



Cour III
C-3147/2023

Arrêt du 5 février 2024

Composition

Madeleine Hirsig-Vouilloz (présidente du collège),
Beat Weber, Philipp Egli, juges,
Séverin Tissot-Daguette, greffier.

Parties

A. _____, (France),
recourant,

contre

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

Objet

Assurance-invalidité ; refus de rente et de mesures
professionnelles (décision du 2 mai 2023).

Faits :**A.**

A._____ (ci-après : le recourant) est un ressortissant français, né le (...) 1964, domicilié en France. Au bénéfice d'un permis de frontalier, il a exercé plusieurs activités professionnelles en Suisse depuis 1988, la dernière en qualité d'employé de cafétéria auprès de B._____, sur le site de (...) (OAIE pces 7, 13, 31 p. 116, 41, 42 et 58).

B.

B.a Le 19 décembre 2008, le recourant dépose une première demande de prestations AI pour adultes auprès de l'Office cantonal C._____ (OIAE pce 7), qui est par la suite transmise à l'Office de l'assurance-invalidité pour le canton D._____ (OAIE pce 5). A l'issue de l'instruction, le SMR conclut dans son avis du 8 avril 2009, rédigé par le Dr E._____, médecin SMR, à la présence d'une hernie discale D8-D9 postérolatérale, mise en évidence par IRM, sans indication opératoire. Les douleurs se sont atténuées et le recourant a pu reprendre son activité habituelle qui paraît adaptée. Une pleine capacité de travail est retenue à partir du 1^{er} avril 2009 (OAIE pce 23). Par décision du 1^{er} juillet 2009, notifiée par l'Office AI pour les assurés résidant à l'étranger (ci-après OAIE ou autorité inférieure), le recourant se voit refuser le droit à une rente d'invalidité ainsi qu'à des mesures professionnelles (OAIE pce 29).

B.b A compter du 1^{er} avril 2019, le recourant se trouve à nouveau en incapacité de travail totale (OAIE pce 31 p. 117), suite à la résurgence de douleurs lombo-sciatico-crurales gauches, avec paresthésies (OAIE pce 31 p. 101). Une IRM dorso-lombaire met alors en évidence le 20 février 2019 des hernies discales en D8-D9, L2-L3, L3-L4 et L4-L5 (OAIE pce 34 p. 176), alors qu'un myélo-scanner du 4 avril 2019 confirme une contrainte radiculaire par sténose canalaire qui se modifie en L2-L3 et L3-L4 (OAIE pce 31 p. 101).

B.c Le 7 mai 2019, le recourant subit une laminectomie élargie L2-L3 et L3-L4, pratiquée au sein de la Clinique F._____ par le Dr G._____, neurochirurgien (OAIE pce 31 p. 100).

B.d Le 23 août 2019, l'assureur perte de gain maladie du recourant, Swica transmet à l'Office cantonal C._____ par courrier recommandé une nouvelle demande de prestations AI pour adultes au nom du recourant (OAIE pces 31 p. 137 et 33 p. 143), qui sera également transmise à l'Office de l'assurance-invalidité pour le canton D._____. Les investigations

neurologiques concluent à l'absence d'argument pour une souffrance neurogène ou un syndrome myogène aux membres inférieurs, mais aussi au membre supérieur gauche (OAIE pce 34 p. 174 : rapport du 4 décembre 2019 du Dr H. _____, neurologue).

B.e Le 20 décembre 2019, une IRM du rachis cervical conclut à une hernie discale postéro-latérale gauche à l'étage C6-C7 et à un débord discal plus modéré médian en C5-C6 (OAIE pce 34 p. 180).

B.f Le 2 mars 2020, Swica adresse à l'Office de l'assurance-invalidité pour le canton D. _____ une copie d'un rapport d'expertise pluridisciplinaire mandatée par ses soins auprès du Centre I. _____ de (...). Dans leur rapport du 11 février 2020 (OAIE pce 34 p. 154), établi suite aux consultations du 16 décembre 2019, les Drs J. _____, rhumatologue FMH, et K. _____, psychiatre, retiennent les diagnostics avec effet sur la capacité de travail de lombo-sciatalgies subaiguës sur probable instabilité et d'intervention le 7 mai 2019 avec laminectomie bilatérale L2-L3 et foraminotomie L4 gauche. Les experts sont d'avis que les brachialgies gauches irritatives sur hernie discale C6-C7 gauche sont sans incidence sur la capacité de travail. Pour le surplus, ils nient la présence d'une atteinte psychiatrique, notamment sous forme d'une fibromyalgie ou d'un trouble somatoforme douloureux. La capacité de travail est nulle selon les experts dans l'activité habituelle. En raison des limitations fonctionnelles, une reprise de celle-ci semble peu probable. En revanche, dans une activité plus légère avec possibilité de changer occasionnellement de positions, sans ports répétés de charges lourdes ni travaux lourds répétés, sans positions répétées penché en avant, ils retiennent une capacité de travail de 100 %, dans un délai de 3 mois après prise en charge active de renforcement musculaire.

B.g Le rapport médical du 7 avril 2020 du Dr L. _____, médecin généraliste, retient des lombalgies chroniques, des sciatalgies sur insuffisance et raideurs musculaires, une arthrose des articulations postérieures ainsi qu'une probable pathologie de la coiffe des rotateurs. Il n'y a selon lui pas d'évolution depuis l'expertise du Centre I. _____ et le recourant serait capable de travailler dans tout type de travaux légers deux à trois heures par jour, avec nécessité de repos toutes les heures. Le Dr L. _____ produit notamment en annexe le rapport du 19 février 2020 du Dr M. _____, rhumatologue, qui propose un traitement de renforcement musculaire et une adaptation du traitement médicamenteux (OAIE pce 44 p. 205).

B.h Le recourant bénéficie du 1^{er} juin au 10 juillet 2020 d'un séjour de réadaptation à (...), au Centre de réadaptation fonctionnelle N._____. Une « belle progression » est relevée par les médecins consultés et à l'issue du séjour, une reprise de l'activité professionnelle semble possible dans les deux prochains mois (OAIE pce 59).

B.i Une IRM de l'épaule droite réalisée le 22 août 2020 met en évidence un aspect de capsulite rétractile qui peut bénéficier d'une distension articulaire par arthrographie (OAIE pce 59 p. 311).

