



Arrêt du 26 septembre 2024

Composition

Caroline Bissegger, (présidente du collège),
Viktoria Helfenstein, Vito Valenti, juges
Julien Theubet, greffier.

Parties

A. _____, (France)
représenté par Maître Céline Matchoulian-Ghazarian,
Avocate, ETUDE CMG,
recourant,

contre

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

Objet

Assurance-invalidité, droit à la rente
(décision du 8 février 2022).

Faits :**A.**

Né en 1967 et domicilié en France, A._____ (ci-après : le recourant, l'assuré, l'intéressé) – ajusteur mécanicien de formation – a travaillé en Suisse dès 2011 dans différents domaines, en dernier lieu comme agent de sécurité auprès de B._____. Dans ce contexte, il a cotisé à l'assurance-vieillesse, survivants et invalidité (OAIE pces 13, 40, 60 et 62).

B.

Le 21 août 2020, le prénommé a déposé une demande de prestations de l'assurance-invalidité eu égard à une incapacité de travail complète attestée dès le 12 mai 2020 en raison d'une gonalgie bilatérale existant depuis 2017 (OAIE pce 13 ; cf. rapport également rapport du Dr C._____, généraliste, du 5 août 2020, OAIE pce 55).

B.a Dans le cadre de l'instruction, l'assureur-invalidité a recueilli différents documents médicaux.

Il en ressort que l'assuré souffre de lésions au niveau des genoux documentées tout d'abord par la réalisation le 23 février 2017 d'une imagerie ayant objectivé un minime pincement fémoro-patellaire externe droit, un Patella Alta bilatéral ainsi qu'un petit épanchement intra-articulaire droit (OAIE pce 41). Une échographie réalisée le 12 mai 2020 a ensuite mis en évidence une tendinopathie dégénérative importante bilatérale nettement prédominante à droite (OAIE pce 41). Une petite fissure de la corne postérieure du ménisque interne, une chondropathie rotulienne externe ainsi qu'une tendinopathie sous-rotulienne ont par ailleurs été observées par IRM du 12 août 2020 (OAIE pce 55 ; cf. également rapport 5 août 2020, OAIE pce 41).

Dans une appréciation du 17 août 2020 réalisée sur mandat de l'assureur perte de gain en cas de maladie, le Dr D._____ – spécialiste FMH en médecine interne – a retenu les diagnostics incapacitants d'arthrose fémoropatellaire bilatérale, plus marquée à droite, avec possible épanchement à droite, d'atrophie du quadriceps à droite, d'excès de poids modéré, de tendinite du tendon rotulien droit et de déchirure du ménisque interne à droite (CIM-10 M.22.1, M62.5, E66.9 et M77.9) ; au titre d'antécédents, le Dr D._____ fait mention de deux hernies discales, actuellement calmes, de trois épisodes de calcul rénal et de fractures de D4 et de l'avant-bras gauche en 2000 et 2001 ; aussi ce médecin reconnaît-il à l'assuré une incapacité de travail complète jusqu'au 9 septembre 2020, expliquant dans ce contexte qu'il « convient d'attendre les résultats et les propositions qui

[découleront d'une consultation prévue avec le chirurgien orthopédique] » (OAIE pce 45).

A la suite d'une consultation du 10 septembre 2020, le Dr E. _____ – spécialiste en chirurgie orthopédique et traumatologie – a proposé de débiter un traitement médical avec rééducation, infiltration et viscosupplémentation (OAIE pce 41 ; cf. également rapport du Dr E. _____ du 21 décembre 2020, OAIE pce 14). Le 8 décembre 2020, l'assuré a fait l'objet d'une nouvelle échographie, qui a mis en évidence un épanchement articulaire modéré à important bilatéral, prédominant à gauche, une aggravation des signes de tendinopathie et une augmentation de la surface lésionnelle à droite (OAIE pce 49). Dans des prises de position du 2 février 2021, le Dr E. _____ a observé que le traitement médical mis en place n'avait pas apporté d'amélioration (OAIE pces 26 et 50). Médecin-conseil auprès de l'assureur perte de gain en cas de maladie, le Dr F. _____ – spécialiste FMH en médecine interne – a pour sa part considéré, dans une prise de position du 3 février 2021, que suivant l'évolution du traitement médical, l'assuré pourrait garder une limitation fonctionnelle et une douleur aux genoux (OAIE pce 108).

