Bundesverwaltungsgericht
Tribunal administratif fédéral
Tribunale amministrativo federale
Tribunal administrativ federal



Cour III
C-5894/2011

Arrêt du 20 février 2014

Composition

Vito Valenti (président du collège),
Madeleine Hirsig-Vouilloz et Daniel Stufetti, juges,
Yannick Antoniazza-Hafner, greffier.

Parties

A._____,
recourant,

contre

Office de l'assurance-invalidité pour les assurés résidant à l'étranger (OAIE), Avenue Edmond-Vaucher 18, Case postale 3100, 1211 Genève 2,
autorité inférieure.

Objet

Assurance invalidité (décision du 15 septembre 2011).

Faits :

A.

A.a Le recourant A._____, ressortissant français né le […] 1971, travaille en Suisse en tant que frontalier pendant plusieurs périodes d'assurance de 1996 à 1997 comme soudeur à plein temps sur des chantiers (cf. dossier de la Caisse nationale suisse d'assurance en cas d'accidents [ci-après: CNA], p. 232 s.; dossier de l'Office de l'assurance-invalidité pour les assurés résidant à l'étranger [ci-après: OAIE], pce 4). Le 4 décembre 1997, il subit une distorsion du pied gauche sur son lieu de travail, ce qui entraîne une incapacité de travail et rend nécessaire de procéder à une plastie ligamentaire le 30 mars 1998 (dossier CNA p. 186). En date du 8 février 1999 (dossier OAIE, pce 1), l'assuré dépose une demande de prestations AI auprès de l'Office AI du canton de Bâle-Ville (ci-après: OAI BS).

A.b Par décision du 19 avril 2000 (dossier OAIE, pce 7), l'OAIE accorde à l'assuré une rente entière d'invalidité du 1er décembre 1998 au 28 février 1999 en se basant sur des rapports médicaux des 15 septembre 1998 (dossier CNA p. 182- 183 resp. p. 179-181 [traduction en français]) et 4 février 1999 (dossier CNA p. 177 s. resp. p. 175 s. [traduction en français]) établis par le service médical de la CNA.

A.c L'assuré ayant interjeté recours contre cette décision, la Commission fédérale de recours en matière d'assurance-vieillesse, survivants et invalidité pour les personnes résidant à l'étranger (ci-après: CR-AVS/AI), dans un jugement du 11 juillet 2000 (dossier OAIE, pce 15), annule cette dernière sur demande expresse de l'OAIE et renvoie la cause à l'administration pour instruction complémentaire.

En effet, il était apparu que l'évolution postopératoire avait été défavorable. Ainsi, une tentative de reprise de travail au mois d'août 1999 avait dû être interrompue après environ 3 semaines pour cause de douleurs (cf. dossier OAIE, pce 19; dossier CNA p. 235 s.). Par ailleurs, l'assuré avait été soumis à une deuxième plastie ligamentaire à la cheville gauche le 9 décembre 1999 (dossier CNA, p. 164). Finalement, dans un rapport du 5 mai 2000 (dossier CNA p. 162-163 resp. p. 156-158 [traduction en français]), le Dr B._____, de la CNA, retenait que l'assuré suivait diverses thérapies et ne pouvait pas travailler dans cet état.

A.d Suite au jugement de la CR-AVS/AI, l'assuré est à nouveau examiné par le service médical de la CNA (cf. rapport du 10 octobre 2000 [dossier

CNA p. 159-161 resp. p. 153-155 {traduction en français}]) et est hospitalisé à la Clinique O._____ du 27 mars au 27 avril 2001 (cf. rapport de physiothérapie du 26 avril 2001 [dossier CNA p. 140 s.]; rapport "Ateliers professionnels" du 27 avril 2001 [dossier CNA p. 143] et rapport de synthèse du 17 mai 2001 [dossier CNA p. 135 ss]). Lors de ce séjour, alors qu'il effectue des exercices sur un ergomètre, des troubles aigus se manifestent au genou droit qui seront identifiés comme lésion du ménisque interne du 3ème degré et nécessiteront la mise en œuvre d'une arthroscopie ligamentaire le 26 juillet 2001 (dossier CNA p. 134). Dans un rapport du 6 novembre 2001 (dossier CNA p. 131-133 resp. p. 127-130 [traduction en français]), le service médical de la CNA retient notamment une suspicion de lésion récidivante au niveau du ménisque interne droit et conclut que les douleurs au genou nécessitent de maintenir son immobilisation. En outre, il est constaté que l'assuré se plaint de douleurs tout au plus légères au poignet qu'il attribue à une chute avec les cannes (dossier CNA p. 132).

A.e Par décision du 19 novembre 2001 (dossier OAIE, pce 21), l'OAIE, s'appuyant notamment sur les conclusions de l'OAI BS (cf. "Mitteilung Beschluss" du 2 octobre 2001 [dossier OAIE, pce 20]), met l'assuré au bénéfice d'une rente entière dès le 1er mars 1999 [recte: 1er décembre 1998] et des rentes liées correspondantes pour enfants.

B.

