



---

Cour III  
C-1874/2025

## Arrêt du 19 septembre 2025

---

Composition

Caroline Bissegger (présidente du collège),  
Caroline Gehring, Beat Weber, juges,  
Müjde Atak, greffière.

---

Parties

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

contre

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

---

Objet

Assurance-invalidité, refus de rente  
(décision du 7 février 2025).

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

A. \_\_\_\_\_ (ci-après : assuré, intéressé ou recourant), né le (...) 1965 et de nationalité portugaise, est marié et père de deux enfants (nés en 1987 et 1992 ; OAIE pces 1, 2 et 4 p. 3). Dès juin 1999, l'intéressé a travaillé en Suisse (OAIE pce 13 p. 2) dans le domaine de la construction (OAIE pce 52). Selon l'attestation du service des habitants du canton (...) du 24 mars 2021, l'intéressé a quitté la Suisse pour le Portugal le 31 mars 2021 (OAIE pce 15 ; cf. également l'attestation de domicile du 28 février 2024 de la commune (...)/Portugal [OAIE pce 16 p. 2).

**B.**

**B.a** Le 22 décembre 2023, l'Office de l'assurance-invalidité pour les assurés résidant à l'étranger (ci-après : OAIE ou autorité intérieure) a reçu la demande de prestations de l'assurance-invalidité, datée du 15 novembre 2023 et transmise par l'Instituto da Segurança Social (ISS) de l'intéressé (OAIE pce 4). Cette demande est accompagnée d'un rapport médical détaillé du 7 décembre 2023 de la Dre B. \_\_\_\_\_ (ci-après : B. \_\_\_\_\_), médecin du travail. La Dre B. \_\_\_\_\_ indique que l'intéressé allègue une incapacité de travail due à une limitation fonctionnelle de l'épaule droite suite à une rupture de la coiffe des rotateurs, des cervicalgies dues à une spondylarthrose et à des discopathies C4-C5 et C5-C6, des lombalgies, des gonalgies bilatérales avec limitation fonctionnelle et des antécédents chirurgicaux aux deux genoux – arthroplastie totale du genou droit en 2020 en Suisse et chirurgie de valgisation du genou gauche en 2015. En outre, la Dre B. \_\_\_\_\_ cite les antécédents médicaux suivants : diabète sucré de type II, hypertension artérielle, dyslipidémie, obésité, syndrome d'apnée obstructive du sommeil – sous ventilation nocturne –, asthme bronchique, hydrocèle droite et varicocèle gauche, en attente d'une consultation hospitalière en urologie – selon les déclarations de l'intéressé. La Dre B. \_\_\_\_\_ indique qu'au vu de l'évaluation clinique, des éléments figurant dans le dossier médical et de sa profession, il semble à ce jour exister des critères cliniques justifiant l'octroi d'une pension d'invalidité permanente, sans espoir de guérison dans les trois prochaines années (OAIE pce 7).

**B.b** Procédant à l'instruction de la demande, l'OAIE a notamment recueilli divers questionnaires (OAIE pces 11, 18 et 25) ainsi que les rapports médicaux suivants :

- IRM du genou/jambe gauche du 10 avril 2015 (OAIE pce 28),

- rapport médical du Dr C. \_\_\_\_\_ (ci-après : Dr C. \_\_\_\_\_), chirurgien orthopédique, du 15 juin 2015 relatif à l'arthroscopie du genou gauche consistant en une ménisectomie partielle du cornet postérieur médial, à une micro-fracture du condyle fémoral et au débridement et l'ablation de la plica (OAIE pce 29),
- imageries médicales du genou gauche du 11 décembre 2015 (OAIE pce 31),
- rapport médical du 11 janvier 2017 faisant état d'un contrôle après une année à la suite d'arthroscopie du genou, ménisectomie partielle médiale, ostéotomie tibiale médiale (11°) et fixation à l'aide d'une plaque Tomofix à gauche le 9 décembre 2015 pour gonarthrose débutant au niveau médial après arthroscopie du genou, ménisectomie partielle du cornet postérieur du ménisque médial, micro-fracturation du condyle fémoral médial le 15 juin 2015. Il est indiqué que les symptômes de l'intéressé se sont légèrement améliorés et que son activité actuelle, qui consiste en des travaux de nettoyage et des tâches mineures ne nécessitant pas de soulever de charges lourdes, ne le limite pratiquement pas (OAIE pce 32). Concernant ce rapport médical, il sied de relever qu'il est incomplet en ce sens que certaines pages ainsi que le nom du médecin l'ayant rédigé manquent,
- ordonnance médicale du 26 février 2020 (OAIE pce 51),
- rapport médical du 30 mai 2020 du Dr D. \_\_\_\_\_ (ci-après : Dr D. \_\_\_\_\_), médecin généraliste, faisant état d'une consultation aux urgences en raison des douleurs au genou droit. Le Dr D. \_\_\_\_\_ indique que sur le plan clinique, il existe une forte douleur à la pression au-dessus de deux articulations ainsi qu'un épanchement supra-patellaire prononcé (OAIE pce 33),
- rapport médical du 9 juin 2020 du Dr E. \_\_\_\_\_ (ci-après : Dr E. \_\_\_\_\_), spécialiste en chirurgie orthopédique et traumatologie, indiquant le diagnostic d'arthrose décompensée du genou droit et un traitement conservateur (OAIE pce 34),
- imagerie médicale du 14 juillet 2020 (OAIE pce 35),
- rapport médical du Dr E. \_\_\_\_\_ relatif à l'opération du 13 juillet 2020, à savoir une arthroplastie totale du genou droit ainsi que le protocole opératoire y relatif (OAIE pce 36),
- compte-rendu de l'angiographie et du scanner thoracique du 21 décembre 2020 concluant à l'absence d'embolie pulmonaire, à un signe tree-in-bud dans le segment apical inférieur gauche, probablement dans le cadre d'une bronchiolite, à l'absence d'épanchement et de fracture récente (OAIE pce 37),
- compte-rendu de la radiographie du thorax du 27 mai 2021 rapportant que les champs pulmonaires sont régulièrement développés et bilatéralement symétriques et qu'aucune lésion pleuro-parenchymateuse systémique évolutive n'est mise en évidence. Il est fait état d'une accentuation diffuse de l'interstitium

péri-bronchique, surtout dans la topographie péri-hilaire et hilo basale bilatérale, plus évidente à droite. Il est précisé que deux images nodulaires ont été observées dans la topographie thoracique, qui pourraient correspondre à des projections mamelonnaires. A cet égard, il est suggéré d'effectuer une comparaison avec les études précédentes, une intégration clinique et analytique et de procéder à une évaluation par tomodensimétrie si cela est cliniquement justifié. Pour le surplus, ce compte-rendu ne révèle pas d'autres anomalies notables (OAIE pce 38),