B.j Le 14 septembre 2020, le recourant est examiné à deux mois de la fin de son programme de rééducation à (...) par le Dr O._____, spécialiste en médecine physique et réadaptation. Il est relevé une réapparition des douleurs musculaires dans les deux cuisses ainsi qu'une asthénie. La capsulite de l'épaule droite va faire l'objet d'une arthrodilatation le 25 septembre 2020 (OAIE pce 60).

B.k Un arthroscanner de l'épaule droite réalisé le 16 octobre 2020 se révèle normal (OAIE pce 95 p. 476).

B.l Par communication du 2 décembre 2020, l'Office de l'assurance-invalidité pour le canton D._____ met le recourant au bénéfice d'un entraînement à l'endurance du 1^{er} décembre 2020 au 28 février 2021 auprès de son employeur en qualité d'employé polyvalent à 30-40% (OAIE pce 65). Dans les suites de cette mesure, le recourant bénéficie d'une réinsertion REST en qualité de cuisinier à 40-50% jusqu'au 30 juin 2021, toujours auprès de son employeur, mesure octroyée par communication du 16 mars 2021 (OAIE pce 72).

B.m Le compte-rendu de la permanence SMR du 23 mars 2021 relève une probable aggravation à l'épaule depuis l'expertise. D'autre part, l'activité habituelle ne semble pas adaptée (OAIE pce 73).

B.n Le 4 mai 2021, le Dr P._____, spécialiste en chirurgie du sport, relève la présence de douleurs au genou gauche. La radiographie montre une arthrose fémoro-tibiale de stade I. L'IRM révèle un remaniement dégénératif de la corne postérieure du ménisque interne avec un kyste périphérique au niveau du segment moyen, sans indication chirurgicale (OAIE pce 87 p. 451)

B.o Dans son rapport médical du 8 juin 2021, le Dr O._____ mentionne une amélioration de la capsulite et des rachialgies. Il persiste à ses yeux

des éléments dépressifs et anxieux. Son patient se plaint en outre d'une gonalgie gauche. Il retient les diagnostics de rachialgies sur arthrose modérée et de capsulite de l'épaule droite. La capacité de travail est selon lui de 100% dans un poste adapté et de 60% dans un poste physique. Dans une activité qui tienne compte de l'atteinte à la santé, le recourant pourrait travailler 35 heures par jour. Le potentiel de réadaptation est de 60% (OAIE pce 81).

B.p La communication du 14 juin 2021 relève qu'il n'a pas été possible d'augmenter le pourcentage de travail au-delà de 40% à ce jour malgré un aménagement du poste de travail. Le mandat de réadaptation est dès lors clôturé (OAIE pce 78).

B.q Le rapport du 10 août 2021 du Dr P._____, spécialiste en chirurgie du sport, relève qu'un petit kyste para-méniscal a été infiltré à gauche avec une excellente évolution et la disparition des douleurs internes. En revanche, il y a apparition à droite de douleurs de type articulaire, mais également fémoro-patellaire, raison pour laquelle une IRM doit être réalisée (OAIE pce 87 p. 450). Le 28 septembre 2021, le Dr P._____ atteste que l'examen du genou est inchangé avec des douleurs en compartiment interne. La radiographie est normale et l'IRM montre une lésion d'allure dégénérative du ménisque interne sans languette luxée ou coincée. Ce ménisque n'est selon le spécialiste pas forcément responsable de la symptomatologie ressentie (OAIE pce 87 p. 449).

B.r L'arthroscanner du genou droit du 22 octobre 2021 conclut à l'absence de lésion méniscale significative, mais à un aspect de chondropathie fémoro-patellaire latérale (OAIE pce 90 p. 461), alors que l'IRM du genou gauche du 25 novembre 2021 démontre une méniscopathie médiale avec fissure horizontale, sans image de fragment libre. Une éventuelle viscosupplémentation est recommandée (OAIE pce 90 p. 460), laquelle est réalisée le 6 décembre 2021 (OAIE pce 90 p. 459).

B.s Dans un rapport médical non daté, reçu en janvier 2022 par l'Office de l'assurance-invalidité pour le canton D._____, le Dr O._____ retient une capacité de travail de 60% dans l'activité habituelle et de 100% dans une activité adaptée, depuis juin 2021 (OAIE pce 91).

B.t Un rapport non daté du Dr L._____, reçu en février 2022 par l'Office de l'assurance-invalidité pour le canton D._____, relève peu d'évolution, mais une reprise progressive du travail jusqu'à 40%, avec aménagement de l'activité. Il mentionne des douleurs chroniques type syndrome

fibromyalgique, une arthrose diffuse, une asthénie ainsi qu'un léger syndrome dépressif réactionnel. Dans une activité adaptée, la capacité de travail est selon lui de 40%. L'état de santé est stabilisé depuis plus d'un an (OAIE pce 95).

B.u Dans son avis médical SMR du 28 mars 2022, la Dresse Q. _____ propose de procéder à une expertise pluridisciplinaire avec volets de médecine interne, de rhumatologie et de psychiatrie (OAIE pce 96).

Celle-ci est confiée à la Clinique R. _____. Dans leur rapport d'expertise du 3 octobre 2022 (OAIE pce 107), les Drs S. _____, spécialiste FMH en médecine interne, T. _____, spécialiste FMH en psychiatrie, et U. _____, spécialiste FMH en médecine interne générale rhumatologie, retiennent les diagnostics de surpoids (E66.9), d'hypercholestérolémie (E78.0), actuellement sans traitement, et une vraisemblable hypertension artérielle primaire (I10) en cours d'investigation chez un assuré présentant un tabagisme chronique (F17.9). L'atteinte principale à la santé découle toutefois de problématiques diverses de l'appareil locomoteur, à savoir une hernie discale D8-D9 droite, sans indication chirurgicale, des lombosciatalgies survenues en avril 2019, opérées par laminectomie élargie L2-L3 et foraminotomie L4 gauche en mai 2019, une hernie discale C6-C7 gauche, des lombalgies chroniques (M54.4), une gonarthrose bilatérale (M17.9) avec épanchement articulaire, une méniscopepathie interne kystique au genou gauche (M23.3), ainsi qu'une capsulite rétractile de l'épaule droite. L'expert psychiatre ne retient aucun diagnostic au terme de son évaluation. Il exclut en particulier un syndrome douloureux somatoforme persistant. La capacité de travail comme employé de cuisine avec quelques adaptations, est au maximum de 50 % et ce depuis janvier 2020, alors que dans une activité adaptée, elle est théoriquement de 100%, avec une baisse de rendement de 20% liée à la somnolence découlant de la médication, et ce dès janvier 2020.

