



Cour III
C-2717/2018

Arrêt du 11 octobre 2021

Composition

Caroline Gehring (présidente du collège),
Viktoria Helfenstein, Christoph Rohrer, juges,
Jean-Luc Bettin, greffier.

Parties

A. _____, (Portugal),
recourant,

contre

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

Objet

Assurance-invalidité ; droit à la rente
(décision du 20 mars 2018).

Faits :**A.**

A._____ (ci-après : l'assuré ou le recourant), ressortissant portugais né le (...) 1959 (pce AI 1, p. 2), sans formation professionnelle, a travaillé en Suisse en 1981 et 1982 ainsi qu'entre 1986 et mi-1997 comme ouvrier dans le secteur du bâtiment, puis en qualité de voiturier auprès d'une société de location automobile (pces AI 8, p. 3, et 17 ; pour le détail des périodes de cotisations d'une durée totale de douze ans et un mois, cf. pce AI 35, p. 3 et 5).

L'assuré est divorcé et père de quatre enfants, nés en 1980, 1981, 1983 et 1996 (pce AI 8, p. 1 et 2). Il est retourné au Portugal en 1997 pour y créer et développer une entreprise de construction. A la suite d'un accident vasculaire cérébelleux (ci-après aussi : AVC) survenu le 5 octobre 2008, l'assuré a cessé toute activité professionnelle (pce AI 12, p. 3). Il perçoit une rente d'invalidité portugaise depuis le 18 octobre 2010 (pce AI 1, p. 4). Le 18 novembre 2010, il a été victime d'un accident de la circulation entraînant des fractures aux niveaux L1-L2 (pce AI 3).

B.

B.a Le 18 octobre 2010, A._____ a déposé, au moyen du formulaire E 204-PT (pce AI 1), une demande de prestations de l'assurance-invalidité suisse auprès de l'Office de l'assurance-invalidité pour les assurés résidant à l'étranger (ci-après : OAIE ou autorité de première instance), requête réceptionnée par les autorités portugaises puis par l'OAIE les 11, respectivement 16 février 2011 (pces AI 6 et 7). Y étaient joints les formulaires E 205-PT, E 207-PT et E 213, ainsi qu'un rapport médical faisant état d'un infarctus vertébro-basilaire, d'une dissection de l'artère vertébrale, d'une occlusion de l'artère basilaire et d'une thrombolyse intra-artérielle (pces AI 2 à 5).

B.b Procédant à l'instruction de la demande, l'OAIE a recueilli le « *formulário complementar* » (pce AI 8), le « *Questionnaire à l'assuré (UE)* » (pce AI 12), le « *questionario para o empregador* » (pce AI 12, p. 6) ainsi qu'un rapport et plusieurs certificats médicaux produits par l'assuré (pces AI 14 à 16). Le cas a ensuite été soumis au service médical de l'OAIE, lequel a retenu, comme diagnostics associés avec répercussion sur la capacité de travail, ceux de *status* après AVC, avec bonne évolution, et de *status* après fracture de L1 et L2 sans répercussion neurologique ; il a en outre estimé que la reprise de l'ancienne activité de maçon n'était pas

raisonnablement exigible mais qu'une activité adaptée, permettant une position assise ou alternée, sans port de charges supérieures à 10 kg, sans travaux lourds ni nuisances telles que le froid, le chaud ou les intempéries et sans risque de blessure (anticoagulation), demeurerait possible à 80 %, tant sur le plan neurologique qu'ostéoarticulaire. Le service médical de l'OAIE a conclu à une incapacité totale de travail dans l'ancienne activité dès le 5 octobre 2008 et, dans une activité adaptée, à une incapacité de travail de 100 % dès le 5 octobre 2008, puis de 20 % à compter du 1^{er} juin 2009, à nouveau de 100 % à partir du 18 novembre 2010, et, finalement, de 20 % dès le 1^{er} mars 2011, les fractures de L1 et L2 pouvant être considérées comme stables trois mois après l'accident de la circulation (pce AI 18).

B.c Le 30 août 2011, l'OAIE a adressé à l'assuré un projet de décision, l'invitant à faire valoir ses observations à son propos. Dans ce projet, l'autorité de première instance indiquait reconnaître à A. _____ le droit à une rente entière d'invalidité durant la période allant du 18 novembre 2010 au 1^{er} juin 2011, date à laquelle son droit s'éteignait. Compte tenu de la date d'introduction de sa demande de prestations, à savoir le 18 octobre 2010, l'autorité de première instance a précisé que la rente ne pourrait être effectivement payée qu'à partir du 1^{er} avril 2011, soit à l'échéance de la période légale de six mois à compter de la date à laquelle l'assuré a fait valoir son droit aux prestations (pce AI 29). L'intéressé s'est déterminé dans un écrit daté du 20 décembre 2011 (pce AI 36).

B.d Par décision du 20 janvier 2012 (pce AI 35), l'OAIE a confirmé son projet de décision du 30 août 2011 (pce AI 36). Elle a reconnu à l'assuré le droit à une rente entière d'invalidité du 1^{er} avril au 31 mai 2011.

B.e A l'encontre de cette décision, A. _____, en date du 22 février 2012, a interjeté recours auprès du Tribunal administratif fédéral (ci-après aussi : le Tribunal), concluant à son annulation et à l'octroi d'une rente entière d'invalidité. Le prénommé y contestait être en mesure d'exercer une quelconque activité lucrative (pce AI 40, p. 3 et 4).