Le 24 février 2021, le Dr E. _____ a décrit l'évolution des atteintes connues et demandé la mise en œuvre d'imageries complémentaires (OAIE pces 105 et 110). Cela étant, un arthroscanner du genou droit réalisé le 25 février 2021 a documenté la présence chez l'assuré de chondropathies rotulienne, trochléenne et tibiale (OAIE pce 72). Des échographies des membres inférieurs pratiquées les 10 mai et 8 juin 2021 ont par ailleurs permis d'exclure la présence de thrombose veineuse, documentant à gauche un aspect remanié cicatriciel de la pointe du gastrocnémien médial gauche avec « semble-t-il un nouveau petit décollement musculo aponévrotique » ainsi qu'un aspect de lésion musculaire de grade I au sein du muscle gastrocnémien médial droit (OAIE pces 69 et 109). A la suite d'un bilan clinique réalisé le 24 juin 2021 par le Dr G. _____, chirurgien orthopédique, un nouveau traitement a été prescrit dans le contexte de douleurs dorsales, de douleurs sur chondropathie (arthrose) rotulienne (patellaire) bilatérale et de suspicion d'une lésion méniscale sur le genou gauche (OAIE pces 78 et 103).

Le 30 juin 2021, l'assuré a été reçu en consultation de traumatologie auprès du Dr H. _____ en raison de douleurs d'effort des mollets ; aussi ce spécialiste en médecine physique et de réadaptation a-t-il décrit une lésion soléaire droit de grade 3 en phase chronique, prescrivant des soins de

kinésithérapie et l'introduction d'un renforcement excentrique (OAIE pce 104).

Dans un rapport du 7 juillet 2021, le Dr F._____ a considéré qu'une « attitude claire » ne se dégageait pas des nombreuses consultations médicales effectuées ; ce nonobstant, le médecin-conseil a retenu que l'assuré devait pouvoir effectuer un travail assis, avec la possibilité de se lever pour épargner son dos, ceci initialement à 50 %, puis progressivement, en l'espace d'un mois, jusqu'à 100 % si les choses se passent bien (OAIE pce 111). Le 22 juillet 2021, le Dr I._____ – généraliste – a rappelé les diagnostics connus et décrit un patient atteint de gonalgies mécaniques, de poussées inflammatoires d'arthrose sur genoux et de lombalgies consécutives à une fracture T4 survenue au cours de l'année 2000 (OAIE pce 82). Par la suite, une IRM du genou gauche réalisée le 16 août 2021 a mis en évidence une gonarthrose fémoro-tibiale interne et externe et fémoro-patellaire avec un aspect de Patella Alta (OAIE pce 89).

Sur indication du Dr G._____, une arthroscopie du genou gauche a été réalisée le 27 septembre 2021 (OAIE pces 95 et 116). Lors d'un bilan de consultation du 6 janvier 2022, ce dernier médecin a constaté la persistance de douleurs rotuliennes sur un genou très dégénératif résistant au traitement médical simple malgré l'opération (OAIE pce 127 ; cf. également le certificat du Dr G._____ du 15 novembre 2021, OAIE pce 121).

Dans une prise de position du 21 janvier 2022, le Dr J._____ – spécialiste en chirurgie orthopédique auprès du Service médical régional de l'assurance-invalidité (SMR) – a retenu les diagnostics d'arthrose fémoro-patellaire bilatérale plus évoluée à droite, de status post-arthroscopie du genou gauche, de tendinite du tendon rotulien et de fissure du ménisque interne droit. Sur la base des pièces figurant au dossier, le médecin-conseil a considéré que l'activité habituelle de l'assuré n'est plus des plus adaptées eu égard à l'inadéquation des tâches en découlant et de son état de santé ; depuis le 10 septembre 2020, la capacité de travail est en revanche complète dans une activité exercée en position alternée, impliquant le port de charges de maximum 10 à 15 kg et un temps de marche de maximum 30 minutes et ne nécessitant pas d'évoluer en terrain irrégulier, de monter sur des échelles ou échafaudages ou de monter des escaliers (OAIE pce 129 ; cf. également avis SMR du 11 octobre 2021, OAIE pce 118).