B.v L'avis SMR du 1^{er} novembre 2022, rédigé par la Dresse Q. _____, confirme intégralement la valeur probante du rapport d'expertise du 3 octobre 2022 (OAIE pce 109). Par projet de décision du 23 février 2023, l'OAIE informe dès lors le recourant de son refus de lui allouer une rente d'invalidité et des mesures professionnelles, compte tenu d'une capacité de travail de 80% dans une activité adaptée et d'un degré d'invalidité de 4,18% (OAIE pce 111 ss).

B.w Dans les suites de ses objections déposées le 5 mars 2023 (OAIE pce 116), le recourant produit plusieurs rapports médicaux le 5 avril 2023

(OAIE pce 119). Dans son rapport du 20 mars 2023, le Dr L. _____ indique qu'il n'y a pas de franche évolution. L'efficacité des traitements est uniquement temporaire. Il évoque un syndrome de douleurs chroniques diffuses sans étiologie précise évidente (OAIE pce 118 p. 607). Il joint à son rapport plusieurs autres rapports, dont celui du 18 juillet 2022 du Dr V. _____, spécialiste en médecine, biologie et traumatologie du sport, qui propose une injection de plasma dans les genoux (OAIE pce 118 p. 611), effectuée en fin d'année 2022 et début d'année 2023 (OAIE pce 118 p. 612 et 613). Une échographie du genou gauche réalisée le 29 mars 2023 retient surtout la persistance d'un important épanchement articulaire, une probable lésion méniscale et une possible lésion sur la corne antérieure du ménisque latéral (OAIE pce 118 p. 614).

B.x L'avis SMR du 24 avril 2023 de la Dresse Q. _____ retient l'absence de changement notable dans l'état de santé du recourant, de sorte que les conclusions prises dans l'avis précédent du 1^{er} novembre 2022 demeurent à ses yeux valables (OAIE pce 122).

B.y Par décision du 2 mai 2023, l'OAIE confirme son refus d'allouer une rente d'invalidité et des mesures professionnelles au recourant (OAIE pce 129).

C.

C.a Le 1^{er} juin 2023, le recourant interjette recours à l'encontre de la décision du 2 mai 2023, concluant en substance à son annulation et à l'octroi d'une rente entière d'invalidité, compte tenu de son incapacité de travail totale (TAF pce 1).

C.b Dans sa réponse du 29 août 2023, l'autorité inférieure conclut au rejet du recours. Elle transmet en annexe copie de la prise de position du 24 août 2023 de l'Office de l'assurance-invalidité pour le canton D. _____, lequel confirme la pleine valeur probante du rapport d'expertise pluridisciplinaire de la Clinique R. _____ du 3 octobre 2022 (TAF pce 6).

C.c Invité à déposer une réplique par ordonnance du 8 septembre 2023 (TAF pce 7), le recourant n'a pas réagi.

D.

Les autres faits et arguments pertinents de la cause seront repris, en tant que de besoin, dans les considérants qui suivent.

Droit :**1.**

1.1 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 ce jour (ATF 130 V 1 consid. 3.2).

1.2 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 ; TAF pce 4), le recours est recevable.

1.3

1.3.1 Il y a également lieu de remarquer qu'aux termes de l'art. 40 RAI, l'Office AI du secteur d'activité dans lequel le frontalier exerce une activité lucrative est compétent pour enregistrer et examiner les demandes présentées par les frontaliers, tandis que l'Office AI pour les assurés résidant à l'étranger notifie les décisions (al. 2).

1.3.2 Etant donné que le recourant a son domicile en France voisine, qu'il travaille en Suisse, dans le canton D._____, et qu'il bénéficie d'un permis de frontalier, c'est à bon droit que l'Office de l'assurance-invalidité pour le canton D._____ a enregistré et instruit la demande, et que l'OAIE a notifié la décision attaquée.

2.

Compte tenu des conclusions et motifs du recours, le litige porte exclusivement sur le droit du recourant à une rente d'invalidité. Le recourant ne conteste en effet pas le refus de lui accorder des mesures professionnelles, de sorte que la décision attaquée est d'ores et déjà entrée en force sur ce point (dans ce sens : ATF 125 V 413 consid. 2a ; MEYER/VON ZWEHL, L'objet du litige en procédure de droit administratif fédéral, in : Mélanges Pierre Moor, Berne 2005, p. 440 n. 9 et 10).

3.

Dans la mesure où le recourant est un ressortissant français, domicilié en France et qu'il a travaillé en Suisse en qualité de frontalier de façon presque ininterrompue depuis 1988 (OAIE pce 42), l'affaire présente un aspect transfrontalier (ATF 145 V 231 consid. 7.1 ; 143 V 354 consid. 4 ; 143 V 81 en particulier consid. 8.1 ; 141 V 521 consid. 4.3.2). Est applicable à la présente cause l'accord du 21 juin 1999 sur la libre circulation des personnes (ALCP, RS 0.142.112.681), conclu entre la Suisse et la Communauté européenne et ses Etats membres, dont l'annexe II règle la coordination des systèmes de sécurité sociale (art. 8 ALCP). Dans ce contexte, l'ALCP fait référence depuis le 1^{er} 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 (ci-après : règlement n° 883/2004, 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 (ci-après : règlement n° 987/2009, 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 1^{er} 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 TF 9C_573/2012 du 16 janvier 2013 consid. 4).

4.

4.1 Au sens de l'art. 49 PA, le recourant peut invoquer devant le Tribunal administratif fédéral la violation du droit fédéral, y compris l'excès ou l'abus du pouvoir d'appréciation (let. a), de même que la constatation inexacte ou incomplète des faits pertinents (let. b) et l'inopportunité de la décision (let. c).

4.2 La procédure dans le domaine des assurances sociales fait prévaloir la procédure inquisitoire (art. 43 LPG ; 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 ; MOOR/POLTIER, Droit administratif, vol. II,

3^e 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). 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 (cf. 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 (sur l'appréciation anticipée des preuves cf. ATF 131 I 153 consid. 3 ; 130 II 425 consid. 2). Par ailleurs, il 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 (MOOR/POLTIER, op. cit., ch. 2.2.6.5 ; BENOÎT BOVAY, Procédure administrative, 2^e 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 ; 121 V 204 consid. 6c ; MOSER/BEUSCH/KNEUBÜHLER/KAYSER, Prozessieren vor dem Bundesverwaltungsgericht, 3^e éd. 2022, p. 29 n. 1.55). Les parties ont le devoir de collaborer à l'instruction (art. 13 PA et 43 al. 3 LPGA) et de motiver leur recours (art. 52 PA).

