

BVGer F-2477/2020 vom 31. März 2020

Bundesverwaltungsgericht, 2020-03-31, FR

Quelle: https://mcp.opencaselaw.ch/entscheid/bvger_F-2477_2020_d20200331

FR: TAF F-2477/2020 du 31 mars 2020

IT: TAF F-2477/2020 del 31 marzo 2020

Regeste

Droit à la rente | Assurance-invalidité (décision du 31 mars 2020)

Erwägungen

E. 1.1

Sous réserve des exceptions – non réalisées en l'espèce – prévues à l'art. 32 LTAF, le Tribunal de céans connaît, en vertu de l'art. 31 LTAF en relation avec l'art. 33 let. d LTAF et l'art. 69 al. 1 let. b LAI (RS 831.20), des recours interjetés par des personnes résidant à l'étranger contre les décisions au sens de l'art. 5 PA prises par l'OAIE.

E. 1.2

Le Tribunal administratif fédéral examine d'office et avec une pleine cognition sa compétence et les conditions de recevabilité des recours qui lui sont soumis (art. 7 PA ; ATAF 2016/15 consid. 1 ; 2014/4 consid. 1.2). La procédure devant le Tribunal est en principe régie par la PA (art. 37 LTAF), sous réserve des dispositions particulières de la LPGA (RS 830.1 ; art. 3 let. dbis PA). Selon les principes généraux du droit intertemporel, les règles de procédure précitées s'appliquent dans leur version en vigueur ce jour (ATF 130 V 1 consid. 3.2).

F-2477/2020 Page 4

E. 1.3

Dans la mesure où le recourant est directement touché par la décision attaquée et a un intérêt digne d'être protégé à ce qu'elle soit annulée ou modifiée, il a qualité pour recourir (art. 59 LPGA). Déposé en temps utile et dans les formes requises par la loi (art. 60 al. 1 LPGA et 52 al. 1 PA), l'avance sur les frais de procédure ayant été dûment acquittée (art. 63 al. 4 PA), le recours est recevable.

E. 2

L'objet du litige est le bien-fondé de la décision de l'OAIE du 31 mars 2020 rejetant la demande de rente d'invalidité du recourant, au motif que celui-ci ne présentait qu'un degré d'invalidité de 11%.

E. 2.1

Pour atteindre ce chiffre, l'OAIE a tout d'abord constaté que l'assuré était en incapacité de travail dans son activité habituelle depuis le 17 décembre 2017. Elle a ensuite relevé que celui-ci avait repris son activité à un taux de 50% depuis le 1er avril 2018 et considéré qu'une pleine capacité de travail dans une activité adaptée était exigible depuis cette date. Dès lors, l'OAIE a procédé au calcul de l'invalidité en retenant d'une part un revenu sans invalidité, calculé sur la base du revenu réalisé dans l'activité habituelle, de 67'942.-

francs. D'autre part, le revenu avec invalidité a été fixé sur la base du revenu statistique moyen réalisé dans le secteur privé en général, par un homme dans une fonction impliquant des tâches physiques ou manuelles simples, en tenant compte de l'indexation et d'un taux d'abattement de 10%, à 60'687.- francs. Sur la base de ces chiffres, le degré d'invalidité a été fixé à 11% ($[(67'942.- - 60'687.-) \times 100 / 67'942.-]$). Dès lors, le droit à la rente a été nié.

E. 2.2

Pour sa part, le recourant a rappelé que tous les médecins avaient estimé qu'il ne pouvait plus exercer son activité habituelle à temps plein et qu'il travaillait dans l'hôtellerie depuis 42 ans au moment de la décision querellée et pour son employeur actuel depuis 1990. Une reconversion lui paraissait dès lors difficilement envisageable.

E. 3.1

Le Tribunal administratif fédéral 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 (ATAF 2014/24 consid. 2.2 ; 2009/57 consid. 1.2 ; arrêt du TF 1C_214/2015 du 6 novembre 2015 consid. 2.2.2). Aussi peut-il admettre ou rejeter le pourvoi pour d'autres motifs que ceux invoqués. Cela étant, l'autorité saisie se limite en principe aux griefs soulevés et n'examine les

F-2477/2020 Page 5 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 ; 121 V 204 consid. 6c).

