



---

Cour III  
C-6381/2020

## Arrêt du 7 janvier 2025

---

Composition

Caroline Gehring (présidente du collège),  
Caroline Bissegger, Philipp Egli, juges,  
Cécile Bonmarin, greffière.

---

Parties

**A.** \_\_\_\_\_, (France)  
recourant,

contre

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

---

Objet

Assurance-invalidité, droit à la rente  
(décision du 26 novembre 2020).

**Faits :****A.**

A. \_\_\_\_\_ (ci-après : l'assuré ou le recourant) – ressortissant portugais né le (...) 1970, marié, père de deux enfants nés en 2008 et 2010, titulaire depuis 2015 d'un certificat d'aptitude à la conduite en sécurité en qualité de cariste – a travaillé à plein temps comme magasinier en Suisse de 1988 à 2010, puis en France dès 2014, en dernier lieu comme cariste exécutant des contrats de missions intérimaires du 27 février 2017 jusqu'au 22 décembre 2017 (terme du dernier contrat de mission), avant de percevoir des indemnités de chômage d'août 2017 à août 2019 (AI pces 2, 3 [p. 8], 8 [p. 2], 10 [pp. 2, 6, 8, 12, 13, 19], 33, 36 ; TAF pce 1 annexe). Ce faisant, il a cotisé de manière discontinue aux assurances sociales suisse de mai 1988 à août 2010 durant 252 mois et française de 2014 à 2018 durant 20 trimestres (AI pces 2, 3 [p. 5], 8 [p. 2], 10 [p. 2], 33, 36). A la suite d'une atteinte rhumatismale récidivante chronique, il a subi une incapacité totale de travail dès le 17 décembre 2017, avant de percevoir de la sécurité sociale française des indemnités journalières du 1<sup>er</sup> août 2019 au 30 novembre 2019, puis une rente d'invalidité depuis le 1<sup>er</sup> décembre 2019 (AI pces 1, 2 [p. 2, 4], 32, 33, 37).

**B.**

**B.a** Par formulaires E204, E205, E207 et rapport médical détaillé E213, l'assuré a déposé le 14 novembre 2019 une demande de rente d'invalidité suisse, invoquant une incapacité totale de travail depuis le 17 décembre 2017 à la suite de gonalgies (chondrocalcinose et ménissectomie partielle interne et externe des genoux gauche et droit [AI pces 2 p. 7, 3-5]).

**B.b** Procédant à l'instruction de celle-ci, l'Office de l'assurance-invalidité pour les assurés résidant à l'étranger (ci-après : OAIE ou autorité inférieure) a recueilli un « *Questionnaire à l'assuré* » daté du 28 avril 2020 (AI pce 10 pp. 1-11) et un « *Questionnaire pour l'employeur* » daté du 24 avril 2020 (AI pce 10 pp. 12-21). Sur le plan médical, il a porté au dossier la documentation suivante :

- un rapport du 18 novembre 2016 du Dr B. \_\_\_\_\_ (rhumatologue) selon lequel le patient se plaint de gonalgies bilatérales mécaniques depuis plus d'une année et présente un épanchement en rapport avec une poussée d'arthrose au niveau du genou gauche, le genou droit étant sec ; la radiographie confirme une gonarthrose fémoro-tibiale interne bilatérale avec ostéophytose, une visco-supplémentation à

l'acide hyaluronique s'imposant au niveau des deux genoux (AI pce 11) ;

- un rapport d'IRM du genou droit du 12 décembre 2017 effectuée sur l'indication d'une gonarthrose radiologique débutante à la lecture duquel le Dr C. \_\_\_\_\_ (dont la spécialité n'est pas indiquée) conclut à une érosion osseuse adjacente de la patella et à une maladie synoviale intra-articulaire associée à une masse extra-articulaire, également d'allure synoviale, mesurant 7 x 3 x 6 cm, d'allure évolutive (AI pce 12) ;
- un rapport d'IRM du genou gauche établi le 14 décembre 2017 par le Dr D. \_\_\_\_\_ (dont la spécialité n'est pas indiquée) qui observe des masses synoviales et des épaissements ligamentaires et tendineux, qui conclut à une dégénérescence mucoïde du ligament latéral interne et externe ainsi que du tendon rotulien, et à une prolifération synoviale bilatérale et qui recommande un avis spécialisé (AI pce 13) ;
- un rapport du 18 décembre 2017 du Dr E. \_\_\_\_\_ (chirurgien orthopédiste) selon lequel les radiographies standard ne révèlent que très peu d'arthrose, alors que l'IRM montre des lésions cartilagineuses méniscales et un épanchement important, les injections d'acide hyaluronique et les corticoïdes s'étant révélés totalement inefficaces ; le chirurgien propose un lavage arthroscopique afin de remédier à des douleurs mécaniques et nocturnes au niveau des genoux, prédominantes à droite (AI pce 14) ;
- un rapport du 21 décembre 2017 du Dr B. \_\_\_\_\_ (rhumatologue) constatant que l'assuré a fait une nouvelle crise arthrosique au niveau de son genou gauche avec un épanchement énorme, de type hydarthrose et que l'IRM révèle des lésions dégénératives en plus de la réaction inflammatoire liée à la crise arthrosique de type épanchement intra-articulaire ; le rhumatologue ajoute avoir effectué une ponction évacuatrice de 70 cc de liquide mécanique, puis avoir réinjecté une ampoule d'exatrione, avant de suggérer une nouvelle cure d'acide hyaluronique à un an (AI pce 15) ;
- un rapport du 11 janvier 2018 du Dr E. \_\_\_\_\_ (chirurgien orthopédiste) qui explique avoir pratiqué une ménisectomie partielle de la corne postérieure du ménisque interne et externe du genou gauche, plusieurs fragments cartilagineux ayant été en outre retirés, après que l'arthroscopie a révélé d'importantes lésions cartilagineuse et

méniscales dues à la chondrocalcinose, une ancienne lésion dégénérative du ligament croisé antérieur demeurant visible (AI pce 16) ;

- un rapport de consultation postopératoire du 12 février 2018 du Dr E. \_\_\_\_\_ qui constate, à distance d'un mois du lavage arthroscopique du genou gauche pratiqué le 11 janvier 2018, que le patient va bien et se dit très satisfait du résultat ; le chirurgien ajoute qu'un lavage arthroscopique du genou droit – qui pose le même problème – est prévu pour le 15 février 2018, avant de préciser qu'un kyste arthrosynovial devenu gênant au niveau de la styloïde cubitale du poignet gauche sera réséqué à l'occasion de la même anesthésie (AI pce 17) ;
- un rapport du 15 février 2018 du Dr E. \_\_\_\_\_ qui indique avoir pratiqué une méniscectomie partielle au niveau du ménisque interne du genou droit et retiré plusieurs fragments cartilagineux libres dans le genou, l'arthroscopie ayant révélé des lésions de chondrocalcinose au niveau des ménisques, du cartilage de la rotule, du fémur et du tibia ; simultanément, il a retiré un volumineux tophus au niveau de l'articulation radio ulnaire du poignet gauche, des soins étant nécessaires (AI pces 19-20) ;
- un rapport de consultation postopératoire du 12 mars 2018 du Dr E. \_\_\_\_\_ qui note que l'évolution clinique suivant les opérations des 11 janvier 2018 et 15 février 2018 est tout à fait excellente, que le patient souffre de moins en moins et qu'une reprise des activités professionnelles devrait être envisageable à partir du 3 avril 2018 (AI pce 20) ;
- un rapport de consultation postopératoire du 7 mai 2018 du Dr E. \_\_\_\_\_ qui relève que l'évolution clinique suivant les opérations des 11 janvier 2018 et 15 février 2018 est tout à fait satisfaisante, que l'assuré doit cependant, à ce stade, absolument éviter les travaux trop pénibles pour le genou (marche prolongée, port de poids), l'arrêt de travail étant prolongé jusqu'au 17 juin 2018 (AI pce 21) ;
- un rapport du 16 mai 2018 du Dr F. \_\_\_\_\_ (spécialiste en chirurgie orthopédique et traumatologique) qui observe des genoux relativement modifiés avec des repères anatomiques extérieurs totalement erratiques et qui suppose l'existence d'une synovite villonodulaire, une volumineuse formation extra-articulaire érodant l'abord médial de la rotule au niveau du genou gauche, et qui maintient le patient en arrêt de travail (AI pce 22) ;

