



Arrêt du 15 décembre 2022

Composition

Madeleine Hirsig-Vouilloz (présidente du collège),
Caroline Gehring, Viktoria Helfenstein, juges,
Julien Borlat, greffier.

Parties

A. _____, (France)
représenté par Comité de protection des travailleurs
frontaliers européens,
recourant,

contre

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

Objet

Assurance-invalidité, rente temporaire (décision du 6 novembre 2019).

Faits :**A.**

A._____, ressortissant français, né le (...) 1959, domicilié en France, est divorcé et père de trois enfants nés en 1985, 1987 et 1988. Après avoir appris la profession d'électro-technicien avec obtention d'un CAP/BEP en 1977 et muni d'une autorisation frontalière (permis G), il a travaillé en Suisse en dernier lieu en tant qu'ouvrier en blanchisserie pour le compte de B._____ AG à (...) depuis le 1^{er} juillet 2002, cotisant ainsi à l'assurance-vieillesse, survivants et invalidité (AVS/AI) suisse. Il est, sous réserve de quelques périodes travaillées fin 2015 et début 2016, en incapacité de travail depuis le 9 février 2015. Son contrat de travail a été résilié par l'employeur avec effet au 30 novembre 2016 (AI docs 2, 14, 17, 31).

B.

B.a En date du 14 décembre 2015, le prénommé a déposé une demande de prestations de l'assurance-invalidité (AI) auprès de l'Office de l'assurance-invalidité du canton C._____ (ci-après : l'OAI), qui l'a reçue le 23 décembre 2015. Il indique souffrir du ménisque intérieur du genou gauche, puis de la mise d'une prothèse partielle suite à la première intervention (creusement de l'os), précisant qu'une erreur médicale est survenue lors de la première opération avec dégradation de l'os (AI doc 2).

B.b Durant l'instruction, l'OAI a mené un premier entretien d'intervention précoce. L'assuré a déclaré qu'il souhaitait poursuivre son activité professionnelle et prendre sa retraite à 62 ans. Dès janvier 2016, il a repris son activité à 50 % et à partir de février 2016 à 100 %. La reprise rapide était motivée par la crainte d'être congédié. Il aurait voulu être autorisé par son employeur à effectuer seulement les tranches horaires du matin en raison de ses séances de thérapie l'après-midi, mais cela lui a été refusé. Il s'est plaint d'une lésion du ménisque gauche, en assurant se sentir toutefois mieux, la guérison complète nécessitant encore quelques mois. Au vu de la situation, l'OAI relève que l'intéressé aurait probablement encore besoin de temps aux fins de la guérison et que l'idéal serait qu'il soit donné suite à son souhait, les séances de thérapie étant indispensables à son rétablissement. La question de la résistance de l'intéressé lors d'un temps plein est dite ouverte et les conditions d'assurance réunies (AI doc 15).

B.c Par communication datée du 4 mars 2016, à laquelle a été annexée une convention d'objectifs du 6 mars 2016 (AI doc 20), l'OAI a reconnu à l'assuré des mesures d'intervention précoce sous forme de contributions à l'employeur pour des mesures de réadaptation dans l'entreprise du

1^{er} mars au 31 mai 2016 (AI doc 19), mesures prolongées du 1^{er} juin au 31 août 2016 par communication du 8 juillet 2016 (AI doc 30).

B.d Par communication du 30 novembre 2016, l'office a pris en charge les coûts d'un coaching individuel (maximum 20 heures) avec recherche active d'emploi du 1^{er} janvier au 30 juin 2017 (AI doc 38).

B.e Invité par l'OAI à se déterminer sur le dossier, le service médical régional (SMR) a, dans un rapport du 12 juin 2018 du Dr D. _____, spécialiste FMH en chirurgie orthopédique et en traumatologie de l'appareil locomoteur, expert certifié SIM, évalué que l'activité habituelle, essentiellement debout et en mouvement, n'était plus exigible, compte tenu d'une restriction fonctionnelle décisive et durable du ménisque gauche, également après la pose d'une prothèse dans l'intervalle. Il n'existait en revanche pas de diminution décisive de la capacité de travail dans une activité adaptée, essentiellement assise, avec des changements spontanés de charges, excepté pendant les temps d'incapacité de travail dus au traitement. Il décide de s'écarter sous l'angle de l'évaluation en médecine des assurances, des temps d'incapacité de travail figurant au dossier, car ceux-ci ne sont en partie pas suffisamment motivés et des restrictions fonctionnelles qualitatives et quantitatives, qui pourraient permettre le contraire, ne ressortent pas du dossier. Il pose alors les diagnostics avec effet sur la capacité de travail de fonction restreinte (résistance) de l'articulation du genou gauche après arthroscopie (02/2015) et de remplacement progressif par prothèse (11/2015 prothèse partielle, 28 novembre 2016 totale) sur gonarthrose. Il a envisagé une incapacité de travail totale dans l'activité habituelle, dont le déroulement est le suivant : 100 % du 9 février au 24 mai 2015, 0 % du 25 mai au 16 juillet 2015, 100 % du 17 juillet au 30 novembre 2015, 0 % du 1^{er} au 31 décembre 2015, 50 % du 1^{er} janvier au 10 avril 2016, 70 % du 11 avril au 28 août 2016, 100 % dès le 29 août 2016 de manière permanente. Il a retenu une capacité de travail totale dans une activité adaptée telle que décrite ci-dessus. Le déroulement se présente comme suit : 0 % du 8 février (première intervention du genou gauche, ménisectomie) au 8 mai 2015 (clôture de la réhabilitation post-interventionnelle), 100 % du 9 mai au 5 octobre 2015, 0 % du 6 octobre (pose stationnaire de la prothèse partielle) au 31 décembre 2015 (réhabilitation post-opératoire), 100 % du 1^{er} janvier au 26 novembre 2016, 0 % du 27 novembre 2016 (extension de la prothèse partielle le 28 novembre 2016, remplacement par une prothèse totale) au 30 juin 2017 (clôture de la réhabilitation post-opératoire, l'assuré s'étant inscrit au chômage en France en juillet 2017). En outre, les mesures professionnelles sont manifestement closes, l'intéressé

se sentant à nouveau pleinement apte au travail depuis environ juillet 2017 et s'étant inscrit auprès de l'assurance-chômage française (AI doc 57).

B.f Par projet de décision du 4 juillet 2018, l'OAI a fait part de son intention d'accorder à l'assuré une rente ordinaire entière d'invalidité limitée dans le temps, soit du 1^{er} novembre 2016 au 30 septembre 2017, en raison d'un taux d'invalidité de 100 %, puis de 11 %, ce dernier étant insuffisant pour ouvrir droit à une rente d'invalidité suisse (AI doc 59).

B.g Par opposition du 16 juillet 2018, l'assuré, désormais représenté par le Comité de protection des travailleurs frontaliers européens, a contesté le projet de décision et produit plusieurs moyens de preuve de nature médicale (AI doc 60 ; voir aussi AI docs 62 et 63).