- compte-rendu de la radiographie du 8 octobre 2021 indiquant les observations suivantes : spondylolisthésis naissant de degré I de C4 sur C5, uniquement visible en flexion ; absence d'autres désalignements de la paroi postérieure et de limitation notable de la flexion ou de l'extension cervicale ; signes discrets de spondylose, traduits par une ostéophytose antéro-marginale naissante ; discopathies naissantes en C4-C5 et C5-C6 ; pas d'uncarthrose notable ; canal cervical normal ; charnière occipito-vertébrale stable (OAIE pce 39),
- compte-rendu de la radiographie du thorax du 5 juillet 2022 ne mettant pas en évidence d'anomalie notable (OAIE pce 40),
- compte-rendu de la radiographie de l'épaule droite du 17 février 2023 faisant état en particulier d'une légère calcification des parties molles adjacentes au trochiter dans un tableau probable et discret de périarthrite scapulo-humérale (OAIE pce 41),
- échographies de l'épaule droite et scrotale du 14 avril 2023. Au niveau de l'épaule droite, les observations sont : rupture complète du tendon sous-scapulaire, avec rétraction marquée de la structure myotendineuse dans le sens médial ; rupture transtendineuse insertionnelle du sus-épineux, d'un diamètre de 12 mm, le tendon restant est épais et hétérogène, en raison d'une tendinite et d'une tendinose ; petite lame de liquide libre dans la bourse sous-acromiale/sous-deltaïdienne, sans effusion articulaire gléno-humérale ; les autres tendons de la coiffe des rotateurs sont intacts et présentent une échostructure normale ; le tendon de la longue portion du biceps est normalement positionné dans la gouttière, intact, d'épaisseur préservée, sans liquide libre dans la gaine synoviale ; ostéoarthrose acromio-claviculaire, avec ostéophytose marginale et épaissement hypertrophique capsulaire. Concernant l'échographie scrotale, il est indiqué qu'elle est dans les limites normales (OAIE pce 42),
- rapport médical du 25 août 2023 du Dr F. \_\_\_\_\_ (ci-après : Dr F. \_\_\_\_\_), médecin de spécialisation non mentionnée, faisant état notamment d'omalgie droite avec évolution chronique et exacerbation récente. Selon le Dr F. \_\_\_\_\_, l'échographie de l'épaule droite montre une rupture complète du sous-scapulaire, une rupture du tendon de l'épaule supra-épineux et une bursite sous-acromiale / sous-deltaïdienne (OAIE pce 43),
- Holter cardiaque du 30 août 2023 concluant notamment à un rythme sinusal pendant tout l'enregistrement, à une ectopie

supraventriculaire très fréquente, isolée et par paires et à l'absence d'ectopie ventriculaire (OAIE pce 44),

- compte-rendu de l'échocardiogramme du 30 août 2023 faisant état d'un segment basal du septum interventriculaire modérément épaissi (OAIE pce 45),
- compte-rendu de l'échographie abdominale du 10 novembre 2023 concluant à une stéatose hépatique diffuse devant être évaluée dans le contexte dynamique et anaphylactique de l'intéressé (OAIE pce 47),
- rapport médical du 13 novembre 2023 du Dr G.\_\_\_\_\_ (ci-après : Dr G.\_\_\_\_\_), médecin de spécialisation non mentionnée, qui rappelle le contenu de l'échographie du 14 avril 2023 de l'épaule droite et mentionne les atteintes suivantes : scoliose, spondylarthrose et discopathies cervicales C4-C5 et C5-C6, arthroplastie de la jambe droite, séquelles d'une chirurgie corrective du genou gauche, diabète de type 2, hypertension artérielle, dyslipidémie, obésité, syndrome d'apnée obstructive du sommeil – traitée par ventilation thérapeutique pendant la nuit –, asthme bronchique, psoriasis, hydrocèle droite et varicocèle gauche. Le Dr G.\_\_\_\_\_ retient les diagnostics incapacitants de tendinopathie et rupture des tendons de la coiffe des rotateurs de l'épaule droite, de spondylarthrose et discopathies cervicales C4-C5 et C5-C6, d'arthroplastie du genou droit et de séquelles d'une chirurgie corrective du genou gauche (OAIE pce 48),
- ordonnance médicale du 29 février 2024 (OAIE pce 49).

**B.c** Invité à se prononcer sur l'état de santé de l'assuré, le Dr H.\_\_\_\_\_ (ci-après : Dr H.\_\_\_\_\_), médecin généraliste du service médical de l'OAIE, indique dans sa prise de position du 14 mai 2024 que l'intéressé souffre d'altérations dégénératives au niveau des genoux et des épaules et que le début de la maladie de longue durée est marqué par la nécessité d'une première intervention chirurgicale au genou droit tandis qu'il n'est plus apte à exercer son travail habituel en raison d'une gonarthrose droite en mai 2020. D'après le Dr H.\_\_\_\_\_, l'assuré peut encore exercer un travail sédentaire qui ne nécessite pas l'utilisation des épaules avec des mouvements répétitifs au-dessus de la ligne horizontale avec une charge. En outre, le Dr H.\_\_\_\_\_ retient que les diagnostics de gonarthrose bilatéral (M17.0), status après ostéotomie de valgisation à droite le 9 décembre 2015 et status après arthroplastie le 13 juillet 2020, et de périarthropathie de l'épaule droite (M75.1) ont une répercussion sur la capacité de travail de l'assuré. Selon le Dr H.\_\_\_\_\_, les diagnostics d'asthme bronchique, de l'hypertension artérielle (I10), de diabète sucré de type II (E11), de dyslipidémie, de psoriasis et d'hyperuricémie n'ont pas de répercussion sur la capacité de travail. Le Dr H.\_\_\_\_\_ retient une incapacité de travail de 20% dans l'activité habituelle dès le 9 décembre

2015 et de 100% dès le 30 mai 2020. Dans une activité adaptée, la capacité de travail est exigible à hauteur de 100% dès le 9 décembre 2015 et de 80% dès le 30 mai 2020 dans le respect des limitations fonctionnelles suivantes : positions de travail possibles à prédominance assise ; mouvements à éviter : élever les bras au-dessus du plan des épaules, s'accroupir, se mettre à genoux ; port de charge maximale de 5 kg ; activités à éviter : activité en équilibre ou hauteur (p. ex. sur une échelle ou un échafaudage), activité à risque de blessure (coupure, entorse, etc.), conduite d'un véhicule à moteur, activité nécessitant de la rapidité, activité impliquant du stress ; nuisances à éviter : froid, humidité et intempéries (OAIE pce 53).

**B.d** Par projet de décision du 9 juillet 2024, l'autorité inférieure a informé l'assuré qu'elle prévoyait de rejeter sa demande d'invalidité du 15 novembre 2023, le degré d'invalidité de 33.63% n'étant pas suffisant pour ouvrir le droit à la rente (OAIE pce 56).