B.a Ensuite de cela, l'assuré poursuit sa réhabilitation qui s'avère difficile. En date des 22 avril 2002 et 1er avril 2004 (dossier CNA p. 109 et 126; voir aussi prise de position du service médical de la CNA du 17 février 2003 [dossier CNA p. 119-122 resp. p. 116-118 {traduction en français}]), il subit deux nouvelles arthroscopies du genou droit puis, le 19 mai 2005, une nouvelle opération a lieu à cet endroit consistant en un recentrage rotulien avec transfert de tubérosité tibiale et réalignement par capsulomyorraphie (dossier CNA p. 487). En date du 31 août 2005, le service médical de la CNA constate une péjoration de l'affection au genou droit suite à la dernière intervention (dossier CNA p. 100-104 resp. 459-465 [traduction du rapport en français]). Il est décidé de procéder à une hospitalisation de l'assuré du 21 au 25 novembre 2005 à l'hôpital C._____. Les médecins mandatés établissent un rapport psychiatrique du 24 novembre 2005 (dossier CNA p. 96-99 resp. 248-250 [traduction en français]), un rapport neurologique du 24 novembre 2005 (dossier CNA p. 94-95 resp. p. 246-247 [traduction en français]) et un rapport orthopédique

du 15 février 2006 (dossier CNA p. 89-92 resp. 243- 245 [traduction en français]).

B.b Sur la base de cette nouvelle documentation médicale, l'OAIE, par lettre du 2 juin 2006 (dossier OAIE, pce 51), informe l'assuré que le droit à la rente AI a été réexaminé et qu'il a été constaté que le degré d'invalidité n'avait pas changé de manière à influencer le droit à la rente.

C.

C.a Ensuite de cela, le chirurgien traitant de l'assuré retire le matériel d'ostéosynthèse au genou droit le 3 août 2006 (cf. dossier CNA p. 356) puis, en date des 29 janvier et 2 avril 2007 (dossier CNA p. 372 et 371), procède à l'ablation de calcifications intra-tendineuses au même genou. Lors d'un examen au service médical de la CNA en date du 29 mai 2007 (dossier CNA p. 361-366 resp. 354-360 [traduction en français]), il est notamment relevé que l'assuré souffre actuellement d'une infection au genou droit avec sécrétion de pus 1 à 2 fois par semaine selon le patient et qu'il convient de mettre en œuvre une consultation de ce dernier auprès du Dr Professeur D._____, chef du service de Chirurgie à l'hôpital E._____ en France, qui donnera son avis sur la suite à donner au cas.

C.b Se basant principalement sur un rapport du 23 janvier 2008 établi par le Professeur D._____ (dossier CNA p. 339-340) et une nouvelle prise de position de son service médical du 17 novembre 2009 (dossier CNA p. 263-268 resp. 251-256 [traduction en français]), la CNA, dans une écriture du 3 décembre 2009 (dossier CNA p. 259-261), informe l'assuré qu'il n'a plus besoin de traitements en rapport avec les atteintes en cause et qu'elle met fin au paiement des soins médicaux et de l'indemnité journalière à ce titre avec effet au 1er janvier 2010.

C.c L'assuré conteste ces conclusions dans un écrit du 9 janvier 2010 (dossier CNA p. 235-238).

C.d Par décision du 21 mai 2010 (dossier CNA p. 195-197), la CNA relève qu'au vu des suites de l'accident (qui concernent la CNA) au pied gauche, au genou droit et au poignet droit, une activité légère à moyennement dure dans le secteur industrie, arts et métier, durant toute la journée, accomplie en majeure partie en position assise, peut en principe être exigée de sa part. Une comparaison des revenus ferait ainsi apparaître une perte de gain théorique de 24%, de sorte que, dès le 1er janvier 2010,

les prestations de la CNA consiste en le versement d'une rente mensuelle d'un montant de Fr. 1'339.25.

C.e Le 18 juillet 2010, l'assuré est victime d'une entorse au genou gauche après avoir glissé dans une cage d'escalier (voir rapport LAA du 5 avril 2011 [dossier CNA p. 734]), ce qui rendra nécessaire de procéder à une arthroscopie le 22 novembre 2010 (cf. rapport du même jour [dossier CNA p. 696]). La CNA ouvre un nouveau dossier d'assurance à cet effet et demande entre autres à son service médical de prendre position en la matière (cf. rapport médical du 5 avril 2011 [dossier CNA p. 735-740 resp. 741-748 {traduction en français}]).

C.f Par décision du 20 mai 2011 (dossier OAIE, pce 90), la CNA clos le cas au 31 mai 2011 en ce qui concerne les suites de l'accident, réfute tout droit à d'autres prestations d'assurance et met fin au versement des indemnités journalières et des frais de traitement alloués jusqu'alors.

D.

D.a Parallèlement aux mesures d'instruction effectuées par la CNA, l'OAIE ouvre une procédure de révision du droit à la rente d'invalidité en 2010. Après avoir requis l'avis de son service médical (cf. rapports des 20 janvier et 12 juin 2011 [dossier OAIE, pces 84 et 93]) et effectué une comparaison des revenus mettant en évidence une perte de gain de 20% (acte du 21 février 2011 [dossier OAIE, pce 85]), elle informe l'assuré que, selon elle, il n'existe plus de droit à une rente (projet de décision du 17 juin 2011 [dossier OAIE, pce 94]).

D.b Par acte du 21 juillet 2011 (dossier OAIE, pce 102), l'assuré exprime son désaccord quant au projet de décision en mettant en avant ses douleurs. Il produit des rapports médicaux des 4 août 2010, 28 février 2011, 16 mars 2011 et 15 avril 2011.

D.c Par décision du 15 septembre 2011 (dossier OAIE, pce 106), l'OAIE, se basant sur une nouvelle prise de position de son service médical (rapport du 29 août 2011 [dossier OAIE, pce 104]), supprime le droit à la rente d'invalidité avec effet au 1er novembre 2011.

E.

Par acte daté du 18 octobre 2011 (TAF 1), l'assuré interjette recours contre cette décision auprès du Tribunal administratif fédéral. Il produit

des certificats médicaux non encore versés au dossier de la CNA et de l'OAIE des 5 février 1999 et 27 août 2011.