B.h Consulté par l'OAI au sujet des nouveaux actes médicaux, le SMR a, dans une prise de position du 8 octobre 2018 du Dr D. _____, relevé que des constats médicaux susceptibles d'influencer son évaluation n'ont pas été apportés (AI doc 65).

B.i Par écrit du 4 décembre 2018, l'intéressé a informé l'OAI qu'il se fera opérer du genou droit le 11 décembre 2018 et qu'une nouvelle intervention chirurgicale était prévue en 2019 au niveau du genou gauche qui présente des complications, preuve médicale à l'appui (AI doc 66).

B.j Par courrier du 11 décembre 2018, l'OAI a fait savoir que, compte tenu des nouvelles informations, il clôturait la procédure de préavis, en priant l'assuré de faire parvenir les futurs rapports médicaux sur l'opération. Ensuite, il rendrait un nouveau projet de décision (AI doc 67).

B.k Le 22 mars 2019, l'intéressé a remis deux actes médicaux (AI doc 68).

B.l Relancé par l'OAI en ce qui les concerne, le SMR a, dans une prise de position du 12 avril 2019 établie par le même médecin, résumé qu'après un remplacement endoprothétique de l'articulation du genou gauche, une arthroscopie de section de la corne postérieure du ménisque interne a été rendue nécessaire au niveau du genou droit. Il a estimé qu'après la clôture de la réhabilitation, qui est attendue environ 6 semaines après l'intervention, l'exigibilité qu'il a reconnue précédemment restait valable (AI doc 72).

B.m Par courriel du 7 mai 2019, l'assuré a, sur demande de l'OAI, informé que le chirurgien l'avait revu en date du 23 avril 2019. Selon ce dernier, une nouvelle opération n'apporterait pas d'amélioration. L'intéressé s'est

dit à disposition de l'OAI s'il souhaitait « le faire voir » par un de ses médecins. Il a annexé le rapport médical du chirurgien (AI doc 74).

B.n Consulté par l'OAI, le SMR a, dans une prise de position du 26 juin 2019 du même médecin, jugé que sa précédente évaluation restait de mise sans restriction, des constats médicaux qui plaideraient pour une dégradation durable et qui pourraient remettre en question l'exigibilité retenue n'ayant pas été documentés (AI doc 77).

B.o Par projet de décision du 5 juillet 2019 remplaçant celui du 4 juillet 2018, l'OAI a informé l'assuré qu'il entendait derechef lui allouer une rente entière d'invalidité limitée dans le temps, à savoir du 1^{er} novembre 2016 au 30 septembre 2017, sur la base d'un taux d'invalidité de 100 %, ce taux s'établissant ensuite à 10 %, insuffisant pour donner droit à une rente d'invalidité suisse (AI doc 79).

B.p Par acte du 13 août 2019, l'assuré s'est opposé au nouveau projet de décision, produisant de nouveaux rapports médicaux et faisant valoir qu'il n'avait jamais été convoqué par les médecins de l'OAI en vue d'une d'expertise médicale. Il a demandé à l'office d'y remédier pour qu'il puisse juger par lui-même de son état de santé (AI doc 81 ; voir aussi AI doc 82).

B.q Sur invitation de l'OAI, l'assuré a, en date du 30 août 2018, motivé plus amplement son opposition, soutenant qu'il garde des troubles de la marche suite à une méniscectomie interne gauche en février 2015 et à la pose d'une prothèse totale du genou gauche. Il a ajouté qu'il a subi des complications pré- et post-opératoires nécessitant toujours à ce jour une prise en charge plus importante. Une pathologie arthrosique du genou droit avec à ce moment un épanchement synovial l'invalide et le rend inapte aux déplacements prolongés. Les douleurs sont continues et quotidiennes, de même que les troubles de la marche. Suite aux différents rendez-vous chez des médecins traitants, il ressort qu'une nouvelle opération n'apporterait pas d'amélioration. Il reste donc avec ses douleurs et les troubles qui en résultent sans pouvoir attendre d'amélioration. Il réitère sa demande d'expertise médicale auprès de l'OAI visant à réévaluer son état de santé (AI doc 84).

B.r L'OAI a interpellé son SMR, qui, dans une prise de position du 18 octobre 2019 du Dr D._____, s'est référé à sa précédente évaluation. Il rappelle qu'il n'y a pas de nouveaux constats médicaux susceptibles de la remettre en cause, ce d'autant qu'une activité adaptée telle que retenue et ménageant les genoux reste exigible, même en tenant compte des problèmes de la marche, en soi possibles et compréhensibles (AI doc 88).

B.s Par décision du 6 novembre 2019, l'Office de l'assurance-invalidité pour les assurés résidant à l'étranger (OAIE), reprenant la motivation de l'OAI complétée suite à l'audition, a alloué une rente ordinaire entière d'invalidité à l'assuré du 1^{er} novembre 2016 au 30 septembre 2017 (AI doc 92). En parallèle, alors qu'une demande était réitérée par l'intéressé de subir une expertise médicale auprès d'un médecin suisse (AI doc 93), l'OAI a mis en place une procédure d'inscription auprès d'un Etat de l'Union européenne (UE) pour une rente d'invalidité au moyen de l'application SWAP (AI doc 95 ss).

C.

C.a Par acte du 30 novembre 2019 (timbre postal), l'intéressé a formé recours contre la décision de l'OAIE auprès du Tribunal administratif fédéral (ci-après : TAF ou le Tribunal). Il conclut à une révision du degré d'invalidité et à l'organisation d'une expertise médicale par l'autorité inférieure. Il joint différents moyens de preuve (notamment un certificat médical du 12 novembre 2019 du Dr E. _____, médecin généraliste, qui notamment mentionne que l'assuré marche avec une canne, accompagné d'une autre personne, qu'il est inapte définitivement à travailler en France et qu'il présente un certificat handicapé définitif ; et un rapport du 15 juillet 2019 relatif à un examen radiologique du genou droit à 5 incidences et comparatif du Dr F. _____, électro-radiologiste qualifié, concluant à une gonarthrose fémoro-tibiale médiale avec discret épanchement intra-articulaire, à un aspect radiologique à mettre en rapport avec les antécédents de méniscec-tomie et à une probable petite ostéochondrite du pôle inférieur du condyle médial droit ; des radiographies ; TAF pce 1).

C.b Par décision incidente du 6 décembre 2019, le TAF a invité le recou-rant à verser une avance de frais de Fr. 800.– dans les 30 jours dès récep-tion, sous peine d'irrecevabilité du recours (TAF pce 2). Ce montant a été acquitté à temps (TAF pce 4).

C.c Par réponse du 13 février 2020, l'OAIE a renvoyé à la prise de position du 10 février 2020 de l'OAI concluant au rejet du recours et à la confirma-tion de la décision attaquée. Dans sa prise de position, l'OAI argue que l'évaluation des actes médicaux d'un dossier par un médecin du SMR, en l'occurrence spécialisé pour les troubles du recourant, pouvait avoir valeur de preuve et ne devait pas remplir les critères de preuve d'une expertise. Ledit médecin s'est appuyé sur des documents figurant au dossier, la ca-pacité de travail exigible dans une activité adaptée apparaissant plausible. Les difficultés à la marche ont été prises en compte (TAF pce 6).