B.f Par arrêt du 27 août 2013, le Tribunal a admis le recours précité et renvoyé la cause à l'OAIE pour complément d'instruction et nouvelle décision, non sans avoir également confirmé le droit de l'assuré à une rente entière du 1^{er} avril au 31 mai 2011 (dossier C-1188/2012 ; pce AI 77). Il a considéré que les faits pertinents n'avaient pas été constatés de manière complète, l'état de santé de l'assuré et ses conséquences sur sa capacité

de travail n'ayant pas été établis au degré de la vraisemblance prépondérante, à tout le moins pour la période postérieure au mois de mars 2011, voire même pour celle faisant suite au mois de juin 2009 s'agissant des séquelles de l'AVC. Le Tribunal a par conséquent invité l'OAIE à « *mettre en œuvre une expertise neurologique, orthopédique et psychiatrique en Suisse ainsi que toute autre mesure propre à établir clairement l'état de santé de l'intéressé, tant somatique que psychologique, et son évolution, ainsi que les conséquences de cet état de santé sur la capacité de travail, afin de déterminer notamment si et à quel taux l'invalidité reconnue depuis novembre 2010 s'est poursuivie au-delà du mois de mars 2011 ou si une éventuelle amélioration est survenue et quand* » (pce AI 77, p. 12).

C.

C.a En exécution du jugement précité (ci-dessus, let. B.f), une expertise pluridisciplinaire – neurologique, rhumatologique et psychiatrique – a été diligentée le 3 mai 2017 et confiée à la Policlinique B._____ (pce AI 125) ; à cette fin, A._____ a été convoqué, par courrier de l'OAIE du 22 mai 2017, pour y passer des examens médicaux ambulatoires, du 29 au 31 août 2017 (pce AI 130).

C.b Le 31 octobre 2017, la Policlinique B._____ a adressé à l'OAIE (pce AI 136) le rapport de l'expertise pluridisciplinaire réalisée sur l'assuré en août 2017 par les Drs C._____ (médecine interne), D._____ (psychiatrie), E._____ (rhumatologie) et F._____ (neurologie), dont les constatations et les conclusions se basent sur le dossier AI de l'intéressé, sur l'examen de médecine interne effectué le 29 août 2017 ainsi que sur les *consilia* psychiatrique du 29 août 2017, rhumatologique du 30 août 2017 et neurologique du 31 août 2017 (pce AI 130). Les conclusions de l'expertise ont été discutées dans le cadre d'un colloque de synthèse multidisciplinaire, le 19 septembre 2017 (pce AI 134).

D.

D.a L'expertise pluridisciplinaire précitée a été soumise à la Dresse G._____, médecin SMR, laquelle a déposé, le 20 novembre 2017, son rapport final. Elle a retenu comme diagnostic principal avec répercussion sur la capacité de travail de l'assuré, un *status* après accident vasculaire cérébelleux le 6 octobre 2008 avec discret syndrome cortico-spinal hémicorporel droit séquellaire, une ostéoporose fracturaire avec fractures de L1 et L2 suite à un accident de la circulation survenu en novembre 2010 et, comme diagnostics associés sans répercussion sur la capacité de travail,

une majoration des symptômes pour raisons psychologiques. Sur cette base, elle a conclu à une incapacité entière de travail dans l'activité habituelle à compter du 5 octobre 2008, à une incapacité de travail résiduelle de 20 % dans une activité adaptée (cf. la liste des activités adaptées est énumérée dans la prise de position médicale de la Dresse G. _____, Annexe II : ouvrier non qualifié, manoeuvre dans une usine, dans une fabrique, dans la production en général, concierge, gardien d'immeuble ou de chantier, surveillant de parking ou de musée, magasinier, gestionnaire de stock, vendeur, réceptionniste, agent d'accueil) à compter du mois de juin 2009, à une incapacité de travail à nouveau entière dans toute activité lucrative du 18 novembre 2010 au 1^{er} mars 2011, date à laquelle l'assuré a recouvré une capacité de travail à 80 % dans une activité adaptée (pce AI 145). Le Dr H. _____, médecin SMR, psychiatre et psychothérapeute, a examiné la partie psychiatrique de l'expertise et a soumis son rapport, le 4 décembre 2017 (pce AI 146).

D.b Le 19 décembre 2017, l'OAIE a procédé à l'évaluation de l'invalidité de A. _____ en application de la méthode générale de comparaison des revenus permettant de chiffrer la diminution de la capacité de gain de l'assuré compte tenu de son état de santé. Dite diminution a été en l'occurrence évaluée à 100 % dès le 5 octobre 2008, à 34 % dès juin 2009, à 100 % dès le 18 novembre 2010 et à 34 % dès le 1^{er} mars 2011 (pce AI 148).

E.

E.a Le 5 janvier 2018, l'OAIE a adressé un projet de décision à A. _____. Il reprenait les conclusions des médecins SMR (ci-dessus, let. D.a) ainsi que les résultats de l'évaluation de l'invalidité (ci-dessus, let. D.b). L'assuré a été invité à faire part de ses observations (pce AI 149).

E.b A. _____ n'a pas pris position sur ce projet de décision.

F.