5.

5.1 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 146 V 364 consid. 7.1 ; 144 V 210 consid. 4.3.1 ; 143 V 446 consid. 3.3 ; 136 V 24 consid. 4.3 ; 132 V 215 consid. 3.1.1). Le 1^{er} janvier 2022 sont entrées en vigueur, dans le cadre du « Développement continu de l'AI », la modification de la LAI et de la LPGA adoptée le 19 juin 2020 (RO 2021 705 ; FF 2017 2363) ainsi que de celles du 3 novembre 2021 apportées au règlement du 17 janvier 1961 sur l'assurance-invalidité (RAI, RS 831.201 ; RO 2021 706). Selon les dispositions transitoires, si la décision concernant un premier octroi de rente est rendue après le 1^{er} janvier 2022, mais porte sur un droit qui a pris naissance avant cette date, ce sont toutefois les dispositions de la LAI et celles du RAI dans leur version valable jusqu'au 31 décembre 2021 qui s'appliquent (Circulaire sur l'invalidité et les rentes dans l'assurance-invalidité [CIRAI], valable dès le 1^{er} janvier 2022, état au 1^{er} juillet 2022, ch. 9101 ; Circulaire relative aux dispositions transitoires concernant le système de rentes linéaires [Circ. DT DC AI], valable dès le 1^{er} janvier 2022, état le 1^{er} janvier

2022, ch. 1007 à 1010). En l'espèce, la demande de prestations a été déposée le 23 août 2019 auprès de l'OAI GE par l'intermédiaire de l'assureur perte de gain maladie Swica (OAIE pces 31 p. 137 et 33 p. 143). Certes, il ne s'agissait pas de l'Office compétent (cf. infra consid. 6). Toutefois, selon l'art. 29 al. 3 LPGA, si une demande est remise à un organe incompétent, la date à laquelle elle a été remise à la poste ou déposée auprès de cet organe est déterminante quant à l'observation des délais et aux effets juridiques de la demande. C'est dès lors la date du 23 août 2019 qu'il convient de retenir pour le dépôt de la demande de prestations du recourant. D'autre part, le début de l'incapacité de travail a été fixée par le SMR au 1^{er} avril 2019. Un éventuel droit à la rente ne pourrait ainsi prendre naissance qu'à partir du 1^{er} avril 2020, à l'échéance du délai d'attente d'une année (art. 28 al. 1 let. b LAI). En conséquence, conformément à la réglementation transitoire rappelée ci-dessus, il convient d'appliquer les dispositions de la LAI et celles du RAI dans leur version valable jusqu'au 31 décembre 2021.

5.2 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 2 mai 2023). 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).

6.

6.1 L'invalidité au sens de la LPGA et de la LAI 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. Par incapacité de travail, on entend toute perte, totale ou partielle, résultant d'une atteinte à la santé physique, mentale ou psychique, de l'aptitude de l'assuré à accomplir dans sa profession ou son domaine d'activité le travail qui peut raisonnablement être exigé de lui (art. 6, 1^{ère} phrase LPGA). L'assurance-invalidité suisse couvre ainsi seulement les pertes économiques liées à une atteinte à la

santé physique ou psychique, et non la maladie en tant que telle (ATF 116 V 246 consid. 1b). En d'autres termes, l'objet assuré n'est pas l'atteinte à la santé, mais l'incapacité de gain probablement permanente ou de longue durée qui en résulte et qui n'est pas objectivement surmontable (art. 7 al. 2 LPGA). En cas d'incapacité de travail de longue durée, l'activité qui peut être exigée de l'assuré peut aussi relever d'une autre profession ou d'un autre domaine d'activité (art. 6, 2^{ème} 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 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).

7.

7.1 Si la rente a été refusée une première fois parce que le degré d'invalidité était insuffisant, comme c'est le cas en l'espèce avec la décision du 1^{er} juillet 2009 (OAIE pce 29), la nouvelle demande ne peut être examinée que si l'assuré rend plausible que son invalidité s'est modifiée de manière à influencer ses droits (art. 87 al. 2 et 3 ; ATF 130 V 71 consid. 2.2 ; 109 V 262 consid. 3). Cette exigence doit permettre à l'administration, qui a précédemment rendu une décision de refus de prestations entrée en force, d'écarter sans plus ample examen de nouvelles demandes dans lesquelles l'assuré se borne à répéter les mêmes arguments, sans alléguer une modification des faits déterminants (ATF 130 V 71 consid. 3.2.3 ; 125 V 410 consid. 2b ; 117 V 198 consid. 4b et les références).

Lorsque l'administration est entrée en matière sur la nouvelle demande, il convient de traiter l'affaire au fond et de vérifier que la modification du degré d'invalidité ou de l'impotence est réellement intervenue (ATF 109 V 108 consid. 2b ; arrêt du TF 9C_435/2013 du 27 septembre 2013 consid. 5.1). Cela revient à examiner par analogie avec l'art. 17 LPGA, si entre la dernière décision de refus de rente, qui repose sur un examen matériel du droit à la rente, avec une constatation des faits pertinents, une appréciation des preuves et une comparaison des revenus conformes au droit, et la décision litigieuse, un changement important des circonstances propres à influencer le degré d'invalidité, et donc le droit à la rente, s'est produit (ATF 133 V 108 ; 130 V 71 consid. 3.2).

7.2.2 En vertu de l'art. 17 al. 1 LPGA, si le taux d'invalidité du bénéficiaire de la rente subit une modification notable, la rente est, d'office ou sur demande, révisée pour l'avenir, à savoir augmentée ou réduite en conséquence, ou encore supprimée. Tout changement important des circonstances, propre à influencer le degré d'invalidité, donc le droit à la rente, peut donner lieu à une révision de celle-ci au sens de l'art. 17 LPGA. La rente peut être révisée non seulement en cas de modification sensible de l'état de santé, mais aussi lorsque celui-ci est resté en soi le même, mais que ses conséquences sur la capacité de gain ont subi un changement important. Une simple appréciation différente d'un état de fait, qui, pour l'essentiel, est demeuré inchangé n'appelle en revanche pas à une révision au sens de l'art. 17 LPGA (ATF 141 V 9 consid. 2.3 ; 133 V 108 consid. 5 ; 130 V 343 consid. 3.5 ; arrêt du TF 8C_339/2017 du 1^{er} février 2018 consid. 3).

8.