E. 3.2

La procédure dans le domaine des assurances sociales fait prévaloir la maxime inquisitoire (art. 43 LPGA ; ATF 145 V 97 consid. 8.5 ; 138 V 218 consid. 6). Ainsi, le Tribunal administratif fédéral définit les faits et apprécie les preuves d'office et librement (art. 12 PA). Ce faisant, il ne tient pour existants que les faits qui sont prouvés, cas échéant au degré de la vraisemblance prépondérante (ATF 144 V 427 consid. 3.2 ; 138 V 218 consid. 6). Il ne suffit pas qu'un fait puisse être considéré seulement comme une hypothèse possible ; la vraisemblance prépondérante suppose que, d'un point de vue objectif, des motifs importants plaident pour l'exactitude d'une allégation, sans que d'autres possibilités ne revêtent une importance significative ou n'entrent raisonnablement en considération (ATF 144 V 427 consid. 3.2 ; 139 V 176 consid. 5.3). Partant, l'autorité ne peut renoncer à accomplir des actes d'instruction que si elle est convaincue, au terme d'une appréciation consciencieuse des preuves, que certains faits présentent un degré de vraisemblance prépondérante et que d'autres mesures probatoires ne pourraient plus modifier cette appréciation (ATF 140 I 285 consid. 6.3.1 et les références citées).

E. 3.3

En outre, il y a lieu en principe d'appliquer les règles de droit matériel en vigueur lors de la réalisation de l'état de fait qui doit être apprécié juridiquement ou qui a des conséquences juridiques, sous réserve des dispositions particulières du droit transitoire (ATF 148 V 21 consid. 5.3 ; 143 V 446 consid. 3.3). Le juge des assurances sociales apprécie en outre la légalité des décisions d'après les faits existant au moment où la décision litigieuse a été rendue (ATF 148 V 21 consid. 5.3 ; 130 V 445 consid. 1.2.1). Dans le cas d'espèce, la décision litigieuse ayant été rendue le 31 mars 2020, il y a lieu de s'en tenir aux faits survenus jusqu'à cette date et d'appliquer le droit en vigueur jusqu'à ce moment-là. Dès lors, la modification de la LAI du 19 juin 2020 (RO 2021 705 ; FF 2017 2559), dans la

mesure où elle est entrée en vigueur au 1er janvier 2022, ne trouve pas application dans le cas d'espèce.

E. 3.4

Vu par ailleurs les éléments d'extranéité ressortant du dossier, sont applicables l'ALCP (RS 0.142.112.681) ainsi que ses annexes et règlements (en particulier : règlement [CE] n° 883/2004 du Parlement européen et du Conseil du 29 avril 2004 portant sur la coordination des systèmes de sécurité sociale (ci-après : règlement n° 883/2004 [RS 0.831.109.268.1]), ainsi que le règlement [CE] n° 987/2009 du Parlement européen et du Conseil

F-2477/2020 Page 6 du 16 septembre 2009 fixant les modalités d'application du règlement [CE] n° 883/2004 (ci-après : règlement n° 987/2009 [RS 0.831.109.268.11]). Néanmoins, l'invalidité ouvrant droit à des prestations de l'assurance-invalidité suisse se détermine exclusivement d'après le droit suisse (art. 46 al. 3 et annexe VII du règlement n° 883/2004 ; ATF 130 V 253 consid. 2.4 ; arrêt du TF 9C_465/2022 du 1er mars 2023 consid. 5.5).

E. 4

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

E. 5.1

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). En vertu de l'art. 7 al. 1 LPGA, dans sa teneur en vigueur jusqu'au 31 décembre 2021 (RO 2020 5137 ; FF 2018 1597), 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. Seules les conséquences de l'atteinte à la santé sont prises en compte pour juger de la présence d'une incapacité de gain. Selon l'art. 6 LPGA, on entend par incapacité de travail, toute perte, totale ou partielle, résultant d'une atteinte à la santé physique, mentale ou psychique, de l'aptitude de la personne assurée à accomplir dans sa profession ou dans son domaine d'activité le travail qui peut raisonnablement être exigé de lui (1ère phrase). En Suisse, l'objet assuré n'est donc pas l'atteinte à la santé en tant que telle, mais l'incapacité de gain probablement permanente ou de longue durée qui en résulte et qui n'est pas objectivement surmontable (art. 7 al. 2 LPGA). En cas d'incapacité de travail de longue durée, l'activité qui peut être exigée de la personne assurée peut aussi relever d'une autre profession ou d'un autre domaine d'activité (art. 6, 2e phrase, LPGA).