Par décision du 20 mars 2018, l'OAIE a reconnu le droit à A. _____ à bénéficier d'une rente entière d'invalidité à compter du 18 novembre 2010, a constaté que la demande de prestations d'invalidité ayant été introduite le 18 octobre 2010, la rente allouée ne pouvait être payée qu'à partir du 1^{er} avril 2011, et a décidé que le droit à la rente s'éteignait à compter du 1^{er} juin 2011. Le droit à la perception de prestations de l'assurance-invalidité a été limité au 31 mai 2011 (pce AI 154).

A l'appui de sa décision, l'autorité de première instance a repris l'argumentation contenue dans son projet de décision (ci-dessus, let. E.a).

G.

A l'encontre de cette décision, par mémoire daté du 4 mai 2018 (date du timbre postal), A. _____ interjette recours, concluant à son admission, à ce que la décision de l'OAIE (ci-après aussi : autorité inférieure) soit déclarée « *nulle et non avenue* » et qu'il lui soit reconnu « *le droit à une rente d'invalidité* » fondée sur une incapacité totale de travail, rapports médicaux à l'appui (pce TAF 1).

H.

H.a Par décision incidente du 17 mai 2018, le Tribunal de céans a invité le recourant à s'acquitter d'une avance sur les frais présumés de la procédure de 800 francs (pce TAF 2).

H.b Le 2 juin 2018, soit dans le délai imparti, A. _____ a payé le montant requis (pce TAF 4).

I.

Invitée par ordonnance du Tribunal du 15 juin 2018 (pce TAF 5) à prendre position sur le recours, l'autorité inférieure a déposé une réponse datée du 10 août 2018, concluant au rejet du recours et à la confirmation de la décision attaquée (pce TAF 6).

Y étaient notamment jointes une note de l'OAIE du 19 juillet 2018 ainsi que la prise de position médicale établie par la Dresse G. _____, médecin SMR, le 20 juillet 2018 (annexes pce TAF 6).

J.

J.a Par ordonnance du 6 septembre 2018, le Tribunal a transmis au recourant un double de la réponse de l'autorité inférieure et de ses annexes ainsi qu'une copie de plusieurs pièces du dossier, et l'a invité à répliquer (pce TAF 7).

J.b A. _____ n'a pas donné suite dans le délai imparti, si bien que l'échange d'écritures a été clôturé par ordonnance du 22 novembre 2018 (pce TAF 9).

K.

En tant que besoin, les autres faits pertinents seront examinés dans les considérants en droit ci-dessous.

Droit :**1.**

1.1 Le Tribunal examine d'office et avec une pleine cognition sa compétence et les conditions de recevabilité des recours qui lui sont soumis (art. 7 de la loi fédérale du 20 décembre 1968 sur la procédure administrative [PA ; RS 172.021] ; ATAF 2016/15 consid. 1 et 2014/4 consid. 1.2).

1.2 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), le Tribunal connaît, en vertu de l'art. 31 LTAF en relation avec l'art. 33 let. d LTAF et l'art. 69 al. 1 let. b de la loi fédérale du 19 juin 1959 sur l'assurance-invalidité (LAI ; RS 831.20), des recours interjetés par des personnes résidant à l'étranger contre les décisions prises par l'autorité inférieure au sens de l'art. 5 PA. La procédure devant le Tribunal est en principe régie par la PA (art. 37 LTAF, sous réserve des dispositions particulières de la loi fédérale du 6 octobre 2000 sur la partie générale du droit des assurances sociales [LPGA ; RS 830.1] ; art. 3 let. d^{bis} PA). Selon les principes généraux du droit intertemporel, les règles de procédure précitées s'appliquent dans leur version en vigueur ce jour (ATF 130 V 1 consid. 3.2).

1.3 En l'espèce, interjeté en temps utile et dans les formes requises (art. 60 LPGA et 50 al. 1 PA ; art. 52 al. 1 PA) par une personne directement touchée par la décision attaquée (art. 48 al. 1 PA et 59 LPGA) et l'avance sur les frais de procédure ayant été acquittée (art. 63 al. 4 PA), le recours est recevable.

2.

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

2.2 La procédure dans le domaine des assurances sociales fait prévaloir la maxime inquisitoire (art. 43 LPGA ; ATF 138 V 218 consid. 6). Ainsi, le Tribunal administratif fédéral définit les faits et apprécie les preuves d'office et librement (art. 12 PA ; PIERRE MOOR / ETIENNE POLTIER, *Droit administratif*, vol. II, 3^{ème} éd., 2011, ch. 2.2.6.3). Ce faisant, il ne tient pour existants que les faits qui sont prouvés, cas échéant au degré de la vraisemblance prépondérante (ATF 139 V 176 consid. 5.2, 138 V 218 consid. 6). Par ailleurs, il applique le droit d'office, sans être lié par les motifs invoqués par les parties (art. 62 al. 4 PA ; ATAF 2013/46 consid. 3.2), ni par l'argumentation juridique développée dans la décision entreprise (P. MOOR / E. POLTIER, *op. cit.*, ch. 2.2.6.5 ; BENOÎT BOVAY, *Procédure administrative*, 2^{ème} éd., 2015, p. 243 ; JÉRÔME CANDRIAN, *Introduction à la procédure administrative*, 2013, n° 176). 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 et 121 V 204 consid. 6c ; André MOSER / MICHAEL BEUSCH / LORENZ KNEUBÜHLER, *Prozessieren vor dem Bundesverwaltungsgericht*, 2^{ème} éd., 2013, n° 1.55). Les parties ont le devoir de collaborer à l'instruction (art. 13 PA et 43 al. 3 LPGA ; arrêt du Tribunal administratif fédéral C-6134/2017 du 3 avril 2018 consid. 5.4) et de motiver leur recours (art. 52 PA).