8.1 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 117 V 282 consid. 4a) et sur lesquels elle s'appuiera, sous peine de violer le principe inquisitoire (arrêts du TF 8C_623/2012 du 6 décembre 2012 consid. 1). 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 143 V 418 consid. 6 ; 132 V 93 consid. 4 ; 125 V 256 consid. 4 ; 115 V 133 consid. 2 ; 114 V 310 consid. 3c ; 105 V 156 consid. 1 ; voir également ATF 140 V 193 consid. 3.2 et les réf. cit.).

Dans ce contexte, on rappellera qu'il n'appartient pas au juge de remettre en cause le diagnostic retenu par un médecin et de poser de son propre chef des conclusions qui relèvent de la science et des tâches du corps médical (arrêt du TF 9C_719/2016 du 1^{er} mai 2017 consid. 5.2.1).

8.2 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. La jurisprudence a toutefois posé des lignes

directrices en matière d'appréciation des rapports médicaux et d'expertise (ATF 125 V 351 consid. 3b et 3c).

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 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 ; 125 V 351 consid. 3a). 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 9C_555/2017 du 22 novembre 2017 consid. 3.1 et les réf. cit. ; 9C_745/2010 du 30 mars 2011 consid. 3.2 et 9C_59/2010 du 11 juin 2010 consid. 4.1 ; MICHEL VALTERIO, Commentaire, Loi fédérale sur l'assurance-invalidité [LAI], 2018, art. 57 LAI n° 33).

8.3 S'agissant des rapports établis par les médecins traitants, qu'il ou elle soit médecin de famille généraliste ou spécialiste, 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 à son patient (ATF 125 V 351 consid. 3b/cc et les réf. cit. ; arrêt du TF I 655/05 du 20 mars 2006 consid. 5.4). 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 (arrêt du TF 8C_278/2011 du 26 juillet 2011 consid. 5.3) ; ainsi, on en retiendra des éléments, notamment si ceux-ci, objectivement vérifiables, ont été ignorés dans le cadre d'une expertise indépendante et s'avèrent suffisamment pertinents pour remettre en cause les conclusions de l'expert (ATF 125 V 351 consid. 3b/dd et les réf. cit. ; arrêts du TF 9C_338/2016 du 21 février 2017, publié in : Droit des assurances sociales – Jurisprudence [SVR] 2017 IV n° 49 consid. 5.5 ; 9C_876/2009 du 6 juillet 2010 consid. 2.2 ; 9C_24/2008 du 27 mai 2008 consid. 2.3.2 ; 9C_201/2007 du 29 janvier 2008 consid. 3.2 ; MICHEL VALTERIO, op. cit., art. 57 LAI n° 48 et 49).

Concernant enfin 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 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 ; MICHEL VALTERIO, op. cit., art. 57 LAI n° 43)

8.4 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 TF 9C_159/2016 du 2 novembre 2016 consid. 2.2 ss ; 8C_197/2014 du 3 octobre 2014 consid. 4 ; arrêt du TAF C-2843/2016 du 30 mai 2018 consid. 8.1 et 8.2 ; MICHEL VALTERIO, op. cit., art. 57 LAI n° 7 et 42 ss, art. 59 LAI n° 2).

8.5 Les prises de position des services médicaux régionaux (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 TF 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 concernée, 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 ; 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 (arrêts du TF 9C_165/2015 du 12 novembre 2015 consid. 4.3 ; 9C_58/2011 du 25 mars 2011 consid. 3.3 ; arrêt du TAF C-2843/2016 du 30 mai 2018 consid. 8.2).

8.6 Lorsqu'au stade de la procédure administrative, une expertise confiée par un assureur à un médecin indépendant en application de l'art. 44 LPGa est établie par un spécialiste reconnu, sur la base d'observations approfondies et d'investigations complètes, de même qu'en pleine connaissance du dossier, et que l'expert aboutit à des résultats convaincants, il y a lieu de reconnaître pleine valeur probante à ces résultats, aussi longtemps qu'aucun indice concret, tel que des contradictions manifestes ou des éléments essentiels ignorés, ne permet de douter de leur bien-fondé et fiabilité (ATF 137 V 210 consid. 2.2.2 ; 135 V 465 consid. 4.4 ; 125 V 351 consid. 3b/bb). En particulier, au vu de la divergence consacrée par la jurisprudence entre un mandat thérapeutique et un mandat d'expertise, on ne saurait remettre en cause une expertise ordonnée par l'administration ou le juge et procéder à de nouvelles investigations du seul fait qu'un ou plusieurs médecins traitants ont une opinion contradictoire (ATF 124 I 170 consid. 4 ; arrêts du TF I 514/06 du 25 mai 2007, publié in : SVR 2008 IV n° 15 p. 43, et 9C_615/2015 du 12 janvier 2015 consid. 6.2). Cela s'applique de même aux médecins non traitants consultés par le patient en vue d'obtenir un moyen de preuve à l'appui de sa requête (ATF 125 V 351 consid. 3c).

9.

S'agissant des maladies psychiques, tels les symptomatologies douloureuses sans substrat organique objectivable, autrement appelées « troubles somatoformes douloureux », les autres affections psychosomatiques assimilées (ATF 140 V 8 consid. 2.2.1.3), ou encore les troubles dépressifs, y compris de degré léger ou moyen (ATF 143 V 409 consid. 4.5.1 et 4.5.2), la capacité de travail réellement exigible de la personne souffrant de ces troubles doit être évaluée sur la base d'une vision d'ensemble, à la lumière des circonstances du cas particulier et sans résultat prédéfini, dans le cadre d'une procédure d'établissement des faits structurée et normative, permettant, d'une part, de mettre en lumière des facteurs d'incapacités et, d'autre part, les ressources de la personne concernée (ATF 141 V 281 consid. 2, 3.4 à 3.6, 4.1 ; 143 V 418 consid. 6ss). Le point de départ de cet examen, et donc sa condition première, nécessaire à la reconnaissance de l'existence d'une atteinte à la

santé psychique, est la présence d'un diagnostic émanant d'un expert (psychiatre) et s'appuyant, lege artis, sur les critères d'un système de classification reconnu, tel le CIM ou le DSM-IV (ATF 141 V 281 consid. 2.1 ; 143 V 418 consid. 6 et 8.1 ; arrêt du TF 9C_815/2012 du 12 décembre 2012 consid. 3). Puis, afin d'évaluer la capacité de travail et le caractère invalidant des affections susmentionnées, le Tribunal fédéral a conçu un catalogue d'indicateurs, classés en deux catégories (ATF 141 V 281 consid. 4.1.3) : la catégorie « degré de gravité fonctionnel » (consid. 4.3), comprenant le complexe « atteinte à la santé » (consid. 4.3.1 : expression des éléments pertinents pour le diagnostic, succès du traitement ou résistance à cet égard, succès de la réadaptation ou résistance à cet égard, comorbidités), le complexe « personnalité » (consid. 4.3.2 : structure et développement de la personnalité, ressources personnelles) et le complexe « contexte social » (consid. 4.3.3) ; ainsi que la catégorie « cohérence » (consid. 4.4 : point de vue du comportement), relative à la limitation uniforme du niveau des activités dans tous les domaines comparables de la vie (consid. 4.4.1) et au poids des souffrances révélés par l'anamnèse établie en vue du traitement et de la réadaptation (consid. 4.4.2).