C.d Par réplique du 4 mars 2020 (timbre postal), le recourant a fait savoir qu'il n'avait pas d'autre documentation à présenter (TAF pce 9).

C.e Par ordonnance du 11 mars 2020, le Tribunal a porté cette écriture à la connaissance de l'OAIE et signalé aux parties que l'échange d'écritures était clos, sous réserve d'autres mesures d'instruction (TAF pce 10).

C.f Par ordonnance du Tribunal du 25 avril 2022, le recourant a été invité, dans un délai échéant au 16 mai 2022, à prendre position sur le renvoi envisagé de la cause à l'autorité inférieure pour compléter l'instruction et à communiquer s'il voulait retirer son recours, faute de quoi ce dernier serait considéré comme maintenu (TAF pce 12). Le recourant a maintenu son recours par écriture du 11 mai 2022 (timbre postal) (TAF pce 15).

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

Droit :

1.

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

2.

Le litige porte en l'espèce sur le droit du recourant à une rente de l'AI, et plus particulièrement sur sa limitation au 30 septembre 2017.

3.

3.1 La procédure dans le domaine des assurances sociales fait prévaloir la maxime inquisitoire (art. 43 LPGA ; ATF 138 V 218 consid. 6). Ainsi, le Tribunal administratif fédéral définit les faits et apprécie les preuves d'office

et librement (art. 12 PA ; PIERRE MOOR/ETIENNE POLTIER, Droit administratif, vol. II, 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, ATF 138 V 218 consid. 6). Par ailleurs, il applique le droit d'office, sans être lié par les motifs invoqués par les parties (art. 62 al. 4 PA ; ATAF 2013/46 consid. 3.2), ni par l'argumentation juridique développée dans la décision entreprise (PIERRE MOOR/ETIENNE POLTIER, op. cit., ch. 2.2.6.5 ; BENOÎT BOVAY, Procédure administrative, 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, ATF 121 V 204 consid. 6c ; ANDRÉ MOSER/MICHAEL BEUSCH/LORENZ KNEUBÜHLER/MARTIN 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 ; arrêt du Tribunal administratif fédéral C-6134/2017 du 3 avril 2018 consid. 5.4) et de motiver leur recours (art. 52 PA).

3.2 En particulier, le Tribunal examine d'office les conditions formelles de validité et de régularité de la procédure devant l'autorité inférieure, soit notamment le point de savoir si l'autorité qui a rendu la décision litigieuse était compétente (ATF 142 V 67 consid. 2.1, 140 V 22 consid. 4).

A ce sujet, il y a lieu de remarquer qu'aux termes de l'art. 40 du règlement du 17 janvier 1961 sur l'assurance-invalidité (RAI, RS 831.201), 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).

Etant donné que le recourant a son domicile en France voisine et que l'atteinte à la santé remonte à l'époque de son activité en tant que frontalier, c'est à juste titre que l'OAI du canton C. _____ a enregistré et instruit la demande, et que l'OAIE a notifié la décision entreprise.

4.

4.1 Selon les principes généraux du droit intertemporel, le droit matériel applicable est en principe celui en vigueur lors de la réalisation de l'état de fait qui doit être apprécié juridiquement ou qui a des conséquences juridiques, sous réserve de dispositions particulières du droit transitoire

(ATF 143 V 446 consid. 3.3, ATF 136 V 24 consid. 4.3, ATF 132 V 215 consid. 3.1.1).

4.1.1 L'affaire présente un aspect transfrontalier, dans la mesure où le recourant est un ressortissant français, domicilié en France, ayant travaillé en Suisse. Est dès lors applicable à la présente cause, l'accord du 21 juin 1999 sur la libre circulation des personnes (ALCP, RS 0.142.112.681), dont l'annexe II règle la coordination des systèmes de sécurité sociale (art. 8 ALCP). Dans ce contexte, l'ALCP fait référence depuis le 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 (RS 0.831.109.268.1), ainsi qu'au règlement (CE) n° 987/2009 du Parlement européen et du Conseil du 16 septembre 2009 fixant les modalités d'application du règlement (CE) n° 883/2004 (RS 0.831.109.268.11 ; art. 1 al. 1 de l'annexe II en relation avec la section A de l'annexe II). A compter du 1^{er} janvier 2015, sont également applicables dans les relations entre la Suisse et les Etats membres de l'UE les modifications apportées notamment au règlement n° 883/2004 par les règlements (UE) n° 1244/2010 (RO 2015 343), n° 465/2012 (RO 2015 345) et n° 1224/2012 (RO 2015 353). Toutefois, même après l'entrée en vigueur de l'ALCP et des règlements de coordination, l'invalidité ouvrant droit à des prestations de l'assurance-invalidité suisse se détermine exclusivement d'après le droit suisse (art. 46 al. 3 du règlement n° 883/2004, en relation avec l'annexe VII dudit règlement ; ATF 130 V 253 consid. 2.4 ; arrêt du Tribunal fédéral 9C_573/2012 du 16 janvier 2013 consid. 4).

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

4.2 Le juge des assurances sociales apprécie la légalité des décisions attaquées, en règle générale, d'après l'état de fait existant jusqu'au moment où la décision litigieuse a été rendue (en l'espèce, le 6 novembre 2019). Les faits survenus postérieurement, et qui ont modifié cette situation, doivent normalement faire l'objet d'une nouvelle décision administrative (ATF 132 V 215 consid. 3.1.1, ATF 130 V 445 consid. 1.2, ATF 121 V 362 consid. 1b). Ils doivent néanmoins être pris en

considération lorsqu'ils sont étroitement liés à l'objet du litige et de nature à influencer l'appréciation au moment où la décision attaquée a été rendue (arrêt du Tribunal fédéral 9C_34/2017 du 20 avril 2017 consid. 5.2 et les références).

De la même manière, le Tribunal ne prend en principe pas en considération les rapports médicaux établis après la décision attaquée, à moins que ceux-ci permettent de mieux comprendre la situation de santé et de capacité de travail de l'intéressé jusqu'à la décision dont est recours (cf. ATF 130 V 138 consid. 2.1, 129 V 1 consid. 1.2, 121 V 362 consid. 1b).

5.

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

6.

6.1 L'invalidité est l'incapacité de gain totale ou partielle qui est présumée permanente ou de longue durée (art. 8 al. 1 LPGA). Elle peut résulter d'une infirmité congénitale, d'une maladie ou d'un accident (art. 4 al. 1 LAI) et est réputée survenue dès qu'elle est, par sa nature et sa gravité, propre à ouvrir droit aux prestations entrant en considération (art. 4 al. 2 LAI). Selon l'art. 7 al. 1 LPGA, est réputée incapacité de gain toute diminution de l'ensemble ou d'une partie des possibilités de gain de l'assuré sur un marché du travail équilibré dans son domaine d'activité, si cette diminution résulte d'une atteinte à sa santé physique, mentale ou psychique et qu'elle persiste après les traitements et les mesures de réadaptation exigibles. De plus, il n'y a incapacité de gain que si celle-ci n'est pas objectivement surmontable (art. 7 al. 2 LPGA). En cas d'incapacité de travail de longue durée, l'activité qui peut être exigée de l'assuré peut aussi relever d'une autre profession ou d'un autre domaine d'activité (art. 6, 2^e phrase LPGA).