3.

La présente procédure présente un aspect transnational dans la mesure où le recourant est un ressortissant portugais, domicilié au Portugal et ayant travaillé en Suisse en 1981 et 1982, puis de 1986 à mi-1997 (ci-dessus, let. A).

3.1 La cause doit être tranchée non seulement au regard des normes du droit suisse mais également à l'aune des dispositions de l'accord du 21 juin 1999 sur la libre circulation des personnes (ALCP ; RS 0.142.112.681), conclu entre la Suisse et la Communauté européenne et ses Etats membres, dont l'annexe II règle la coordination des systèmes de sécurité sociale (art. 8 ALCP). Dans ce contexte, l'ALCP fait référence depuis le 1^{er} avril 2012 au règlement (CE) n° 883/2004 du Parlement européen et du Conseil du 29 avril 2004 portant sur la coordination des systèmes de sécurité sociale (ci-après : règlement n° 883/2004, RS 0.831.109.268.1), ainsi qu'au règlement (CE) n° 987/2009 du Parlement européen et du Conseil du 16 septembre 2009 fixant les modalités d'application du règlement (CE) n° 883/2004 (ci-après : règlement n° 987/2009, RS 0.831.109.268.11 ; art. 1 al. 1 de l'annexe II en relation avec la section A de l'annexe II). A compter du 1^{er} janvier 2015, sont également applicables dans les relations entre la

Suisse et les Etats membres de l'Union européenne (UE) les modifications apportées notamment au règlement n° 883/2004 par les règlements (UE) n° 1244/2010 (RO 2015 343), n° 465/2012 (RO 2015 345) et n° 1224/2012 (RO 2015 353). Conformément à l'art. 4 du règlement (CE) n° 883/2004, les personnes auxquelles ce règlement s'applique, bénéficient en principe des mêmes prestations et sont soumises aux mêmes obligations, en vertu de la législation de tout Etat membre, que les ressortissants de celui-ci. Toutefois, même après l'entrée en vigueur de l'ALCP et des règlements de coordination, l'invalidité ouvrant droit à des prestations de l'assurance-invalidité suisse se détermine exclusivement d'après le droit suisse (art. 46 al. 3 du règlement n° 883/2004, en relation avec l'annexe VII dudit règlement ; ATF 130 V 253 consid. 2.4 ; arrêt du Tribunal fédéral 9C_573/2012 du 16 janvier 2013 consid. 4).

3.2 De jurisprudence constante, l'octroi d'une rente étrangère d'invalidité ne préjuge pas l'appréciation de l'invalidité selon la loi suisse (arrêt du Tribunal fédéral I 435/02 du 4 février 2003 consid. 2). Même après 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 (ATF 130 V précité, *ibid.*).

4.

4.1 Le droit matériel applicable est celui en vigueur au moment où les faits juridiquement déterminants ou ayant des conséquences juridiques se sont produits, aussi en cas de changement des règles de droit, sauf si des dispositions particulières de droit transitoire en disposent autrement (ATF 143 V 446 consid. 3.3, 136 V 24 consid. 4.3, 130 V 445 consid. 1.2 et 129 V 1 consid. 1.2). En ce qui concerne les faits déterminants selon la jurisprudence, le Tribunal de céans doit se limiter – en règle générale – à examiner la situation de fait existant jusqu'à la date de la décision attaquée (ATF 140 V 70 consid. 4.2, 130 V 445 consid. 1.2).

4.2 Le tribunal 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. Les faits survenus postérieurement et qui ont modifié cette situation doivent normalement faire l'objet d'une nouvelle décision administrative (ATF 132 V 215 consid. 3.1.1, 130 V 445 consid. 1.2 et 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 (arrêt du Tribunal fédéral 9C_34/2017 du 20 avril 2017 consid. 5.2 et les références citées). Le Tribunal ne peut ainsi prendre en considération que les rapports médicaux établis antérieurement à la décision attaquée, à l'exception de ceux établis ultérieurement qui permettent de mieux appréhender l'état de santé et la capacité de travail de l'intéressé jusqu'à la décision sujette à recours.

4.3 En l'espèce, le recourant est un ressortissant portugais domicilié au Portugal, Etat membre de l'Union européenne. Il a déposé sa demande de prestations en octobre 2010 – réceptionnée par les autorités compétentes en février 2011 – tandis que la décision litigieuse, objet de la présente procédure, a été rendue le 20 mars 2018. Ainsi, les dispositions légales de droit suisse en vigueur dans leur teneur au jour de la décision attaquée, soit au 20 mars 2018, sont applicables.

En outre, il sied de préciser que ni l'OAIE ni le Tribunal ne sont liés par les décisions et pratiques des autorités de sécurité sociale portugaises ou d'autres autorités administratives portugaises. Par conséquent, le fait que l'assuré bénéficie d'une rente d'invalidité portugaise depuis le 18 octobre 2010 n'a pas d'incidence sur la décision des autorités helvétiques.