F-2477/2020 Page 7

E. 5.2

Aux termes de l'art. 28 al. 1 LAI, la personne assurée a droit à une rente d'invalidité aux conditions suivantes : 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) ; elle a présenté une incapacité de travail (art. 6 LPGGA) d'au moins 40% en moyenne durant une année sans interruption notable (let. b) ; au terme de cette année, elle est invalide (art. 8 LPGGA) à 40% au moins (let. c).

E. 5.3

L'évaluation du taux d'invalidité se fait principalement sur la base de trois méthodes : la méthode ordinaire de comparaison des revenus, la méthode spécifique et la méthode mixte. Leur application dépend du statut du bénéficiaire potentiel de la rente. Il faut se demander ce que la personne assurée aurait fait si l'atteinte à la santé n'était pas survenue (cf. arrêt du TF 9C_250/2021 du 24 mars 2022 consid. 2.2). S'agissant d'une personne exerçant une activité lucrative à temps complet, le taux d'invalidité est fixé d'après la méthode ordinaire de comparaison des revenus. Conformément à l'art. 16 LPGGA, applicable par le renvoi de l'art. 28a al. 1 LAI, le revenu que la personne assurée aurait pu obtenir si elle n'était pas invalide (revenu sans invalidité) est comparé avec celui qu'elle pourrait obtenir en exerçant l'activité qui peut être raisonnablement exigée d'elle après les traitements et les mesures de réadaptation, sur un marché du travail équilibré (revenu d'invalide). La différence entre ces deux revenus permet de calculer le taux d'invalidité (cf. notamment ATF 137 V 334 consid. 3.1.1 ; arrêt du TF 9C_250/2021 précité consid. 2.2).

E. 6.1

Pour pouvoir déterminer la capacité de travail médico-théorique et évaluer l'invalidité de la personne concernée, l'administration, ou le tribunal en cas de recours, a besoin de documents que le médecin ou éventuellement d'autres spécialistes doivent lui fournir (ATF 132 V 93 consid. 4 ; 125 V 256 consid. 4) et sur lesquels elle s'appuiera, sous peine de violer le principe inquisitoire (arrêt du TF 8C_623/2012 du 6 décembre 2012 consid. 1.3). Le Tribunal fédéral a jugé que les données fournies par les médecins constituent un élément utile pour apprécier les conséquences fonctionnelles de l'atteinte à la santé, quand bien même la notion d'invalidité est de nature économique/juridique et non médicale. Précisément, 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 concernée est incapable de travailler, compte tenu de ses limitations (ATF 148 V 49 consid. 6.2.1 ; 143 V 418 consid. 6).

F-2477/2020 Page 8

E. 6.2

Le principe de la libre appréciation des preuves s'applique de manière générale à toute procédure de nature administrative, que ce soit devant l'administration ou le juge. Si elle n'a jamais entendu créer une hiérarchie rigide entre les différents moyens de preuve disponibles, la jurisprudence a toutefois posé des lignes directrices en matière d'appréciation des rapports médicaux (ATF 125 V 351 consid. 3b et 3c ; arrêt du TF 8C_425/2020 du 27 janvier 2021 consid. 2.3).

E. 6.2.1

Ainsi, le juge des assurances sociales doit examiner de manière objective tous les moyens de preuve, quelle que soit leur provenance, puis décider si les documents à disposition permettent de porter un jugement valable sur le droit litigieux. A cet égard, l'élément déterminant pour reconnaître pleine valeur probante à un rapport médical n'est ni son origine, ni sa désignation, mais son contenu. Avant de conférer pleine valeur probante à un

rapport médical, il convient donc de s'assurer que les points litigieux importants ont fait l'objet d'une étude circonstanciée, que le rapport se fonde sur des examens complets, qu'il prend également en considération les plaintes exprimées par la personne examinée, qu'il a été établi en pleine connaissance de l'anamnèse, que la description du contexte médical et l'appréciation de la situation médicale sont claires et enfin que les conclusions du médecin sont dûment motivées (ATF 134 V 231 consid. 5.1; arrêt du TF 9C_344/2022 du 20 février 2023 consid. 4.1). La valeur probante d'un rapport médical ou d'une expertise est de plus liée à la condition que le médecin qui se prononce dispose de la formation spécialisée nécessaire et de compétences professionnelles dans le domaine d'investigation (arrêts du TF 8C_225/2021 du 10 juin 2021 consid. 3.2 ; 9C_555/2017 du 22 novembre 2017 consid. 3.1).