**B.e** Par correspondance du 6 août 2024 (timbre postal), l'intéressé a contesté le projet de décision du 9 juillet 2024 (OAIE pce 65 pp. 7-9) et a produit les rapports médicaux nouveaux suivants :

- Holter du 2 juillet 2024 concluant en substance à un rythme sinusal pendant tout l'enregistrement, à l'ectopie supraventriculaire très fréquente, isolée, par paires et en salves (charge arythmique < 1%), et à l'ectopie ventriculaire très fréquente, polymorphe, isolée et par paires (charge arythmique de 5% ; OAIE pces 60 et 61),
- échocardiogramme du 8 juillet 2024 faisant état d'une légère dilatation de l'oreillette gauche, d'une légère hypertrophie ventriculaire gauche, principalement septale, et d'une fonction systolique bi-ventriculaire préservée (OAIE pce 62),
- compte-rendu des radiographies de l'épaule gauche et des genoux du 8 juillet 2024. Au niveau de l'épaule gauche, il est indiqué une très légère densification sous-chondrale de la trochlée dans un tableau probable et discret de périarthrite scapulo-humérale, sans calcification des parties molles jouxtant l'articulation. L'espace sous-acromio-deltoïdien est préservé et il n'y a pas de signes d'arthrose. Sur la radiographie de Lamy, l'acromion est normal – rectiligne (degré I). Concernant les genoux, il est relevé que la prothèse totale du genou droite semble bien implantée – aucun signe de rejet du matériel chirurgical – et que la tige métallique intramédullaire dans le fémur droit n'est que partiellement visible. Au niveau du genou gauche, il est observé une plaque chirurgicale fixée à l'extrémité proximale du tibia, apparemment pour fixer une fracture des plateaux tibiaux et qu'il n'y a aucun signe de rejet du matériel chirurgical. Enfin, il est également noté un très léger

rétrécissement des espaces articulaires fémoro-tibiaux internes (OAIE pce 63),

- rapport médical du 5 août 2024 du Dr I. \_\_\_\_\_ (ci-après : Dr I. \_\_\_\_\_), médecin de spécialisation non mentionnée, listant les atteintes à la santé : tendinopathie et rupture des tendons de la coiffe des rotateurs de l'épaule droite, arthroplastie du genou droit et gonarthrose sévère à gauche, spondylodiscarthroses cervicales et lombaires invalidantes, psoriasis généralisé, asthme bronchique, syndrome d'apnée obstructive du sommeil – appareillé pendant la nuit –, obésité ainsi que diabète sucré de type 2. Le Dr I. \_\_\_\_\_ retient une hypertension artérielle avec lésion d'organes cibles – dilatation de l'oreillette gauche et hypertrophie ventriculaire gauche à prédominance septale : ectopie supraventriculaire et ventriculaire très fréquente. Selon le Dr I. \_\_\_\_\_, l'intéressé doit être considéré comme inapte à l'exercice de sa profession (OAIE pce 64).

**B.f** Dans sa prise de position médicale du 25 août 2024, le Dr H. \_\_\_\_\_ a ajouté aux diagnostics connus deux nouveaux diagnostics, soit une cardiopathie hypertensive sans déficit fonctionnel et un syndrome obstructif d'apnée nocturne, tous les deux sans entrave notable pour un travail léger. En outre, le Dr H. \_\_\_\_\_ a confirmé l'estimation de l'incapacité de travail exprimée dans sa prise de position du 14 mai 2024 (OAIE pce 68).

**B.g** Par correspondance du 30 septembre 2024 (timbre postal), l'assuré a transmis deux nouveaux documents médicaux établis par l'hôpital J. \_\_\_\_\_ les 26 et 27 septembre 2024. Il ressort en substance de ces pièces médicales qu'une opération chirurgicale pour une réparation de la coiffe des rotateurs de l'épaule droite a eu lieu le 26 septembre 2024 (OAIE pces 72 et 73).

**B.h** Dans sa prise de position médicale du 11 octobre 2024, le Dr H. \_\_\_\_\_ a indiqué que le nouveau document médical confirme l'intervention chirurgicale de réparation de la coiffe des rotateurs de l'épaule droite, qui entraîne une incapacité de travail pendant la période périopératoire, y compris un mois de rééducation, sans diminution de la capacité de travail résiduelle à long terme. En outre, le Dr H. \_\_\_\_\_ a maintenu son évaluation de l'incapacité de travail du 14 mai 2024 (OAIE pce 75).

**B.i** Par préavis de décision du 20 novembre 2024 – annulant et remplaçant le projet de décision du 9 juillet 2024 – l'OAIE a complété le projet de décision du 9 juillet 2024 par les documents médicaux transmis lors de la procédure d'audition. Il a retenu qu'il existait une atteinte à la santé causant

une incapacité de travail, dans l'activité habituelle retenue en tant qu'ouvrier de la construction, de 20% dès le 9 décembre 2015 et de 100% dès le 30 mai 2020 et qu'en revanche, des activités adaptées étaient exigibles à hauteur de 100% dès le 9 décembre 2015 et de 80% dès le 30 mai 2020 dans le respect des limitations fonctionnelles principales suivantes : positions de travail possibles à prédominance assise, éviter d'élever les bras au-dessus du plan des épaules, de s'accroupir, de se mettre à genoux, le port de charge maximale de 5 kg, éviter les activités en équilibre ou en hauteur (p. ex. sur une échelle ou un échafaudage) et à risque de blessure (coupure, entorse, etc.), de conduire un véhicule à moteur, activité nécessitant de la rapidité et impliquant du stress ainsi qu'éviter des nuisances telles que le froid, l'humidité et des intempéries (OAIE pce 76).

**B.j** Confirmant le projet de décision du 20 novembre 2024 (OAIE pce 76), l'OAIE a rejeté, par décision du 7 février 2025, la demande de prestations AI du 15 novembre 2023 de l'assuré au motif qu'un degré d'invalidité de 33.63% n'est pas suffisant pour ouvrir le droit à la rente (OAIE pce 78).

### **C.**

**C.a** Par acte du 14 mars 2025 (timbre postal), l'intéressé a interjeté recours contre la décision du 7 février 2025 de l'autorité inférieure par-devant le Tribunal administratif fédéral (ci-après : Tribunal) en indiquant en substance que son état de santé a été sous-évalué par le service médical de l'autorité inférieure. A l'appui de son recours, l'intéressé a produit un nouveau rapport médical relatif aux contrôles post-opératoires effectués les 28 octobre et 30 décembre 2024 par la Dre K.\_\_\_\_\_ (ci-après : Dre Dr K.\_\_\_\_\_), médecin de spécialisation non mentionnée, ainsi qu'un rapport médical du 20 février 2025 du Dr L.\_\_\_\_\_ (ci-après : Dr L.\_\_\_\_\_), médecin spécialisé en orthopédie et traumatologie. Selon le Dr L.\_\_\_\_\_, l'assuré se plaint de douleurs et de raideurs au niveau cervical et lombaire, aux épaules, à la hanche droite et aux genoux, avec une aggravation progressive plus marquée au niveau des épaules, de la hanche droite et des genoux, souvent accompagnée d'une claudication lors de la marche. Le Dr L.\_\_\_\_\_ rappelle les opérations chirurgicales subies ainsi que les maladies associées, à savoir une hypertension artérielle, un diabète sucré de type II, une dyslipidémie, un asthme bronchique, un syndrome obstructif d'apnée nocturne, une obésité et un psoriasis. A l'examen clinique, le Dr L.\_\_\_\_\_ indique que le recourant présente une douleur et raideur cervicales avec limitation des rotations et des inclinaisons latérales, une douleur et une raideur des épaules avec

limitation de la rotation interne et externe, n'atteignant ni la nuque ni le dos, et une abduction bilatérale ne permettant que 70°, une douleur et une raideur lombaires avec limitation des mobilités du tronc en extension, rotations et inclinaisons latérales, douleur et raideur de la hanche droite en rotation interne, douleur et raideur des genoux. En outre, le Dr L. \_\_\_\_\_ retient une incapacité de 65.48%. Selon le rapport de contrôle postopératoire du 30 décembre 2024, la mobilité est réduite et l'intéressé se plaint de douleurs à gauche (TAF pce 1).