5.

5.1 Selon l'art. 17 LPGA – applicable par analogie dans les cas d'octroi d'une rente limitée dans le temps (ATF 141 V 9 consid. 2.3, 130 V 343 consid. 3.5 ; sur les situations à comparer, cf. ATF 133 V 108 consid. 5) – la rente est, d'office ou sur demande, révisée pour l'avenir, à savoir augmentée ou réduite en conséquence, ou encore supprimée, si le taux d'invalidité du bénéficiaire d'une rente subit une modification notable. L'amélioration de la capacité de gain n'est déterminante pour la suppression de tout ou partie du droit aux prestations qu'à partir du moment où on peut s'attendre à ce qu'elle se maintienne durant une assez longue période ; il en va de même lorsqu'un changement déterminant a duré trois mois déjà, sans interruption notable et sans qu'une interruption prochaine soit à craindre (art. 88a al. 1 du règlement du 17 janvier 1961 sur l'assurance-invalidité [RAI ; RS 831.201]).

5.2 Pour examiner s'il y a eu une modification importante du degré d'invalidité justifiant la révision du droit à des prestations au sens de l'art. 17 LPGA, il s'agit de comparer les circonstances prévalant lors de la nouvelle décision avec celles existant lors de la dernière décision entrée en force et reposant sur un examen matériel du droit à la rente, avec constatation des

faits pertinents, appréciation des preuves et comparaison des revenus conformes au droit (ATF 133 V 108 consid. 5 [en particulier 5.4], 130 V 71 consid. 3.2.3, 130 V 343 consid. 3.5 et 125 V 368 consid. 2 et les références citées ; arrêt du Tribunal fédéral 9C_602/2019 du 10 juin 2020 consid. 2).

6.

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

6.2 L'invalidité au sens de la LPGA et de la LAI est l'incapacité de gain totale ou partielle qui est présumée permanente ou de longue durée (art. 8 al. 1 LPGA). Elle peut résulter d'une infirmité congénitale, d'une maladie ou d'un accident (art. 4 al. 1 LAI) et est réputée survenue dès qu'elle est, par sa nature et sa gravité, propre à ouvrir droit aux prestations entrant en considération (art. 4 al. 2 LAI).

6.3 Selon l'art. 7 al. 1 LPGA, est réputée incapacité de gain toute diminution de l'ensemble ou d'une partie des possibilités de gain de l'assuré sur un marché du travail équilibré dans son domaine d'activité, si cette diminution résulte d'une atteinte à sa santé physique, mentale ou psychique et qu'elle persiste après les traitements et les mesures de réadaptation exigibles. Seules les conséquences de l'atteinte à la santé sont prises en compte pour juger de la présence d'une incapacité de gain.

6.4 Par incapacité de travail, on entend toute perte, totale ou partielle, résultant d'une atteinte à la santé physique, mentale ou psychique, de l'aptitude de l'assuré à accomplir dans sa profession ou son domaine d'activité le travail qui peut raisonnablement être exigé de lui (art. 6 1^{ère} phrase LPGA). L'assurance-invalidité suisse couvre ainsi seulement les pertes économiques liées à une atteinte à la santé physique ou psychique, et non la maladie en tant que telle (ATF 116 V 246 consid. 1b). En d'autres termes, l'objet assuré n'est pas l'atteinte à la santé, mais l'incapacité de gain probablement permanente ou de longue durée qui en résulte et qui n'est pas objectivement surmontable (art. 7 al. 2 LPGA). En cas d'incapacité de travail de longue durée, l'activité qui peut être exigée de l'assuré peut aussi

relever d'une autre profession ou d'un autre domaine d'activité (art. 6 2^{ème} phrase LPGA).

6.5 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 Tribunal fédéral 8C_759/2019 du 22 janvier 2020 consid. 4.2.2 et 8C_623/2012 du 6 décembre 2012 consid. 1.2). Une limitation de la capacité d'exécuter une tâche ou une action ne peut en effet fonder le droit à une prestation que si elle est la conséquence d'une atteinte à la santé qui a été diagnostiquée de manière indiscutable par un médecin spécialiste de la discipline concernée (ATF 143 V 418 consid. 6 et 8.1, 141 V 281 consid. 2.1, 130 V 396 ; arrêt du Tribunal fédéral 9C_815/2012 du 12 décembre 2012 consid. 3). 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 références citées). Dans ce contexte, on rappellera qu'il n'appartient pas au juge de remettre en cause le diagnostic retenu par un médecin et de poser de son propre chef des conclusions qui relèvent de la science et des tâches du corps médical (arrêt du Tribunal fédéral 9C_719/2016 du 1^{er} mai 2017 consid. 5.2.1).

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

6.6.1 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 Tribunal fédéral 9C_555/2017 du 22 novembre 2017 consid. 3.1 et les références citées, 9C_745/2010 du 30 mars 2011 consid. 3.2 et 9C_59/2010 du 11 juin 2010 consid. 4.1 ; MICHEL VALTERIO, Commentaire, Loi fédérale sur l'assurance-invalidité [LAI], 2018, art. 57 LAI n° 33).