6.2 Conformément à l'art. 28 al. 1 LAI, l'assuré a droit à une rente si sa capacité de gain ou sa capacité d'accomplir ses travaux habituels ne peut pas être rétablie, maintenue ou améliorée par des mesures de réadaptation raisonnablement exigibles (let. a) ; s'il a présenté une incapacité de travail (art. 6 LPGA) d'au moins 40 % en moyenne durant une année sans interruption notable (let. b) ; et si, au terme de cette année, il est invalide (art. 8 LPGA) à 40 % au moins (let. c).

6.3 Aux termes de l'art. 28 al. 2 LAI, l'assuré-e a droit à un quart de rente s'il ou elle est invalide à 40% au moins, à une demi-rente s'il ou elle est invalide à 50% au moins, à trois quarts de rente s'il ou elle est invalide à 60% au moins et à une rente entière s'il ou elle est invalide à 70% au moins.

L'art. 29 al. 4 LAI prévoit que les rentes correspondant à un taux d'invalidité inférieur à 50 % ne sont versées qu'aux assurés qui ont leur domicile et leur résidence habituelle (art. 13 LPGGA) en Suisse. Toutefois, suite à l'entrée en vigueur de l'ALCP le 1^{er} juin 2002, la restriction prévue à l'art. 29 al. 4 LAI n'est pas applicable lorsqu'une personne assurée est une ressortissante suisse ou de l'UE et réside dans l'un des Etats membres de l'UE (ATF 130 V 253 consid. 2.3 et 3.1 ; art. 4 et 7 du règlement n° 883/2004).

6.4 Le droit à la rente prend naissance au plus tôt à l'échéance d'une période de six mois à compter de la date à laquelle l'assuré-e a fait valoir son droit aux prestations conformément à l'art. 29 al. 1 LPGGA, mais pas avant le mois qui suit le 18^e anniversaire de l'assuré-e (art. 29 al. 1 LAI). L'art. 29 al. 3 LAI précise que la rente est versée dès le début du mois au cours duquel le droit prend naissance.

7.

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

7.1.1 Le principe de la libre appréciation des preuves s'applique de manière générale à toute procédure de nature administrative, que ce soit devant l'administration ou le juge. La jurisprudence a toutefois posé des lignes directrices en matière d'appréciation des rapports médicaux et d'expertise (ATF 125 V 351 consid. 3b).

Ainsi, avant de conférer pleine valeur probante à un rapport médical, il convient de s'assurer que les points litigieux importants ont fait l'objet d'une étude circonstanciée, que le rapport se fonde sur des examens complets, qu'il prend également en considération les plaintes exprimées, qu'il a été

établi en pleine connaissance de l'anamnèse, que la description du 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). La valeur probante d'un rapport médical ou d'une expertise est de plus liée à la condition que le médecin qui se prononce dispose de la formation spécialisée nécessaire et de compétences professionnelles dans le domaine d'investigation (arrêts du Tribunal fédéral 9C_555/2017 du 22 novembre 2017 consid. 3.1 et les références, 9C_745/2010 du 30 mars 2011 consid. 3.2 et 9C_59/2010 du 11 juin 2010 consid. 4.1 ; MICHEL VALTERIO, Commentaire, Loi fédérale sur l'assurance-invalidité [LAI], 2018, art. 57 LAI n° 33).

Concernant les rapports et expertises des médecins rattachés à un assureur, il sied de relever que le fait précisément que ces médecins soient liés à l'assureur, d'un point de vue institutionnel ou par un rapport de travail, ne permet pas, pour ce seul motif, de douter de l'objectivité de leurs appréciations ; le Tribunal fédéral n'y voit pas de motif de partialité ou de subjectivité. La valeur probante de tels rapports dépend bien plutôt de leur contenu : ainsi doivent-ils être jugés pertinents, compréhensibles et cohérents 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).

7.1.2 Selon la jurisprudence, il n'est pas interdit aux tribunaux des assurances de se fonder uniquement ou principalement sur les rapports des médecins rattachés aux assureurs, mais, en de telles circonstances, l'appréciation des preuves est soumise à des exigences sévères. Une instruction complémentaire sera ainsi requise s'il subsiste des doutes, même minimes, quant au bien-fondé, à la fiabilité et à la pertinence de ces rapports (ATF 139 V 225 consid. 5.2, 135 V 465 consid. 4.4, 122 V 157 consid. 1d). Les prises de position des services médicaux régionaux (SMR) et du service médical de l'OAIE doivent être appréciées comme des rapports de médecins liés à l'assureur (concernant le SMR, arrêts du Tribunal fédéral 9C_159/2016 du 2 novembre 2016 consid. 2.2 ss, 8C_197/2014 du 3 octobre 2014 consid. 4 ; arrêt du Tribunal administratif fédéral C-2843/2016 du 30 mai 2018 consid. 8.1 et 8.2 ; MICHEL VALTERIO, op. cit., art. 57 LAI n° 7, 10 s., 42 ss).

Les prises de position du SMR ou du service médical de l'OAIE ne se fondent pas sur des examens médicaux effectués sur la personne et ne posent pas de nouvelles conclusions médicales ; elles portent une appréciation sur celles déjà existantes (arrêts du Tribunal fédéral 9C_542/2011 du

26 janvier 2012 consid. 4.1, 9C_581/2007 du 14 juillet 2008 consid. 3.2, 9C_341/2007 du 16 novembre 2007 consid. 4.1). Elles ont notamment pour but, outre celui d'aider les profanes en médecine qui travaillent dans l'administration ou les tribunaux et à qui il appartient de trancher le droit aux prestations, de résumer et de porter une appréciation sur la situation médicale de la personne assurée, ainsi que de faire une recommandation, sous l'angle médical, concernant la suite à donner à la demande de prestations. Ceci implique aussi, en présence de pièces médicales contradictoires, de dire s'il y a lieu de se fonder sur l'une ou l'autre de ces pièces ou s'il y a lieu de procéder à une instruction complémentaire (ATF 142 V 58 consid. 5.1). De telles prises de position, pour avoir valeur probante, ne peuvent suivre les conclusions d'un médecin sans établir les raisons pour lesquelles les conclusions différentes d'autres médecins ne sont pas suivies (ATF 137 V 210 consid. 6.2.4 ; arrêt du Tribunal fédéral 9C_165/2015 du 12 novembre 2015 consid. 4.3 ; MICHEL VALTERIO, op. cit., art. 57 LAI n° 43). Si les pièces au dossier ne permettent pas de trancher les questions contestées, les prises de position médicales internes de l'assureur ne peuvent pas, en général, constituer une évaluation finale, mais doivent donner lieu à une instruction complémentaire (arrêt du Tribunal fédéral 9C_58/2011 du 25 mars 2011 consid. 3.3 ; arrêt du Tribunal administratif fédéral C-2843/2016 du 30 mai 2018 consid. 8.2).