**C.b** Par décision incidente du 10 avril 2025, le Tribunal a invité le recourant à verser une avance sur les frais de procédure présumés de 800 francs dans les 30 jours dès réception de ladite décision incidente, sous peine d'irrecevabilité du recours (TAF pce 4). Le montant a été versé dans le délai imparti (TAF pce 6).

**C.c** Par réponse du 16 mai 2025, l'autorité inférieure a conclu à l'admission du recours, à l'annulation de la décision attaquée et au renvoi de la cause à l'administration afin qu'il soit procédé conformément à la prise de position médicale de son service médical régional. L'OAIE a produit l'avis médical du service médical régional (ci-après : SMR) du 8 mai 2025 ainsi que l'évaluation économique de l'invalidité du 14 mai 2025. Dans sa prise de position médicale du 8 mai 2025, le Dr H. \_\_\_\_\_ retient le diagnostic supplémentaire avec influence sur la capacité de travail de syndrome cervico-lombospondylogène chronique récidivant (M478). Le Dr H. \_\_\_\_\_ indique que le rapport médical orthopédique du 20 février 2025 ajoute une localisation supplémentaire des problèmes orthopédiques au niveau des vertèbres cervicales et lombaires ainsi qu'une périarthropathie de l'épaule gauche et confirme de manière crédible une aggravation des pathologies connues jusqu'à présent, respectivement l'absence de résultats positifs au niveau des épaules après l'intervention chirurgicale de l'épaule droite du 26 septembre 2024. Le Dr H. \_\_\_\_\_ estime en conséquence que l'incapacité de travail est de 50% dans une activité adaptée dès le 26 septembre 2024, date de l'intervention chirurgicale de l'épaule droite. Enfin, le Dr H. \_\_\_\_\_ relève que l'incapacité de travail dans l'activité habituelle reste totale. Selon le calcul de la perte de gain effectué, l'autorité inférieure a retenu que l'assuré a subi du fait de son atteinte à la santé une diminution de sa capacité de gain de 63.13% dès le 26 septembre 2024 (TAF pce 9).

**C.d** Dans sa réplique du 5 juin 2025 (timbre postal), le recourant a sollicité en substance le réexamen de son dossier à la lumière des preuves médicales complémentaires et allégué que ses troubles orthopédiques

existaient déjà lors de son séjour en Suisse. En outre, il a produit le rapport médical du 9 juin 2020 du Dr E. \_\_\_\_\_, les radiographies des genoux de 2015 et 2020, le rapport médical du Dr L. \_\_\_\_\_ du 20 février 2025 ainsi que le rapport médical relatif aux contrôles postopératoires de l'épaule droite de la Dre K. \_\_\_\_\_ (TAF pce 12).

**C.e** Par duplique du 18 juin 2025, l'autorité inférieure a indiqué que les documents médicaux produits par réplique du 5 juin 2025 ont déjà été pris en considération dans l'évaluation médicale de l'assuré et a maintenu ses conclusions proposées dans sa réponse du 16 mai 2025 (TAF pce 14).

**C.f** Par ordonnance du 23 juin 2025, le Tribunal a transmis un double de la duplique de l'autorité inférieure du 18 juin 2025 au recourant pour information et a signalé aux parties que l'échange d'écritures était en principe clos, sous réserve d'autres mesures d'instruction (TAF pce 15).

**C.g** Par observations spontanées du 22 juillet 2025, le recourant a implicitement conclu à l'octroi d'une rente d'invalidité entière compte tenu de la perte de gain retenue par l'autorité inférieure, son âge, des limitations fonctionnelles ainsi que de l'absence de formation et d'expérience professionnelles en dehors du secteur de la construction (TAF pce 17).

**C.h** Par ordonnance du 25 juillet 2025, le Tribunal a transmis un double de la correspondance du recourant du 22 juillet 2025 à l'autorité inférieure et rappelé aux parties que l'échange d'écritures était en principe clos, d'autres mesures d'instruction demeurant toutefois réservées (TAF pce 18).

## **D.**

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

## **Droit :**

### **1.**

Le Tribunal administratif fédéral est compétent pour connaître du présent recours (art. 31, 32 et 33 let. d LTAF ; art. 69 al. 1 let. b LAI [RS 831.20]). Dans la mesure où le recourant est directement touché par la décision attaquée et a un intérêt digne d'être protégé à ce qu'elle soit annulée ou modifiée, il a qualité pour recourir (art. 59 LPGA [RS 830.01] et 48 al. 1 PA [RS 172.021]). Déposé en temps utile et dans les formes requises par la loi (art. 60 LPGA et 50 al. 1 PA ; art. 52 al. 1 PA), et l'avance sur les frais de procédure ayant été dûment acquittée (art. 63 al. 4 PA), le recours est recevable.

Selon l'art. 37 LTAF, la procédure devant le Tribunal est régie par la PA, pour autant que la LTAF n'en dispose pas autrement. En vertu de 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 LPGA est applicable. A cet égard, conformément à l'art. 2 LPGA, en relation avec l'art. 1 LAI, les dispositions de la LPGA s'appliquent à l'assurance-invalidité à moins que la LAI ne déroge expressément à la LPGA.

## **2.**

Le litige porte sur le droit du recourant à une rente d'invalidité suisse.

## **3.**

**3.1** La procédure dans le domaine des assurances sociales fait prévaloir la maxime inquisitoire (art. 43 LPGA ; ATF 138 V 218 consid. 6). Ainsi, le Tribunal administratif fédéral définit les faits et apprécie les preuves d'office et librement (art. 12 PA). 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 (PIERRE MOOR/ETIENNE POLTIER, Droit administratif, Volume II, Les actes administratifs, 3<sup>e</sup> éd. 2011, ch. 2.2.6.5 p. 300 s. ; 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 ; ANDRÉ MOSER et al., Prozessieren vor dem Bundesverwaltungsgericht, 3<sup>e</sup> éd. 2022, p. 29 n. 1.55).

**3.2** Au moment du dépôt de la demande de prestations AI, le recourant était domicilié au Portugal. Ainsi, c'est à juste titre que l'OAIE a enregistré et instruit sa demande (art. 40 al. 1 let. b du règlement sur l'assurance-invalidité [RAI, RS 831.201]).

## **4.**

**4.1** Le 1<sup>er</sup> janvier 2022 sont entrées en vigueur, dans le cadre du « Développement continu de l'AI », la modification de la LAI et de la LPGA adoptée le 19 juin 2020 (RO 2021 705 ; FF 2017 2363), ainsi que celle du 3 novembre 2021 apportée au RAI (RO 2021 706). En l'espèce, compte

tenu de la demande de prestations déposée le 15 novembre 2023, le litige porte sur une rente d'invalidité dont le droit, s'il était accordé, prendrait naissance après le 31 décembre 2021 (art. 29 al. 1 LAI en relation avec l'art. 28 al. 1 let. b LAI). Il convient dès lors d'appliquer à la présente cause les dispositions en vigueur à partir du 1<sup>er</sup> janvier 2022.

**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 7 février 2025). 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 (ANDRÉ MOSER et al, op. cit., n. 2.204). Les faits survenus postérieurement, aussi appelés 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 en 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).