- un rapport du 29 juin 2018 du Dr G. \_\_\_\_\_ (spécialiste en chirurgie orthopédique et traumatologie) qui rapporte que l'assuré signale toujours des douleurs au niveau des genoux que la pratique du vélo d'appartement associée à la prise d'antalgiques devrait progressivement soulager ; qui ajoute que l'assuré présente en outre de multiples tuméfactions pré-rotuliennes à droite au niveau des deux coudes pouvant évoquer une maladie goutteuse, le patient étant sous traitement de Colchicine (AI pce 23) ;
- un rapport de consultation établi le 18 octobre 2018 par la Dre H. \_\_\_\_\_ (rhumatologue) qui explique que l'assuré serait traité depuis 20 ans par Colchicine pour une goutte polyarticulaire mais sans traitement de fond ; que les douleurs chroniques aux genoux seraient dues à une arthrite goutteuse ; que l'examen clinique met en évidence de multiples tophi dans les mains aux niveaux des articulations métacarpo-phalangiennes 2 à gauche, 5 à gauche et 2 à droite, ainsi qu'une styloïde cubitale droite au niveau du coude gauche et très probablement à la rotule droite ; que le patient reste surtout gêné au niveau des genoux, la radiographie simple révélant un pincement fémoro-tibial interne modéré avec quelques remaniements au niveau de la pointe de la rotule à droite et très probablement un volumineux tophus pré-rotulien droit (AI pce 24 ; TAF pce 1 annexes) ;
- un rapport de radiographie des deux mains de face et des deux pieds de face et de  $\frac{3}{4}$  établi le 20 novembre 2018 par le Dr I. \_\_\_\_\_ (dont la spécialité n'est pas indiquée) qui constate aux niveaux des deux pieds, des lésions osseuses compatibles avec des lésions de goutte ; au niveau du pied droit, une érosion osseuse de la 1<sup>ère</sup> articulation métatarso-phalangienne et de petites érosions osseuses de la diaphyse proximale du 3<sup>ème</sup> métatarsien ; au niveau du pied gauche, une érosion osseuse un peu plus marquée de la 1<sup>ère</sup> articulation métatarso-phalangienne et une importante érosion osseuse proximale des 3<sup>ème</sup> et 4<sup>ème</sup> métatarsiens et des 1<sup>er</sup> et 3<sup>ème</sup> cunéiformes ; au niveau des deux mains, pas de lésion ostéoarticulaire notable, ni de calcification des parties molles (AI pce 25 p. 1 ; TAF pce 1) ;
- un rapport d'échographie établi le 20 novembre 2018 par le Dr J. \_\_\_\_\_ (dont la spécialité n'est pas indiquée), sur l'indication d'une anomalie de la mobilisation du 5<sup>ème</sup> doigt de la main gauche, qui constate une rupture complète des tendons fléchisseurs superficiel et profond du 5<sup>ème</sup> doigt gauche dans la portion moyenne de la 1<sup>ère</sup> phalange (AI pce 25 p. 2 ; 43) ;

- un rapport du 20 décembre 2018 de la Dre H. \_\_\_\_\_ (rhumatologue) selon laquelle les radiographies des pieds confirment le diagnostic de goutte avec destruction articulaire des deux premières articulations métacarpo-phalangiennes, des tophi visibles sur le médio-pied gauche avec atteinte osseuse ; les mains ne présentent pas de destruction articulaire évidente, mais un tophus érosif au niveau de l'articulation interphalangienne proximale de l'index gauche ; l'extenseur ulnaire du poignet droit présente quelques micro-géodes avec un tophus visible ; l'échographie du 20 novembre 2018 met en évidence une rupture des ligaments fléchisseurs du 5<sup>ème</sup> doigt gauche sans tophus évident ; l'IRM du genou [droite/gauche non précisé] permet d'observer une stabilité par rapport à décembre 2017, une synovite associée à des corps étrangers intra-articulaires, un épanchement et une masse dans les parties molles pré-rotuliennes, compatibles avec le diagnostic de goutte tophacée ; un traitement de fond par Adenuric 80 mg, avec augmentation à 120 mg si l'uricémie n'est pas dans la cible, ainsi que de Colchicine au long cours est prescrit ; l'éventualité d'une intervention chirurgicale afin de retirer les tophi intra-articulaires sera évaluée une fois que la goutte sera stabilisée ; l'avis d'un chirurgien de la main est préconisé afin d'examiner si une solution peut être apportée à la rupture des ligaments fléchisseurs du 5<sup>ème</sup> doigt, sans tophus évident (AI pces 26 , 44) ;
- un rapport du 24 avril 2019 du Dr K. \_\_\_\_\_ (rhumatologue consulté sur l'indication de gonalgies chroniques) selon lequel l'examen clinique ne révèle pas de signe inflammatoire articulaire, mais de nombreux nodules sous cutanés probablement en rapport avec des tophi aux niveaux des coude gauche, doigts, poignets et face antérieure des genoux ; les examens biologiques indiquent la persistance d'une hyperuricémie importante malgré un traitement par Adenuric (120 mg/jour) et Colchicine ; vu la faible efficacité du traitement actuel, l'association de traitements hypo-uricémiant avec des urico-éliminateurs est préconisé afin de répondre plus efficacement à une sévère goutte tophacée (AI pce 27 ; 45) ;
- un rapport du 13 mai 2019 du Dr L. \_\_\_\_\_ (chirurgien orthopédique et traumatologique spécialisé dans la chirurgie des membres inférieurs) selon lequel l'assuré présente des crises microcristallines au niveau des deux genoux pour lesquelles il n'y a pas de solution chirurgicale à envisager pour le moment ; en revanche, le patient doit être pris en charge dans un service de rhumatologie ou de médecine interne pour traiter la maladie métabolique d'origine microcristalline (AI pce 28 ; 46) ;

- un rapport du 26 juillet 2019 du Dr E. \_\_\_\_\_ (chirurgien orthopédiste) qui note que l'assuré présente des tuméfactions gênantes à la base de l'index gauche, de l'olécrane [gauche] et du genou gauche et qu'une ablation chirurgicale est prévue le 1<sup>er</sup> août 2019 (AI pce 29 ; 47) ;
- un rapport du 17 septembre 2019 de M. \_\_\_\_\_ (masseur-kinésithérapeute) selon lequel l'assuré a subi l'ablation d'un important tophus au genou gauche et présente, à ce jour, un important flexum (supérieur à 60 degré à froid, réductible à 20 degré après mobilisations) ; la hanche gauche présente aussi un flexum ; du point de vue tophique, le genou est chaud, volumineux et suintant d'un liquide non purulent ; le patient est algique à l'appui et à la mobilisation du genou et de la hanche (AI pce 30, TAF pce 1) ;
- un rapport du 8 octobre 2019 du Dr E. \_\_\_\_\_ (chirurgien orthopédiste) qui indique avoir procédé à l'ablation de plusieurs tophi à la base de l'index [gauche] , au niveau du coude gauche et du genou gauche ; l'assuré poursuit sa rééducation ; le taux d'acide urique reste assez élevé et nécessite de poursuivre la prise d'Allopurinol 100 mg 1 matin et soir (AI pces 31, 48) ;
- un rapport du 29 octobre 2019 de la Dre N. \_\_\_\_\_ (praticienne conseil auprès de l'Assurance Maladie [française], Service Médical Rhône-Alpes) qui indique, au terme de l'examen clinique pratiqué le 29 octobre 2019 dans le cadre d'une prescription d'arrêt de travail, émettre un avis d'ordre médical défavorable pour la reprise du travail à compter du 30 novembre 2019 et retenir le placement de l'assuré en catégorie deux d'invalidité dès le 1<sup>er</sup> décembre 2019 (AI pce 32) ;
- un rapport médical détaillé E213 du 3 décembre 2019 établi par le Dr O. \_\_\_\_\_ (médecin conseil auprès de la Commission administrative française pour la sécurité sociale des travailleurs migrants dont la spécialisation n'est pas mentionnée) sur la base du rapport d'examen clinique du 29 octobre 2019 de la Dre N. \_\_\_\_\_, selon lequel l'assuré a subi le 15 février 2017 [recte : 2018] une chirurgie du genou droit et du poignet droit [recte : gauche], le 11 janvier 2018 une chirurgie du genou gauche (suites opératoires simples), et le 1<sup>er</sup> août 2019 une chirurgie au genou gauche (suivi d'un œdème sur probable abcès), au coude gauche et au 2<sup>ème</sup> doigt de la main gauche ; les traitements de Paracetamol, Colchicine et Tramadol sont prescrits ; au jour de l'examen, l'assuré se plaint de douleurs aux deux genoux (plus marquées à gauche) – se levant la nuit pour y apposer des glaçons – , de difficultés à la

marche avec une boiterie persistante malgré l'aide d'une canne et de difficultés à la flexion du 5<sup>ème</sup> doigt gauche respectivement à la préhension d'objets ; la pathologie, d'évolution stable, est jugée stationnaire chez un patient présentant une gonarthrose du genou (CIM-10 : M17) et des tophes goutteux disséminés, après plusieurs chirurgies aux deux genoux dont une récente pratiquée le 1<sup>er</sup> août 2019 sur le genou gauche suivie de complications probablement à la suite d'un abcès, sur le coude [gauche] et sur le 2<sup>ème</sup> doigt de la main gauche ; les importants tophi goutteux au niveau des genoux entraînent une diminution de la flexion, l'extension complète étant impossible ; la flexion du 5<sup>ème</sup> doigt gauche est impossible ; l'assuré présente des difficultés de préhension, ainsi que des déficits fonctionnels pour la marche, le levage, l'accroupissement et les montées d'escaliers ; il ne peut pas travailler sur écran ; en revanche, il est autonome et non tributaire d'un tiers sur son lieu de travail et dans son travail à domicile ; l'incapacité de travail est totale dans l'exercice de la profession de cariste aussi bien que dans celui d'une activité lucrative adaptée à l'état de santé ; l'invalidité pour l'activité de cariste exercée en dernier lieu est totale au regard de la législation du pays de résidence [la France] ; la reprise d'un travail est impossible en raison de l'état de santé global dû à la pathologie, de la faible qualification professionnelle, de l'état psychologique et de la faible capacité de reconversion (difficultés à écrire le français) ; une diminution de la capacité de travail des 2/3 et une invalidité 2 sont justifiées ; les restrictions à la capacité de travail sont permanentes depuis le 1<sup>er</sup> décembre 2019, aucune amélioration de l'état de santé n'étant attendue (AI pce 5) ;

- une prise de position médicale du 14 octobre 2020 du Dr P. \_\_\_\_\_ (spécialiste en médecine physique et réadaptation auprès du Service Médical Régional Rhône [ci-après : SMR Rhône] de l'assurance-invalidité) retenant le diagnostic principal de goutte polyarticulaire tophacée avec tophi et érosions polyarticulaires (CIM-10 M10.00) et les diagnostics associés – avec répercussions sur la capacité de travail – de 1<sup>o</sup> gonarthrose bilatérale après méniscectomie partielle interne et externe (CIM-10 M 17.4) et 2<sup>o</sup> rupture des tendons fléchisseurs superficiel et profond du 5<sup>ème</sup> doigt de la main gauche (CIM-10 M 66.34) entraînant une incapacité de travail totale et définitive depuis le 17 décembre 2017 dans l'activité habituelle de cariste mais laissant subsister une capacité totale de travail dans une activité lucrative respectant les limitations fonctionnelles suivantes : pas de travaux lourds, position de travail assise, pas de position accroupie ni agenouillée, pas de déplacements longs ni répétitifs, pas de déplacements en terrain inégal, sur plan

incliné, dans les escaliers, sur des échelles et sur un échafaudage, pas d'activité manuelle répétitive et nécessitant de la force, pas d'exposition au froid, aux intempéries ou aux vibrations (AI pce 36).