10.

10.1 En l'espèce, le Tribunal constate en premier lieu qu'il ressort de l'instruction du dossier du recourant par l'Office de l'assurance-invalidité pour le canton D._____ que son état de santé s'est modifié par rapport à la situation prévalant au moment de la dernière décision entrée en force du 1^{er} juillet 2009 (OAIE pce 29).

10.1.1 En effet, dans le cadre de sa première demande de prestations, seul le diagnostic d'hernie discale D8-D9 postéro-latérale, sans indication opératoire, avait été mis en évidence (rapports IRM des 9 avril et 29 août 2008, rapport médical du 13 mai 2008 du Dr P._____, neurochirurgien, rapport médical du 9 juin 2008 du Dr H._____, neurologue, rapport médical du 29 octobre 2008 du Prof W._____, neurologue, rapports médicaux des 14 novembre 2008 et 13 février 2009 du Dr X._____, rapport médical de la Dresse K._____ du 18 décembre 2008 : OAIE pces 2, 14 p. 39 à 43, 17 p. 49, 56, 58 et 62). La capacité de travail était fluctuante depuis le 18 avril 2008, mais le recourant avait été en mesure de reprendre son activité à temps complet à partir du 1^{er} avril 2009 (avis SMR du 8 avril 2009 : OAIE pce 23). Une décision de refus de rente et de

mesures professionnelles lui avait alors été notifiée en date du 1^{er} juillet 2009 (OAIE pce 29).

10.1.2 Après la reprise de son activité professionnelle à plein temps en 2009, le recourant a conservé son emploi auprès du même employeur, mais a présenté une résurgence de douleurs lombo-sciatico-crurales gauches, avec paresthésies (OAIE pce 31 p. 101), conduisant à la réalisation d'une IRM dorso-lombaire le 20 février 2019, qui met en évidence des hernies discales en D8-D9, L2-L3, L3-L4 et L4 L5 (OAIE pce 34 p. 176). Une incapacité de travail totale est attestée à partir du 1^{er} avril 2019 (OAIE pce 31 p. 177). Le 7 mai 2019, le recourant subit une laminectomie élargie en L2-L3 et L3-L4 réalisée par le Dr G._____, neurochirurgien (OAIE pce 31 p. 100). Le dépôt d'une nouvelle demande de prestations survient le 23 août 2023, directement par l'intermédiaire de l'assureur perte de gain maladie, Swica (OAIE pces 31 p. 137 et 33 p. 143). Dans le cadre de l'instruction, une hernie discale postéro-latérale gauche à l'étage C6-C7 et un débord discal plus modéré médian en C5-C6 ressortent des examens d'imagerie (rapport IRM du 20 décembre 2019 : OAIE pce 34 p. 180). Une IRM de l'épaule droite documente le 22 août 2020 un aspect de capsulite rétractile (OAIE pce 59 p. 311). De plus, le recourant présente de nouvelles atteintes au niveau des genoux. Ainsi, une IRM du genou gauche demandée par le Dr P._____, spécialiste en chirurgie du sport, révèle un remaniement dégénératif de la corne postérieure du ménisque interne avec un kyste périphérique au niveau du segment moyen, sans indication chirurgicale, alors que la radiographie montre une arthrose fémoro-tibiale de type I (OAIE pce 87 p. 451). Au genou droit, une chondropathie fémoro-patellaire latérale est mise en évidence par l'arthroscanner du 25 novembre 2021 (OAIE pce 90 p. 461). A ces diagnostics, le Dr L._____ ajoute dans son rapport non daté des douleurs chroniques type syndrome fibromyalgique, une arthrose diffuse, une asthénie ainsi qu'un léger syndrome dépressif réactionnel (OAIE pce 95). Enfin, dans le cadre de l'expertise pluridisciplinaire mise en œuvre, les experts de la Clinique R._____ ont également mentionné les diagnostics de surpoids (E66.9), d'hypercholestérolémie (E78.0) et une vraisemblable hypertension artérielle primaire (I10) en cours d'investigation chez un assuré présentant un tabagisme chronique (F17.9 ; OAIE pce 107).

10.2 Dans ces circonstances, l'état de santé du recourant s'est effectivement modifié depuis la décision initiale du 1^{er} juillet 2009. L'autorité inférieure est dès lors entrée en matière à juste titre sur la nouvelle demande de prestations déposée par le recourant. Il reste toutefois à déterminer si et, le cas échéant dans quelle mesure, ces nouvelles

atteintes à la santé impactent la capacité de travail et de gain du recourant. En d'autres termes, il s'agit pour le Tribunal d'examiner si c'est à juste titre que l'autorité inférieure lui a refusé le droit à une rente d'invalidité, en estimant qu'il présentait un degré d'invalidité de 4,18%, compte tenu d'une capacité de travail de 80% dans une activité adaptée.

11.

Sur le plan médical, la décision attaquée repose sur le rapport d'expertise pluridisciplinaire – de médecine interne, psychiatrie et rhumatologie – du 3 octobre 2022 de la Clinique R._____ (OAIE pce 107), dont les conclusions ont été confirmées par l'avis SMR du 1^{er} novembre 2022 (OAIE pce 109).

Il convient dès lors d'examiner la valeur probante du rapport d'expertise de la Clinique R._____ du 3 octobre 2022, étant précisé que selon la jurisprudence, seuls des indices concrets, tels que des contradictions manifestes ou des éléments essentiels ignorés, permettent de remettre en cause les expertises confiées par une assurance à un médecin indépendant au sens de l'art. 44 LPGa (ATF 137 V 210 consid. 2.2.2 ; 135 V 465 consid. 4.4 ; 125 V 351 consid. 3b/bb).

12.