6.6.2 S'agissant des rapports établis par les médecins traitants, qu'il ou elle soit médecin de famille généraliste ou spécialiste, il convient de les apprécier avec une certaine réserve en raison de la relation de confiance, issue du mandat thérapeutique confié au médecin traitant, qui unit celui-ci ou celle-ci à son ou sa patiente (ATF 125 V 351 consid. 3b/cc et les références citées ; arrêt du Tribunal fédéral I 655/05 du 20 mars 2006 consid. 5.4). Toutefois, le simple fait qu'un rapport médical soit établi à la demande d'une partie et soit produit pendant la procédure ne justifie pas en soi des doutes quant à sa valeur probante (arrêt du Tribunal fédéral 8C_278/2011 du 26 juillet 2011 consid. 5.3). Ainsi, on en retiendra des éléments, notamment si ceux-ci, objectivement vérifiables, ont été ignorés dans le cadre d'une expertise indépendante et s'avèrent suffisamment pertinents pour remettre en cause les conclusions de l'expertise (ATF 125 V 351 consid. 3b/dd et les références citées ; arrêts du Tribunal fédéral 9C_338/2016 du 21 février 2017, publié *in* : Droit des assurances sociales – Jurisprudence [SVR] 2017 IV n° 49 consid. 5.5, 9C_876/2009 du 6 juillet 2010 consid. 2.2, 9C_24/2008 du 27 mai 2008 consid. 2.3.2 et 9C_201/2007 du 29 janvier 2008 consid. 3.2 ; M. VALTERIO, op. cit., art. 57 LAI n°s 48 et 49).

6.6.3 Selon la jurisprudence, il n'est pas interdit aux tribunaux des assurances de se fonder uniquement ou principalement sur les rapports des médecins rattachés aux assureurs, mais, en de telles circonstances, l'appréciation des preuves est soumise à des exigences sévères. Une instruction complémentaire sera ainsi requise s'il subsiste des doutes, même minimes, quant au bien-fondé, à la fiabilité et à la pertinence de ces rapports (ATF 139 V 225 consid. 5.2, 135 V 465 consid. 4.4 et 122 V 157 consid. 1d ; arrêt du Tribunal fédéral 8C_699/2018 du 28 août 2019 consid. 3). Les prises de position des services médicaux régionaux (SMR) et du service médical de l'OAIE doivent être appréciées comme des rapports de médecins liés à l'assureur (concernant le SMR, arrêts du Tribunal fédéral

9C_159/2016 du 2 novembre 2016 consid. 2.2 ss et 8C_197/2014 du 3 octobre 2014 consid. 4 ; arrêt du Tribunal administratif fédéral C-2843/2016 du 30 mai 2018 consid. 8.1 et 8.2 ; M. VALTERIO, op. cit., art. 57 LAI n^{os} 7 et 42 ss, art. 59 LAI n^o 2).

6.6.4 Les prises de position des services médicaux régionaux (SMR) ou du service médical de l'OAIE ne se fondent pas sur des examens médicaux effectués sur la personne, mais sur des pièces médicales, et ne posent pas de nouvelles conclusions médicales. Elles portent une appréciation sur celles déjà existantes (arrêts du Tribunal fédéral 9C_542/2011 du 26 janvier 2012 consid. 4.1, 9C_581/2007 du 14 juillet 2008 consid. 3.2 et 9C_341/2007 du 16 novembre 2007 consid. 4.1). Elles ont notamment pour but, outre celui d'aider les profanes en médecine qui travaillent dans l'administration ou les tribunaux et à qui il appartient de trancher le droit aux prestations, de résumer et de porter une appréciation sur la situation médicale de la personne concernée, ainsi que de faire une recommandation, sous l'angle médical, concernant la suite à donner à la demande de prestations. Ceci implique aussi, en présence de pièces médicales contradictoires, de dire de façon motivée s'il y a lieu de se fonder sur l'une ou l'autre de ces pièces ou s'il y a lieu de procéder à une instruction complémentaire (ATF 142 V 58 consid. 5.1). De telles prises de position, pour avoir valeur probante, ne peuvent suivre les conclusions d'un médecin sans établir les raisons pour lesquelles les conclusions différentes d'autres médecins ne sont pas suivies (ATF 137 V 210 consid. 6.2.4 ; M. VALTERIO, op. cit., art. 57 LAI n^o 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 Tribunal fédéral 9C_165/2015 du 12 novembre 2015 consid. 4.3, 9C_58/2011 du 25 mars 2011 consid. 3.3 ; arrêt du Tribunal administratif fédéral C-2843/2016 du 30 mai 2018 consid. 8.2).

7.

Appelé à se prononcer, le Tribunal retient ce qui suit.

7.1 L'instruction de la présente cause a notamment porté au dossier la documentation médicale suivante :

- le rapport de sortie du service de neurologie de l'*Hospital I.* _____ du 15 octobre 2008 (Dresse J. _____ et Dr K. _____) relatif au séjour de l'assuré du 6 au 15 octobre 2008 aux motifs de céphalées, déséquilibres et vomissements survenant soudainement, posant les

diagnostics d'infarctus dans le territoire vertébro-basilaire, de dissection de l'artère vertébrale, d'occlusion de l'artère basilaire et de thrombolyse intra-artérielle et faisant état, comme séquelle de l'accident vasculaire, d'une hémiparésie droite modérée de degré 4+ sur 5 au visage ; le patient pouvait marcher sans soutien et aucune autre altération n'a été constatée lors de l'examen neurologique (pce AI 98) ;