B.b Par décision du 8 février 2022, l'Office de l'assurance-invalidité pour les assurés résidant à l'étranger (ci-après : OAIE, autorité précédente ou inférieure) a rejeté la demande de prestations de l'assuré au motif que celui

ne présente pas d'invalidité eu égard à la comparaison entre un salaire d'invalidité de Fr. 5'694.70 évalué sur la base de l'Enquête suisse sur la structure des salaires (ci-après : ESS) et un revenu sans invalidité de Fr. 5'142.65 correspondant au dernier salaire réalisé (OAIE pce 62).

C.

L'assuré interjette recours contre la décision du 8 février 2022, dont il demande l'annulation, concluant à ce qu'une rente entière d'invalidité lui soit octroyée ou, subsidiairement à ce que la cause soit renvoyée à l'autorité administrative pour nouvelle décision (TAF pce 1). A l'appui de ses conclusions, il produit un certificat daté du 8 mars 2022 par lequel le Dr G. _____ atteste que les lésions dégénératives du genou de l'assuré sont définitives ; aussi ce médecin observe-t-il qu'« aucune mesure de réadaptation (rééducation ou infiltrations) ne permettra de récupérer un genou permettant la réalisation des travaux habituels du patient ni ses capacités physiques en lien avec son activité professionnelle » (TAF pce 1 annexe 2).

L'OAIE conclut au rejet du recours, produisant – à l'appui de sa réponse – une prise de position du 10 juin 2022 aux termes de laquelle le Dr J. _____ reconnaît – à la suite du Dr G. _____ – que les lésions de l'assuré sont définitives, de sorte que ce-dernier ne pourra pas récupérer les capacités physiques en lien avec son activité professionnelle. Au surplus, le médecin SMR observe que les autres lésions dont souffre l'assuré, soit notamment le manque de force dans une main, l'empêchent également de travailler avec les bras au-dessus de la tête (TAF pce 8).

Persistant dans ses conclusions, l'assuré a produit à l'appui de sa réplique les résultats d'une IRM lombaire réalisée le 26 septembre 2022 en raison d'une sciatique L5 gauche et ayant documenté un protrusion discale circonferentielle L4-L5 ainsi qu'un minime débord discale postérolatérale gauche L5-S1 (TAF pce 14).

Dans une prise de position du 6 décembre 2022 annexée à la duplique, le Dr J. _____ observe, concernant le rapport IRM du 26 septembre 2022, qu'il « n'avait jamais été fait mention de lombalgies ou de sciatalgies dans les nombreux documents précédents [...] les lésions décrites [étant par ailleurs] banales compte tenu de l'âge de l'assuré ». Retenant qu'aucun rapport médical ne vient étayer cette IRM, le médecin-conseil confirme en outre ses précédentes conclusions après avoir rappelé « qu'un simple examen d'imagerie n'a aucune valeur sans arguments clinique et qu'une

imagerie isolée ne pourrait en aucun cas constituer un critère exclusif d'atteinte incapacitante sur la plan médical » (TAF pce 16).

Suivant un certificat du Dr G. _____ du 14 mars 2023 produit au stade des observations finales, « l'état des genoux [de l'assuré] explique certainement la symptomatologie douloureuse décrite » : l'arthrose fémoro-patellaire présentée est en effet fréquemment associée à des douleurs antérieures du genou amenant à des douleurs chroniques exacerbées par la station debout prolongée, la station assise prolongée, le passage d'une position assise à une position debout ainsi que des douleurs lors de l'utilisation d'escaliers ou du port de charges lourdes (TAF pce 20).

Droit :

1.