**4.3** Le requérant étant un ressortissant portugais, domicilié au Portugal, ayant cotisé aux assurances sociales en Suisse (cf. consid. A), 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 ; 141 V 521 consid. 4.3.2). Est dès lors applicable à la présente cause l'accord du 21 juin 1999 sur la libre circulation des personnes (ALCP, RS 0.142.112.681) ainsi que ses annexes et règlements (en particulier : règlement n° 883/2004, RS 0.831.109.268.1, et n° 987/2009, RS 0.831.109.268.11). Néanmoins, l'invalidité ouvrant droit à des prestations de l'assurance-invalidité suisse se détermine exclusivement d'après le droit suisse (art. 46 al. 3 et annexe VII du règlement n° 883/2004, en relation avec l'annexe VII dudit règlement : ATF 130 V 253 consid. 2.4 ; arrêt du TF 9C\_465/2022 du 1<sup>er</sup> mars 2023 consid. 5.5).

**4.4** Enfin, il est de jurisprudence constante que l'octroi d'une rente étrangère d'invalidité ne préjuge pas l'appréciation de l'invalidité selon la loi suisse (arrêt du TF I 435/02 du 4 février 2003 consid. 2). Les instances des assurances sociales suisses, dont l'OAIE et les tribunaux, ne sont donc pas liées par les décisions des autorités étrangères en matière d'assurances sociales (ATF 130 V 253 consid. 2.4), étant précisé que la documentation médicale et administrative fournie par les institutions de sécurité sociale d'un autre Etat membre doit, elle, être prise en considération (art. 49 al. 2 du règlement n° 987/2009).

## **5.**

**5.1** Tout requérant, pour avoir droit à une rente de l'AI suisse, doit compter, lors de la survenance de l'invalidité, trois années de cotisations au moins (art. 36 al. 1 LA ; cf. OAIE pce 13 p. 2), et remplir les conditions cumulatives suivantes (art. 28 al. 1 LAI) : sa capacité de gain ou sa capacité d'accomplir ses travaux habituels ne peut pas être rétablie, maintenue ou améliorée par des mesures de réadaptation raisonnablement exigibles (let. a) ; il a présenté une incapacité de travail (art. 6 LPGGA) d'au moins 40% en moyenne durant une année sans interruption notable (let. b) ; au terme de cette année, il est invalide (art. 8 LPGGA) à 40% au moins (let. c).

**5.2** Le droit à la rente prend naissance au plus tôt à l'échéance d'une période de six mois à compter de la date à laquelle l'assuré a fait valoir son droit aux prestations conformément à l'art. 29 al. 1 LPGGA, mais pas avant le mois qui suit le 18<sup>e</sup> anniversaire de l'assuré (art. 29 al. 1 LAI) et sous réserve d'un délai d'attente d'une année à compter du début de l'atteinte à la santé (art. 28 al. 1 let. b LAI).

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

**5.4** La notion d'invalidité, dont il est question à l'art. 8 LPGa et à l'art. 4 LAI, est de nature juridique/économique et non pas médicale (ATF 116 V 246 consid. 1b). En d'autres termes, l'assurance-invalidité suisse couvre seulement les pertes économiques liées à une atteinte à la santé physique, mentale ou psychique, qui peut résulter d'une infirmité congénitale, d'une maladie ou d'un accident, et non la maladie en tant que telle. Selon la jurisprudence constante, bien que l'invalidité soit une notion juridique et économique, les données fournies par les médecins constituent néanmoins un élément utile pour apprécier les conséquences de l'atteinte à la santé et pour déterminer quels travaux peuvent être encore raisonnablement exigés (ATF 115 V 133 consid. 2 ; 114 V 310 consid. 3c).

## **6.**

**6.1** Pour pouvoir déterminer la capacité de travail médico-théorique et évaluer l'invalidité de la personne concernée, l'administration, ou le tribunal en cas de recours, a besoin de documents que le médecin ou éventuellement d'autres spécialistes doivent lui fournir (ATF 117 V 282 consid. 4a) et sur lesquels elle s'appuiera, sous peine de violer le principe inquisitoire (arrêts du TF 8C\_623/2012 du 6 décembre 2012 consid. 1). Le Tribunal fédéral a jugé que les données fournies par les médecins constituent un élément utile pour apprécier les conséquences fonctionnelles de l'atteinte à la santé, quand bien même la notion d'invalidité est de nature économique/juridique et non médicale. Précisément, la tâche des médecins consiste à porter un jugement sur l'état de santé et à indiquer dans quelle mesure et pour quelles activités la personne concernée est incapable de travailler, compte tenu de ses limitations (ATF 143 V 418 consid. 6 ; 132 V 93 consid. 4 ; 125 V 256 consid. 4 ; 115 V 133 consid. 2 ; 114 V 310 consid. 3c ; 105 V 156 consid. 1 ; voir également ATF 140 V 193 consid. 3.2 et les réf. cit.).

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

L'élément déterminant pour reconnaître pleine valeur probante à un rapport médical n'est ni son origine, ni sa désignation, mais son contenu. Ainsi, avant de conférer pleine valeur probante à un rapport médical, il convient de s'assurer que les points litigieux importants ont fait l'objet d'une étude circonstanciée, que le rapport se fonde sur des examens complets, qu'il prend également en considération les plaintes exprimées par la personne examinée, qu'il a été établi en pleine connaissance de l'anamnèse, que la description du contexte médical et l'appréciation de la situation médicale sont claires et enfin que les conclusions du médecin sont dûment motivées (ATF 134 V 231 consid. 5.1 ; 125 V 351 consid. 3a). La valeur probante d'un rapport médical ou d'une expertise est de plus liée à la condition que le médecin qui se prononce dispose de la formation spécialisée nécessaire et de compétences professionnelles dans le domaine d'investigation (arrêts du TF 9C\_555/2017 du 22 novembre 2017 consid. 3.1 et les réf. cit. ; 9C\_745/2010 du 30 mars 2011 consid. 3.2 ; 9C\_59/2010 du 11 juin 2010 consid. 4.1 ; MICHEL VALTERIO, Commentaire, Loi fédérale sur l'assurance-invalidité [LAI], 2018, art. 57 n° 33).

**6.3** Concernant les rapports des médecins rattachés à un assureur, tels que les prises de position du service médical de l'OAIE, il sied de relever que le fait précisément que ces médecins soient liés à l'assureur ne permet pas, pour ce seul motif, de douter de l'objectivité de leurs appréciations. La valeur probante de tels rapports dépend bien plutôt de leur contenu. Selon la jurisprudence, il n'est donc pas interdit aux tribunaux 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).

Les prises de position du service médical de l'OAIE ne se fondent pas sur des examens médicaux effectués sur la personne et ne posent pas de nouvelles conclusions médicales ; elles portent une appréciation sur celles déjà existantes (arrêts du TF 9C\_542/2011 du 26 janvier 2012 consid. 4.1 ; 9C\_581/2007 du 14 juillet 2008 consid. 3.2 ; 9C\_341/2007 du 16 novembre 2007 consid. 4.1). Elles ont notamment pour but de faire une recommandation, sous l'angle médical, concernant la suite à donner à la demande de prestations. Ceci implique aussi, en présence de pièces

médicales contradictoires, de dire de façon motivée s'il y a lieu de se fonder sur l'une ou l'autre de ces pièces ou s'il y a lieu de procéder à une instruction complémentaire (ATF 142 V 58 consid. 5.1). De telles prises de position, pour avoir valeur probante, ne peuvent suivre les conclusions d'un médecin sans établir les raisons pour lesquelles les conclusions différentes d'autres médecins ne sont pas suivies (ATF 137 V 210 consid. 6.2.4 ; MICHEL VALTERIO, op. cit., art. 57 LAI n° 43). Si les pièces au dossier ne permettent pas de trancher les questions contestées, les prises de position médicales internes de l'assureur ne peuvent pas, en général, constituer une évaluation finale, mais doivent donner lieu à une instruction complémentaire (arrêts du TF 9C\_165/2015 du 12 novembre 2015 consid. 4.3 ; 9C\_58/2011 du 25 mars 2011 consid. 3.3 ; arrêt du TAF C-2843/2016 du 30 mai 2018 consid. 8.2).

