appréciation de la situation médicale, il convient de rappeler que le service médical de l'autorité inférieure a répertorié et retenu les diagnostics mis en évidence par les médecins traitants, à l'exception de la discartrhose C3/C4 et C4/C5, ainsi que de la cholécystite. Si la Dresse B. \_\_\_\_\_ les a écartés, elle ne l'exprime pas, ni motive ce point. D'ailleurs, on notera qu'en cas de rejet de ces pathologies, elle aurait dû les faire apparaître dans la liste des diagnostics associés sans répercussion sur la capacité de travail. Des points litigieux n'ont ainsi pas été traités, ou du moins pas indiqués. Elle ne rapporte des cervicalgies avec sténose dégénérative C4-C5 latéralisée droite avec sténose forminale et arthrose cervicale pluri-étagée qu'au stade très tardif de la duplique, tout en jugeant que les documents alors fournis par le recourant ne modifient pas les diagnostics et limitations fonctionnelles qu'elle avait retenus. On a affaire en somme à des conclusions contradictoires entre l'instruction et les prises de position durant la présente procédure de recours. Le contenu des documents médicaux du service médical de l'OAIE se révèle ne pas être cohérent. Au final, il appert que l'état de santé n'est pas clair en l'état, de sorte que l'autorité inférieure ne pouvait, pour cette raison également, se fonder sur les seuls documents médicaux établis par son service médical pour rendre la décision attaquée. 9.2.5 En revanche, hormis ces lacunes, la médecin du service médical de l'OAIE retient à raison que la rhizarthrose ne peut pas être prise en considération dans la présente procédure de recours, conformément à la jurisprudence. Les éventuels troubles psychiques dont souffrirait le recourant ne sont en effet évoqués pour la première fois que durant le recours, soit après la date de la décision attaquée, et sans être étayés dans un document médical.

C-5600/2019 Page 22 9.2.6 Il n'en demeure pas moins que les conclusions n'englobant jusqu'au stade de la décision entreprise pas la discartrhose dans la région des cervicales en C3/C4 et C4/C5, ni la cholécystite, ne sont pas complètes et, de ce fait, pas entièrement pertinentes. La correction partielle au stade ultérieur de la duplique, avec des conclusions manifestement contradictoires, n'y change rien. Au contraire, et comme vu ci-dessus, le contenu des prises de position du service médical de l'OAIE s'avère ne pas être cohérent ni exposer clairement l'état de santé du recourant. 9.3 En conséquence, ces documents médicaux ne respectent pas les requis juridiques en la matière et ne peuvent se voir reconnaître pleine valeur probante. En admettant le contraire, l'OAIE a rendu une décision non conforme au droit fédéral. En outre, il sied de rappeler qu'une instruction complémentaire sera requise s'il subsiste des doutes, même minimes, quant au bien-fondé, à la fiabilité et la pertinence des rapports des médecins rattachés aux assureurs (ATF 139 V

225 consid. 5.2, 135 V 465 consid. 4.4, 122 V 157 consid. 1d ; voir supra consid. 7.1.2). 9.4 En affirmant dans son mémoire de recours qu'il souffre d'un certain nombre de pathologies invalidantes telles qu'elles résultent des certificats établis par ses médecins traitants et en mentionnant, entre autres, la dis-arthrose notamment au niveau C3/C4 et C4/C5, le recourant élève un grief qui, sur le vu de ce qui précède, est fondé, son état de santé n'ayant pas été suffisamment clarifié par l'OAIE. 10. 10.1 Cela étant, le Tribunal n'est en l'état pas en mesure de vérifier le degré d'invalidité du recourant. Certaines atteintes à la santé de celui-ci – relevées par des médecins traitants – et leurs conséquences notamment sur sa capacité de travail dans une activité adaptée n'ont pas été investiguées comme il convient par l'OAIE. Au surplus, les pièces au dossier ne permettent pas non plus au TAF de se convaincre, au degré de la vraisemblance prépondérante, de l'importance et des éventuels effets de ces pathologies sur la capacité de travail du recourant dans une activité adaptée. Elles ne permettent, autrement dit, pas de trancher les questions contestées in casu, de sorte que les documents médicaux du service médical de l'OAIE ne peuvent servir d'évaluation finale et doivent donner lieu à une instruction complémentaire (voir supra consid. 7.1.2). Le taux d'invalidité retenu par l'autorité inférieure ne peut donc être évalué dans le cas concret.