F.
Invité par ordonnance du 3 novembre 2011 à remplir le formulaire "Demande d'assistance judiciaire" (pce TAF 5), l'assuré s'exécute par le biais d'un courrier du 8 décembre 2011 (TAF 7).

G.
Lors de l'échange d'écriture ultérieur, les parties restent sur leur position (préavis du 18 mai 2012 [pce TAF 13] se basant sur une nouvelle prise de position du service médical de l'OAIE du 9 avril 2012 [dossier OAIE, pce 110]; réplique du 11 juillet 2012 [pce TAF 18]; duplique du 2 août 2012 [pce TAF 20]).

H.
La duplique du 2 août 2012 est transmise au recourant avec octroi d'un délai de 15 jours dès notification dudit pour faire part de ses remarques éventuelles (ordonnance du 10 août 2012 [pce TAF 21]). L'assuré renonce à se prononcer dans le délai imparti.

Droit :

1.

1.1 Sous réserve des exceptions – non réalisées en l'espèce – prévues à l'art. 32 de la loi du 17 juin 2005 sur le Tribunal administratif fédéral (LTAF, RS 173.32), entrée en vigueur le 1er janvier 2007, le Tribunal de céans, 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), connaît des recours interjetés par les personnes résidant à l'étranger contre les décisions concernant l'octroi de rente d'invalidité prises par l'OAIE.

1.2 En vertu de l'art. 3 let. dbis PA, auquel renvoie l'art. 37 LTAF, 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. Selon l'art. 2 LPGA, les dispositions de la présente loi sont applicables aux assurances sociales régies par la législation fédérale, si et dans la mesure où les lois spéciales sur les assurances sociales le prévoient. Or, l'art. 1 al. 1 LAI mentionne que les dispositions de la LPGA s'appliquent à l'assurance-

invalidité (art. 1a à 26bis et 28 à 70), à moins que la LAI ne déroge à la LPGA.

1.3 Selon l'art. 59 LPGA, quiconque est touché par la décision ou la décision sur opposition et a un intérêt digne d'être protégé à ce qu'elle soit annulée ou modifiée a qualité pour recourir. Ces conditions sont remplies en l'espèce.

1.4 Déposé en temps utile et dans les formes requises par la loi, le recours est recevable.

2.
Le recourant est citoyen d'un Etat membre de la Communauté européenne. Par conséquent est applicable, en l'espèce, l'Accord sur la libre circulation des personnes du 21 juin 1999, entré en vigueur le 1er juin 2002, entre la Confédération suisse, d'une part, et la Communauté européenne et ses Etats membres, d'autre part (ALCP, RS 0.142.112.681), dont l'Annexe II règle la coordination des systèmes de sécurité sociale (art. 80*a* LAI; concernant les nouveaux règlements de l'Union européenne [CEE] n° 883/2004 et 987/2009, on note que ceux-ci sont entrés en vigueur pour la relation avec la Suisse et les Etats de l'Union européenne depuis le 1er avril 2012). Conformément à l'art. 3 al. 1 du Règlement (CEE) N° 1408/71 du Conseil du 14 juin 1971, en vigueur jusqu'au 31 mars 2012, les personnes qui résident sur le territoire de l'un des Etats membres et auxquelles les dispositions du règlement sont applicables, sont soumises aux obligations et sont admises au bénéfice de la législation de tout Etat membre dans les mêmes conditions que les ressortissants de celui-ci, sous réserve de dispositions particulières contenues dans ledit règlement. Comme avant l'entrée en vigueur de l'ALCP, le degré d'invalidité d'un assuré qui prétend à une rente de l'assurance-invalidité suisse est déterminé exclusivement d'après le droit suisse (art. 40 par. 4 du Règlement 1408/71; ATF 130 V 257 consid. 2.4), 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. 40 du règlement [CEE] n° 574/72, en vigueur jusqu'au 31 mars 2012).

3.
Le droit applicable est déterminé par les règles en vigueur au moment où les faits juridiquement déterminants se sont produits, le juge n'ayant pas à prendre en considération les modifications du droit ou de l'état de fait postérieures à la date déterminante de la décision litigieuse (ATF 129 V 4

consid. 1.2). Etant donné que la présente procédure de révision a été entamée en 2010 et que l'objet du litige porte sur une diminution de la rente d'invalidité de l'assuré à partir du 1er novembre 2011, le droit aux prestations doit être examiné en fonction de la LAI, dans sa teneur en vigueur dès le 1er janvier 2008 (5ème révision de la LAI). Ne sont en revanche pas applicables les dispositions de la 6ème révision de ladite loi en vigueur dès le 1er janvier 2012.

4.
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, qui peut résulter d'une infirmité congénitale, d'une maladie ou d'un accident (art. 8 LPGA et 4 al. 1 LAI). Selon l'art. 7 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. Aux termes de l'art. 28 al. 1 LAI l'assuré a droit à un quart de rente s'il est invalide à 40% au moins, à une demi-rente s'il est invalide à 50% au moins, à trois quarts de rente s'il est invalide à 60% au moins et à une rente entière s'il est invalide à 70% au moins. La notion d'invalidité est de nature économique/juridique et non médicale (ATF 116 V 246 consid. 1b).