**B.c** Par préavis du 6 novembre 2020 fondé sur l'avis SMR Rhône précité, l'OAIE a communiqué à l'assuré qu'il entendait rejeter la demande de prestations d'invalidité compte tenu d'une perte de gain de 0.45% et l'a informé qu'il disposait d'un délai de 30 jours afin de déposer d'éventuelles objections (AI pces 37-38).

**B.d** Par acte du 23 novembre 2020, l'assuré a contesté le préavis, alléguant avoir entrepris toutes les mesures de réadaptation envisageables et ne pas savoir quelle activité lucrative lui serait accessible compte tenu de ses atteintes à la santé. Se prévalant du Code de sécurité sociale français, il a demandé la mise en œuvre d'une expertise médicale (AI pce 39).

**B.e** Aux termes de sa décision du 26 novembre 2020, l'autorité inférieure a confirmé son refus de rente, reprenant les considérations de son préavis du 6 novembre 2020 auxquelles elle a ajouté que les décisions des autorités de sécurité sociale étrangère ne liaient pas l'assurance-invalidité suisse. Elle a précisé que les atteintes à la santé de l'assuré étaient suffisamment documentées en l'état du dossier et qu'en procédure d'audition, l'assuré n'avait produit aucun document médical nouveau susceptible d'infirmer le bien-fondé du préavis (AI pce 40).

**B.f** Par envoi du 1<sup>er</sup> décembre 2020, l'assuré a transmis à l'OAIE plusieurs rapports médicaux, dont les suivants ne figuraient pas au dossier (AI pces 42 à 52) :

- un compte rendu opératoire (opération du 30 septembre 2020) non signé du 6 octobre 2020 (AI pce 50),
- un compte rendu de consultation postopératoire du 18 novembre 2020 du Dr Q.\_\_\_\_\_, spécialiste en orthopédie traumatologique et de la main (AI pce 49),
- un rapport de laboratoire établi par le Dr R.\_\_\_\_\_, du 20 octobre 2020 (AI pce 51),
- un rapport de la Dre S.\_\_\_\_\_, généraliste, du 30 novembre 2020 (AI pce 52).

**B.g** L'OAIE a rétorqué à l'assuré que ses observations du 1<sup>er</sup> décembre 2020 avaient été produites au-delà du délai qui lui avait été imparti par le préavis du 6 novembre 2020 et qu'en outre, une décision avait été rendue le 26 novembre 2020, de sorte qu'il ne pouvait prendre en considération la nouvelle documentation et que l'assuré devait par conséquent, le cas échéant, recourir contre la décision du 26 novembre 2020 conformément aux voies de droit énoncées par celle-ci (cf. courrier du 14 décembre 2020 [AI pce 53]).

### **C.**

**C.a** Par mémoire posté le 15 décembre 2020, le recourant saisit le Tribunal administratif fédéral (ci-après : Tribunal ou TAF) d'un recours contre la décision de l'OAIE du 26 novembre 2020 dont il requiert l'annulation en concluant à l'octroi d'une rente entière fondée sur une incapacité totale de travail, y compris dans l'exercice d'une activité lucrative de substitution. Il explique endurer d'importantes douleurs articulaires qui l'empêchent d'exercer une activité lucrative quelque qu'elle soit. Il ajoute que malgré deux interventions chirurgicales au niveau des deux genoux, il ne peut plus ni marcher, ni tenir longtemps les positions debout, assise ou couchée en raison des douleurs, les atteintes aux genoux impactant de surcroît son dos. En outre, il a subi une intervention chirurgicale au niveau de la main gauche qu'il ne parvient plus à fermer. Compte tenu de son état de santé et de son expérience professionnelle limitée à l'exercice des professions de cariste et de magasinier, il ne voit pas comment se réorienter professionnellement. A l'appui de ses conclusions, il se prévaut des nouvelles pièces médicales suivantes :

- un rapport d'électroneuromyographie du 26 mai 2020 du Dr B. \_\_\_\_\_ constatant un syndrome du canal carpien gauche sévère, lequel nécessite une intervention chirurgicale (TAF pce 1 et annexe).
- un compte rendu opératoire du 30 septembre 2020 du Dr Q. \_\_\_\_\_, chirurgien orthopédique et traumatologique de la main, confirmant le bon déroulement de la libération du canal carpien et exérèse d'un tophus du pouce gauche (AI pce 50).
- un rapport du 20 octobre 2020 du Dr R. \_\_\_\_\_ (dont la spécialité n'est pas indiquée) attestant de la nature « goutteuse » du tophus prélevé lors de l'intervention au pouce gauche (AI pce 51).
- un compte rendu post-opératoire du 18 novembre 2020 du Dr Q. \_\_\_\_\_ relevant, à deux mois environ de l'intervention, la

régression des symptômes intermittents mais la persistance de fourmillements permanents au niveau du nerf médian et constatant un déficit de mobilité sur l'interphalangiennne proximale de l'index et de l'auriculaire de la main gauche (AI pce 49).

- deux rapports des 30 novembre et 14 décembre 2020 de la Dre S. \_\_\_\_\_, généraliste et médecin traitant de l'assuré, attestant de l'impossibilité pour son patient de travailler dans quelque activité que ce soit en raison d'une maladie goutteuse systémique atteignant les deux genoux (impactant la marche et obligeant l'assuré à de fréquentes pauses) et les deux mains (déformations invalidantes, perte de mobilité à gauche et de la flexion des doigts à gauche) (AI pce 52 et TAF pce 1 et annexe).

En outre, il se déclare disposé à se soumettre à une visite médicale en Suisse (TAF pce 1 et annexe).

**C.b** Aux termes de ses remarques responsives au recours du 15 mars 2021, l'OAIE conclut au rejet du recours et à la confirmation de la décision attaquée, se fondant sur la prise de position médicale SMR Rhône du 23 février 2021 du Dr P. \_\_\_\_\_ (spécialisé en médecine physique et réadaptation) selon laquelle la documentation médicale produite après la décision litigieuse n'est pas de nature à modifier la prise de position médicale SMR Rhône du 14 octobre 2020, exception faite d'une incapacité totale de travail dans toute activité lucrative d'une durée maximale de 2 mois à compter de la cure du syndrome du tunnel carpien gauche opérée le 30 septembre 2020, soit dès cette date jusqu'au 1<sup>er</sup> décembre 2020 (TAF pce 6).

**C.c** Par ordonnance du 22 mars 2021 notifiée au recourant le 25 mars 2021, le Tribunal a transmis à ce dernier la réponse de l'OAIE et lui a imparti un délai pour répliquer (TAF pces 7-8). Compte tenu du silence du recourant, le Tribunal a clos l'échange d'écritures, sous réserve d'autres mesures d'instruction (cf. ordonnance du 19 mai 2021 [TAF pce 9]).

**D.** Les autres faits et arguments pertinents de la cause seront discutés, en tant que de besoin, dans les considérants en droit ci-après.

## **Droit :**

### **1.**

**1.1** Sous réserve d'exceptions – non réalisées en l'espèce – prévues à l'art. 32 de la loi fédérale du 17 juin 2005 sur le Tribunal administratif fédéral (LTAF, RS 173.32), ce dernier connaît, en vertu de l'art. 31 LTAF en relation

avec l'art. 33 let. d LTAF et l'art. 69 al. 1 let. b de la loi fédérale du 19 juin 1959 sur l'assurance-invalidité (LAI, RS 831.20), des recours interjetés contre les décisions au sens de l'art. 5 de la loi fédérale du 20 décembre 1968 sur la procédure administrative (PA, RS 172.021) prises par l'Office de l'assurance-invalidité pour les assurés résidant à l'étranger.

**1.2** Selon l'art. 37 LTAF, la procédure devant le Tribunal administratif fédéral est régie par la PA pour autant que la LTAF n'en dispose pas autrement. Conformément à l'art. 3 let. d<sup>bis</sup> PA, la procédure en matière d'assurances sociales n'est pas régie par la PA dans la mesure où la loi fédérale du 6 octobre 2000 sur la partie générale du droit des assurances sociales (LPGA, RS 830.1) est applicable. Conformément à l'art. 2 LPGA en relation avec l'art. 1 al. 1 LAI, les dispositions de la LPGA s'appliquent à l'assurance-invalidité (art. 1a à 26<sup>bis</sup> et 28 à 70 LAI), à moins que la LAI ne déroge expressément à la LPGA.