E. 6.2.2

Au contraire des expertises, les rapports des SMR au sens des art. 59 al. 2bis LAI et 49 al. 1 et 3 RAI et du service médical interne de l'OAIE ne se fondent pas sur des examens médicaux effectués sur la personne mais contiennent les résultats de l'examen des conditions médicales du droit aux prestations et une recommandation, sous l'angle médical, concernant la suite à donner à la demande de prestations. Ils ne posent pas de nouvelles conclusions médicales mais portent une appréciation sur celles déjà existantes (arrêt du TF 8C_616/2020 du 15 juin 2021 consid. 6.2.4 et les références citées).

E. 6.2.3

S'agissant des rapports établis par les médecins traitants, qu'ils soient médecins de famille généralistes ou spécialistes, il convient de les apprécier avec une certaine réserve en raison de la relation de confiance, issue du mandat thérapeutique confié au médecin traitant, qui unit celui-ci

F-2477/2020 Page 9 à son patient (ATF 135 V 465 consid. 4.5 ; arrêt du TF 8C_691/2022 du 23 juin 2023 consid. 3.3). Toutefois, le simple fait qu'un rapport médical soit établi à la demande d'une partie et soit produit pendant la procédure ne justifie pas en soi des doutes quant à sa valeur probante (ATF 141 III 433 consid.2.3).

E. 7

En l'espèce, les éléments suivants ressortent du dossier.

E. 7.1

Le 4 janvier 1992, le recourant a été heurté au genou gauche par un véhicule alors qu'il circulait à cyclomoteur. Suite à ce sinistre, les rapports médicaux suivants figurent notamment au dossier de l'assureur-accident : - un rapport médical du 3 mars 1992 du Dr C._____, Chef de clinique au Service orthopédique de l'Hôpital cantonal de (...), lequel pose le diagnostic de fracture de la rotule gauche ; - un compte rendu opératoire du 11 janvier 1992 concernant une opération de cerclage par ostéosynthèse ainsi que la suture des fibres de Charpey et mentionnant que le tendon rotulien est intact ; - un certificat médical du 26 juin 1992, lequel fait état d'une capacité de travail entièrement récupérée à compter du 29 juin 1992 ; - un compte rendu opératoire du 19 octobre 1993, lequel rapporte une opération d'ablation du matériel d'ostéosynthèse le 13 octobre 1993 ; - un rapport médical final faisant état d'une incapacité de travail complète du 13 octobre 1993 au 5 novembre 1993 en raison de l'opération d'ablation du matériel d'ostéosynthèse susmentionnée ; - un rapport médical du 18 août 1999 du Dr D._____, lequel pose le

diagnostic d'arthrose fémoro-patellaire en lien de causalité avec l'accident de 1992 ; - un rapport médical du Dr E. _____, spécialiste en chirurgie, daté du 14 août 2000, lequel relève l'apparition d'une arthrose fémoro-patellaire, une atrophie du quadriceps ainsi qu'une discrète limitation du genou gauche. Il souligne également que la profession de serveur n'est pas idéale, surtout à long terme ; - le résultat d'une IRM du genou gauche du 9 mai 2016, laquelle fait état d'une gonarthrose fémoro-patellaire latérale évoluée, d'une lésion