7.2 Si l'administration ou le juge, se fondant sur une appréciation consciencieuse des preuves, sont convaincus que certains faits présentent un degré de vraisemblance prépondérante et que d'autres mesures probatoires ne pourraient plus modifier cette appréciation, il est superflu d'administrer d'autres preuves (appréciation anticipée des preuves ; UELI KIESER, ATSG-Kommentar, 4^e éd. 2020, art. 42 LPG n° 31 ; ATF 122 II 464 consid. 4a). Une telle manière de procéder ne viole pas le droit d'être entendu selon l'art. 29 al. 2 de la Constitution fédérale de la Confédération suisse du 18 avril 1999 (Cst., RS 101 ; Sozialversicherungsrecht [SVR] 2001 IV n° 10 p. 28).

8.

Dans le cadre de l'instruction de la demande, les pièces suivantes ont notamment été versées au dossier :

- un rapport médical du 16 octobre 2014 du Dr G._____, chirurgien orthopédique, en traumatologie et en arthroscopie, faisant état d'une consultation au motif de gonalgies gauches et concluant que la lésion méniscale est peu importante et la gêne fonctionnelle plutôt modérée (pas de gêne au travail). Le médecin ajoute que dans ces conditions,

l'évolution spontanée pouvant parfois être favorable, le recourant était d'accord que l'on attende pour juger de l'évolution, mais qu'en cas d'accentuation des troubles, l'arthroscopie sera nécessaire (AI doc 11 p. 10) ;

- un compte-rendu opératoire du 9 février 2015 du Dr G._____, posant un diagnostic – conclusion de rupture du ménisque interne, en précisant que l'intervention a consisté en une arthroscopie du genou gauche, méniscectomie interne (AI doc 11 p. 9) ;
- un rapport médical du 10 février 2015 du Dr G._____, signalant que l'IRM montrait une très discrète lésion méniscale et qu'il avait proposé au recourant dans un premier temps de temporiser, ainsi qu'avertissant que l'évolution est restée défavorable avec persistance des phénomènes douloureux amenant à retenir l'indication d'une arthroscopie et qu'une lésion méniscale interne postérieure a été retrouvée, ayant été réséquée, tout en indiquant qu'il y a en outre une chondropathie du compartiment médial, mais qui est restée modérée, l'intervention s'étant bien passée (AI doc 11 p. 11) ;
- un rapport médical du 15 avril 2015 du Dr G._____, diagnostiquant une rupture du ménisque médial du genou gauche, avec début des symptômes en août 2014, début du traitement le 9 février 2015 et incapacité de travail totale à compter de cette date. Le médecin compte avec une reprise du travail le 1^{er} mai 2015. Il déclare qu'une autre activité ne peut pas être raisonnablement demandée et des activités extra-professionnelles exercées. Au niveau des limitations fonctionnelles, il relève que le recourant est limité dans la marche à une distance de 200 m et ne peut porter de charges (AI doc 11 p. 7-8) ;
- un rapport médical du 15 septembre 2015 du Dr G._____, soulignant notamment que l'ostéonécrose du recourant est une complication classique des lésions méniscales avec méniscectomie, bien qu'assez rare et la pathologie non connue. Le médecin conclut à une ostéonécrose du condyle médial au genou gauche post-méniscectomie et relève qu'une prothèse unicompartmentale est prévue le 8 octobre 2015 (AI doc 24 p. 9) ;
- un rapport médical du 16 septembre 2015 du Dr E._____, en vertu duquel le diagnostic est un ménisque opéré, le début des symptômes et du traitement est le 22 août 2014 et l'incapacité de travail totale s'étend du 27 avril au 22 mai 2015, puis du 17 au 24 juillet 2015. Le

médecin envisage une reprise du travail le 25 juillet 2015. D'après lui, le recourant est capable de travailler dans sa profession habituelle, mais une autre activité ne peut pas être raisonnablement demandée. Il fixe les limitations fonctionnelles suivantes : marche limitée à 1 km, position assise limitée à 1 heure et port de charges limité à 20 kg. Une IRM devrait être réalisée (AI doc 11 p. 5-6) ;

- un compte-rendu opératoire du 8 octobre 2015 du Dr G. _____ relatif à une arthroplastie par prothèse unicompartimentale et révélant un diagnostic d'ostéonécrose du condyle médial dans les suites d'une ménissectomie au genou gauche (AI doc 24 p. 6) ;
- un compte-rendu d'hospitalisation du 12 octobre 2015 du Dr G. _____, indiquant que la date d'entrée fut le 7 et celle de sortie le 12 octobre 2015. Le médecin énonce que le motif d'hospitalisation est une arthroplastie du genou gauche pour ostéonécrose du condyle, et que les données cliniques sont : évolution défavorable de la ménissectomie avec persistance d'une symptomatologie douloureuse, les examens complémentaires ayant mis en évidence une ostéonécrose du condyle interne avec déformation de la surface articulaire, absence d'amélioration après trois mois d'évolution amenant à retenir l'indication d'une arthroplastie. Il est précisé que l'intervention, qui a eu lieu le 8 octobre 2015, prit la forme d'une arthroplastie unicompartimentale interne du genou (prothèse de type Alpina, cimentée) et qu'à la sortie de l'hôpital, le recourant est autonome dans le service maîtrisant les transferts et les escaliers (AI doc 11 p. 4) ;
- des décomptes d'indemnité journalière collective pour maladie (AI docs 11 p. 3, 48 p. 7, 10 s., 14, 18, 25, 28, 34 s., 37, 39, 55 s., 61, 65) ;
- un extrait du compte individuel du 2 février 2016 (AI doc 8) ;
- un certificat de consultation du 5 février 2016 du Dr E. _____ (AI doc 18) ;
- un rapport médical non daté du Dr E. _____, reçu le 9 février 2016 par l'OAI, posant le diagnostic avec effet sur la capacité de travail de ménissectomie existant depuis février 2015, les symptômes étant des troubles et douleurs à la marche. Informant que le traitement consiste en des anti-inflammatoires et des antidouleurs, il recommande une ki-

nésithérapie, affirme que cela va bien s'agissant des restrictions physiques, mentales ou psychiques, considère que du point de vue médical, l'activité habituelle est encore exigible à 50 % et que l'on peut s'attendre à une reprise de l'activité professionnelle à 50 % à partir du 5 février 2016, ainsi que fixe les limitations fonctionnelles valables depuis le 5 février 2016 suivantes : activités uniquement en position assise, pas d'activité uniquement en position debout, pas d'activités dans différentes positions, pas d'activités exercées principalement en marchant (terrain irrégulier ?), ne pas se pencher, ne pas travailler à genoux, ne pas soulever/porter (près/loin du corps ?), ne pas monter sur une échelle/un échafaudage, ne pas monter les escaliers (AI doc 10) ;