C-5600/2019 Page 23 10.2 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 du Tribunal fédéral 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 Tribunal fédéral 8C\_633/2014 du 11 décembre 2014 consid. 3.2 et 3.3 ; arrêt du Tribunal administratif fédéral C-3038/2016 consid. 12 et les références). En l'espèce, il ressort donc du dossier que la question des atteintes à la santé du recourant et de leurs éventuelles répercussions sur la capacité de travail dans une activité adaptée n'a pas été instruite à satisfaction de droit et mérite un éclaircissement. 10.3 Par ailleurs, selon la jurisprudence, un renvoi à l'administration, lorsqu'il a pour but d'établir l'état de fait, ne viole ni le principe de la simplicité de la procédure et de diligence, ni le principe inquisitoire. Il en va cependant autrement quand un renvoi constitue en soi un déni de justice (par exemple, lorsque, en raison des circonstances, seule une expertise judiciaire ou une autre mesure probatoire serait propre à établir l'état de fait), ou si un renvoi apparaît disproportionné dans le cas particulier. A l'inverse, le renvoi à l'administration apparaît en général justifié si celle-ci a constaté les faits de façon sommaire, dans l'idée que le tribunal les éclaircirait comme il convient en cas de recours (ATF 137 V 210 consid. 4.4.1.4). Tel est le cas en l'espèce. 10.4 En l'occurrence, la décision attaquée se base sur des actes médicaux du service médical de l'OAIE qui ne correspondent pas aux exigences jurisprudentielles en la matière, pour refuser une rente d'invalidité au recourant. 11. Les considérants qui précèdent conduisent à l'admission du recours et à l'annulation de la décision querellée. La cause est renvoyée à l'autorité inférieure pour complément d'instruction et nouvelle décision. Une clarification des atteintes à la santé du recourant

C-5600/2019 Page 24 et de leurs éventuels effets sur sa capacité de travail dans une activité adaptée apparaît en effet nécessaire. En particulier, l'OAIE veillera à requérir des rapports récents des médecins traitants du recourant, à investiguer la possible existence de troubles psychologiques avancés par le recourant en demandant à ce dernier ou aux médecins de ce dernier de produire des documents médicaux à cet égard, et ordonnera une expertise pluridisciplinaire de médecine interne, orthopédie, rhumatologie, neurologie, hépatologie, pneumologie et, le cas échéant et en respectant l'évaluation normative et structurée de l'ATF 141 V 281, psychiatrie, du moment que le recourant souffre de pathologies au niveau des genoux (arthrose), du dos (discopathie), des cervicales (discarthrose), des clavicules, des pouces (rhizarthrose), de cholécystite, d'emphysème postopératoire des téguments, de stéatose hépatique, d'hypertension artérielle, de gastrite, d'obésité, de hernie congénitale gauche et éventuellement de troubles psychiques. A cet égard, il appartiendra au centre d'expertises d'ajouter d'autres disciplines médicales qu'il jugerait nécessaires au regard des affections dont souffre le recourant (cf. art. 44 al. 5 en relation avec al. 1 let. c LPGA du nouveau droit). Les médecins devront notamment expertiser l'ensemble de l'état de santé du recourant au jour de l'expertise, déterminer les atteintes à la santé du recourant et leurs éventuels effets sur la capacité de travail dans une activité adaptée ainsi que les limitations fonctionnelles. L'ensemble du dossier devra ensuite être soumis au service médical de l'OAIE pour nouvel examen. Enfin, une nouvelle décision devra être prise. 12. Le Tribunal attire l'attention de l'autorité inférieure sur l'exigence d'examiner l'éventuel droit à des mesures d'ordre professionnel avant de passer à l'analyse d'un droit à une rente d'invalidité du recourant, compte tenu du principe de la priorité de la réadaptation sur la rente (cf. ATF 132 V 244 consid. 6.4.1 et les références). 13. Au surplus, il est rappelé que les décisions prises par la sécurité sociale luxembourgeoise ne lient pas les autorités suisses, le droit à des prestations de l'AI suisse se déterminant exclusivement d'après le droit suisse (voir supra consid. 4.1.1). 14. Vu l'issue du litige, le recourant ne doit pas participer aux frais de procédure (cf. art. 63 al. 1 PA). En effet, selon la jurisprudence fédérale, une partie

C-5600/2019 Page 25 est considérée comme ayant obtenu entièrement gain de cause lorsque l'affaire est renvoyée – comme en l'espèce – à l'autorité pour des instructions complémentaires et nouvelle décision (ATF 132 V 215 consid. 6). En conséquence, l'avance de frais de Fr. 800.– versée sera restituée au recourant une fois le présent arrêt entré en force. Aucun frais de procédure n'est mis à la charge de l'autorité inférieure (art. 63 al. 1 et 2 PA). 14.1 En outre, le recourant ayant agi sans avoir eu recours à un représentant et n'ayant pas démontré avoir eu à supporter des frais indispensables et relativement élevés, il ne lui est pas alloué une indemnité à titre de dépens (art. 64 al. 1 PA et 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 se trouve à la page suivante.

C-5600/2019 Page 26

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