**6.4** Dans le domaine des assurances sociales, la décision doit se fonder sur les faits qui, faute d'être établis de manière irréfutable, apparaissent comme les plus vraisemblables, c'est-à-dire qui présentent un degré de vraisemblance prépondérante. Il ne suffit donc pas qu'un fait puisse être considéré seulement comme une hypothèse possible ; la vraisemblance prépondérante suppose que, d'un point de vue objectif, des motifs importants plaident pour l'exactitude d'une allégation, sans que d'autres possibilités ne revêtent une importance significative ou n'entrent raisonnablement en considération (ATF 139 V 176 consid. 5.3).

## **7.**

**7.1** En l'espèce, par décision du 7 février 2025, l'autorité inférieure a rejeté la demande de prestations du recourant en se fondant sur l'avis médical du 11 octobre 2024, complétant les prises de position médicales des 14 mai 2024 et 25 août 2024, du Dr H. \_\_\_\_\_ et retenu que des activités adaptées étaient exigibles à hauteur de 80% dès le 30 mai 2020, la capacité de travail dans l'activité habituelle étant nulle depuis cette date-là (OAIE pce 78).

**7.2** Il convient de déterminer si la prise de position du Dr H. \_\_\_\_\_ a valeur probante.

**7.2.1** Il sied en premier lieu de relever que lors de l'instruction du dossier devant l'autorité inférieure, le Dr H. \_\_\_\_\_ a été invité à se prononcer sur les pièces médicales transmises par le recourant à trois reprises et qu'il a uniquement mentionné et résumé deux rapports médicaux, à savoir une échographie de l'épaule droite du 25 août 2023 et un rapport médical du

29 février 2024, dans sa prise de position du 14 mai 2024. A cet égard, le Tribunal constate que le dossier ne contient pas d'échographie de l'épaule droite du 25 août 2023 ni de rapport médical du 29 février 2024 et que dans la mesure où le Dr H. \_\_\_\_\_ n'a pas mentionné les noms des médecins ayant établi ces rapports médicaux, il n'est pas évident de savoir de quels rapports médicaux il est question. En outre, le Tribunal constate que l'intéressé a transmis divers rapports médicaux établis entre avril 2015 et septembre 2024 (OAIE pces 28-51, 60-64 et 72), parmi lesquels figurent des comptes-rendus de radiographies et d'échographies contenant les résultats et/ou les observations sans les conclusions. Il ressort des pièces au dossier que l'intéressé présente des atteintes au niveau des membres inférieurs, de la colonne cervicale et lombaire ainsi qu'au niveau des membres inférieurs, une hypertension artérielle, une dyslipidémie, une obésité, un diabète sucré de type 2, un asthme bronchique, un syndrome d'apnée obstructive du sommeil, un psoriasis, une hydrocèle droite et une varicocèle gauche.

**7.2.2** Au niveau des membres inférieurs, l'intéressé a été opéré du genou gauche en juin 2015 consistant en une ménisectomie partielle du cornet postérieur. En décembre 2015, l'intéressé a été à nouveau opéré du genou gauche en raison d'une gonarthrose débutant, soit une ostéotomie tibiale médiale et fixation à l'aide d'une plaque. En juillet 2020, l'assuré a été opéré en raison d'une gonarthrose bi-compartmentale invalidante du genou droit, consistant en une arthroplastie totale du genou. Selon le compte-rendu des radiographies des genoux du 8 juillet 2024, il existe un très léger rétrécissement des espaces articulaires fémoro-tibiaux internes et il n'y a aucun signe de rejet des matériels chirurgicaux au niveau des deux genoux (OAIE pce 63). Dans son rapport médical du 5 août 2024, le Dr I. \_\_\_\_\_ estimait que la gonarthrose du genou gauche était sévère (OAIE pce 64). Dans sa prise de position médicale du 14 mai 2024 (OAIE pce 53), le Dr H. \_\_\_\_\_ a retenu une gonarthrose bilatérale – mentionnant également les opérations du 9 décembre 2015 et du 13 juillet 2020 – et estimé une capacité de travail de 20% dès le 30 mai 2020, soit la date du rapport médical du Dr D. \_\_\_\_\_ (cf. OAIE pce 33). Ainsi, le Tribunal constate que le Dr H. \_\_\_\_\_ s'est prononcé sur l'ensemble des atteintes relatives aux genoux.

**7.2.3** Au niveau des membres supérieurs, le compte-rendu de la radiographie de l'épaule du 17 février 2023 et celui de l'échographie du 14 avril 2023 mentionnent en substance une tendinopathie et rupture des tendons de la coiffe des rotateurs de l'épaule droite ainsi qu'une probable et discrète périarthrite scapulo-humérale (OAIE pces 41 et 42). En

septembre 2024, l'assuré a été opéré, l'opération ayant consisté en une réparation de la coiffe des rotateurs de l'épaule droite. Dans sa prise de position médicale du 11 octobre 2024, le Dr H. \_\_\_\_\_ a tenu compte de l'ensemble des atteintes relatives à l'atteinte de l'épaule droite et estimé que cette intervention chirurgicale de l'épaule droite ne réduit pas la capacité de travail résiduelle à long terme (OAIE pce 75).

Concernant l'épaule gauche, le compte-rendu de la radiographie de l'épaule gauche du 8 juillet 2024 fait état d'une très légère densification sous-chondrale de la trochlée dans un tableau probable et discret de périarthrite scapulo-humérale (cf. OAIE pce 64). Toutefois, dans sa prise de position du 25 août 2024, le Dr H. \_\_\_\_\_ s'est uniquement prononcé sur la cardiopathie hypertensive sans déficit fonctionnel et le syndrome d'apnée obstructive du sommeil – tous les deux sans répercussion sur la capacité de travail dans une activité légère. Dans la prise de position médicale du 11 octobre 2024, le Dr H. \_\_\_\_\_ s'est uniquement prononcé sur l'intervention chirurgicale de l'épaule droite. Ainsi, il convient de constater que le Dr H. \_\_\_\_\_ ne s'est pas prononcé sur l'atteinte à l'épaule gauche. Par conséquent, le Tribunal constate que le Dr H. \_\_\_\_\_ n'a pas tenu compte de l'ensemble des atteintes dont souffre le recourant.

**7.2.4** En ce qui concerne les atteintes relatives à la colonne cervicale et lombaire, celles-ci sont mentionnées dans le rapport médical du 7 décembre 2023 de la Dre B. \_\_\_\_\_, qui relevait des cervicalgies dues à une spondylarthrose et des discopathies aux vertèbres C4-C5 et C5-C6 et des lombalgies (OAIE pce 7 p. 12), dans le compte-rendu de la radiographie de la colonne cervicale du 8 octobre 2021 (OAIE pce 39) ou encore dans le rapport médical du 13 novembre 2023 du Dr G. \_\_\_\_\_ qui a indiqué une scoliose, une spondylarthrose et des discopathies C4-C5 et C5-C6 (OAIE pce 48). A cet égard, le Tribunal relève que ces atteintes ne sont pas mentionnées dans les prises de position médicales du Dr H. \_\_\_\_\_ (cf. OAIE pces 53, 68 et 75).