12.1 En l'occurrence, après un examen attentif des pièces au dossier, le Tribunal estime que les conclusions du rapport d'expertise de la Clinique R._____ sont convaincantes et qu'il n'existe pas d'éléments objectifs justifiant de s'en écarter. L'expertise de la Clinique R._____ satisfait en effet aux réquisits jurisprudentiels en matière de valeur probante (cf. consid. 9.1 et 9.2 supra).

Dans leur rapport d'expertise pluridisciplinaire du 3 octobre 2022, les experts de la Clinique R._____ relèvent, sur le plan de la médecine interne, les diagnostics de surpoids, d'hypercholestérolémie et de vraisemblable hypertension artérielle chez un assuré présentant un tabagisme chronique. Ils concluent cependant que l'atteinte principale à la santé découle de l'atteinte de l'appareil locomoteur. Ainsi, ils mentionnent une hernie discale D8-D9 droite, sans sanction chirurgicale, puis une aggravation à partir d'avril 2019 sous forme de lombo-sciatalgies pour lesquelles il est pratiqué une laminectomie élargie L2-L3 et une foraminotomie L4 à gauche. En parallèle, le recourant se plaint également de cervico-brachialgies avec la mise en évidence à l'IRM d'une hernie discale C6-C7 gauche. La dernière IRM du rachis de mars 2020 démontre

des troubles dégénératifs et des discopathies, de sorte que les experts retiennent le diagnostic de lombalgies chroniques (MS4.4). Pour le surplus, les experts constatent une gonarthrose débutante bilatérale (M17.9) avec épanchement articulaire et une méniscopathie interne gauche kystique (M23.3), ainsi qu'un status après capsulite rétractile en 2020 de l'épaule droite avec une bonne récupération. De son côté, l'expert psychiatre, en faisant usage de la procédure probatoire structurée exigée par le Tribunal fédéral (cf. consid. 10 supra), écarte toute atteinte d'ordre psychiatrique et ne retrouve aucun signe en faveur d'un trouble somatoforme douloureux persistant.

Compte tenu de l'ensemble de ces éléments, les experts estiment que le recourant présente des limitations fonctionnelles en lien avec le port de charges, les déplacements et l'hypersomnie résultant de la médication. La capacité de travail comme employé de cuisine telle qu'exercée avec quelques adaptations, est au maximum de 50 % et ce depuis janvier 2020. Elle a été nulle entre avril et décembre 2019. Dans une activité légère, sédentaire, respectant les limitations fonctionnelles de l'appareil locomoteur, la capacité de travail est théoriquement de 80 % sur un horaire de 100%, en raison d'une baisse de rendement de 20% liée à la somnolence découlant de la médication, et ce dès janvier 2020.

12.2 D'un point de vue formel, le Tribunal constate en premier lieu que les experts, à savoir la Dresse S._____, spécialiste FMH en médecine interne, la Dresse U._____, spécialiste FMH en médecine interne générale et en rhumatologie, ainsi que le Dr T._____, spécialiste FMH en psychiatrie et psychothérapie, disposent des qualifications professionnelles adéquates pour se prononcer sur l'état de santé du recourant tel que décrit par ses médecins traitants – qui concernait aussi bien des problématiques somatiques que psychiques – et ses conséquences en matière d'incapacité de travail. D'autre part, leurs conclusions se fondent sur l'ensemble des pièces médicales présentes dans le dossier au moment de l'expertise, lesquelles sont résumées de façon détaillée dans leur rapport (OAIE pce 107 p. 543 ss). Les experts ont en outre dûment tenu compte des plaintes du recourant (OAIE pce 107 p. 548 ss, 565 et 573 ss) et décrit en détail son anamnèse (OAIE pce 107 p. 550 ss, 563 ss et 574), sans que le Tribunal ne puisse y déceler une quelconque lacune. Ils ont de plus procédé à des examens complets, sous la forme d'un examen clinique sur le plan de la médecine interne (OAIE pce 107 p. 575 ss), de la rhumatologie (OAIE pce 107 p. 552 ss) et de la psychiatrie (OAIE pce 107 p. 566).

12.3 Sur le fond, les points litigieux essentiels, à savoir en particulier les diagnostics et leurs effets sur la capacité de travail du recourant, font l'objet d'une étude circonstanciée et convaincante par les experts de la Clinique R._____. L'ensemble des diagnostics mentionnés par les médecins traitants ont été pris en considération. Comme susmentionné, les experts estiment qu'en l'absence d'atteinte à la santé psychiatrique – ce que ne conteste pas le recourant à l'appui de son recours – ce sont les atteintes de l'appareil locomoteur qui limitent la capacité de travail du recourant. Celle-ci entraîne selon les experts des limitations dans des activités lourdes, nécessitant des ports de charges réguliers de plus de 10 kg, les positions en porte à faux du dos ou statiques assises prolongées, les positions à genoux ou accroupies, les déplacements prolongés ou en terrain irrégulier, la montée et descente d'échelles, les mouvements répétitifs en hauteur sollicitant le membre supérieur droit. La capacité de travail est de 50% dans l'activité habituelle, sous réserve d'une période de quelques mois en 2019 où elle a été nulle, et de 100%, avec une baisse de rendement de 20% liée à somnolence de la médication, dès le mois de janvier 2020.

Cette conclusion emporte la conviction du Tribunal, ceci d'autant plus qu'elle correspond en substance aux conclusions prises dans le cadre de l'expertise du Centre I._____ réalisée pour le compte de l'assureur perte de gain maladie, Swica – laquelle ne constitue toutefois pas une expertise au sens de l'art. 44 LPGA. Dans leur rapport du 11 février 2020, rédigé suite aux consultations du 16 décembre 2019, les experts estimaient peu probable un retour dans l'activité habituelle, en raison des limitations fonctionnelles somatiques, mais que la reprise d'une activité adaptée à 100% était possible dans un délai de trois mois après prise en charge active d'un renforcement musculaire – mesure qui a finalement été mise en œuvre lors de l'été 2020 à Aix-les-Bains (OAIE pce 59), sans amendement définitif des plaintes du recourant selon les experts de la Clinique R._____ (OAIE pce 107 p. 557). Ils confirmaient également l'absence d'atteinte psychiatrique, notamment sous forme d'une fibromyalgie ou d'un trouble somatoforme douloureux.