**1.3** Quiconque est touché par la décision et a un intérêt digne d'être protégé à ce qu'elle soit annulée ou modifiée a qualité pour recourir (art. 59 LPGA et 48 al. 1 PA). Ces conditions sont remplies en l'espèce.

**1.4** 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), le recours est recevable, l'avance sur les frais de procédure présumée ayant au demeurant été dûment acquittée (art. 63 al. 4 PA).

**2.** En l'espèce, le recourant s'est vu nier le droit à une rente d'invalidité par décision de l'OAIE du 26 novembre 2020. Circonscrit par cette dernière et le recours, l'objet du présent litige porte sur le droit éventuel de l'assuré à une rente d'invalidité.

**3.** Dans la mesure où le recourant est un ressortissant portugais, domicilié en France, ayant travaillé en Suisse et en France, l'affaire présente un aspect transnational (ATF 145 V 231 consid. 7.1 ; 143 V 354 consid. 4 ; 143 V 81 en particulier consid. 8.1). Par conséquent 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<sup>er</sup> 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<sup>er</sup> 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, le 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), étant précisé que la documentation médicale et administrative fournie par les institutions de sécurité sociale d'un autre Etat membre doit être prise en considération (art. 49 al. 2 du règlement n° 987/2009)]. En outre, il est de jurisprudence constante que l'octroi d'une rente d'invalidité étrangère ne préjuge pas l'appréciation de l'invalidité selon la loi suisse (cf. arrêt du TF I 435/02 du 4 février 2003 consid. 2), de sorte que l'autorité suisse n'est pas liée par la décision de l'autorité de sécurité sociale française allouant au recourant une rente d'invalidité depuis le 1<sup>er</sup> décembre 2019 (AI pces 1, 32, 33 ; cf. supra lettre. A).

#### **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 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). Dès lors, la présente cause doit être examinée à l'aune des dispositions en vigueur dans leur teneur jusqu'au 26 novembre 2020, date de la décision litigieuse, qui marque la limite dans le temps du pouvoir d'examen de l'autorité de recours. La modification de la LAI et de la LPGA adoptée le 19 juin 2020 (Développement continu de l'AI ; RO 2021 705 ; FF 2020 5373 ; Message du Conseil fédéral du 15 février 2017 [FF 2017 2363]), ainsi que celle du 3 novembre 2021 apportée au règlement du 17 janvier 1961 sur l'assurance-invalidité (RAI, RS 831.201 ; RO 2021 706), entrées en vigueur le 1<sup>er</sup> janvier 2022, ne sont pas applicables en l'espèce.

**4.2** Le juge des assurances sociales apprécie la légalité des décisions attaquées, en règle générale, d'après l'état de fait existant jusqu'au moment

où la décision litigieuse a été rendue (en l'espèce, le 26 novembre 2020). Les faits nouveaux qui se sont réalisés avant le prononcé de la décision litigieuse mais qui n'étaient pas connus de l'instance inférieure peuvent être invoqués dans la procédure devant le tribunal des assurances sociales. Il en va de même des nouveaux moyens de preuve (MOSER/BEUSCH/ KNEUBÜHLER/KAYER, *Prozessieren vor dem Bundesverwaltungsgericht*, 3<sup>e</sup> éd. 2022, §2.204 ; voir également arrêt du TAF C-2077/2020 du 22 novembre 2022 consid. 3.4). Les faits survenus postérieurement, aussi appelé vrais novas, et qui ont modifié cette situation, doivent en principe faire l'objet d'une nouvelle décision administrative (ATF 144 V 210 consid. 4.3.1 ; 130 V 138 consid. 2.1 ; 121 V 362 consid. 1b). Ils doivent néanmoins être pris en considération lorsqu'ils sont étroitement liés à l'objet du litige et de nature à influencer l'appréciation au moment où la décision attaquée a été rendue. En particulier, même s'il a été établi postérieurement à la date déterminante, un rapport médical doit être pris en considération s'il a trait à la situation antérieure à cette date (arrêts du TF 9C\_758/2020 du 25 mai 2021 consid. 3.2 ; 9C\_34/2017 du 20 avril 2017 consid. 5.2 et les réf. cit.), respectivement s'il permet de mieux appréhender l'état de santé et la capacité de travail de l'intéressé jusqu'à la décision sujette à recours (ATF 130 V 445 consid. 1.2.1, 121 V 362 consid. 1b). Tel est en l'occurrence le cas des rapports des 30 novembre 2020 et 14 décembre 2020 de la Dre S. \_\_\_\_\_ lesquels attestent une incapacité totale de travail de l'assuré en raison de la maladie de la goutte systématique dont il est atteint (TAF pce 1 et annexe ; AI pce 52).

**5.** 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 ; MOOR/POLTIER, *Droit administratif*, vol. II, 3<sup>e</sup> 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 ; 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 (MOOR/POLTIER, *op. cit.*, ch. 2.2.6.5 ; BENOÎT BOVAY, *Procédure administrative*, 2<sup>e</sup> 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, *op.cit.*, §1.55). Les parties ont le devoir de collaborer à l'instruction (art. 13 PA et 43 al. 3 LPGA ; arrêt du TAF

C-6134/2017 du 3 avril 2018 consid. 5.4) et de motiver leur recours (art. 52 PA).

## **6.**

Sur le plan formel, le Tribunal constate d'office que l'OAIE a rejeté par décision du 26 novembre 2020 les objections contre son préavis du 6 novembre 2020 que l'assuré a formulées par acte du 23 novembre 2020 (date de réception par l'OAIE [AI pce 39 p. 1 ; voir également *supra* lettre B.c]). Ce faisant, l'autorité inférieure a tranché le droit à la rente de l'assuré avant que le délai de 30 jours qu'elle lui avait imparti en vue de déposer des objections ne soit échu (cf. *supra* lettre B.b).

**6.1** L'art. 57a al. 1 LAI prescrit qu'au moyen d'un préavis, l'office AI communique à l'assuré toute décision finale qu'il entend prendre au sujet d'une demande de prestations ou au sujet de la suppression ou de la réduction d'une prestation déjà allouée (1<sup>ère</sup> phrase). L'assuré a le droit d'être entendu, conformément à l'art. 42 LPG (2<sup>ème</sup> phrase). L'art. 73<sup>ter</sup> al. 1 RAI (selon sa teneur en vigueur jusqu'au 31 décembre 2021 [cf. *supra* consid. 4.1]) précise que les parties peuvent faire part à l'office AI de leurs observations sur le préavis dans un délai de 30 jours. L'instruction de la demande achevée, l'office AI se prononce sur la demande de prestations (art. 74 al. 1 RAI). La motivation de l'office AI tient compte des observations qui ont été faites par les parties sur le préavis, pour autant qu'elles portent sur des points déterminants (art. 74 al. 2 RAI).

**6.1.1** Le sens et le but de la procédure de préavis est de permettre une discussion simple des faits et d'améliorer l'acceptation de la décision par les assurés (ATF 134 V 97 consid. 2.7 avec réf. ; arrêt du TF 8C\_25/2020 du 22 avril 2020 consid. 3.1.1). La procédure de préavis sert également à l'exercice du droit d'être entendu, mais va au-delà du droit constitutionnel minimal prévu à l'art. 29 al. 2 de la Constitution fédérale de la Confédération suisse du 18 avril 1999 (Cst., RS 101) en ce sens qu'elle offre à l'assuré la possibilité de s'exprimer sur l'application prévue du droit ainsi que sur la décision finale envisagée (arrêt du TF 9C\_555/2020 du 3 mars 2021 consid. 4.2 avec réf.). Le droit constitutionnel minimal ne donne en revanche pas le droit de prendre position sur ces points (ATF 134 V 97 consid. 2.8.2).

**6.1.2** L'office AI commet une violation du droit d'être entendu lorsqu'il statue avant l'échéance du délai de 30 jours à disposition de l'assuré pour qu'il se détermine sur le projet de décision, en écartant ainsi des moyens déposés en temps utile. Toutefois, lorsque l'assuré qui reçoit le préavis se

détermine avant l'échéance de ce délai sans mentionner dans son courrier qu'il se réserve le droit de déposer des observations complémentaires et lorsque rien ne permet de conclure que ses observations seraient incomplètes, l'office AI est autorisé à statuer à réception de son courrier, même si le délai de trente jours n'est pas encore arrivé à échéance (cf. ATF 143 V 71 consid. 4.2 ; arrêt du TF 8C\_589/2014 du 16 juin 2015 consid. 5.1.1.2 ; MICHEL VALTERIO, Commentaire, Loi fédérale sur l'assurance-invalidité [LAI] 2018, art. 57a LAI n° 8).