5.
Le taux d'invalidité d'une personne exerçant une activité lucrative est fixé d'après la comparaison des revenus prévue par l'art. 16 LPGA, c'est-à-dire essentiellement selon des considérations économiques. Ainsi le revenu que l'assuré aurait pu obtenir s'il n'était pas invalide est comparé avec celui qu'il pourrait obtenir en exerçant l'activité qui peut raisonnablement être exigé de lui après les traitements et les mesures de réadaptation sur un marché du travail équilibré. Aux termes des art. 8 LPGA et 4 al. 1 LAI, l'objet assuré n'est pas l'atteinte à la santé physique, mais les conséquences économiques de celles-ci, à savoir une incapacité de gain probablement permanente ou de longue durée. Ainsi le taux d'invalidité ne se confond pas nécessairement avec le taux d'incapacité fonctionnelle déterminé par le médecin; ce sont les conséquences économiques objectives de l'incapacité fonctionnelle qu'il importe d'évaluer (ATF 110 V 273 consid. 4). Le Tribunal fédéral a néanmoins jugé que les données fournies par les médecins constituent un élément utile pour déterminer quels travaux peuvent encore être exigés de l'assuré (ATF 125 V 256 consid. 4).

6.
En l'espèce, l'objet du litige ─ dont l'acte attaqué en délimite le cadre ─ porte sur le point de savoir si l'administration a agi conformément au droit en supprimant la rente entière d'invalidité de l'intéressée à partir du 1er novembre 2011 par la voie de la révision. Cela étant, il appert que la manière de procéder de l'autorité inférieure est critiquable à plus d'un titre.

7.
Tout d'abord sur le plan formel, autant la tenue des actes versés au dossier que la motivation apportée par l'administration dans l'acte entrepris prête le flanc à la critique.

7.1 Selon l'art. 46 LPGA, lors de chaque procédure relevant des assurances sociales, l'assureur enregistre de manière systématique tous les documents qui peuvent être déterminants. Ce devoir imparti à l'autorité administrative constitue un corollaire du droit d'être entendu en ce sens que, entre autres, il garantit qu'une partie puisse valablement faire usage de son droit de consulter le dossier (art. 26 PA en relation avec l'art. 55 al. 1 LPGA.) et que l'autorité de recours obtienne rapidement un aperçu de tous les documents déterminants de la cause en recevant le dossier de l'instance inférieure (BERNHARD WALDMANN/MAGNUS OESCHGER, in: BERNHARD WLADMANN/PHILIPPE WEISSENBERGER [éd.], Praxiskommentar zum Bundesgesetz über das Verwaltungsverfahren, Zurich Bâle Genève 2009, ad art. 26 n° 40). Pour que ces objectifs puissent être atteints, il est donc essentiel que le dossier soit tenu de manière ordonnée et claire (arrêt du Tribunal fédéral 8C_319/2010 du 15 décembre 2010 consid. 2.2.1). Tel n'a pas été le cas dans la présente affaire. En effet, force est de constater que la grande partie des pièces médicales déterminantes ne se trouvent pas dans le dossier de l'OAIE mais dans celui de la CNA. Or, les pièces de la CNA transmises par l'OAIE au présent Tribunal en annexe à son dossier ─ à savoir 752 pages qui lors de leur réception n'étaient même pas reliées ─ ne sont pas classées de manière systématique, ce qui est difficilement compatible avec les conditions jurisprudentielles précitées.

7.2 En outre, on relève que toutes les prises de position du service médical de l'OAIE ont été rédigées par la Dresse F._____ en allemand, alors qu'il ressort clairement du dossier de la CNA que l'assuré ne maîtrise pas cette langue. Ce dernier, dans sa réplique du 11 juillet 2012 (pce TAF 18), indique expressément que, pour cette raison, il n'a pas été en mesure de se défendre valablement dans la présente affaire. De prime abord, ce grief ne paraît pas être dénué de pertinence, dès lors que la

langue de la procédure est in casu le français et que l'autorité se doit de motiver de manière suffisante les éléments essentiels à la base de ses conclusions dans cette langue. Or, comme on le verra ci-après, les rapports médicaux de la Dresse F._____ sont déterminants pour l'issue de la cause en ce sens qu'ils prennent position quant aux affections qui n'ont pas été évaluées par le service médical de la CNA vu l'absence d'un lien de causalité avec un accident. Dans ces circonstances, il semble très douteux que l'autorité inférieure puisse se contenter, dans la décision attaquée et dans son préavis (dossier OAIE, pce 106; pce TAF 13), de renvoyer simplement à ces rapports en allemand sans donner pour le moins un minimum d'information en français quand à leur contenu (cf. arrêt du Tribunal administratif fédéral C-504/2011 du 21 mai 2012 consid. 3.4).

7.3 Vu que, comme on le verra dans les considérants suivants, il convient de toute manière de renvoyer la cause à l'autorité inférieure pour instruction complémentaire quant au fond, la question de savoir si ces vices d'ordre formel peuvent justifier à eux seuls un renvoi de la cause à l'administration peut rester indécise en l'espèce.

8.

8.1 Sur le plan matériel, les conditions nécessaires à la révision des rentes AI sont déterminées à l'art. 17 LPGA. Selon cette disposition, si le taux d'invalidité du bénéficiaire de la rente subit une modification notable, la rente est, d'office ou sur demande, révisée pour l'avenir, à savoir augmentée ou réduite en conséquence, ou encore supprimée. Le deuxième alinéa de la même règle prévoit que toute prestation durable accordée en vertu d'une décision entrée en force est, d'office ou sur demande, augmentée ou réduite en conséquence, ou encore supprimée si les circonstances dont dépendait son octroi changent notablement. Pour examiner si, dans un cas de révision, il y a eu une modification importante du degré d'invalidité au sens de l'art. 17 LPGA, le juge doit prendre en considération l'état des faits tel que retenu dans la dernière décision entrée en force se fondant sur un examen matériel du droit à la rente avec une constatation des faits pertinents opérée de façon conforme au droit ainsi qu'une appréciation des preuves et une comparaison des revenus (en cas d'éléments permettant de conclure à une modification de l'état de santé avec répercussion sur la capacité de gain) et le comparer à la situation existant au moment où la nouvelle décision doit être rendue. Les règles de la reconsidération et de la révision procédurale demeurent toutefois réservées (ATF 133 V 108 consid. 5.4). En cas d'une simple communication au sens de l'art. 74ter RAI, par laquelle l'administration informe