**7.2.5** Concernant l'asthme bronchique, l'hypertension artérielle, la cardiopathie hypertensive sans déficit fonctionnel, le syndrome obstructif d'apnée nocturne, le diabète sucré de type II, la dyslipidémie, le psoriasis et l'hyperuricémie, le Dr H. \_\_\_\_\_ a considéré que ces atteintes n'ont pas de répercussion sur la capacité de travail. Le Tribunal constate que le Dr H. \_\_\_\_\_ ne mentionne pas l'obésité, l'hydrocèle droite et la varicocèle gauche figurant dans les rapports médicaux des médecins traitants de l'assuré.

**7.2.6** Le Tribunal relève également que le Dr H. \_\_\_\_\_ ne s'est pas non plus prononcé sur l'échographie abdominale du 10 novembre 2023 concluant à une stéatose hépatique diffuse devant être évaluée dans le contexte clinique et analytique de l'intéressé (cf. OAIE pce 47). A cet égard, il sied de relever qu'aucune autre information relative à cette atteinte ne figure au dossier.

**7.2.7** Compte tenu de ce qui précède, le Tribunal constate que le Dr H. \_\_\_\_\_ n'a pas tenu compte de l'ensemble des atteintes dont souffre l'intéressé et que sa prise de position est donc lacunaire.

**7.3** Dans le cadre de son recours, l'intéressé a notamment transmis un rapport médical du 20 février 2025 du Dr L. \_\_\_\_\_ et le rapport médical de la Dre K. \_\_\_\_\_ relatifs aux contrôles post-opératoires de l'épaule droite des 28 octobre et 30 décembre 2024 (annexes à TAF pce 1).

**7.4** Dans sa réponse du 16 mai 2025, l'autorité inférieure a conclu à l'admission du recours, à l'annulation de la décision attaquée et au renvoi de la cause afin qu'il soit procédé conformément à la prise de position médicale du Dr H. \_\_\_\_\_ du 8 mai 2025. Dans cette prise de position médicale, le Dr H. \_\_\_\_\_ a indiqué qu'il convenait d'ajouter comme localisation supplémentaire des atteintes orthopédiques au niveau de la colonne cervicale et lombaire ainsi qu'une périarthropathie de l'épaule gauche. En outre, le Dr H. \_\_\_\_\_ a déclaré que le rapport médical du 20 février 2025 confirmait une aggravation des pathologies connues jusqu'à présent, respectivement l'absence de résultats positifs au niveau des épaules même après l'intervention chirurgicale à l'épaule droite du 26 septembre 2024. Sur cette base, le Dr H. \_\_\_\_\_ a retenu les diagnostics de gonarthrose bilatérale (M17.0), status après ostéotomie de valgisation à droite le 9 décembre 2015 et status après arthroplastie le 13 juillet 2020, de périarthropathie bilatérale des épaules (M75.1), status après opération de réparation de la coiffe des rotateurs le 26 septembre 2024 ainsi qu'un syndrome cervico-lombospondylogène chronique récidivant (M47.8). En conséquence, le Dr H. \_\_\_\_\_ a adapté l'incapacité de travail dans une activité adaptée et l'a estimée à 50% à compter du 26 septembre 2024. Parmi les diagnostics n'ayant pas d'incidence sur la capacité de travail, le Dr H. \_\_\_\_\_ a retenu un asthme bronchique (J45), une hypertension artérielle (I10), une cardiopathie hypertensive sans déficit fonctionnel, un syndrome obstructif d'apnée nocturne, un diabète sucré de type II (E11), une dyslipidémie, un psoriasis et une hyperuricémie. En outre, le Dr H. \_\_\_\_\_ a complété la liste des limitations fonctionnelles en y ajoutant d'autres mouvements à éviter, à savoir pencher la tête vers l'avant (flexion

de la colonne cervicale), effectuer des mouvements de rotation du tronc et se pencher vers l'avant (flexion ou extension du tronc), et limitant le port de charges à 3-5 kg (TAF pce 9).

Procédant au calcul de la perte de gain du recourant, l'autorité inférieure a retenu une diminution de la capacité de gain de 63.13% dès le 26 septembre 2024 (TAF pce 9).

**7.5** Dans sa réplique (TAF pce 12) et ses observations spontanées (TAF pce 17), l'intéressé conteste la proposition de l'autorité inférieure du 16 mai 2025 et conclut implicitement à l'octroi d'une rente entière aux motifs qu'il est âgé de 60 ans et qu'il n'y a aucune perspective réaliste de reconversion ou d'insertion dans une activité même adaptée en raison des limitations fonctionnelles strictes, de son manque de formation et d'expérience en dehors du secteur de la construction.

**7.6** En ce qui concerne l'avis médical du 8 mai 2025 du Dr H.\_\_\_\_\_, celui-ci indique que le rapport médical du 20 février 2025 ajoute comme localisation supplémentaire des problèmes orthopédiques au niveau de la colonne cervicale et lombaire ainsi qu'une périarthropathie de l'épaule gauche. Or, comme cela a été relevé plus haut, ces atteintes existaient déjà au moment où la décision du 7 février 2025 a été rendue. Il convient dès lors de constater que le Dr H.\_\_\_\_\_ a finalement tenu compte des atteintes relatives à la colonne cervicale et lombaire ainsi qu'à l'épaule gauche dans sa prise de position médicale du 8 mai 2025. Cependant, il sied de constater que le rapport médical du 20 février 2025 du Dr L.\_\_\_\_\_ fait également état de douleur et raideur à la hanche droite lors de rotation interne, souvent accompagnées d'une claudication, et que le Dr H.\_\_\_\_\_ ne s'est pas prononcé sur cette atteinte. A cet égard, le Tribunal relève que dans son rapport médical du 7 décembre 2023, la Dre B.\_\_\_\_\_ mentionnait une marche avec claudication (cf. OAIE pce 7 p. 12) sans toutefois mentionner la cause.