**6.2** En l'espèce, l'OAIE a rendu un préavis le 6 novembre 2020 – dont la date de notification à l'assuré est inconnue – de sorte que ce dernier disposait, pour déposer ses objections, d'un délai de 30 jours échéant au plus tôt le lundi 7 décembre 2020 (AI pce 38). Par courrier dont la réception par l'OAIE a été accusée le 23 novembre 2020, l'assuré lui a transmis ses objections contre le préavis du 6 novembre 2020, sans pour autant y mentionner qu'il se réservait le droit de déposer des observations complémentaires (AI pce 39). Cela étant, lorsque l'autorité inférieure a confirmé son préavis du 6 novembre 2020 par décision du 26 novembre 2020 (AI pce 40), aucun indice ne lui permettait de conclure que les observations de l'assuré étaient incomplètes, ni qu'il entendait produire des observations supplémentaires, ce que le recourant ne conteste pas. Ce n'est que par appel téléphonique du lendemain 27 novembre 2020 que l'assuré a informé l'autorité inférieure qu'il entendait lui adresser d'autres rapports médicaux (AI pce 41), avant de s'exécuter en ce sens par envoi postal du 1<sup>er</sup> décembre 2020 (AI pce 42). Dans ces circonstances, l'OAIE n'a violé ni la procédure de préavis prévue par l'art. 57a LAI, ni le droit d'être entendu de l'assuré en tranchant le droit à la rente de ce dernier par décision du 26 novembre 2020 prononcée avant que le délai de 30 jours pour déposer des objections contre le préavis du 6 novembre 2020 ne soit échu – au plus tôt le lundi 7 décembre 2020 – et sans tenir compte de la documentation médicale complémentaire produite par l'assuré le 1<sup>er</sup> décembre 2020 (AI pces 42-53), étant souligné que la nouvelle documentation médicale produite par l'assuré (cf. envois des 1<sup>er</sup> et 15 décembre 2020) a été examinée par l'OAIE et plus particulièrement par le SMR Rhône (cf. réponse du 15 mars 2021 et prise de position médicale SMR Rhône du 23 février 2021 du Dr P. \_\_\_\_\_ [TAF pce 6]) et que l'assuré a été dûment invité à répliquer par ordonnance du 22 mars 2021 (TAF pces 7 et 8).

**7.** Sur le plan matériel, pour avoir droit à une rente de l'assurance-invalidité suisse, tout requérant doit remplir cumulativement les conditions suivantes : être invalide au sens de la LPGA et de la LAI (art. 8 LPGA ; art. 4,

28 al. 1, 29 al. 1 LAI) et justifier d'une durée minimale de cotisations de 3 ans (art. 36 al. 1 LAI).

**7.1** Aux termes de cette dernière disposition, a droit à une rente ordinaire l'assuré qui, lors de la survenance de l'invalidité, compte trois années au moins de cotisations. Dans ce cadre, les cotisations versées à une assurance sociale assimilée d'un Etat membre de l'Union européenne (UE) ou de l'Association européenne de libre-échange (AELE) peuvent également être prises en considération, à condition qu'une année au moins de cotisations puisse être comptabilisée en Suisse (FF 2005 p 4065 ; art. 6 et 45 du règlement n° 883/2004 ; ATF 131 V 390). En l'espèce, le recourant a versé des cotisations à l'assurance-vieillesse, survivants et invalidité suisse durant 252 mois de mai 1988 à août 2010, de sorte que la condition de la durée minimale de cotisations est remplie eu égard au moment de l'ouverture éventuelle du droit à la rente, soit au plus tôt le 17 décembre 2018 compte tenu d'une incapacité totale de travail survenue le 17 décembre 2017 (cf. art. 28 al. 1 let. b LAI). Il reste ainsi à examiner s'il est invalide au sens de la LAI.

**7.2** 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. Seules les conséquences de l'atteinte à la santé sont prises en compte pour juger de la présence d'une incapacité de gain. 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<sup>ère</sup> 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<sup>ème</sup> phrase, LPGA).

**7.3** 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). A cette fin, les services médicaux régionaux (SMR) sont à disposition des offices de l'assurance-invalidité pour évaluer les conditions médicales du droit aux prestations. Ils établissent les capacités fonctionnelles de la personne assurée, déterminantes pour l'assurance-invalidité conformément à l'art. 6 LPGA, à exercer une activité lucrative ou à accomplir ses travaux habituels dans une mesure qui peut être raisonnablement exigée d'elle. Ils sont indépendants dans l'évaluation médicale des cas d'espèce (art. 59 al. 2<sup>bis</sup> LAI, dans sa teneur en vigueur jusqu'au 31 décembre 2021).

**7.3.1** 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, op. cit., art. 57 LAI n° 33).

**7.3.2** 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 ou celle-ci à son ou sa patient-e (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-e (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).

**7.3.3** Les prises de position des services médicaux régionaux (SMR) et du service médical de l'OAIE (SM/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). En ce sens, s'agissant des rapports et expertises des médecins rattachés à un assureur, 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. Selon la jurisprudence, il n'est donc 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 : ainsi, ces rapports doivent-ils être jugés pertinents, compréhensibles et cohérents pour avoir valeur de preuve ; en outre, il ne doit pas exister d'indice suffisant plaidant contre leur fiabilité. Une instruction complémentaire sera dès lors 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 ; 125 V 351 consid. 3b/ee ; 122 V 157 consid. 1d ; MICHEL VALTERIO, op. cit., art. 57 LAI n° 43).

S'agissant en particulier des prises de position des services médicaux régionaux (SMR) ou du service médical de l'OAIE, elles 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 (arrêt du TF 9C\_542/2011 du 26 janvier 2012 consid. 4.4 ; 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 ; VALTERIO, op. cit., art. 57 LAI n° 43). Si les pièces du 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 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.**

En l'espèce, l'autorité inférieure a rejeté, par décision du 26 novembre 2020, la demande de rente de l'assuré, considérant qu'il ne présentait pas un degré d'invalidité suffisant. En particulier, elle a retenu que si la maladie rhumatismale chronique de l'assuré lui interdisait désormais l'exercice de son activité lucrative habituelle de cariste, elle lui permettait en revanche de conserver une capacité de travail de 100% dans une activité lucrative adaptée aux limitations fonctionnelles médicalement retenues (AI pces 36-37 ; 40).

**8.1** A l'appui de ce prononcé, l'OAIE s'est fondé sur la prise de position établie le 14 octobre 2020 (AI pce 36) et complétée le 23 février 2021 (TAF pce 6) par le Dr P.\_\_\_\_\_, médecin conseil SMR Rhône spécialisé en médecine physique et réadaptation.

**8.1.1** Aux termes de sa prise de position du 14 octobre 2020, le Dr P.\_\_\_\_\_, indique, à l'anamnèse, que l'assuré souffre depuis 20 ans d'une grave forme de goutte polyarticulaire tophacée qui détruit les articulations touchées malgré la prescription de Colchicine, sans traitement de fond de la goutte avant décembre 2018. Le médecin conseil ajoute que l'assuré a été opéré :

- le 11 janvier 2018 au genou gauche par arthroscopie pour une ménissectomie partielle interne et externe et un lavage articulaire,

- le 15 février 2018 au genou droit par arthroscopie pour une méniscectomie partielle interne et externe et un lavage articulaire de corps étrangers, ainsi qu'au poignet gauche pour une synovectomie et une excision de tophus goutteux,
- le 1<sup>er</sup> novembre 2018 au genou gauche par arthroscopie pour l'ablation de corps étrangers et une méniscectomie interne et externe, et
- le 1<sup>er</sup> août 2019 au genou gauche, au coude gauche et à l'index gauche.

Au chapitre des constats médicaux, le Dr P.\_\_\_\_\_ observe :

- des tophi et des érosions osseuses aux niveaux des articulations métatarso-phalangiennes 1, du médio-pied gauche, des genoux, des coudes, des poignets et des articulations métacarpo-phalangiennes II et à gauche V,
- une gonarthrose fémoro-tibiale interne bilatérale avec ostéophytose connue depuis 2015,
- une rupture des tendons fléchisseurs profond et superficiel du 5<sup>ème</sup> doigt de la main gauche dans la portion moyenne de la 1<sup>ère</sup> phalange constatée en novembre 2018, avec une impossibilité de flexion du 5<sup>ème</sup> doigt gauche,
- une boiterie persistante et des difficultés à la marche avec diminution de la flexion et un flexum des genoux qui présentent des tophi goutteux importants.

Le Dr P.\_\_\_\_\_ retient le diagnostic principal de goutte poly-articulaire tophacée avec tophi et érosions poly-articulaires (code CIM-10 M 10.00) et les diagnostics associés – avec répercussions sur la capacité de travail – de gonarthrose bilatérale après méniscectomie partielle interne et externe (code CIM-10 M 17.4) et de rupture des tendons fléchisseurs superficiel et profond du 5<sup>ème</sup> doigt de la main gauche (CIM-10 M 66.34). Il explique que la réponse partielle au traitement de Colchicine indique clairement qu'un traitement de fond de la goutte poly-articulaire tophacée aurait dû être introduit bien avant décembre 2018. Les répercussions fonctionnelles et professionnelles de cette pathologie entraînent les limitations fonctionnelles suivantes : pas de travaux lourds, travail s'exerçant en position assise, sans position accroupie ni agenouillée, sans déplacements longs et répétitifs, sans déplacements en terrain inégal, en plan incliné, sans ascension

d'escaliers, d'échelles ni d'échafaudage, sans tâches manuelles répétitives impliquant de la force, sans exposition au froid, aux intempéries ou aux vibrations. Au final, il considère que l'assuré subit une incapacité totale et définitive de travail depuis le 17 décembre 2017 dans l'activité lucrative habituelle de cariste, mais dispose d'une capacité totale de travail dans une activité lucrative respectueuse des limitations fonctionnelles susmentionnées.