l'assuré que, au terme d'une procédure de révision d'office, aucune modification de la situation propre à influencer le droit aux prestations n'a été constatée, le Tribunal fédéral a précisé qu'un tel acte devait en principe être retenu comme moment déterminant pour la comparaison des faits si il se fondait sur une instruction correspondant aux exigences jurisprudentielles en la matière (arrêt à 5 juges 8C_441/2012 du 25 juillet 2013 consid. 3.1.2 et consid. 4 s.).

8.2 En l'espèce, une rente entière AI a été allouée à l'assuré dès le 1er février 1999 [recte: 1er décembre 1998] par décision du 19 novembre 2001 (dossier OAIE pce 21; voir aussi pces 7 et 15). Ensuite de cela, le droit à la rente entière a été confirmé par simple communication du 2 juin 2006 (dossier OAIE, pce 51). Cet acte se basait sur une documentation médicale fouillée vu que l'assuré avait été hospitalisé du 21 au 25 novembre 2005 à l'hôpital C._____ et que les experts mandatés avaient établi plusieurs documents médicaux donnant un aperçu détaillé de l'état de santé de l'intéressé (cf. supra let. B.a). Il convient donc de considérer la communication du 2 juin 2006 comme base de référence pour la comparaison des faits déterminants tel que l'a retenu l'autorité inférieure dans son préavis du 18 avril 2012 (pce TAF 13). Celle-ci se basait avant tout sur un rapport du Dr G._____ du 31 août 2005 et un rapport orthopédique du 15 février 2006 établi par les Drs H._____ et I._____, médecins travaillant à l'hôpital C._____. Le premier praticien cité indiquait notamment que la situation au niveau du genou droit avait considérablement empiré depuis l'opération du 19 mai 2005 et que seulement 2-3 heures d'activités assises alternant l'exécution de tâches induisant un stress quelque peu variable apparaissaient comme raisonnable (dossier CNA, p. 100-104). Pour leurs part les Drs Drs H._____ et I._____ posaient les diagnostics de (1) Genou droit: vis douloureuses à la pression en présence d'un status après opération de transposition de la tubérosité tibiale en mai 2005; (2) Hypoesthésie non spécifique dans la région distale externe du genou droit (non liée au dermatome, conséquence de la cicatrisation locale); (3) Neuropathie irritative du nerf cutané dorsal latéral du nerf sural, terminaison cutanée sensible dans la région de la cicatrice de l'opération en direction distale de la malléole externe gauche; (4) Status après deux opérations dans la région de la cheville gauche avec ligamentoplastie; (5) Légère instabilité de l'articulation médio-carpienne droite sans lésion du ligament scapho-lunaire; (6) Dysthymie et (7) Personnalité accentuée avec traits narcissiques prédominants. Leurs conclusions étaient les suivantes: "La mobilité du poignet droit est pratiquement normale, le craquement s'explique par un[e] légère instabilité médio-carpienne qui, renseignements pris auprès du chirurgien de la main, peut

faire l'objet d'un traitement ergothérapeutique. Nous déconseillons une révision chirurgicale pour stabiliser le poignet, car les chances de succès sont très limitées. Concernant la cheville gauche, nous n'observons pas d'amélioration massive après infiltration locale, si bien que, renseignements pris et après discussion, une reprise chirurgicale est déconseillée. Le traitement initial de désensibilisation en physiothérapie a déjà apporté une amélioration modérée lors du bref séjour stationnaire, si bien que nous favorisons une procédure conservatrice avec thérapie de désensibilisation de la branche cutanée concernée. En cas de résistance au traitement, une révision chirurgicale pourrait être envisagée, mais cette solution n'est pas encore d'actualité. Concernant la problématique au genou nous recommandons le retrait des vis pour os spongieux par le chirurgien" (traduction du rapport du 15 février 2006 [dossier CNA p. 245]). Le médecin de la CNA donnait son accord à cette manière de procéder (rapport du 2 mars 2006 signé par le Dr G._____ [dossier CNA p. 429]).

8.3
Dans le cadre de la procédure de révision de la rente entamée en 2010, la documentation médicale a notamment été complétée par les pièces suivantes.

8.3.1 Dans un rapport du 29 mai 2007 (dossier CNA p. 361-366), le Dr G._____ relève que l'ablation du matériel de synthèse au genou droit a eu lieu le 3 août 2006 et complète la liste des diagnostics comme suit: (1) Status après ablation – à deux reprises – de calcifications intratendineuses au niveau du tendon rotulien du genou droit (les 29 janvier 2007 et 2 avril 2007); (2) Fistule localisée à la hauteur de la partie proximale du tibia droit. Selon lui, la problématique du genou droit se place clairement au premier plan des préoccupations thérapeutiques et il convient de mettre en œuvre une consultation de l'assuré auprès du Dr D._____ en France qui se prononcera sur les suites du traitement. Le médecin de la CNA conclut qu'il faut tenir compte du fait que l'assuré souffre actuellement d'un processus infectieux au niveau de son genou droit ainsi que d'une hypersensibilité localisée à la hauteur de la face externe de l'articulation tibio-tarsienne gauche; par conséquent on peut exiger du patient qu'il effectue actuellement en majorité des activités en position assise pendant toute la journée; les tâches doivent être avant tout légères ou de pénibilité moyenne. En outre, il faut que l'assuré soit en mesure de choisir la durée des périodes pendant lesquelles il doit être debout ou se déplacer. Par contre, les activités suivantes ne sont actuellement pas exigibles de sa part: tâches à effectuer principalement debout ou en se déplaçant, travaux à effectuer en étant agenouillé, tâches pou-

vant être qualifiée de dangereuses, activités qui sont constamment de pénibilité moyenne ou importante et qui mettent surtout à contribution les extrémités inférieures.