- un questionnaire pour l'employeur du 10 février 2016 et des annexes (AI doc 14) ;
- un certificat de consultation du 12 février 2016 du Dr E._____, assurant que le recourant peut être présent à 100 % avec une productivité de travail de 50 % (AI doc 48 p. 68) ;
- une annonce d'incapacité de travail non datée du Dr G._____, remontant au 9 février 2015 et découlant d'une maladie. Il y est mentionné les incapacités de travail suivantes : totale dès le 9 février 2015, de 50 % dès le 2 janvier 2016 et nulle dès le 1^{er} février 2016 (AI doc 17) ;
- un certificat médical du 1^{er} mars 2016 du Dr E._____, qui atteste que le recourant est apte à travailler à 50 % (AI doc 48 p. 64) ;
- une convention d'objectifs du 6 mars 2016 (AI docs 20, 23) ;
- un certificat médical du 5 avril 2016 du Dr G._____, exprimant la nécessité d'un arrêt de travail du 5 avril au 31 mai 2016 pour une incapacité à 70 % à compter du 11 avril 2016 (AI doc 48 p. 63) ;
- un rapport médical du 20 avril 2016 du Dr G._____, retenant notamment les diagnostics avec effet sur la capacité de travail de nécrose du condyle médial du genou gauche existant depuis 2015, de prothèse du genou et d'obésité. Il est indiqué des incapacités de travail de 100 % du 1^{er} au 28 février 2016, de 50 % du 1^{er} mars au 5 avril 2016 et de 30 % dès le 5 avril 2016. Le médecin considère une fatigabilité à la station debout prolongée en tant que restriction physique, qui se manifeste en limitation en temps de la durée de travail. L'activité habituelle est

encore exigible médicalement à 50 % ou plus et l'on peut s'attendre à une reprise de l'activité professionnelle à 100 %, toutefois sans être en mesure de déterminer à partir de quand (AI doc 24 p. 1-4) ;

- des listes de présence pour les mesures d'intégration pour les mois de mars à mai 2016 (AI doc 27) ;
- un certificat médical du 31 mai 2016 du Dr G._____, prolongeant l'arrêt de travail du 31 mai au 30 juin 2016 en mentionnant une incapacité de 70 % et une aptitude de 30 % (AI doc 48 p. 58) ;
- deux certificats médicaux du 28 juin 2016 du Dr E._____, déclarant que le recourant est apte à 30 %, respectivement inapte à 70 % de travail du 1^{er} juillet au 31 août 2016 (AI doc 48 p. 51, 52) ;
- une convention d'objectifs du 7 juillet 2016 (AI doc 28) ;
- un rapport médical du 27 juillet 2016 du Dr H._____, praticien hospitalier, indiquant avoir vu le recourant le 28 juin 2016 et que l'examen clinique a retrouvé un genou en varum, sec et froid, avec une mobilité à 0-100, sans laxité. Le médecin a demandé la réalisation d'une scintigraphie osseuse, qui a mis en évidence le descellement de la pièce tibiale de la prothèse. Dans ces conditions, il a retenu l'indication du remplacement de la prothèse unicompartimentale par une prothèse totale du genou gauche (AI doc 54 p. 7) ;
- plusieurs certificats médicaux prolongeant l'arrêt de travail des Drs E._____ et H._____ (AI doc 48 p. 5, 8, 26, 31, 40) ;
- un courriel du 6 septembre 2016 informant que l'employeur a mis fin au contrat de travail avec effet au 30 novembre 2016 (AI doc 31) ;
- une convention d'objectifs du 19 avril 2017 (AI doc 41) ;
- un bulletin de situation du 5 décembre 2016 fait dans des hôpitaux, informant que le recourant est entré le 27 novembre et sorti le 6 décembre 2016, avec des actes de chirurgie le 28 novembre 2016 et un acte d'imagerie le lendemain (AI doc 48 p. 27) ;
- un rapport médical du 2 décembre 2016 du Dr H._____, qui a pris en charge le recourant le 28 novembre 2016 pour l'ablation de sa prothèse unicompartimentale gauche et mise en place d'une prothèse to-

tale de son genou gauche. Le médecin indique notamment que la rééducation est à poursuivre en vue d'une récupération des amplitudes articulaires, d'un renforcement musculaire du quadriceps et marche en appui complet. Sur le plan médical, un traitement médicamenteux est à poursuivre jusqu'à la sixième semaine post-opératoire (AI doc 48 p. 20) ;

- un rapport du 13 janvier 2017 sur un examen radiologique du genou gauche à 3 incidences du Dr F. _____, électro-radiologiste qualifié, concluant à un matériel prothétique en place et congruent (AI doc 60 p. 5) ;
- un compte-rendu opératoire du 16 janvier 2017 du Dr H. _____ pour une ablation de la prothèse unicompartmentale + prothèse totale du genou gauche, avec suites opératoires sous forme d'une mobilisation du genou à J1, avec marche en appui complet (AI doc 48 p. 21) ;
- un avis de prolongation d'arrêt de travail du 17 janvier 2017 du Dr H. _____, mentionnant une persistance de la douleur après prothèse totale du genou gauche (AI doc 48 p. 13) ;
- un courrier de clôture du cas par l'assureur-maladie du recourant du 2 février 2017 au motif de l'atteinte de la durée maximale du droit aux prestations (indemnités journalières ; AI doc 48 p. 12) ;
- un rapport du 6 mars 2017 relatif à un examen radiologique du Dr F. _____, arrivant à des résultats en lien avec un genou gauche face, profil, schuss, de structure osseuse respectée, d'antécédent d'arthroplastie du genou gauche par prothèse totale et de matériel prothétique congruent bien en place (AI doc 60 p. 4) ;
- un rapport du 12 juin 2017 relatif à un examen radiologique du genou gauche à 5 incidences et comparatif du Dr F. _____, concluant à une prothèse totale de genou gauche bien congruente (AI doc 60 p. 3) ;
- un rapport de clôture de l'intervention précoce du 25 juillet 2017, indiquant que le recourant se sent de nouveau pleinement capable de travailler, après ses incapacités de travail en 2015 et à compter de janvier 2016. Il est signalé que le résultat de la réadaptation est un chômage, le recourant s'étant inscrit auprès d'une caisse (AI doc 44) ;
- un rapport intermédiaire de coaching reçu par l'OAI le 3 août 2017, couvrant la période du 1^{er} janvier au 31 juillet 2017 (AI doc 46) ;