- le certificat médical du *Centro L.*_____ (Dr M._____) du 23 mars 2010, attestant de l'incapacité de travail de l'intéressé suite à l'AVC subi le 5 octobre 2008 et de l'absence d'évolution des séquelles consécutives à l'AVC (vertiges, déséquilibre permanent et maux de tête permanents et hémiparésie directe et perte de sensibilité de la moitié droite du corps), mentionnant au surplus la nécessité pour A._____ d'être accompagné dans ses activités quotidiennes (pce AI 107) ;
- le rapport du service de neurologie du J._____ (Dresse J._____) du 3 juin 2010, basé sur une consultation effectuée en juin 2009, indiquant que l'assuré, qui a suivi un traitement thrombolytique intra-artériel avec succès, présente un « *déficit moteur droit très modéré* » n'entravant pas ses activités de la vie quotidienne ; présentant une akinésie ventriculaire, il a commencé un traitement anticoagulant ; le rapport précise en outre que l'intéressé ne s'est pas présenté à la consultation prévue en janvier 2010 (pce AI 100) ;
- la déclaration du *Centro Hospitalar N.*_____ et le rapport de sortie du service d'orthopédie de ce même établissement (Dr O._____), datés du 22 novembre 2010, attestant que A._____ a séjourné dans l'établissement du 18 au 22 novembre 2010 suite à un accident de la circulation routière lui ayant causé des fractures de L1 et L2 sans déficits neurologiques, traitées conservativement par corset (pces AI 102 et 103) ;
- le rapport médical détaillé E 213 du 3 décembre 2010 reprenant les diagnostics de séquelles d'AVC avec hémiparésie des membres supérieur et inférieur droits et de fractures L1 et L2 et relevant l'existence d'une colonne vertébrale rigide et d'un état mental et émotionnel déprimé, précisant au surplus qu'une invalidité permanente devait être considérée (pce AI 104) ;

- le rapport de la Clinique médico-chirurgicale P. _____ (Dr Q. _____), daté du 11 septembre 2012, portant sur l'état de la colonne cervicale, de la colonne lombaire, du bassin, de la hanche droite et des membres inférieurs de A. _____ (pce AI 54) ;
- l'attestation médicale du Centre hospitalier I. _____ (Dr R. _____), datée du 17 septembre 2012, informant de la persistance des séquelles de l'AVC d'octobre 2008, en particulier une hémiparésie droite et une hémihypoesthésie droite, indiquant que l'accident de la circulation de novembre 2010 était survenu en raison du fait que A. _____ n'avait pu freiner à temps avec son pied droit, et soulignant que le prénommé souffrait des céphalées chroniques dans le contexte d'un syndrome dépressif anxieux, se plaignant de son incapacité à pouvoir mener à bien ses activités professionnelles depuis l'AVC ; lors de la dernière consultation du 12 avril 2011, il avait reçu une ordonnance d'antidépresseurs et la recommandation de ne pas conduire (pce AI 55) ;
- le rapport médical du Dr S. _____, spécialiste en médecine générale et familiale, daté du 20 septembre 2012, relevant notamment les altérations graves de posture, avec une claudication marquée et de l'instabilité dans la marche, les atrophies musculaires à droite, avec hémiparésie et les céphalées chroniques sont les causes de l'incapacité de travail dans l'activité lucrative qu'il accomplissait et précisant que le traitement intensif de physiothérapie n'avait pas permis une meilleure récupération et que le patient suivait une thérapie hypocoagulante (pce AI 56) ;
- le rapport médical du Dr S. _____, spécialiste en médecine générale et familiale, daté du 9 octobre 2012, mentionnant que A. _____ conservait des séquelles permanentes de l'AVC – une hémiparésie avec atrophies musculaires des membres supérieur et inférieur droits – entraînant une diminution des réflexes et une incapacité motrice qui affectent gravement la locomotion et la mobilité en général, associées à une claudication et à une instabilité de la démarche ayant pour conséquences une incapacité fonctionnelle globale, une interdiction de conduire un véhicule automobile et un tableau dépressif grave (pce AI 106) ;
- les rapports des examens médico-légaux effectués par le Centre médico-légal Prof. T. _____ (Dr U. _____, spécialiste en ortho-

pédie et traumatologie) datés des 3 juin 2013 et 16 juillet 2015, réalisés en vue de l'estimation du préjudice corporel selon les dispositions légales applicables au Portugal, et aboutissant tous deux aux conclusions suivantes : (1) les séquelles post-traumatiques sont établies ; (2) l'incapacité permanente est de 65,50 % et (3) de 98,25 % en appliquant le facteur de bonification 1.5. Ces conclusions reposent sur une constatation des troubles – démarche boitillante à droite, difficulté à passer de la position couchée ou assise à la station debout, difficulté à monter et descendre les escaliers, difficulté à réaliser les actes de la vie quotidienne sans l'aide d'un tiers tels que la toilette et la préparation des repas, isolement social marqué – auxquels l'intéressé doit faire face et sur un examen physique duquel il est ressorti que l'assuré souffre d'une hémiparésie droite (séquelles lésionnelles) et d'une lombalgie résiduelle associée à une légère raideur de la colonne vertébrale (séquelles fonctionnelles) (pce AI 108 et annexe pce TAF 1) ;