**7.7** En outre, il sied également de relever que la prise de position médicale du 8 mai 2025 du Dr H.\_\_\_\_\_ ne contient toujours aucune appréciation relative à l'obésité, à l'hydrocèle droite, à la varicocèle gauche ou encore à l'échographie abdominale du 10 novembre 2023. En ce qui concerne l'obésité, la Dre B.\_\_\_\_\_ a indiqué dans son rapport médical du 7 décembre 2023 que l'intéressé mesurait 1m70 et pesait 102 kg et que l'indice de masse corporel (ci-après : IMC) était de 35.29 kg/m<sup>2</sup> (OAIE pce 7 p. 9). Selon la description figurant dans la version CIM-11 (code 5B81), l'obésité est une maladie complexe chronique et, dans la plupart des cas,

multifactorielle. Elle est due à un environnement favorisant le surpoids, à des facteurs psychosociaux et à des variations génétiques. Chez un sous-groupe de patients, des facteurs étiologiques importants peuvent être identifiés (médicaments, maladies, immobilisation, actes iatrogènes, maladie monogénique/syndrome génétique). Chez les adultes, l'obésité est classée en trois degrés de gravité : degré I avec un IMC compris entre 30 et 34.9 kg/m<sup>2</sup>, degré II avec un IMC compris entre 35 et 39.9 kg/m<sup>2</sup> et degré III avec un IMC supérieur à 40 kg/m<sup>2</sup>. Avec un IMC à 35 kg/m<sup>2</sup>, l'assuré appartient à la deuxième catégorie. Il convient de constater que le Dr H. \_\_\_\_\_ n'a pas mentionné cette atteinte dans ses prises de position médicales (cf. OAIE pces 53, 68 et 75 ; TAF pce 9). Par conséquent, le Tribunal ne saurait déterminer si l'obésité dont souffre le recourant peut avoir une conséquence sur sa capacité de travail ou pas. Concernant l'appréciation de l'obésité en assurance-invalidité, le Tribunal fédéral a modifié sa jurisprudence dans un arrêt récent, soit ATF 151 V 66. En effet, la Haute Cour a notamment indiqué que l'obésité peut entraîner une invalidité donnant droit à des prestations de rente, même si elle peut en principe être traitée et qu'elle ne cause pas de dommages physiques ou mentaux et n'est pas non plus la conséquence de tels dommages (cf. en particulier les consid. 5.9 et 5.11 de l'ATF 151 précité). Par ailleurs, il sied de constater que l'obésité est associée, au moins, à un diabète ainsi qu'à une hypertension artérielle avec atteinte des organes cibles, dilatation de l'oreillette gauche et hypertrophie ventriculaire gauche à prédominance septale – ectopie supraventriculaire et ventriculaire très fréquente (cf. rapport médical du 5 août 2024 du Dr I. \_\_\_\_\_ [OAIE pce 64]). Par conséquent, l'incidence de ces atteintes sur la capacité de travail aurait dû être examinée par le SMR.

**7.8** Compte tenu de ce qui précède, il convient de constater que le Dr H. \_\_\_\_\_ ne se prononce pas sur l'ensemble des atteintes dont souffre le recourant et que sa prise de position médicale du 11 octobre 2024, complétant ses prises de position médicales des 14 mai 2024 et 25 août 2024, est lacunaire. Dans ces circonstances, force est de constater que des doutes subsistent sur le caractère invalidant de l'ensemble des atteintes dont souffre l'assuré, de sorte que l'avis médical du Dr H. \_\_\_\_\_ ne peut pas constituer une évaluation finale fiable de l'état de santé respectivement de la capacité de travail du recourant. Ainsi, la documentation en cause ne permet pas d'établir, au degré de la vraisemblance prépondérante, les circonstances médicales pertinentes et les éléments liés à la capacité de travail résiduelle du recourant. Enfin, en présence de doute (même faible : cf. arrêt du TF 9C\_404/2018 du 22 août 2018 consid. 3.2.1) quant au bien-fondé du rapport médical du service

médical de l'autorité inférieure, une instruction complémentaire doit être mise en place.

## **8.**

**8.1** Selon l'art. 61 al. 1 PA, l'autorité de recours statue elle-même sur l'affaire ou, exceptionnellement, la renvoie avec des instructions impératives à l'autorité inférieure. Le Tribunal fédéral a précisé que le renvoi est notamment justifié lorsqu'il s'agit d'enquêter sur une situation médicale qui n'a pas encore fait l'objet d'un examen, respectivement lorsque l'autorité inférieure n'a nullement instruit une question déterminante pour l'examen du droit aux prestations ou lorsqu'un éclaircissement, une précision ou un complément d'expertise s'avèrent nécessaires (cf. ATF 137 V 210 consid. 4.4.1.4 ; arrêt du TF 8C\_633/2014 du 11 décembre 2014 consid. 3.2 et 3.3 ; arrêt du Tribunal administratif fédéral C-3038/2016 du 2 avril 2019 consid. 12 et les références). En l'espèce, il ressort du dossier que l'appréciation médicale de l'ensemble des atteintes à la santé du recourant n'a pas été instruite comme il se doit et mérite des éclaircissements. Partant, il se justifie, en application de l'art. 61 al. 1 PA, de renvoyer la cause à l'autorité inférieure afin qu'elle procède aux mesures d'instruction nécessaires, puis rende une nouvelle décision.

**8.2** L'instruction à venir ne se résumera pas à une simple interpellation des médecins traitants quant aux atteintes du recourant, mais concernera l'état de santé de l'intéressé dans son ensemble. L'autorité inférieure requerra le dossier médical complet de l'intéressé auprès de ses médecins traitants et, ensuite, mettra en œuvre une expertise médicale en Suisse, sous réserve de l'art. 43 al. 2 LPGA, en particulier dans les domaines de la rhumatologie et de la médecine interne, ainsi que dans toute autre discipline jugée nécessaire par les experts (art. 44 LPGA ; ATF 139 V 349 consid. 3.3). La question de savoir comment les différentes incapacités de travail (activité habituelle, activité adaptée) et comment les différentes limitations fonctionnelles s'articulent fera l'objet d'une discussion consensuelle entre les experts (ATF 143 V 124 consid. 2.2.4 ; arrêt du TF 8C\_483/2020 du 26 octobre 2020 consid. 4.1).

**8.3** L'autorité inférieure déterminera ensuite le taux d'invalidité ainsi que le droit de l'assuré à une rente d'invalidité tout en tenant compte de la jurisprudence fédérale relative aux assurés se trouvant proches de l'âge de la retraite suisse selon laquelle, lorsque l'assuré est d'un âge avancé, il sied d'examiner si l'intéressé, de manière réaliste et en appréciant la

situation dans son ensemble, est en mesure d'exploiter économiquement une éventuelle capacité de travail résiduelle attestée d'un point de vue médical (cf. notamment ATF 145 V 2 consid. 5.3.1 ; 138 V 457 consid. 3.1, 3.3 et 3.4). L'OAIE rendra ensuite une nouvelle décision.

**9.**

Vu l'issue du recours, il n'est pas perçu de frais de procédure (art. 63 al. 1 et 2 PA) et l'avance sur les frais de procédure présumés de 800 francs versée par le recourant lui sera remboursée dès l'entrée en force du présent arrêt, sur le compte qu'il aura désigné au Tribunal administratif fédéral. Au demeurant, aucun frais de procédure ne peut être mis à la charge de l'autorité inférieure (art. 63 al. 2 première phrase PA). Le recourant, qui n'est pas représenté, n'allègue pas avoir engagé des frais relativement élevés dans le cadre de la présente cause, aucun dépens ne lui est alloué (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]). L'autorité inférieure n'a pas droit à des dépens (cf. art. 7 al. 3 FITAF).

(le dispositif se trouve à la page suivante)

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

**1.**

Le recours est admis en ce sens que la décision du 7 février 2025 est annulée et la cause renvoyée à l'autorité inférieure pour instruction complémentaire dans le sens des considérants et nouvelle décision.

**2.**

Il n'est pas perçu de frais de procédure. L'avance de frais de 800 francs versée par le recourant lui sera remboursée sur le compte qu'il aura désigné au Tribunal administratif fédéral 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.

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

La présidente du collège :

La greffière :

Caroline Bissegger

Müjde Atak

**Indication des voies de droit :**

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

Expédition :