- un extrait du compte individuel du 7 septembre 2017 (AI doc 47) ;
- un certificat médical du 16 novembre 2017 du Dr G._____, signalant notamment ne plus avoir revu le recourant depuis le 5 avril 2016 et ne plus être son médecin traitant (AI doc 53) ;
- un rapport du 11 décembre 2017 relatif à un examen radiologique du genou gauche à 5 incidences (comparatif) du Dr F._____, relatant des antécédents d'arthroplastie de genou gauche par prothèse totale et du matériel prothétique en place et congruent (AI doc 60 p. 2) ;
- un rapport médical du 15 décembre 2017 du Dr E._____, diagnostiquant avec effet sur la capacité de travail une gonarthrose du genou gauche. Le médecin relève que les symptômes sont des troubles de la marche (cane) et des douleurs du genou gauche. Son pronostic se révèle être une invalidité locomotrice. La médication consiste en un anti-inflammatoire et des antidouleurs. Le médecin conclut à une incapacité de travail dans l'activité habituelle de 100 % pour une durée illimitée, une amélioration ne pouvant être attendue (AI doc 54 p. 2-5) ;
- une décision de la sécurité sociale française du 25 janvier 2018 reconnaissant au recourant la qualité de travailleur handicapé pour la période du 1^{er} septembre 2017 au 31 août 2022 (AI doc 58) ;
- un certificat médical du 20 août 2018 du Dr E._____, relevant des troubles de la marche à cause d'une ménisectomie interne gauche en février 2015 et d'une prothèse totale du genou gauche en 2015, ainsi que faisant état d'une invalidité de 60 % (AI doc 63 p. 2) ;
- un justificatif de séances du 20 août 2018 de M. I._____, masseur-kinésithérapeute – conventionné, renseignant notamment que le recourant a, en lien avec la pose d'une prothèse totale, subi plusieurs complications pré- et post- opératoires nécessitant une prise en charge plus importante, ainsi qu'une inflammation l'empêchant de se déplacer correctement était encore présente il y a peu. Y sont joints divers certificats de soins effectués, le recourant ayant bénéficié de nombreuses séances entre le 25 février 2015 et le 31 août 2017 (AI doc 63 p. 3-9) ;
- un certificat médical du 20 novembre 2018 du Dr H._____, notant que le recourant porte une prothèse totale du genou gauche qui est encore douloureuse, nécessitant de marcher avec des cannes, ainsi que constatant aussi une petite nécrose de l'os au niveau du genou

gauche et une anse de seau douloureuse au niveau du droit (AI doc 66 p. 2) ;

- une lettre de liaison du 11 décembre 2018 du Dr H. _____, évoquant une admission dans une unité de chirurgie ambulatoire d'un centre hospitalier avec entrée le 11 décembre 2018 et sortie le même jour, pour une arthroscopie du genou droit. Les diagnostics posés sont un ménisque interne avec une rupture oblique de la corne postérieure, donc méniscectomie totale de la corne postérieure ; un ménisque externe sans particularité ; une chondropathie fémoro-tibial interne stade I. Les suites opératoires ont été simples, la sortie ayant pu avoir lieu le jour même avec prescription d'antalgiques, d'anticoagulants pour 15 jours, des soins infirmiers et des séances de rééducation (voir aussi fiche de contrôle du même jour du même médecin ; AI doc 68) ;
- un rapport médical du 23 avril 2019 du Dr H. _____, selon lequel le recourant se plaint de douleurs internes au niveau du genou gauche, alors que cliniquement le genou est sec et froid, et la mobilité atteint 0-130, sans laxité. La radiographie est sans particularité (AI doc 74 p. 4) ;
- un certificat médical du 18 juillet 2019 de la Dresse J. _____, rhumatologue, avisant que l'état de santé du recourant le rend inapte aux déplacements prolongés étant invalidé par une pathologie arthrosique du genou droit avec mise en évidence d'une chondropathie à l'échographie et à la radiographie, avec épanchement synovial à ce moment chez un recourant qui présente par ailleurs une prothèse totale du genou du côté opposé, intervenue après deux autres opérations de méniscectomie, puis de demi-prothèse (AI doc 81 p. 2) ;
- un certificat médical du 23 août 2019 du Dr E. _____, indiquant que le recourant a depuis l'opération du 28 novembre 2016 des douleurs continues sur le genou gauche et des troubles de la marche, étant définitivement inapte à travailler (AI doc 82 p. 3).

9.

La décision entreprise a suivi les prises de position successives de son SMR pour fonder l'allocation temporaire d'une rente ordinaire entière d'invalidité au recourant. Il s'agit en particulier du rapport du SMR du 12 juin 2018 (AI doc 57) et des prises de position du SMR des 8 octobre 2018 (AI doc 65), 12 avril 2019 (AI doc 72), 26 juin 2019 (AI doc 77) et 18 octobre 2019 (AI doc 88).

9.1 Il convient d'examiner si ces documents du SMR satisfont aux réquisits jurisprudentiels pour se voir accorder pleine valeur probante, comme l'a estimé l'OAIE.

9.2 Le médecin du SMR qui les a tous établis est le Dr D._____. En tant que spécialiste FMH en chirurgie orthopédique et en traumatologie de l'appareil locomoteur, il possède la formation spécialisée et les connaissances idoines pour mener valablement des investigations sur l'état de santé du recourant, qui souffre avant tout de pathologies du genou gauche (ménisque, méniscectomie et prothèse totale) et du genou droit (arthrose et ostéochondrite).

9.3 Concernant l'anamnèse et le contexte médical, le médecin du SMR mentionne et résume quelques rapports médicaux des médecins traitants du recourant dans son rapport du 12 juin 2018 (AI doc 57). Il ne le fait qu'à partir du 9 février 2016, n'indiquant ainsi pas une dizaine d'actes médicaux antérieurs ayant été versés au dossier (par exemple : rapport médical du 16 octobre 2014 du Dr G._____ [AI doc 11 p. 10]). Le Tribunal constate en outre que l'état de fait pour sa partie médicale tel que fixé par l'OAI dans sa demande de prise de position du 19 janvier 2018 (AI doc 55) est encore plus sommaire. Le Dr D._____ a certes listé quelques rapports supplémentaires comme le rapport du 27 juin 2016 du Dr H._____. Cependant, des documents médicaux non mentionnés par le médecin non seulement indiquaient des diagnostics (par exemple : compte-rendu opératoire du 9 février 2015 du Dr G._____, rapport médical du 16 septembre 2015 du Dr E._____), mais encore mentionnaient des constats médicaux au moment des opérations ou des consultations. Le Tribunal ne peut, au degré de la vraisemblance prépondérante, acquérir la certitude que le médecin du SMR était en pleine connaissance de l'anamnèse et du contexte médical entourant le recourant. Pour cette raison déjà, les actes médicaux du SMR ne peuvent se voir reconnaître une pleine valeur probante, compte tenu de la jurisprudence du Tribunal fédéral.

9.4 Au niveau des diagnostics et des points litigieux importants, on comprend que le SMR a tenu compte de ceux des médecins traitants lorsqu'il pose celui de fonction réduite (résistance) du genou gauche après arthroscopie (2/2015) et remplacement progressif par une prothèse totale (11/2015 partielle, 28 novembre 2016 prothèse totale) lors d'une gonarthrose. Il en a cependant exclu d'autres comme l'obésité (retenu par le Dr G._____, qui est aussi un spécialiste en tant que chirurgien orthopédique, en traumatologie et en arthroscopie), puisqu'il n'en indique pas d'autre dans les diagnostics avec effet sur la capacité de travail et aucun

dans ceux sans influence sur la capacité de travail. Certains points litigieux importants ne sont, partant, pas suffisamment étudiés ni discutés par le médecin du SMR, ses conclusions ne pouvant être clairement retracées. Là encore, les exigences posées par la jurisprudence ne sont pas remplies.

9.5 Or, les prises de position ultérieures du SMR (8 octobre 2018 [AI doc 65], 12 avril 2019 [AI doc 72], 26 juin 2019 [AI doc 77] et 18 octobre 2019 [AI doc 88]) ne comblent pas les lacunes susmentionnées dans la mesure où elles ne recensent que les nouvelles pièces produites lors de la procédure d'opposition par le recourant.