Le Tribunal administratif fédéral est compétent pour connaître du présent recours (art. 31, 32 et 33 let. d LTAF ; art. 69 al. 1 let. b 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 LPGA [RS 830.1] et 48 al. 1 PA). 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.

2.

2.1 La procédure devant le Tribunal administratif fédéral est en principe régie par la PA (art. 37 LTAF), sous réserve des dispositions particulières de la LPGA (RS 830.1 ; art. 3 let. d^{bis} PA). Selon les principes généraux du droit intertemporel, les règles de procédure s'appliquent dans leur version en vigueur au moment de l'examen du recours (ATF 130 V 1 consid. 3.2).

2.2 Le Tribunal administratif fédéral applique le droit d'office, sans être lié par les motifs invoqués par les parties (art. 62 al. 4 PA), ni par l'argumentation juridique développée dans la décision entreprise. Il se limite en principe aux griefs soulevés et peut concentrer son examen sur ceux qui, sans arbitraire, lui paraissent pertinents (ATF 134 I 83 consid. 4.1 ; 133 III 439 consid. 3.3; 130 II 530 consid. 4.3) ; il n'examine les questions de droit non invoquées que dans la mesure où les arguments des parties ou le dossier l'y incitent (ATF 135 I 91 consid. 2.1; ATAF 2014/24 consid. 2.2. et réf. citées).

2.3 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 8 février 2022. Les faits survenus postérieurement, et qui ont modifié cette situation, doivent en principe faire l'objet d'une nouvelle décision administrative (ATF 144 V 210 consid. 4.3.1, 130 V 138 consid. 2.1, 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 (arrêts du TF 9C_758/2020 du 25 mai 2021 consid. 3.2, 9C_34/2017 du 20 avril 2017 consid. 5.2 et les réf. cit.).

3.

Le litige porte sur le droit du recourant aux prestations de l'assurance-invalidité suite à sa demande du 21 août 2020.

4.

Dans le cadre du « développement continu de l'AI », la LAI, le RAI et la LPGA – notamment – ont été modifiés avec effet au 1er janvier 2022 (RO 2021 705; FF 2017 2535). Compte tenu cependant du principe de droit intertemporel prescrivant l'application des dispositions légales qui étaient en vigueur lorsque les faits juridiquement déterminants se sont produits (ATF 148 V 174 consid. 4.1; 144 V 210 consid. 4.3.1), le droit matériel applicable reste, en l'occurrence, celui qui était en vigueur jusqu'au 31 décembre 2021, dès lors que le droit à la rente litigieuse est susceptible de prendre naissance avant cette date, eu égard à la date du dépôt de la demande de prestations (cf. arrêt du TF 8C_152/2023 du 14 novembre 2023 consid. 3.1).

Vu par ailleurs les éléments d'extranéités ressortant du dossier, est applicable l'accord du 21 juin 1999 sur la libre circulation des personnes (ALCP, RS 0.142.112.681) ainsi que ses annexes et règlements (en particulier : règlement n° 883/2004, RS 0.831.109.268.1, et n° 987/2009, RS 0.831.109.268.11). Néanmoins, l'invalidité ouvrant droit à des prestations de l'assurance-invalidité suisse se détermine exclusivement d'après le droit suisse (art. 46 al. 3 et annexe VII du règlement n° 883/2004, en relation avec l'annexe VII dudit règlement ; ATF 130 V 253 consid. 2.4 ; arrêt du TF 9C_465/2022 du 1er mars 2023 consid. 5.5).

4.1 Conformément à l'art. 28 al. 1 LAI, l'assuré a droit à une rente si sa capacité de gain ou sa capacité d'accomplir ses travaux habituels ne peut être rétablie, maintenue ou améliorée par des mesures de réadaptation