F-2477/2020 Page 10 fissuraire de grade III de la corne postérieure du ménisque médial et d'un kyste du creux poplité ; - un compte rendu opératoire du 3 octobre 2016 relatif à une arthroscopie du genou gauche avec ménisectomie interne partielle ; - le résultat d'une IRM du genou gauche du 27 novembre 2017, laquelle fait état d'une gonarthrose sur les compartiments fémoro-tibial interne et fémoro-patellaire avec une disparition complète de l'interligne fémoro-patellaire externe ; - un compte rendu opératoire du 3 janvier 2018 pour la mise en place d'une prothèse totale de genou, laquelle fait suite au diagnostic d'arthrose fémoro-patellaire de stade 3 sur séquelle de fracture de rotule associée à une arthrose fémoro-tibial interne sur séquelle de ménisectomie ; - un rapport médical du 28 mai 2018 de la Dre F. _____, médecin généraliste, laquelle rapporte l'existence de gonalgies sur gonarthrose ; - un rapport médical du 26 septembre 2018 du Dr G. _____, spécialiste en chirurgie orthopédique et traumatologique et médecin du recourant depuis le 24 mai 2016, lequel relate l'évolution de la situation médicale de son patient et les mesures prises pour y pallier ; - un avis orthopédique sur dossier du 31 octobre 2018, réalisé par le Dr H. _____, spécialiste en chirurgie orthopédique et traumatologie de l'appareil locomoteur et spécialiste de la colonne vertébrale, mandaté par l'assureur-accident du recourant, lequel constate une arthrose fémoro-patellaire gauche ainsi qu'une arthrose fémoro-tibiale interne gauche ; - le résultat d'une échographie du genou gauche du 28 janvier 2019 faisant état d'un épanchement liquidien intra-articulaire ; - le résultat d'une scintigraphie osseuse du corps entier, réalisée le 29 janvier 2019, et montrant une sémiologie scintigraphique compatible avec une évolution algo-neuro-dystrophique persistante au niveau du genou gauche, diffusant vers le tibia sans dysfixation particulièrement évolutive au voisinage des interfaces péri-prothétiques, ainsi que des stigmates d'enthésopathie péri-patellaire ;

F-2477/2020 Page 11 - un rapport d'expertise de chirurgie orthopédique du 12 février 2019, réalisé par le Dr H. _____, lequel pose les diagnostics de status post fracture de la rotule gauche de type II de Duparc, status post réduction ouverte et ostéosynthèse de la fracture de rotule gauche par cerclage-haubanage, status post ablation de matériel d'ostéosynthèse de la rotule gauche, status post arthrose fémoro-patellaire, status post gonarthrose gauche, status post implantation d'une prothèse totale de genou gauche, status post tabagisme, status post hernie discale lombaire, status post cure d'hernie discale lombaire, status post maladie discale dégénérative sévère L3/L4 et L4/L5 avec zygarthrose bilatérale à prédominance gauche en L4/L5 et arthrose sacro-iliaque bilatérale. Il retient également diverses limitations fonctionnelles (soulever, porter, pousser, tirer des charges de plus de 15 à 25 kilos, travailler en position accroupie, ramper, grimper, effectuer des mouvements avec des amplitudes extrêmes du genou) et considère que, dans une activité respectant ces limitations, la capacité de travail de l'intéressé est entière ; - un courrier du 17 avril 2019 du Dr G. _____, lequel s'étonne de l'imputabilité du problème de genou de l'assuré à son problème lombaire ; - un avis médical du 23 juin 2019 du Dr I. _____, médecin-conseil pour l'assureur-maladie du recourant, lequel considère notamment que les conclusions du

Dr H. _____ sont prématurées et que la cause des troubles du genou est à trouver dans l'état post-opératoire ainsi que dans la prothèse elle-même ; - un complément d'expertise du 31 juillet 2019, réalisé par le Dr H. _____, lequel souligne en particulier que le Dr I. _____ a mal relevé la date de l'opération de pose de la prothèse de genou, de sorte que son argumentation est erronée ; - un rapport médical du 12 août 2019 de la Dre F. _____, laquelle rapporte une algodystrophie (syndrome douloureux régional complexe ; ci-après : CRPS) du genou gauche, survenue six mois après la pose de la prothèse avec une persistance des douleurs. Elle retient, à titre de limitations fonctionnelles, une limitation du périmètre de marche ainsi que des douleurs en cas de station debout prolongée ou de surutilisation du genou gauche et fixe la capacité de travail dans l'activité habituelle à 50% ;

F-2477/2020 Page 12 - un rapport médical du 17 septembre 2019 du Dr G. _____, lequel considère que l'état de son patient est resté stationnaire et qu'il est en mesure d'exercer son activité habituelle à 50% ; - un courrier du 26 novembre 2019 du Dr G. _____, lequel rapporte un genou encore gonflé et considère que la gêne persistante à ce niveau pourrait provenir d'une rotule basse.