9.6 Au demeurant, le SMR n'a plus été consulté par l'OAI dans le cadre de la présente procédure de recours, de sorte que lesdites lacunes n'ont pas non plus été corrigées par l'autorité inférieure à ce moment-là.

9.7 En outre, les pièces au dossier ne permettent pas à elles seules de trancher les questions contestées, de sorte que les rapports du SMR ne peuvent ici constituer une évaluation finale. Il s'agit bien plutôt, dans ces circonstances et à la lumière de la jurisprudence, de renvoyer la cause à l'autorité inférieure pour instruction complémentaire, étant rappelé que des doutes même minimes quant au bien-fondé, à la fiabilité et à la pertinence de tels rapports y contraindront (voir *supra* consid. 7.1.2).

9.8 En conséquence, les rapport et prises de position du SMR qui ont servi de base pour la décision litigieuse ne remplissent pas les exigences fixées par la jurisprudence et ne pouvaient se voir attribuer pleine valeur probante par l'autorité inférieure. En opérant le contraire, la décision attaquée se révèle être contraire au droit fédéral.

10.

10.1 Selon l'art. 61 al. 1 PA, l'autorité de recours statue elle-même sur l'affaire ou, exceptionnellement, la renvoie avec des instructions impératives à l'autorité inférieure. Le renvoi est indiqué en l'espèce bien qu'il doive rester exceptionnel compte tenu de l'exigence de célérité de la procédure (art. 29 Cst. ; arrêt du Tribunal fédéral 8C_633/2014 du 11 décembre 2014 consid. 2.2). Le Tribunal fédéral a précisé que le renvoi est notamment justifié lorsqu'il s'agit d'enquêter sur une situation médicale qui n'a pas encore fait l'objet d'un examen, respectivement lorsque l'autorité inférieure n'a nullement instruit une question déterminante pour l'examen du droit aux prestations ou lorsqu'un éclaircissement, une précision ou un complément d'expertise s'avèrent nécessaires (cf. ATF 137 V 210 consid. 4.4.1.4 ; arrêt du

Tribunal fédéral 8C_633/2014 du 11 décembre 2014 consid. 3.2 et 3.3 ; arrêt du Tribunal administratif fédéral C-3038/2016 consid. 12 et les références). En l'espèce, il ressort, partant, du dossier que les questions de l'anamnèse et du contexte médical, et ainsi de l'appréciation médicale des atteintes à la santé du recourant, n'ont pas été instruites comme il se doit et méritent des éclaircissements.

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

10.3 En l'occurrence, la décision querellée se fonde sur un rapport et des prises de position du SMR qui ne répondent pas aux réquisits jurisprudentiels, pour servir une rente entière d'invalidité du 1^{er} novembre 2016 au 30 septembre 2017.

10.4

Il s'ensuit que le recours est partiellement admis et la décision attaquée annulée. Il est au demeurant précisé que le recourant a eu l'occasion de retirer son recours ou de se prononcer sur le risque de *reformatio in pejus* – qui n'est pas exclu dans la mesure où notamment la limitation du droit à la rente est contestée au sein des parties – conformément à la jurisprudence du Tribunal fédéral (ATF 137 V 314 consid. 3.2.4 ; voir *supra* let. C.f).

La cause est renvoyée à l'autorité inférieure pour complément d'instruction et nouvelle décision. Il s'avère en effet nécessaire de clarifier l'anamnèse et le contexte médical des atteintes à la santé du recourant.

En particulier, l'autorité inférieure veillera à requérir des rapports récents des médecins traitants du recourant et ordonnera une expertise bi-disciplinaire orthopédique et rhumatologique au regard des pathologies des genoux dont souffre le recourant. Il est rappelé qu'il est du ressort de l'OAIE de déterminer la nature des évaluations médicales permettant de répondre

au questionnaire qui est soumis aux médecins dans le cas d'espèce (cf. art. 44 al. 5 en relation avec al. 1 let. a et b LPGA du nouveau droit). Les médecins devront notamment décrire l'anamnèse et le contexte médical, puis apprécier la situation médicale, les incapacités de travail dans l'activité habituelle et dans l'activité adaptée, ainsi que les limitations fonctionnelles. L'ensemble du dossier devra ensuite être soumis au SMR pour nouvel examen. Enfin, une nouvelle décision devra être prise.

11.

La demande du recourant tendant à se faire examiner par un contrôle médical ou une expertise médicale ordonné-e par l'OAI est satisfaite par le présent renvoi à l'autorité inférieure pour complément d'instruction et devient sans objet.

Les autres griefs du recourant quant à la hauteur du taux d'invalidité et à l'incapacité totale d'exercer une activité professionnelle quelconque au vu de son handicap physique reconnu n'ont pas besoin d'être examinés plus avant.

12.

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

13.

Vu l'issue du litige, le recourant étant considéré comme ayant obtenu gain de cause (ATF 132 V 215 consid. 6), il ne doit pas participer aux frais de procédure (cf. art. 63 al. 1 PA). Dès lors, l'avance de frais de Fr. 800.– versée sera restituée au recourant une fois le présent arrêt entré en force. Aucun frais de procédure n'est mis à la charge de l'autorité inférieure (art. 63 al. 1 et 2 PA).

L'art. 64 al. 1 PA et l'art. 7 du règlement du 21 février 2008 concernant les frais, dépens et indemnités fixés par le Tribunal administratif fédéral (FITAF, RS 173.320.2) permettent au Tribunal d'allouer à la partie ayant entièrement ou partiellement obtenu gain de cause une indemnité pour les frais indispensables et relativement élevés qui lui ont été occasionnés. A défaut d'autres indications, les honoraires du représentant sont fixés sur la base du dossier, soit, selon l'appréciation de l'autorité, en raison de l'importance du litige, ainsi que d'après le travail et le temps que le représentant a dû y consacrer (art. 10 et 14 FITAF).

En l'espèce, le recourant a agi par l'intermédiaire d'un représentant n'ayant pas produit de note d'honoraires. Au vu de l'issue de la procédure, le Tribunal lui alloue, à charge de l'autorité inférieure, et sans supplément TVA (art. 9 al. 1 let. c FITAF en relation avec les art. 1 al. 2 et 8 LTVA [RS 641.20]), une indemnité de dépens qu'il est équitable de fixer à Fr. 1'000.–.

Par ces motifs, le Tribunal administratif fédéral prononce :

1.

Le recours est partiellement admis et la décision attaquée annulée.

2.

La cause est renvoyée à l'autorité inférieure pour complément d'instruction au sens des considérants et nouvelle décision.

3.

Il n'est pas perçu de frais de procédure. L'avance de frais de Fr. 800.– déjà versée par le recourant lui sera restituée dès l'entrée en force du présent arrêt.

4.

Il est alloué une indemnité de dépens au recourant d'un montant de Fr. 1'000.– à charge de l'autorité inférieure.

5.

Le présent arrêt est adressé au recourant, à l'autorité inférieure et à l'OFAS.

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

La présidente du collège :

Le greffier :

Madeleine Hirsig-Vouilloz

Julien Borlat

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 :