raisonnablement exigibles (let. a) ; s'il a présenté une incapacité de travail (art. 6 LPGGA) d'au moins 40% en moyenne durant une année sans interruption notable (let. b) ; et si, au terme de cette année, il est invalide (art. 8 LPGGA) à 40% au moins (let. c) ; en sus, l'assuré doit compter au moins trois années de cotisations lors de la survenance de l'invalidité (art. 36 al. 1 LAI). La rente est échelonnée comme suit selon le taux d'invalidité : un taux d'invalidité de 40% au moins donne droit à un quart de rente ; lorsque l'invalidité atteint 50% au moins, l'assuré a droit à une demi-rente ; lorsqu'elle atteint 60% au moins, l'assuré a droit à trois quarts de rente et lorsque le taux d'invalidité est de 70% au moins, il a droit à une rente entière (art. 28 al. 2 LAI). Selon l'art. 29 LAI, le droit à la rente prend naissance au plus tôt à l'échéance d'une période de six mois à compter de la date à laquelle l'assuré a fait valoir son droit aux prestations conformément à l'art. 29 al. 1 LPGGA, mais pas avant le mois qui suit le 18ème anniversaire de l'assuré (al. 1) ; la rente est versée dès le début du mois au cours duquel le droit prend naissance (al. 3).

4.2 On entend par invalidité l'incapacité de gain totale ou partielle qui est présumée permanente ou de longue durée et qui peut résulter d'une infirmité congénitale, d'une maladie ou d'un accident (art. 8 LPGGA et art. 4 al. 1 LAI). Selon l'art. 7 LPGGA, 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. Aussi le taux d'invalidité s'évalue-t-il en comparant le revenu que l'assuré aurait pu obtenir s'il n'était pas invalide avec celui qu'il pourrait obtenir en exerçant l'activité qui peut raisonnablement être exigée de lui après les traitements et les mesures de réadaptation, sur un marché du travail équilibré (art. 16 LPGGA ; ATF 147 V 124 consid. 6.2 et 141 V 351 consid. 5.2 ; arrêt du TF 8C_192/2028 du 7 juillet 2022 consid. 6.1.1 ; s'agissant de l'évaluation de l'invalidité par simple comparaison de pourcentages, cf. arrêt du TF 9C_252/2021 du 9 février 2022 consid. 6 ; concernant enfin l'obligation de se réadapter par soi-même, cf. entre autres arrêt du TF 9C_755/2020 du 8 mars 2021 consid. 5.3).

4.3 Il appartient aux médecins d'évaluer l'état de santé d'un assuré (c'est-à-dire, de procéder aux constatations nécessaires en effectuant des examens médicaux appropriés, de tenir compte des plaintes de l'intéressé et de poser les diagnostics). En particulier, poser un diagnostic relève de la tâche exclusive des médecins. Il leur appartient aussi de décrire l'incidence de ou des atteintes à la santé constatées sur la capacité de travail. Leur

compétence ne va cependant pas jusqu'à trancher définitivement cette question mais consiste à motiver aussi substantiellement que possible leur point de vue, qui constitue un élément important de l'appréciation juridique visant à évaluer quels travaux sont encore exigibles de l'assuré. Il revient en effet aux organes chargés de l'application du droit (soit à l'administration ou au tribunal en cas de litige) de procéder à l'appréciation définitive de la capacité de travail de l'intéressé (ATF 140 V 193 consid. 3.2).

Selon la jurisprudence récente, les affections psychiques doivent en principe faire l'objet de la procédure probatoire structurée au sens de l'ATF 141 V 281 (ATF 143 V 418 consid. 6 et 7 et les références). Ainsi, le caractère invalidant d'atteintes à la santé psychique doit être établi dans le cadre d'un examen global, en tenant compte de différents indicateurs, au sein desquels figurent notamment les limitations fonctionnelles et les ressources de la personne assurée, de même que le critère de la résistance du trouble psychique à un traitement conduit dans les règles de l'art (ATF 143 V 409 consid. 4.4 ; cf. aussi arrêts du TF 9C_142/2018 du 24 avril 2018 consid. 5.2 et 9C_73/2017 du 14 mars 2018 consid. 5.1).