8.3.2 Dans un rapport du 21 janvier 2008 portant sur le genou droit du patient, le Dr D._____ retient qu'"il n'existe pas d'argument en faveur d'une atteinte neuropathique des branches infra-patellaires du nerf saphen médial en regard de la cicatrice. Au total, il n'y a pas d'argument en faveur d'un phénomène infectieux résiduel actuel. La douleur intense arguée par le patient peut difficilement être mise sur le compte de la seule lésion méniscale postéro-médiale. La lésion méniscale et la calcification tendineuse jouent peut-être le rôle d'une douleur gachette mais celle-ci, dans le cadre d'une douleur chronique rebelle, présente une intensité supérieure à la norme. Sur ce genou qui a déjà subi de multiples intervention, il parait aléatoire de proposer une nouvelle intervention (méniscectomie médiale complémentaire ou excision de la calcification antérieure)." Le Dr D._____ propose de débuter par une prise en charge dans une unité de la douleur et ensuite éventuellement une prise en charge chirurgicale.

8.3.3 Dans un rapport du 1er septembre 2009 (60), le Dr J._____ certifie que l'intéressé présente depuis plus d'un an des gonalgies du genou gauche mécaniques persistantes devenant pénibles et invalidantes apparues au cours d'une longue évolution de phénomènes mécaniques douloureux du genou gauche. Une imagerie a mis en évidence une pathologie cartilagineuse dégénérative du compartiment interne ainsi qu'une atteinte dégénérative du ménisque interne, ce qui nécessite de procéder à une arthroscopie.

8.3.4 Pour sa part, le Dr K._____ fait part d'un examen neurologique normal dans un rapport du 21 septembre 2010 (dossier OAIE, pce 80).

8.3.5 Le Dr L._____, dans un certificat du 20 mai 2010 (69), se référant à un rapport précédant du 18 décembre 2003 (dossier CNA p. 82-82), pose le diagnostic de séquelles douloureuses ostéoarticulaires de la cheville gauche et du genou droit et indique un état de santé resté inchangé. Selon lui, il n'y aurait pas d'incapacité de travail supérieur à 50%.

8.3.6 Dans des rapports des 17 novembre 2009 (dossier CNA p. 263-268) et 5 avril 2011 (dossier CNA p. 735-740), le Dr G._____ constate une amélioration au genou droit par rapport au dernier examen effectué par lui-même en 2007. Il relève que la nouvelle affection au genou gau-

che, dans la mesure où elle peut être prise en compte par la CNA, ne fait pas obstacle à l'exercice d'une activité de substitution telle que décrite dans le rapport du 29 mai 2007. Au demeurant, au niveau de la cheville gauche, le retrait des pièces métalliques est recommandé (dossier CNA p. 268).

8.3.7 Dans des rapports 20 janvier 2011 (84), 12 juin 2011 (93), 29 août 2011 (104) et 9 avril 2012 (110), la Dresse F._____ du service médical de l'OAIE constate que les vis au genou droit ont enfin été retirées. Or, c'était justement à cause de cette situation au genou droit que la capacité de travail de l'assuré avait été évaluée à 2-3 heures par jour dans une activité adaptée dans le rapport du médecin d'arrondissement de la CNA du 31 août 2005 dont l'appréciation avait été reprise par le service médical de l'OAIE dans une prise de position du 9 mai 2006. Par ailleurs, on ne retrouvait plus de trace d'une fistule au genou droit et une opération avait été réalisée pour procéder à l'ablation de calcifications intratendineuses gênantes. Les nouveaux rapports du médecin de la CNA ainsi que du Dr L._____ démontreraient une amélioration claire de la situation clinique. Par ailleurs, la nouvelle affection au genou gauche de l'assuré ne serait pas de nature à provoquer une incapacité de travail durable dans une activité respectant les restrictions fonctionnelles retenues. Il en irait de même de la problématique lombaire dès lors qu'aucun déficit radiculaire ne ressortirait des pièces médicales versées au dossier.

8.4 Reprenant l'appréciation de son service médical, l'OAIE estime que la documentation versée au dossier est suffisante pour procéder à une révision de la rente. Pour sa part, l'assuré conteste être à même de reprendre une activité lucrative quelconque et argue que les douleurs au genou droit sont intenses et que d'autres affections se sont superposées à celles existant déjà lors de l'octroi initial de la rente, à savoir une problématique au rachis, une affection au poignet devant faire l'objet d'un traitement ergothérapeutique ainsi qu'une atteinte au genou gauche nécessitant la réalisation d'un nouveau geste chirurgical. Il souligne que, vu les douleurs vraiment intenses aux deux genoux, un fauteuil roulant lui a été prescrit par ordonnance. En outre, il devra subir une opération à la cheville gauche et s'étonne que cet état de fait flagrant ne soit pas mentionné dans le dernier rapport de la CNA du 5 avril 2011. Les répercussions concrètes de toutes ces atteintes seraient également très dures à supporter moralement. Compte tenu de l'ensemble de ces circonstances et se plaignant que l'assureur-accident n'ait pas tenu compte de la problématique concernant l'aileron rotulien au genou gauche, motifs pris que cet état de fait ne ferait pas partie de l'accident, il dit ne pas pouvoir comprendre que

l'OAIE ait rendu une décision concernant sa capacité de travail sans avoir pris soin de le faire examiner par un médecin au préalable. Par ailleurs, selon lui, une suppression entière du droit à la rente présupposerait qu'il ait été mis au bénéfice d'une mesure de réadaptation professionnelle, vu qu'il ne voit pas quel employeur pourrait être disposé à l'engager vu les nombreuses limitations fonctionnelles dont il fait l'objet.