**8.1.2** Sur demande de l'autorité inférieure, le Dr P. \_\_\_\_\_ a complété le 23 février 2021 sa prise de position initiale du 14 octobre 2020, ajoutant aux diagnostics associés précédemment retenus celui – sans répercussion sur la capacité de travail – de status après libération du nerf médian gauche du carpe. Il explique que la nouvelle documentation médicale fait état d'une bonne évolution après la cure chirurgicale du syndrome du tunnel carpien gauche pratiquée le 30 septembre 2020, laquelle justifie une incapacité totale de travail de deux mois au maximum. Les nouvelles pièces médicales ne révèlent en revanche aucune atteinte objective et durable à la santé supplémentaire à celles discutées dans la prise de position médicale SMR Rhône du 14 octobre 2020, laquelle a dûment tenu compte des limitations fonctionnelles induites par les atteintes articulaires, périarticulaires et tendineuses. Le Dr P. \_\_\_\_\_ souligne que l'ensemble de la documentation médicale à disposition ne précise pas si la prise régulière du traitement spécifique d'Adénuric et de Colchicine a été contrôlée à la suite du rapport de consultation du 24 avril 2019 du Dr K. \_\_\_\_\_ (rhumatologue), ni si des traitements hypo-uricémiants, tels que des urico-éliminateurs, supplémentaires ont été prescrits, rappelant que ces traitements médicaux sont à même de limiter fortement les épisodes de goutte et les effets délétères de celle-ci sur les articulations ainsi que de réduire de manière significative la formation de tophi. En conclusion, la documentation médicale reçue après la prise de position médicale SMR Rhône du 14 octobre 2020 n'est pas de nature à en modifier les conclusions, exception faite d'une incapacité totale de travail dans toute activité lucrative d'une durée maximale de 2 mois à compter de la cure du syndrome du tunnel carpien gauche, soit du 30 septembre 2020 au 1<sup>er</sup> décembre 2020. Dans ces circonstances, une capacité totale de travail dans une activité lucrative de substitution demeure opposable à l'assuré depuis le 17 décembre 2017, exception faite d'une incapacité totale de travail dans toute activité lucrative ayant perduré du 30 septembre 2020 au 1<sup>er</sup> décembre 2020 à la suite de l'intervention chirurgicale du tunnel carpien gauche ayant procédé à la libération du nerf médian au carpe gauche.

**8.2** Sur la base des deux prises de position médicale SMR Rhône précitées, l'OAIE a retenu, d'une part le diagnostic – sans répercussion sur la capacité de travail – de status après libération du nerf médian gauche du carpe, d'autre part le diagnostic principal de goutte polyarticulaire tophacée avec tophi et érosions polyarticulaires et les diagnostics associés – avec répercussions sur la capacité de travail – de gonarthrose bilatérale après méniscectomie partielle interne et externe et de rupture des tendons fléchisseurs superficiel et profond du 5<sup>ème</sup> doigt de la main gauche entraînant une incapacité totale et définitive de travail depuis le 17 décembre 2017 dans l'activité lucrative habituelle de cariste, mais laissant subsister, à compter de la même date, une capacité totale de travail dans une activité lucrative respectueuse des limitations fonctionnelles médicalement retenus.

**8.2.1** D'emblée, le Tribunal constate que les diagnostics invalidants retenus en l'espèce – goutte polyarticulaire tophacée avec tophi et érosions polyarticulaires, gonarthrose bilatérale après méniscectomie partielle interne et externe, rupture des tendons fléchisseurs superficiel et profond du 5<sup>ème</sup> doigt de la main gauche – le sont de manière unanime par tous les avis médicaux spécialisés figurant au dossier, de sorte qu'il n'y a pas lieu de les discuter plus avant (cf. rapports du rhumatologue B. \_\_\_\_\_ [AI pces 11, 15], rapports du chirurgien orthopédiste E. \_\_\_\_\_ [AI pces 16, 17, 19, 20], rapport du spécialiste en chirurgie orthopédique et traumatologie G. \_\_\_\_\_ [AI pce 23], rapports de la rhumatologue H. \_\_\_\_\_ [AI pce 44, TAF pce 1, annexe], rapport d'échographie du Dr J. \_\_\_\_\_, dont la spécialité n'est pas indiquée [AI pce 25 p. 2 ; 43], rapport du rhumatologue K. \_\_\_\_\_ [AI pce 27,45], rapport médical détaillé E213 du Dr O. \_\_\_\_\_, médecin conseil, dont la spécialisation n'est pas mentionnée, auprès de la Commission administrative française pour la sécurité sociale des travailleurs migrants [AI pce 5] ; prises de position médicales SMR Rhône [AI pce 36 et TAF pce 6]). De même, aucun des avis médicaux ne met en cause le fait que les diagnostics invalidants précités entraînent une incapacité totale et définitive de travail de l'assuré dans la profession de cariste (cf. en particulier les prises de position médicales SMR Rhône [AI pce 36 et TAF pce 6]).

**8.2.2** En revanche, les avis médicaux divergent au sujet de la capacité résiduelle de travail de l'assuré dans une activité lucrative adaptée à son état de santé, le SMR Rhône considérant que celle-ci demeure entière (cf. *supra* consid. 8.1.1 ss), tandis que les médecins traitants estiment que leur patient subit une incapacité totale de travail dans toute activité lucrative (cf.

rapport médical détaillé E213 du 3 décembre 2019 du Dr O. \_\_\_\_\_ [AI pce 5] ; rapports du 30 novembre et 14 décembre 2020 de la Dre S. \_\_\_\_\_, [AI pce 52 ; TAF pce 1, annexe]).

S'agissant du rapport E213 du 3 décembre 2019 du Dr O. \_\_\_\_\_ (médecin conseil auprès de la Commission administrative française pour la sécurité sociale des travailleurs migrants dont la spécialisation n'est pas mentionnée), le Tribunal constate qu'aux termes de celui-ci, la reprise d'un travail par l'assuré est impossible en raison notamment de la faible qualification professionnelle et de la faible capacité de reconversion (difficultés à écrire le français) de ce dernier. Ainsi fondé sur des considérations étrangères à l'assurance-invalidité, le rapport E213 ne saurait être pris en considérations, à satisfaction de droit, dans l'appréciation de la capacité résiduelle de travail de l'assuré dans une activité lucrative adaptée à son état de santé.

Les autres incapacités de travail constatées par les médecins traitants de l'assuré ressortissent des rapports médicaux suivants :

- le rapport de consultation postopératoire du 7 mai 2018 du Dr E. \_\_\_\_\_ qui constate que l'évolution clinique suivant les opérations des 11 janvier 2018 et 15 février 2018 est tout à fait satisfaisante, que l'assuré doit cependant, à ce stade, absolument éviter les travaux trop pénibles pour le genou (marche prolongée, port de poids), l'arrêt de travail étant prolongé jusqu'au 17 juin 2018 (AI pce 21) ;
- le rapport du 16 mai 2018 du Dr F. \_\_\_\_\_ (spécialiste en chirurgie orthopédique et traumatologique) qui observe des genoux relativement modifiés avec des repères anatomiques extérieurs totalement erratiques et qui suppose l'existence d'une synovite villonodulaire, une volumineuse formation extra-articulaire érodant l'abord médial de la rotule au niveau du genou gauche, et qui maintient le patient en arrêt de travail (AI pce 22) ;
- les rapports des 30 novembre 2020 (AI pce 52) et 14 décembre 2020 (TAF pce 1, annexe) de la Dre S. \_\_\_\_\_ (généraliste) qui retient que l'état de santé de son patient est totalement incompatible avec une recherche d'emploi et une reprise d'activité professionnelle, de sorte que son invalidité est permanente.

Or, les rapports précités des Drs E. \_\_\_\_\_ et F. \_\_\_\_\_ établissent le maintien d'un arrêt de travail précédemment prévu jusqu'au 17 juin 2018 et non pas une incapacité de travail durable. Quant aux rapports de la Dre S. \_\_\_\_\_, ils sont émis par une généraliste ne disposant pas des connaissances spécialisées et, à l'instar des rapports des Drs F. \_\_\_\_\_ et E. \_\_\_\_\_, ils doivent être appréciés avec retenue compte tenu du

mandat thérapeutique liant les médecins traitants à leur patient. Enfin, ces quatre rapports ne se fondent pas sur un examen complet du patient, le contexte médical n'y est pas clairement établi et l'anamnèse est inexistante. L'appréciation médicale tout comme les conclusions qu'ils contiennent sont brèves et non motivées. Dans ces circonstances, ils ne répondent pas aux critères jurisprudentiels établis en la matière (cf. *supra* consid. 7.3.1 - 7.3.2). Ainsi dépourvus de valeur probante, ils ne sauraient servir à établir, à satisfaction de droit, la capacité résiduelle de travail de l'assuré dans une activité lucrative adaptée à son état de santé.

**8.2.3** S'agissant de l'avis du SMR Rhône, s'il est admis que l'autorité inférieure et le Tribunal s'y réfèrent exclusivement ou principalement pour statuer sur le droit aux prestations de l'assuré, la jurisprudence soumet, dans ce cas, l'appréciation des preuves à des exigences sévères, en ce sens qu'il ne doit pas exister d'indice suffisant plaçant contre leur fiabilité et qu'une instruction complémentaire sera requise s'il subsiste des doutes, même minimes, quant au bien-fondé, à la fiabilité et à la pertinence de ces rapports (cf. *supra* consid. 7.3.3). En d'autres termes, les constats médicaux retenus en l'espèce par le SMR Rhône et opposés à l'assuré pour lui reconnaître une capacité résiduelle de travail totale dans une activité lucrative adaptée à son état de santé doivent être clairs, sans équivoque et suffisamment établis, ce qui n'est pas le cas à l'aune des considérations suivantes.