4.4 Suivant le principe de la libre appréciation des preuves, le juge apprécie librement les preuves médicales recueillies, sans être lié par des règles formelles, en procédant à une appréciation complète et rigoureuse des preuves. L'élément déterminant pour la valeur probante n'est ni l'origine du moyen de preuve ni sa désignation comme rapport ou comme expertise, mais bel et bien son contenu. Le juge doit ainsi examiner objectivement tous les documents à disposition, quelle que soit leur provenance, puis décider s'ils permettent de porter un jugement valable sur le droit litigieux. S'il existe des avis contradictoires, il ne peut trancher l'affaire sans indiquer les raisons pour lesquelles il se fonde sur une opinion plutôt qu'une autre. En ce qui concerne la valeur probante d'un rapport médical, ce qui est déterminant, c'est que les points litigieux aient fait l'objet d'une étude circonstanciée, que le rapport se fonde sur des examens complets, qu'il prenne également en considération les plaintes exprimées par la personne examinée, qu'il ait été établi en pleine connaissance de l'anamnèse, que la description du contexte médical et l'appréciation de la situation médicale soient claires et enfin que les conclusions soient dûment motivées (ATF 125 V 351 consid. 3a ; 122 V 157 consid. 1 et les références ; arrêt du TF 9C_4718/2010 du 29 août 2011 consid. 4.2).

4.5 La procédure dans le domaine des assurances sociales fait prévaloir la maxime inquisitoire (art. 43 LPGa ; ATF 138 V 218 consid. 6). Ainsi, l'autorité définit les faits et apprécie les preuves d'office et librement (art.

12 PA). Ce faisant, elle ne tient pour existants que les faits qui, faute d'être établis de manière irréfutable, apparaissent comme les plus vraisemblables, c'est-à-dire qui présentent un degré de vraisemblance prépondérante. Il ne suffit 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; 138 V 218 consid. 6). Partant de là, l'autorité ne peut renoncer à accomplir des actes d'instruction que si elle est convaincue, au terme d'une appréciation consciencieuse des preuves (ATF 125 V 351 consid. 3a), 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; 130 II 425 consid. 2.1).

5.

Requérant la mise en œuvre d'une expertise médicale, le recourant reproche tout d'abord à l'autorité précédente d'avoir établi les faits de façon erronée en faisant « complètement [...] fi de tous [ses] antécédents médicaux », pourtant attestés par certificats. A cet égard, il explique avoir subi par le passé une fracture dorsale avec écrasement, des atteintes au niveau des tendons de l'épaule droite provoquant des limitations au niveau du bras droit, ainsi qu'une lésion du radius gauche à l'origine d'une perte de force au niveau de la main droite. Au vu de son état de santé – qui se complexifie d'année en année –, l'OAIE aurait ainsi dû, avant de rendre une décision, poursuivre l'instruction en mettant à tout le moins en œuvre un examen médical personnel.

5.1 On doit donner raison au recourant. Pour établir les circonstances médicales pertinentes, l'office AI se réfère essentiellement à l'appréciation fournie par son médecin conseil le Dr J. _____ le 21 janvier 2022 et complétée les 10 juin et 6 décembre 2022 au cours de la procédure judiciaire.

Cela étant, la jurisprudence soumet l'appréciation des preuves à des exigences sévères lorsque comme ici, un cas d'assurance est réglé sans avoir recours à une expertise dans une procédure au sens de l'art. 44 LPGa, mais en se référant uniquement ou principalement aux rapports de médecins rattachés aux assureurs : s'il existe un doute même minime (« geringe Zweifel ») sur la fiabilité et la validité des constatations d'un médecin de l'assurance, il y a lieu de procéder à des investigations complémentaires (ATF 145 V 97 consid. 8.5; 142 V 58 consid. 5.1 ; 135 V 465 consid. 4 ; par

ailleurs, cf. encore récemment arrêt du TF 8C_696/2022 du 2 juin 2023 consid. 4.3.2 et 8C_23/2022, 8C_51/2022 du 21 septembre 2022 consid. 6). Par ailleurs, pour avoir valeur probante, les rapports médicaux qui, comme c'est le cas ici, ne résultent pas de l'examen personnel de l'assuré, présupposent que le dossier ayant servi de base à leur établissement contient suffisamment d'appréciations médicales résultant d'un examen personnel de l'assuré et permette l'établissement non lacunaire de l'état de santé de l'assuré (« lückenloser Befund ») ; en outre, il ne doit s'être essentiellement agi que d'apprécier un état de fait établi au plan médical (« feststehenden medizinischen Sachverhalts »), de sorte que la nécessité de procéder à l'examen direct de l'assuré n'apparaît plus au premier plan (entre autres: arrêt du TF 9C_335/2015 du 1er septembre 2015 consid. 3.1 et 8C_565/2008 du 27 janvier 2008 consid. 3.3.3).