9.
Le Tribunal de céans prend position comme suit.

9.1 La procédure relevant du droit des assurances sociales est régies par le principe inquisitoire, selon lequel l'administration et, en procédure de recours, le juge, constatent les faits d'office avec la collaboration des parties et administrent les preuves nécessaires (art. 43 al. 1 et 61 let. c LPGA; ATF 125 V 193 consid. 2) pour qu'un arrêt puisse être prononcé au degré de la vraisemblance prépondérante valable en droit des assurances sociales. Par définition, le principe inquisitoire exclut que l'assuré doive lui-même prendre à sa charge l'administration des preuves, dès lors qu'il appartient à l'Office AI ou à l'autorité judiciaire invoquée de récolter les pièces qui permettent de se prononcer valablement dans l'affaire en cause (arrêt du Tribunal fédéral 8C_742/2013 du 27 novembre 2013 consid. 4.2). Font partie de l'état des faits déterminants tous les éléments dont il dépend de la présence qu'une cause soit résolue dans un sens plutôt que dans un autre (arrêt du Tribunal fédéral 8C_85/2013 du 29 mai 2013 consid. 3.1). Dans ce cadre, les autorités administratives ou judiciaires sont toujours tenues de procéder à une instruction complémentaires lorsque, en raison des déclarations des parties ou d'autres indices résultant des actes au dossier qui sont suffisamment pertinents, une telle mesure apparaît nécessaire (ATF 117 V 282 consid. 4a).

Les preuves doivent être appréciées de manière complète et rigoureuse sans que l'administration ou le juge soient liés par des règles formelles. Il convient toutefois de souligner que les documents établis par le service médical d'un assureur ne revêtent pas la même valeur probante que les expertises judiciaires ou les expertises réalisées par l'assureur conformément à l'art. 44 LPGA. En conséquence, si la cause est liquidée sans avoir recours à un expert externe, il convient de retenir des exigences élevées quant à l'appréciation des preuves. Ainsi, s'il subsiste des doutes même faibles quant à la fiabilité et la pertinence de l'appréciation rendue par le médecin interne à l'assurance, il y aura lieu de mettre en oeuvre une expertise par un médecin indépendant (arrêt du Tribunal fédéral 8C_920/2012 du 28 mai 2013 consid. 2.2). Par ailleurs, selon une juris-

prudence constante, la qualification du médecin joue un rôle déterminant dans l'appréciation de documents médicaux. Il s'ensuit que le médecin rapporteur ou pour le moins le médecin signant le rapport médical doit en principe disposer d'une spécialisation dans la discipline médicale concernée; à défaut, la valeur probante d'un tel document est moindre (cf. arrêt du Tribunal fédéral 9C_826/2009 du 20 juillet 2010 consid. 4.2 portant sur les rapports des services médicaux régionaux au sens de l'art. 49 al. 2 RAI).

9.2 En l'espèce, force est de constater que l'instruction menée par l'autorité inférieure ne permettait pas de se déterminer au niveau de la vraisemblance prépondérante.

9.2.1 En effet, l'OAIE ne saurait être suivi en tant qu'il prétend que la documentation médicale récoltée par la CNA suffirait pour conclure à ce que l'intéressé dispose d'une capacité de travail entière dans une activité de substitution. En effet, dans son rapport du 17 novembre 2009, le Dr G._____ relève certes qu'il constate une amélioration au genou droit de l'assuré et que l'affection à la cheville gauche ne fait pas obstacle à l'accomplissement d'une activité de substitution. Cependant, il relève aussi que le patient se plaint de douleurs au genou gauche et au rachis qui sont sans rapport avec l'accident (dossier CNA p. 268), de sorte qu'il n'en tient pas compte dans l'évaluation de l'invalidité. Cela a par ailleurs été expressément signalé dans la décision de la CNA du 21 mai 2010 mettant fin aux indemnité journalières versées jusqu'alors à l'assuré. L'assureur accident s'exprimait comme suit: "quant aux restrictions concernant le genou gauche et la colonne vertébrale, celles-ci sont liées à la maladie et ne peuvent par conséquent pas être prises en considération lors de l'évaluation du degré d'invalidité" (dossier CNA p. 196). Par la suite, l'intéressé a fait une chute dans une cage d'escalier le 17 juillet 2010 en se faisant une entorse au genou gauche, si bien que la CNA a ouvert un nouveau cas d'assurance à cet effet. Dans un rapport du 5 avril 2011, le Dr G._____ retient que la méniscectomie effectuée en date du 22 novembre 2011 était consécutive à l'accident en raison de son caractère typiquement post-traumatique. Pour ce qui est de l'hypertension rotulienne au genou gauche, il nie tout lien de causalité avec l'accident du 17 juillet 2010, de sorte qu'il ne prend manifestement pas en considération cet élément dans son évaluation de l'invalidité (cf. dossier CNA p. 739). Compte tenu de ces lacunes, on ne saurait prétendre que les rapports rédigés par le Dr G._____ sont suffisants pour se forger une conviction (cf. arrêt du Tribunal fédéral 8C_371/2013 du 28 novembre 2013 consid. 4.4).