E. 7.2

Suite au dépôt de la demande du 16 septembre 2018, les documents suivants ont notamment été versés au dossier : - un rapport du 9 octobre 2018 du Dr J. _____, rhumatologue, lequel fait état de douleurs arthrosiques du genou gauche avec mise en place d'une prothèse totale, ainsi que de lombalgies chroniques avec sciatalgie droite avec opération en 2010 d'une hernie discale L5/S1 droite. Il retient, à titre de limitations fonctionnelles, une gêne à la marche et à l'appui ainsi que des douleurs lombaires chroniques. Il considère de plus la capacité de travail de 50%, tant dans l'activité habituelle que dans une activité adaptée (travail assis et sans port de charges) ; - un rapport non daté de la Dre F. _____, reçu le 19 octobre 2018 par l'OAIE, lequel retient une persistance des gonalgies à gauche, une tuméfaction et des douleurs lombaires chroniques. Elle relève l'impossibilité de maintenir une station debout prolongée et estime que son patient est en mesure de travailler cinq heures par jour ; - un rapport E213 du 23 octobre 2018 du Dr G. _____, lequel arrive à la conclusion que l'intéressé est encore en mesure d'exercer une activité légère, dans le respect de certaines limitations (la flexion, le levage, le port de charges fréquents, la marche et l'alternance des stations debout/assise). Il considère que l'exercice de l'activité habituelle à mi-temps demeure exigible mais qu'une activité adaptée n'entre pas en ligne de compte. Cela étant, il estime que les limitations énumérées sont temporaires et qu'une amélioration de l'état de santé de l'assuré est possible ; - un rapport d'évaluation du 4 décembre 2018 de la division réadaptation professionnelle de l'OAI du canton B. _____, lequel fait état du désir de l'assuré de prendre rapidement sa pré-retraite (60 ans) ; - une communication du 12 décembre 2018, ainsi que deux notes de travail du 10 janvier 2019 et du 30 juillet 2019, de la division

F-2477/2020 Page 13 réadaptation professionnelle de l'OAI du canton B. _____, desquelles il ressort qu'aucune mesure d'intervention précoce ne sera finalement mise en place, l'assuré préférant reprendre le travail pour son ancien employeur.

E. 7.3

En sus du dossier de l'assureur-accident, le rapport suivant figure notamment au dossier de l'autorité intimée : - un rapport du 14 janvier 2020 du Dr K. _____, médecin SMR, lequel

arrive à la conclusion, sur la base du dossier de l'assureur-accident, que l'intéressé présente une capacité de travail de 50% dans son activité habituelle mais de 100% dans une activité adaptée aux limitations fonctionnelles (soulever, porter, pousser, tirer des charges de plus de 15 à 25 kilos, travailler en position accroupie, ramper, grimper, effectuer des mouvements avec des amplitudes extrêmes du genou).

E. 7.4

Dans le cadre de la procédure de recours, les rapports suivants ont encore été produits par les parties : - un rapport du 23 juin 2020 du Dr L._____, médecin SMR, lequel souligne que le Dr H._____ a écarté la présence d'un CRPS dans son rapport d'expertise, sur la base de critères médicaux reconnus. Le médecin SMR relève également que l'examen pratiqué par le Dr H._____ ne fait pas ressortir la présence d'une rotule basse et qu'il en va de même des radiographies. Enfin, il souligne que le recourant se plaignait, auprès du Dr H._____, d'une douleur du creux poplité irradiant dans le genou et non d'une douleur de la région rotulienne. Dès lors, il considère que les derniers rapports médicaux produits n'apportent pas de nouvel élément objectif ; - une expertise médicale orthopédique du 23 décembre 2019, réalisée par le Dr M._____, spécialiste en chirurgie orthopédique pour le compte de l'assureur-maladie du recourant, lequel relève l'amyotrophie déjà mesurée par le Dr E._____ en 2000 et constate que la mobilité du genou après la pose de la prothèse est satisfaisante. Il considère dès lors que les difficultés et douleurs de l'assuré sont consécutives à son accident du genou et sans rapport avec les soucis lombaires. Il pose le diagnostic de syndrome douloureux résiduel modéré après prothèse totale de genou gauche pour arthrose fémoro-patellaire massive après cal vicieux et rotule basse sur ancienne fracture comminutive de rotule et estime que, si la capacité de travail dans l'activité habituelle est au mieux de 50%, elle est totale dans une activité adaptée