En l'espèce, les prises de position susmentionnées du médecin SMR n'apparaissent toutefois pas suffisantes pour établir la capacité résiduelle de travail de l'assuré au degré de vraisemblance prépondérante. Certes, la demande de prestations du recourant a été déposée en relation avec ses gonalgies présentes depuis 2017 et son état de santé semble largement établi s'agissant des atteintes à ses genoux, qui constituent manifestement ses principaux troubles incapacitants. A cet égard, il est ainsi largement documenté que l'assuré présente les diagnostics d'arthrose fémoro-patellaire bilatérale, de status post-arthroscopie du genou gauche, de tendinite du tendon rotulien et de fissure du ménisque interne droit. Or, même si le dossier ne comporte pas de bilan clinique récent retranscrivant précisément les limitations provoquées par ces atteintes, il est admis de façon consensuelle par les différents médecins consultés que l'état des genoux de l'assuré explique un tableau algique caractérisé par des douleurs antérieures du genou, amenant à des douleurs chroniques exacerbées par la station debout ou assise prolongée, le passage d'une position assise à une position debout ainsi que des douleurs lors de l'utilisation d'escaliers ou du port de charges lourdes. Aussi les Drs J. _____, G. _____ et F. _____ s'accordent-ils à reconnaître au recourant une pleine incapacité de travail dans son activité habituelle, n'excluant en revanche pas l'exigibilité d'une activité adaptée aux limitations décrites.

Si les répercussions des atteintes aux genoux apparaissent ainsi largement établies, il faut en revanche admettre avec le recourant qu'il en va différemment de ses autres affections. Singulièrement, l'avis SMR du 21 janvier 2022 sur lequel se base la décision attaquée fait exclusivement état des troubles au niveau des genoux et ne comporte à proprement parler ni anamnèse générale de l'assuré, ni résumé systématique de son dossier

médical. Dans sa prise de position du 10 juin 2022 rendue *pendente lite*, le médecin-conseil concède d'ailleurs ne pas avoir dûment tenu compte des antécédents médicaux de l'assuré, puisqu'il admet la nécessité de « rajouter » au profil d'exigibilité médico-théorique la limitation fonctionnelle « travailler avec les bras au-dessus de la tête » occasionnée par « une lésion ancienne (2001 ou 2008) ». De même, le Dr J. _____ ne fait aucune référence aux éventuelles répercussions de la lésion soléaire de grade 3 évoquée par le Dr H. _____ dans son rapport du 30 juin 2021. Invité en outre à prendre position sur le rapport IRM du 26 septembre 2022, le médecin SMR observe – dans son avis du 6 décembre 2022 – qu'il n'a « jamais été fait mention de lombalgies ou de sciatgies dans les nombreux documents précédents ». Or, contrairement à ce que soutient le médecin-conseil, de tels troubles sont bel et bien documentés au dossier, avec la mention par le Dr I. _____ de douleurs du rachis présentes depuis 2000 (rapport du 22 juillet 2021, OAIE pce 82), la notion, dans le rapport du Dr D. _____ du 17 août 2020, « de deux hernies discales, actuellement calmes » (OAIE pce 45) et la description par le Dr G. _____ de douleurs dorsales à l'occasion de son bilan clinique du 24 juin 2021 (OAIE pces 78 et 103). Les troubles du rachis décrits au cours de la procédure judiciaire n'apparaissent ainsi pas être survenus postérieurement à la décision attaquée, de sorte que l'autorité précédente et son service médical auraient dû en tenir compte lors de l'évaluation de la capacité résiduelle de travail du recourant. Tel n'apparaît toutefois pas avoir été le cas. Bien que qualifiées de banales, les atteintes en question sont pourtant susceptibles de déployer une incidence négative sur la capacité de travail de l'assuré. Une telle éventualité ne saurait du moins être exclue en l'état du dossier, qui – comme le concède le Dr J. _____ – ne comporte pas les renseignements cliniques utiles à cet égard.