9.2.2 Par ailleurs, les autres documents médicaux au dossier ne permettent pas de lever les doutes quant à la capacité de travail effective de l'assuré. En effet, les différentes prises de position du service médical de l'OAIE, toutes signées par la Dresse F._____, revêtent une valeur probante limitée, dès lors que cette praticienne, spécialiste en médecine interne et néphrologie, ne dispose pas d'une qualification spécifique en orthopédie et qu'elle n'a pas examiné elle-même l'assuré quand bien même on ne saurait sans autre parler d'un substrat médical clair dans la présente affaire. Il en va de même des rapports des 20 mai et 21 septembre 2010 (dossier OAIE, pces 69 et 80) fournis par les institutions de sécurité sociale française qui sont beaucoup trop succincts pour permettre un jugement valable sur l'état de santé et la capacité de travail de l'intéressé. En particulier, le fait que le premier rapport cité fasse part d'un examen neurologique normal ne suffit pas à exclure une atteinte invalidante dans un travail de substitution, notamment en rapport avec les douleurs lombaires et cervicales (voir arrêts du Tribunal fédéral 9C_870/2010 du 24 janvier 2011 consid. 4.3; 9C_542/2011 du 16 janvier 2012 consid. 4.2). Le rapport du 21 septembre 2010 renforce même le doute puisqu'il fait part d'une manière très vague d'une incapacité de travail n'excédant pas 50% compte tenu des affections mises en évidence.

9.2.3 Finalement, on relève que, dans un rapport psychiatrique du 24 novembre 2005 (dossier CNA p. 98-99), les experts M._____ et N._____ posent les diagnostics de dysthymie (CIM-10 F 34.1) et de personnalité accentuée avec traits narcissiques prédominants (CIM-10 Z 60.0). Selon ces experts, il est possible que la structure de pensée et de vie réduite et étroite induise une certaine limitation de la capacité de travail et propose de procéder à des investigations supplémentaires sur ce point. Or, force est de constater qu'aucune mesure d'instruction n'a eu lieu en la matière par la suite, quand bien même ce rapport aurait dû inciter l'administration à agir en ce sens, étant relevé que le simple fait que l'office de liaison français ait signalé à l'autorité inférieure qu'aucun document psychiatrique n'avait été établi en France concernant l'assuré (cf. dossier OAIE, pce 73) ne suffisait pas à conclure qu'une mesure d'instruction à ce titre était devenue superflue (cf. pour comparaison arrêt du Tribunal fédéral 9C_860/2009 du 16 avril 2010 consid. 4.3). Il subsiste donc un sérieux doute quant au point de savoir si l'intéressé ne souffre pas d'une atteinte psychiatrique invalidante.

10.

Compte tenu de l'importance des lacunes constatées, les actes versés à la cause ne permettent donc pas de se prononcer valablement sur l'état

de santé de l'assuré et sa capacité de gain. En application de l'art. 61 al. 1 PA, il se justifie par conséquent de renvoyer exceptionnellement l'affaire à l'autorité inférieure pour qu'elle procède aux mesures d'instruction qui s'imposent (cf. ATF 137 V 210 consid. 4.4.1.4). Dans ce cadre, l'autorité inférieure veillera notamment à récolter auprès de la CNA un dossier actualisé qui aura été numéroté de manière ordonnée et claire (cf. supra consid. 7.1). Par ailleurs, elle mettra en œuvre une expertise pluridisciplinaire avec pour le moins le concours d'un orthopédiste, d'un rhumatologue ainsi que d'un psychiatre et, le cas échéant, de tout autre spécialiste dont l'avis s'avérerait nécessaire pour porter un jugement valable sur la capacité de travail résiduelle de l'assuré. L'ensemble du dossier sera par la suite soumis au service médical de l'OAIE pour examen. Enfin, une nouvelle décision sera prise.

10.1
Vu l'issue de la cause, il n'est pas perçu de frais de procédure (art. 63 PA) et la demande d'assistance judiciaire partielle devient sans objet.

10.2
Le recourant ayant agi sans avoir eu recours à un représentant et n'ayant pas démontré avoir eu à supporter des frais indispensables et relativement élevés, il ne lui est pas allouée une indemnité à titre de dépens (art. 64 al. 1 PA et art. 7 ss du règlement du 21 février 2008 concernant les frais, dépens et indemnités fixés par le Tribunal administratif fédéral [FITAF, RS 173.320.2]).

Par ces motifs, le Tribunal administratif fédéral prononce :

1.
Le recours est partiellement admis en ce sens que la décision du 15 septembre 2011 est annulée et la cause renvoyée à l'OAIE pour instruction complémentaire au sens des considérants et nouvelle décision.

2.
Il n'est pas perçu de frais de procédure et la demande d'assistance judiciaire partielle devient sans objet.

3.
Il n'est pas alloué de dépens.

4.
Le présent arrêt est adressé :

– au recourant (Recommandé avec avis de réception)
– à l'autorité inférieure (n° de réf. ; Recommandé)
– à l'Office fédéral des assurances sociales (Recommandé).

Le président du collège : Le greffier :

Vito Valenti Yannick Antoniazza-Hafner

Indication des voies de droit :

Pour autant que les conditions au sens des art. 44 ss, 82 ss, 90 ss et 100 de la loi du 17 juin 2005 sur le Tribunal fédéral (LTF, RS 173.110) 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. 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 (voir art. 42 LTF).

Expédition :