**8.2.3.1** Sur le plan de l'anamnèse médicale, il ressort du dossier que le recourant a souffert de goutte polyarticulaire tophacée traitée par Colchicine sans traitement de fond durant une vingtaine d'années (cf. rapport du 18 octobre 2018 de la Dre H. \_\_\_\_\_ [TAF pce 1 annexe] ; prises de position médicale SMR Rhône des 14 octobre 2020 et 23 février 2021 [AI pce 36 et TAF pce 6, annexe]). En l'absence de traitement de fond, l'affection a progressé et entraîné des atteintes rhumatismales importantes (érosions et lésions osseuses, maladie synoviale, lésions cartilagineuses et dégénératives, épanchements, douleurs mécaniques, réactions inflammatoires, lésions de chondrocalcinose, fragments cartilagineux, tuméfactions pré-rotuliennes, multiples tophi, nodules sous cutanés) aux niveaux des deux genoux, du poignet gauche, des coudes, des pieds, des mains et des doigts jusqu'à nécessiter deux interventions chirurgicales aux niveaux des genou gauche puis droit les 11 janvier 2018 respectivement 15 février 2018 (cf. rapport du 18 novembre 2016 du rhumatologue B. \_\_\_\_\_ [AI pce 11] ; rapport d'IRM du 12 décembre 2017 du Dr C. \_\_\_\_\_ [AI pce 12] ; rapport d'IRM du 14 décembre 2017 du Dr D. \_\_\_\_\_ [AI pce 13] ; rapport du 18 décembre 2017 du chirurgien

orthopédiste E. \_\_\_\_\_ [AI pce 14] ; rapport du 21 décembre 2017 du rhumatologue B. \_\_\_\_\_ [AI pce 15]). Nonobstant ces interventions, les atteintes rhumatismales ont continué à se développer. Ainsi, le 16 mai 2018, le chirurgien orthopédique et traumatologie F. \_\_\_\_\_ observait-il des genoux relativement modifiés avec des repères anatomiques extérieurs totalement erratiques évoquant l'existence d'une synovite villonodulaire, une volumineuse formation extra-articulaire érodant l'abord médial de la rotule au niveau du genou gauche (AI pce 22). Le 29 juin 2018, le chirurgien orthopédique et traumatologie G. \_\_\_\_\_ rapportait que l'assuré signalait toujours des douleurs au niveau des genoux et présentait en outre de multiples tuméfactions pré-rotuliennes à droite au niveau des deux coudes (AI pce 23). Le 18 octobre 2018, la rhumatologue H. \_\_\_\_\_ constatait de multiples tophi dans les deux mains aux niveaux des articulations métacarpo-phalangiennes 2 et 5 à gauche ainsi que 2 à droite, une styloïde cubitale droite au niveau du coude gauche et très probablement à la rotule [du genou droit] ; le patient restait surtout gêné au niveau des genoux, la radiographie simple révélant un pincement fémoro-tibial interne modéré avec quelques remaniements au niveau de la pointe de la rotule à droite et très probablement un volumineux tophus pré-rotulien droit (TAF pce 1 annexes). Sur la base d'un rapport de radiographie du 20 novembre 2018, le Dr I. \_\_\_\_\_ (dont la spécialité n'est pas indiquée) observait, pour sa part, aux niveaux des deux pieds, des lésions osseuses compatibles avec des lésions de goutte ; au niveau du pied droit, une érosion osseuse de la 1<sup>ère</sup> articulation métatarso-phalangienne et de petites érosions osseuses de la diaphyse proximale du 3<sup>ème</sup> métatarsien ; au niveau du pied gauche, une érosion osseuse un peu plus marquée de la 1<sup>ère</sup> articulation métatarso-phalangienne et une importante érosion osseuse proximale des 3<sup>ème</sup> et 4<sup>ème</sup> métatarsiens et des 1<sup>er</sup> et 3<sup>ème</sup> cunéiformes (AI pce 25 p. 1 ; TAF pce 1). Un rapport d'échographie du 20 novembre 2018 du Dr J. \_\_\_\_\_ (dont la spécialité n'est pas indiquée) mettait en évidence une rupture complète des tendons fléchisseurs superficiel et profond du 5<sup>ème</sup> doigt gauche dans la portion moyenne de la 1<sup>ère</sup> phalange (AI pce 25 p. 2 ; 43). Le 20 décembre 2018, la Dre H. \_\_\_\_\_ retenait, au niveau des pieds, le diagnostic de goutte avec destruction articulaire des deux premières articulations métacarpo-phalangiennes, des tophi visibles sur le médio-pied gauche avec atteinte osseuse ; les mains ne présentaient pas de destruction articulaire évidente, mais un tophus érosif au niveau de l'articulation interphalangienne proximale de l'index gauche ; l'extenseur ulnaire du poignet droit présentait quelques micro-géodes avec un tophus visible ; le 5<sup>ème</sup> doigt gauche présentait une rupture des ligaments fléchisseurs sans tophus évident ; au niveau des genoux, la Dre H. \_\_\_\_\_ constatait une stabilité par rapport à décembre 2017, une

synovite associée à des corps étrangers intra-articulaires, un épanchement et une masse dans les parties molles pré-rotuliennes, compatibles avec le diagnostic de goutte tophacée (AI pce 44). Le 24 avril 2019, le rhumatologue K.\_\_\_\_\_ indiquait que l'examen clinique ne révélait pas de signe inflammatoire articulaire, mais de nombreux nodules sous cutanés probablement en rapport avec des tophi aux niveaux du coude gauche, des doigts, des poignets et de la face antérieure des genoux (AI pce 27 ; 45). Le 13 mai 2019, le chirurgien orthopédique et traumatologique L.\_\_\_\_\_ observait que l'assuré souffrait de crises microcristallines au niveau des deux genoux, le patient devant être pris en charge dans un service de rhumatologie ou de médecine interne pour traiter la maladie métabolique d'origine microcristalline (AI pce 28 ; 46). Le 26 juillet 2019, le chirurgien orthopédique E.\_\_\_\_\_ notait que l'assuré présentait des tuméfactions gênantes à la base de l'index gauche, de l'olécrane gauche et du genou gauche, une ablation chirurgicale étant prévue le 1<sup>er</sup> août 2019 (AI pce 29 ; 47). Le 17 septembre 2019, le masseur-kinésithérapeute M.\_\_\_\_\_ constatait, à la suite de l'ablation d'un important tophus au genou gauche, un important flexum (supérieur à 60 degré à froid, réductible à 20 degré après mobilisations) ; la hanche gauche présentait également un flexum ; du point de vue tophique, le genou était chaud, volumineux et suintant d'un liquide non purulent ; le patient était algique à l'appui et à la mobilisation du genou et de la hanche (AI pce 30, TAF pce 1). Le 8 octobre 2019, le Dr E.\_\_\_\_\_ indiquait avoir procédé le 1<sup>er</sup> août 2019 à l'ablation de plusieurs tophi à la base de l'index gauche, au niveau du coude gauche et du genou gauche (AI pces 31, 48). A l'examen clinique du 29 octobre 2019, la Dre N.\_\_\_\_\_ rapportait que l'assuré se plaignait de douleurs aux deux genoux (plus marquées à gauche) – le sujet se levant la nuit pour y apposer des glaçons – , de difficultés à la marche avec une boiterie persistante malgré l'aide d'une canne et de difficultés à la flexion du 5<sup>ème</sup> doigt gauche, respectivement à la préhension d'objets ; la pathologie, d'évolution stable, était jugée stationnaire, les importants tophi goutteux au niveau des genoux entraînant une diminution de la flexion, l'extension complète étant impossible, la flexion du 5<sup>ème</sup> doigt gauche étant impossible ; l'assuré présentait des difficultés de préhension, ainsi que des déficits fonctionnels pour la marche, le levage, l'accroupissement et les montées d'escaliers (AI pce 5). Enfin, le chirurgien orthopédique et traumatologique de la main Q.\_\_\_\_\_ indiquait avoir procédé le 30 septembre 2020 à la libération du canal carpien à gauche et à l'exérèse d'un tophus au pouce gauche (AI pce 50) ; même si cette intervention avait favorisé la régression des symptômes, le Dr Q.\_\_\_\_\_ constatait la persistance de fourmillements permanents au niveau du nerf médian et un

déficit de mobilité sur l'interphalangienne proximale de l'index et de l'auriculaire de la main gauche (AI pce 49).

**8.2.3.2** Ainsi, il appert que la propagation de la goutte polyarticulaire tophée, à défaut d'un traitement de fond durant une vingtaine d'années, a entraîné la multiplication de tophi goutteux, respectivement de douleurs et d'atteintes rhumatismales diverses, affectant progressivement et successivement les deux genoux, le coude gauche, les deux mains et les deux pieds jusqu'à nécessiter quatre interventions chirurgicales aux niveaux des deux genoux, du coude gauche et du poignet gauche en l'espace de deux ans entre 2018 et 2020. Au vu de ces atteintes et en particulier des douleurs constatées au dossier à réitérées reprises et de manière continue entre 2018 et 2020 (*supra* consid. 8.2.3.1), une pleine capacité de travail dans une activité adaptée telle que retenue par le SMR Rhône, et l'OAIE à sa suite, est empreinte de doutes. A tout le moins, incombait-il au SMR Rhône d'expliquer en quoi nonobstant ces troubles et en particulier les atteintes à la main gauche (rupture complète des tendons fléchisseurs superficiel et profond du 5<sup>ème</sup> doigt gauche dans la portion moyenne de la 1<sup>ère</sup> phalange selon le rapport d'échographie du 20 novembre 2018 du Dr J. \_\_\_\_\_ [AI pce 25 p. 2 ; 43], déformations invalidantes, perte de la mobilité et de la flexion des doigts à gauche selon les rapports des 30 novembre et 14 décembre 2020 de la Dre S. \_\_\_\_\_ [AI pce 52 et TAF pce 1 et annexe]), l'assuré, droitier, conservait une capacité totale de travail dans une activité lucrative bimanuelle, aucune limitation fonctionnelle n'étant retenue au niveau de la main gauche.