12.4 Pour le surplus, le Tribunal ne détecte aucun élément objectif qui aurait été omis par les experts dans les autres rapports médicaux au dossier (cf. infra consid. 13.4.1) ainsi que ceux apportés par le recourant dans le cadre de ses objections (cf. infra consid. 13.4.2), étant précisé que les rapports des médecins traitants doivent être appréciés avec une certaine réserve compte tenu de la relation de confiance, issue du mandat

thérapeutique, qui les unit à leur patient (ATF 125 V 351 consid. 3b/cc et les réf. cit. ; arrêt du TF I 655/05 du 20 mars 2006 consid. 5.4)

12.4.1 En particulier, force est de constater que les médecins traitants qui se sont prononcés sur la capacité de travail du recourant ne sont pas unanimes sur cette question. De plus, leurs appréciations ne sont pas suffisamment, voire pas du tout, motivées. Ainsi, en date du 7 avril 2020 (OAIE pce 44 p. 205), le Dr L._____, médecin généraliste, retient une capacité de travail de deux à trois heures par jour pour des travaux légers, une amélioration lui semblant encore possible. Dans son rapport non daté reçu en février 2022 par l'autorité inférieure (OAIE pce 95), la capacité de travail est selon ce médecin nulle dans une activité adaptée, sans toutefois fournir d'explication à ce sujet.

De son côté, le Dr O._____, spécialiste en médecine physique et réadaptation, atteste dans son rapport du 8 juin 2021 (OAIE pce 81) d'une pleine capacité de travail de 100% dans une activité adaptée sur une durée de 35 heures par semaine – ce qui correspond à la perte de rendement attestée par les experts de la Clinique R._____ – à partir du mois de juin 2021 selon son rapport non daté reçu en janvier 2022 par l'autorité inférieure (OAIE pce 91).

Ces appréciations – divergentes entre elles – se bornent à porter une appréciation différente des experts sur la capacité de travail du recourant, qu'il s'agisse du taux à retenir où de la date à partir de laquelle une activité adaptée serait exigible, sans autre motivation, de sorte que le Tribunal ne saurait les considérer comme suffisantes pour remettre en cause les conclusions probantes de l'expertise de la Clinique R._____.

12.4.2 Afin d'être exhaustif, le Tribunal relève encore qu'aucun des rapports médicaux produits par le recourant dans le cadre de ses objections ne sont susceptibles de porter un quelconque doute sur les conclusions de l'expertise de la Clinique R._____.

Ainsi, le rapport du 20 mars 2023 du Dr L._____ (OAIE pce 118 p. 607) se contente d'attester d'un état de santé sans évolution franche. Il mentionne que les différentes thérapies ne sont souvent que d'efficacité temporaire et accompagne son rapport de celui daté du 18 juillet 2022 du Dr V._____ (OAIE pce 118 p. 611), spécialiste en médecine, biologie et traumatologie du sport. Celui-ci aborde surtout la question du traitement et propose de procéder à des injections de plasma dans le genou gauche,

qui sont effectuées en décembre 2022 (OAIE pce 118 p. 612) et février 2023 (OAIE pce 118 p. 613).

Le recourant a également produit un rapport d'échographie du genou gauche réalisée le 29 mars 2023. Ce document constate la persistance d'un important épanchement articulaire, d'une probable lésion méniscale au niveau de la corne postérieure du ménisque médial et d'une possible lésion sur la corne antérieure du ménisque latéral (OAIE pce 118 p. 614). Or, l'épanchement articulaire et la lésion du ménisque interne étaient déjà connues au moment de l'expertise du 3 octobre 2022 de la Clinique R. _____ (OAIE pce 107 p. 557), puisqu'elles ressortaient de l'arthroscanner du 25 novembre 2021 (OAIE pce 90 p. 460). Quant à la – nouvelle – lésion sur la corne antérieure du ménisque latérale, elle n'est décrite comme n'étant que possible, ce qui ne suffit pas pour la retenir au degré de la vraisemblance prépondérante requise en assurances sociales (ATF 139 V 176 consid. 5.2, cf ég. supra, consid. 4.2). Au surplus, aucun médecin ne s'appuie sur cette potentielle nouvelle atteinte pour documenter une aggravation de l'état de santé. Au contraire, comme susmentionné, quelques jours avant l'IRM du 29 mars 2023, le Dr L. _____ attestait d'un état de santé non évolutif.

13.

Sur le vu de tout ce qui précède, le Tribunal confirme intégralement – en accord avec les avis SMR des 1er novembre 2022 et 24 avril 2023 – la valeur probante du rapport d'expertise pluridisciplinaire de la Clinique R. _____ du 3 octobre 2022. En effet, celui-ci a été rendu en pleine connaissance du dossier, à l'issue d'exams complets, et ses conclusions sont claires et convaincantes. Pour le surplus, aucun élément ou indice concret ne permettent de douter du bien-fondé et de la fiabilité du raisonnement et des conclusions des experts. Partant, il est dès lors établi au degré de la vraisemblance prépondérante que le recourant présentait, à compter du mois de janvier 2020 (soit avant la naissance potentielle d'un droit à la rente [cf. consid. 5.1 in fine]), une capacité de travail de 50% dans son activité habituelle et de 100%, avec une perte de rendement de 20%, dans une activité adaptée.

14.

En ce qui concerne le calcul de la perte de gain et la détermination du degré d'invalidité à 4,18%, ceux-ci ne sont pas contestés par le recourant. Pour le surplus, le Tribunal n'identifie pas d'éléments du calcul qui l'inciterait à procéder à un examen d'office de celui-ci, lequel semble correct (cf. supra, consid. 4.1 et 4.2).

Dans ces circonstances, c'est à juste titre que l'autorité inférieure a nié le droit du recourant à une rente d'invalidité.

15.

15.1 En définitive, le recours, mal fondé, doit être rejeté et la décision attaquée confirmée.

15.2 Vu l'issue du litige, les frais judiciaires, fixés à CHF 800.-, 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 compensés par l'avance de frais du même montant dont il s'est acquitté au cours de l'instruction (TAF pce 4).

15.3 Il n'est pas alloué d'indemnité de dépens (art. 7 al. 1 et 3 FITAF).

(le dispositif figure sur la page suivante)

Par ces motifs, le Tribunal administratif fédéral prononce :

1.

Le recours est rejeté.

2.

Les frais de procédure de CHF 800.- sont mis à la charge du recourant. Ce montant est compensé par l'avance de frais déjà versée au cours de l'instruction.

3.

Il n'est pas alloué de dépens.

4.

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

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

La présidente du collège :

Le greffier :

Madeleine Hirsig-Vouilloz

Séverin Tissot-Daguette

Indication des voies de droit :

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 (art. 82 ss, 90 ss et 100 LTF). 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 :