5.2 Faute en définitive de tenir compte de l'ensemble des atteintes de l'assuré et de se référer à un status clinique complet établi à l'occasion d'un examen personnel, les appréciations fournies par le Dr J. _____ – au demeurant succinctes et peu motivées – laissent subsister un doute quant à leur bienfondé. Cela étant, il n'est à ce stade pas possible d'établir l'état de santé de l'assuré et, par conséquent, de se prononcer sur le droit à la rente. Aussi le dossier doit-il être complété par la mise en œuvre d'une instruction visant à établir la capacité médico-théorique de l'assuré compte tenu de l'ensemble de ses atteintes. A cette fin, la cause sera renvoyée à l'autorité précédente. Pour déterminer les circonstances médicales pertinentes, celle-ci s'est en effet contentée de provoquer des appréciations documentaires de son service médical, qui s'est prononcé sans disposer de constatations cliniques circonstanciées et exhaustives. Or, une telle

façon de faire doit être assimilée à un défaut d'instruction justifiant un renvoi au sens de l'art. 61 PA (ATF 137 V 210, consid. 4.4.1.4.).

6.

Dans ces conditions, le recours doit être admis sans qu'il ne soit nécessaire d'examiner les autres griefs de l'assuré. Aussi la décision du 8 février 2022 doit-elle être annulée et la cause renvoyée à l'autorité précédente pour instruction complémentaire dans le sens des considérants et nouvelle décision.

7.

Etant donné l'issue du litige, il n'y a pas lieu de percevoir de frais de procédure. Le recourant a en effet obtenu gain de cause par le renvoi de l'affaire à l'OAIE (ATF 132 V 215 consid. 2.6) et aucun frais de procédure ne peut être mis à la charge de l'autorité inférieure (art. 63 al. 2, 1ère phrase, PA). Partant, l'avance de frais versée sera restituée dès l'entrée en force du présent arrêt (TAF pces 3 et 4). Conformément aux 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), il se justifie d'allouer au recourant, représenté par un avocat, une indemnité de dépens, fixée à Fr. 2'800.- eu égard notamment à l'importance du litige, à sa difficulté et au temps de travail consacré à la procédure.

(le dispositif se trouve sur la page suivante)

Par ces motifs, le Tribunal administratif fédéral prononce :

1.

Le recours est admis en ce sens que la décision du 8 février 2022 est annulée et la cause renvoyée à l'autorité inférieure pour instruction complémentaire dans le sens des considérants et nouvelle décision.

2.

Il n'est pas perçu de frais judiciaires. L'avance sur les frais présumés de procédure de Fr. 800.- sera remboursée au recourant avec l'entrée en force du présent arrêt.

3.

Il est alloué au recourant une indemnité de dépens de Fr. 2'800.- à charge de l'autorité inférieure.

4.

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

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

La juge unique :

Le greffier :

Caroline Bissegger

Julien Theubet

Indication des voies de droit :

Pour autant que les conditions au sens des art. 82 ss, 90 ss et 100 ss LTF soient remplies, la présente décision peut être attaquée devant le Tribunal fédéral, Schweizerhofquai 6, 6004 Lucerne, par la voie du recours en matière de droit public, dans les trente jours qui suivent la notification. Ce délai est réputé observé si les mémoires sont remis au plus tard le dernier jour du délai, soit au Tribunal fédéral soit, à l'attention de ce dernier, à La Poste Suisse ou à une représentation diplomatique ou consulaire suisse (art. 48 al. 1 LTF). Le mémoire doit indiquer les conclusions, les motifs et les moyens de preuve, et être signé. La décision attaquée et les moyens de preuve doivent être joints au mémoire, pour autant qu'ils soient en mains de la partie recourante (art. 42 LTF).

Expédition :