**8.2.3.3** De plus, il est constant que la goutte polyarticulaire tophée diagnostiquée chez l'assuré a été traitée pendant une vingtaine d'années par la seule prescription de Colchicine, sans thérapie de fond, permettant à la pathologie de se propager largement dans l'ensemble du corps (cf. prises de position médicale SMR Rhône des 14 octobre 2020 et 23 février 2021 du Dr P. \_\_\_\_\_ spécialisé en médecine physique et réadaptation [AI pce 36 ; TAF pce 6]). Le 18 décembre 2017, le Dr E. \_\_\_\_\_ a en outre constaté que les injections d'acide hyaluronique et les corticoïdes s'étaient révélés totalement inefficaces (AI pce 14). Ce n'est qu'en décembre 2018 qu'un traitement de fond par Adénuric 80 mg – augmenté ultérieurement à 120 mg par jour – a été prescrit à l'assuré (cf. rapport du 20 décembre 2018 de la Dr H. \_\_\_\_\_ [AI pce 44]). Malgré le traitement par Adénuric (120 mg/jour) et Colchicine, le Dr K. \_\_\_\_\_ a constaté la persistance d'une hyperuricémie importante et, vu la faible efficacité du traitement, préconisé l'association de traitements hypo-uricémiants avec des urico-éliminateurs afin de répondre plus efficacement à une sévère goutte

tophacée (cf. rapport du 24 avril 2019 [AI pces 27, 45]). En raison d'un taux d'urique toujours trop élevé en automne 2019, le Dr E. \_\_\_\_\_ a ordonné, le 8 octobre 2019, la poursuite de la prise d'Allopurinol 100 mg (traitement hypo-uricémiant), 1 matin et soir (cf. rapport du 8 octobre 2019 [AI pce 31]). Depuis lors, aucun rapport médical au dossier n'a plus fait mention des traitements et/ou de leur efficacité sur l'évolution de la maladie et l'impact de celle-ci sur la capacité de travail de l'assuré. Au contraire, le Dr P. \_\_\_\_\_ a relevé que l'ensemble de la documentation médicale à disposition ne précisait pas si la prise régulière du traitement spécifique d'Adénuric et de Colchicine avait été contrôlée à la suite du rapport de consultation du 24 avril 2019 du Dr K. \_\_\_\_\_, ni si des traitements hypo-uricémiants, tels que des urico-éliminateurs, supplémentaires avaient été prescrits, ces traitements médicaux étant à même de limiter fortement les épisodes de goutte et les effets délétères de celle-ci sur les articulations ainsi que de réduire de manière significative la formation de tophi (cf. prise de position médicale du 23 février 2021 [TAF pce 6]). Cependant, aucune mesure d'instruction n'a été effectuée sur ce point, de sorte que malgré l'introduction du traitement par Allopurinol, un hypo-uricémiant (cf. rapport du 8 octobre 2019 [AI pce 31]), l'on ignore les effets de celui-ci sur l'évolution de la maladie et l'impact de celle-ci sur la capacité de travail de l'assuré. En revanche, le Tribunal constate que l'intervention chirurgicale – libération du canal carpien et exérèse de tophus du pouce gauche – pratiquée le 30 septembre 2020 par le Dr Q. \_\_\_\_\_, soit à peine 2 mois avant la décision litigieuse, tend plutôt à démontrer l'inefficacité du traitement. Dans ces circonstances, force est de constater qu'il subsiste des doutes au sujet du traitement de la goutte polyarticulaire tophée et de l'impact de celle-ci sur la capacité résiduelle de travail de l'assuré.

**8.2.3.4** De surcroît, la valeur probante d'un rapport médical est liée à la condition que le médecin qui se prononce dispose de la formation spécialisée nécessaire et des compétences professionnelles requises dans le domaine d'investigation (*supra* consid. 7.3.1). Or, la maladie dont souffre le recourant dépend du domaine de la rhumatologie, spécialisation dont les Drs B. \_\_\_\_\_, H. \_\_\_\_\_ et K. \_\_\_\_\_ justifient, mais pas le Dr P. \_\_\_\_\_, spécialisé en médecine physique et réadaptation.

**8.2.3.5** Au demeurant, le Tribunal constate que le Dr P. \_\_\_\_\_ fait état d'une prétendue arthroscopie et ménisectomie interne et externe du genou gauche pratiquée le 1<sup>er</sup> novembre 2018 en vue de l'ablation de corps étrangers (cf. rapport du 14 octobre 2020 [AI pce 36] ; voir également *supra* consid. 8.1.1). Or, aucune des autres pièces médicales figurant au dossier

ne fait mention d'une troisième intervention chirurgicale – dont deux au niveau du genou gauche – dans l'espace de 11 mois.

**8.2.3.6** Compte tenu des doutes frappant l'évolution de la pathologie du recourant, respectivement sa capacité résiduelle de travail dans une activité adaptée à son état de santé, l'autorité inférieure ne pouvait pas statuer sur la demande de prestations d'invalidité de l'assuré sur la base des seules prises de position médicale SMR Rhône établies sur dossier par le Dr P.\_\_\_\_\_, mais aurait dû procéder à une instruction complémentaire du dossier. A ce défaut, l'autorité inférieure n'a pas pris toutes les mesures d'instruction ni recueilli tous les renseignements nécessaires à l'établissement complet des faits déterminants sur le plan médical afin de pouvoir statuer en connaissance de cause sur la demande de prestations d'invalidité du recourant, cela en violation de l'art. 43 LPGA. Dans ces circonstances, il convient de lui renvoyer le dossier en application de l'art. 61 al. 1 PA afin qu'elle complète son instruction en ordonnant la mise en œuvre d'une expertise en rhumatologie auprès d'un expert indépendant (cf. art. 44 LPGA), désigné dans le respect des droits de participation de l'assuré (cf. art. 7j de l'Ordonnance sur la partie générale du droit des assurances sociales [OPGA ; RS 830.11] ; voir également ATF 137 V 210 consid. 3.4.2.9). L'expert sera invité à se prononcer de façon précise et appropriée sur l'évolution de l'état de santé, du traitement et de la capacité résiduelle de travail du recourant dans une activité lucrative de substitution, cela jusqu'au moment de l'établissement du rapport d'expertise. Le cas échéant, il recueillera l'avis d'autres spécialistes, étant rappelé qu'il incombe en premier lieu à l'expert de déterminer l'étendue des investigations médicales indispensables dans le cas d'espèce (ATF 139 V 349 consid. 3.3 ; arrêt du TF 8C\_12472008 du 17 octobre 2008 consid. 6.3.1). L'expertise sera pratiquée en Suisse, l'organisme mandaté devant maîtriser les principes d'évaluation prévalant dans la médecine d'assurance suisse (cf. arrêt TF 9C\_235/2013 consid. 3.2 du 10 septembre 2013), et le mandat dûment exécuté sous réserve d'inexigibilité temporaire du voyage. Compte tenu de ce qui précède, il convient d'admettre le recours, d'annuler la décision litigieuse et de renvoyer la cause à l'autorité inférieure pour compléter l'instruction médicale et rendre une nouvelle décision.

## **9.**

Il reste à statuer sur les frais de la cause.

**9.1** Vu l'issue du litige, le recourant ne doit pas participer aux frais de procédure (cf. art. 63 al. 1 PA). En effet, selon la jurisprudence du Tribunal fédéral, la partie qui a formé recours est réputée avoir obtenu gain de

cause lorsque la cause est renvoyée à l'administration pour instruction complémentaire et nouvelle décision, indépendamment du fait qu'une conclusion ait ou non été formulée à cet égard, à titre principal ou subsidiaire (ATF 137 V 210 consid. 7.1 ; 132 V 215 consid. 6). Partant, l'avance de frais versée par le recourant à hauteur de CHF 800.- (TAF pce 4) lui sera restituée dès l'entrée en force du présent arrêt. Au demeurant, aucun frais de procédure ne peut être mis à la charge de l'autorité inférieure (art. 63 al. 2, 1<sup>ère</sup> phrase PA).

**9.2** En outre, conformément aux art. 64 al. 1 PA et 7 al. 1 du règlement du 21 février 2008 concernant les frais, dépens et indemnités fixés par le Tribunal administratif fédéral (FITAF, RS 173.320.2), le Tribunal peut allouer à la partie ayant obtenu gain de cause une indemnité pour les frais indispensables et relativement élevés qui lui ont été occasionnés par le litige. En l'espèce toutefois, dans la mesure où le recourant n'est pas représenté, le Tribunal peut renoncer à allouer des dépens (art. 7 al. 4 FITAF). L'autorité inférieure n'a pas droit à des dépens (cf. art. 7 al. 3 FITAF).

*(Le dispositif figure sur la page suivante.)*

**Par ces motifs, le Tribunal administratif fédéral prononce :**

**1.**

Le recours est admis en ce sens que la décision de l'OAIE du 26 novembre 2020 est annulée et la cause renvoyée à l'OAIE instruction complémentaire dans le sens des considérants et nouvelle décision.

**2.**

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

**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 (OFAS).

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

La présidente du collège :

La greffière :

Caroline Gehring

Cécile Bonmarin

**Indication des voies de droit :**

Pour autant que les conditions au sens des art. 82 ss, 90 ss et 100 ss LTF (RS 173.110) soient remplies, la présente décision peut être attaquée devant le Tribunal fédéral, Schweizerhofquai 6, CH-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 :