F-2477/2020 Page 14 respectant les limitations fonctionnelles (activité assise ou semi-assise, avec déplacements occasionnels, port de charges de 5 kilos, occasionnel de 10 kilos, exceptionnel de 15 kilos, la position bipodale continue et le piétinement étant contre-indiqués) ; - un avis médical du 3 novembre 2020 du Dr L._____, lequel revient sur l'expertise du Dr M._____ et relève que celui-ci arrive aux mêmes conclusions que le SMR s'agissant de la capacité de travail dans l'activité habituelle et dans une activité adaptée. Par ailleurs, le médecin SMR rappelle que les problèmes lombaires de l'assuré ont été retenus au titre de limitations fonctionnelles, compte tenu des antécédents d'opération d'hernie discale lombaire.

E. 8.1

En l'espèce, le Tribunal constate que l'autorité intimée s'est appuyée sur l'expertise du Dr H._____ pour rendre sa décision et a considéré, en cours de procédure, que l'expertise du Dr M._____ ne changeait pas son appréciation. Au sujet de ces deux expertises, le Tribunal relève que les experts ont chacun procédé à une description précise de l'anamnèse et du contexte médical, avant d'examiner de façon circonstanciée et convaincante les points litigieux dans le cas d'espèce. Pour ce faire, ils ont dûment pris en considération les résultats des examens objectifs réalisés, ainsi que les symptômes et plaintes subjectives du recourant, lesquelles se manifestaient sous la forme de douleurs au genou gauche et d'une boiterie. Devant le Dr H._____, il s'est également plaint de « lombalgies associées à la douleur du genou » et, devant le Dr M._____, de douleur à

l'épaule gauche. Cela étant, le Dr H. _____ n'a pas procédé à un examen clinique complet – il n'a ainsi pas examiné la colonne vertébrale – et n'a donc explicitement pas inclus l'affection dorsale dans son évaluation de la capacité de travail dans une activité adaptée. Son expertise doit par conséquent être considérée comme incomplète et ne saurait se voir attribuer une pleine valeur probante. Si l'expertise du Dr H. _____ ne peut ainsi être pleinement suivie, ce que le médecin du SMR a du reste reconnu dans son avis médical du 3 novembre 2020, il en va différemment de l'expertise réalisée par le Dr M. _____. En effet, celui-ci a procédé à ses propres investigations et a notamment intégré la problématique de la colonne vertébrale dans son examen. Il avait par ailleurs connaissance du rapport d'expertise du Dr H. _____ et l'a explicitement discuté dans son propre rapport. Dans la

F-2477/2020 Page 15 mesure où l'expertise du Dr M. _____ a été réalisée par un spécialiste, ayant une pleine connaissance du dossier et ayant procédé à un examen complet de l'assuré, une pleine valeur probante peut lui être attribuée et ses conclusions peuvent être suivies. Dès lors, le Tribunal retiendra que le recourant dispose d'une pleine capacité de travail dans une activité adaptée à ses limitations fonctionnelles. Enfin, il convient de rappeler qu'en matière d'assurance-invalidité, l'autorité se repose sur le médecin pour déterminer la capacité de travail de l'assuré et les activités que celui-ci est encore en mesure d'exercer (cf. ATF 140 V 193 consid. 3.2), le diagnostic seul ne pouvant permettre de conclure sans autre à une atteinte invalidante. En effet, conformément à la jurisprudence, la capacité de travail doit être déterminée en premier lieu sur la base des constatations médicales relatives aux atteintes à la santé et aux limitations physiques et fonctionnelles en découlant (cf. art. 4 LAI et 7 al. 2 LPGA ; arrêt du TF 9C_289/2022 du 27 juillet 2023 consid. 5.3.2 et les références citées).

E. 8.2

Si, pour leur part, les médecins du recourant considèrent que celui-ci n'est pas en mesure d'exercer son activité habituelle à temps plein, ils ne se prononcent pas sur sa capacité de travail dans une activité adaptée ou alors de manière très succincte, sans donner les raisons les poussant à considérer que l'exercice d'une activité adaptée à temps plein n'est pas exigible de la part du recourant. Pour cette raison déjà, ils ne sauraient être suivis. Par ailleurs, ils n'expliquent en rien en quoi l'évaluation du Dr M. _____ devrait être remise en cause. Enfin, il convient de conserver une certaine réserve dans la prise en compte de ces rapports, compte tenu de la relation de confiance qui unit le recourant et ses médecins (cf. supra consid. 6.2.3). Dès lors, dans la mesure où les deux experts aboutissent aux mêmes conclusions s'agissant de la capacité de travail exigible et des limitations fonctionnelles, et où la position des médecins traitants n'est pas claire et motivée, l'OAIE pouvait reprendre les conclusions des expertises pour fixer la capacité de gain du recourant.

E. 8.3

Pour sa part enfin, le recourant rappelle que les experts et ses médecins traitants considèrent qu'il n'est plus en mesure d'exercer son activité habituelle à plein temps. Par ailleurs, compte tenu du fait qu'il est actif dans le milieu de la restauration depuis plus de quarante ans et qu'il travaille pour son employeur actuel depuis 1990, l'intéressé estime qu'une reconversion serait difficile à mettre en œuvre.

F-2477/2020 Page 16 S'agissant de la première critique, il peut être renvoyé aux considérations exposées ci-avant, en relevant que le recourant ne conteste pas être en

mesure d'exercer une activité adaptée à temps plein. S'agissant ensuite des difficultés de reconversion du recourant, celui-ci a bénéficié d'un plan de réadaptation de la part de l'OAIE, auquel il a été mis un terme suite au refus de l'assuré d'effectuer une mesure au sein des établissements publics d'insertion de (...), mesure ayant pour but de définir une orientation en adéquation avec les limitations fonctionnelles en vue d'une réinsertion professionnelle. Le recourant ne saurait dès lors aujourd'hui venir se prévaloir de difficultés de reconversion alors qu'il a, de son propre chef, mis un terme aux mesures prises en ce sens par l'autorité intimée.

E. 8.4

Sur le vu de l'entier des éléments qui précèdent, le Tribunal retient pour établi que le recourant est en mesure d'exercer une activité adaptée à plein temps depuis le 1er avril 2018, son activité habituelle de serveur-chef de rang n'étant exigible qu'à 50% à compter de cette date. En particulier, les différents rapports des médecins traitants du recourant ne sont pas de nature à remettre en cause les conclusions des expertises réalisées par le Dr H. _____ et le Dr M. _____, telles que reprises par les médecins du SMR, étant précisé qu'aucun des médecins qui suivent (ou ont suivi) le recourant ne motive les raisons pour lesquelles une pleine capacité de travail dans une activité adaptée ne serait pas exigible.

E. 9

Il reste à déterminer si le taux d'invalidité de 11% dans une activité adaptée à compter du 1er avril 2018 peut être confirmé. Pour obtenir ce taux, l'OAIE a eu recours à la méthode générale. Une telle façon de procéder, non contestée, est conforme au droit (cf. supra consid. 5.3), l'intéressé ayant travaillé à temps plein avant le début de son incapacité de travail le 17 décembre 2017. En ce qui concerne le calcul de la perte de gain (cf. supra consid. 2.1), reposant sur les données de l'Office fédéral de la statistique 2016 (OFS ; salaire mensuel brut [valeur centrale] pour les hommes [TA1_tirage_skill_level]) et indexé selon l'Indice suisse nominal des salaires, celui-ci n'est pas contesté par le recourant. Pour le surplus, le Tribunal n'identifie pas d'éléments du calcul qui l'inciteraient à procéder à un examen d'office de celui-ci, lequel semble correct dans son résultat (cf. supra consid. 3.1).

F-2477/2020 Page 17

E. 10

Il résulte de ce qui précède que le recours doit être rejeté et la décision du 31 mars 2020 confirmée.

E. 10.1

Vu l'issue du litige, les frais judiciaires – fixés à 800.- francs – sont mis à la charge du recourant (art. 63 PA en relation avec les art. 2 ss du règlement du 21 février 2008 concernant les frais, dépens et indemnités fixés par le Tribunal administratif fédéral [FITAF, RS 173.320.2]). Ils sont prélevés sur l'avance de frais du même montant dont il s'est acquitté au cours de l'instruction.

E. 10.2

Il n'est pas alloué de dépens (art. 7 al. 3 FITAF). (dispositif en page suivante)

F-2477/2020 Page 18

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