- le rapport de l'expertise pluridisciplinaire – de médecine interne (Dr C. _____), de psychiatrie (Dr D. _____), de neurologie (Dr F. _____) et de rhumatologie (Dr E. _____) – réalisée les 29, 30 et 31 août 2017 par la Policlinique B. _____, avec synthèse multidisciplinaire. Il en ressort les diagnostics somatiques de discret syndrome cortico-spinal hémicorporel droit séquellaire après un accident vasculaire cérébelleux survenu en octobre 2008 et une ostéoporose fracturaire avec des fractures de L1-L2 suite à un accident de la circulation, en novembre 2010. Les experts ont précisé que ces diagnostics entraînaient une incapacité de travail complète à partir du 5 octobre 2008 comme ouvrier dans le bâtiment ainsi que dans une activité lucrative adaptée, une capacité de travail de 80 % dans une activité adaptée à partir de juin 2009, une incapacité de travail de 100% à partir du 18 novembre 2011, puis à compter du 1^{er} mars 2011 une capacité de travail de 80 % dans un emploi adapté. Sur le plan psychiatrique, l'expertise aboutit à la conclusion que l'intéressé souffre d'un syndrome de majoration des symptômes pour raison psychologique, diagnostic sans répercussion sur sa capacité de travail (pces AI 134 et 136) ;
- la prise de position médicale du 20 novembre 2017, par laquelle la Dresse G. _____, médecin SMR, s'est déterminée sur l'expertise pluridisciplinaire précitée. Elle a conclu à une incapacité de travail totale de A. _____ dans son ancienne activité de maçon, mais à une incapacité de travail limitée à 20 % dans une activité adaptée à

son état de santé (aux dates retenues par les experts), avec prise en compte des limitations fonctionnelles spécifiques suivantes : travail en position assise uniquement, sans avoir à se pencher, à être accroupi ou agenouillé, port de charge de 5 kg au maximum sans mouvements répétitifs, prise en compte des difficultés à se déplacer, à monter sur une échelle ou sur des échafaudages, à monter les escaliers, à se déplacer sur un terrain irrégulier et prise en considération des nuisances telles que le bruit, la poussière, les émanations, le froid, le chaud, l'humidité, les intempéries et le travail de nuit. Les activités adaptées retenues sont diverses : ouvrier non qualifié, concierge, gérant d'immeuble ou de chantier, surveillant de parking, de musée, magasinier, vendeur, réceptionniste (pce AI 145) ;

- la prise de position médicale du 4 décembre 2017, par laquelle le Dr H._____, médecin SMR, spécialiste en psychiatrie et psychothérapie, a examiné l'expertise pluridisciplinaire précitée sous l'angle de sa spécialité et a confirmé le diagnostic d'absence de pathologie psychique invalidante, considérant l'évaluation de l'expert psychiatre comme convaincante (pce AI 146) ;
- le certificat médical du Dr S._____, médecin généraliste, daté du 17 avril 2018, indiquant que A._____ présente un raccourcissement du membre inférieur droit avec une atrophie musculaire très marquée de ce membre et considère que le patient présente une incapacité totale de travail en raison d'un accident vasculaire cérébral, infarctus par occlusion de l'artère basilaire, survenu le 5 novembre (*recte* : octobre) 2018, et d'un accident de la circulation survenu le 18 novembre 2010 avec fractures du rachis lombaire, entraînant une atteinte permanente du membre inférieur droit avec paresthésies et hémiparésie droite à prédominance crurale, provoquant une claudication droite très importante (annexe n° 2 pce TAF 1) ;
- le certificat médical du Dr V._____, médecin de famille, non daté, constatant une amélioration de l'état de santé de l'assuré, lequel a néanmoins toujours des difficultés à marcher et à articuler (annexe n° 3 pce TAF 1) ;
- la prise de position médicale du 20 juillet 2018, par laquelle la Dresse G._____, médecin SMR, a examiné les avis médicaux joints au mémoire de recours et relevé qu'il n'en ressortait aucun élément nouveau qui n'aurait pas été pris en compte dans le cadre

de l'expertise pluridisciplinaire dont les conclusions sont claires et cohérentes (annexe pce TAF 6).

7.2 Sur le plan économique, l'OAIE a recueilli :

- un « *questionnaire à l'assuré (UE)* » établi le 5 mai 2011, dans lequel l'assuré s'est borné à indiquer n'avoir plus exercé d'activité lucrative depuis le 5 octobre 2008, date de l'AVC (pce AI 12, p. 1 à 5) ;
- un « *questionario para o empregador* » établi le 6 mai 2011 (pce AI 12, p. 6 et 7) ;
- les réponses manuscrites de A. _____ au courrier de l'OAIE du 3 juin 2011 (pce AI 19), indiquant que la dernière activité professionnelle qu'il avait exercée était celle de maçon, qu'il travaillait 8 heures par jour et 40 heures par semaine, percevant une rémunération de 500 Euros (pce AI 25) ;
- un « *questionnaire à l'assuré (UE)* » établi le 18 décembre 2013, dans lequel A. _____ a notamment précisé son parcours scolaire et professionnel ainsi que l'identité des praticiens consultés ; il a en outre confirmé n'avoir plus exercé d'activité lucrative après la survenance de l'AVC, le 5 octobre 2008, alors qu'il travaillait comme indépendant dans la construction (pce AI 84).

8.

En l'espèce, le Tribunal est amené à examiner le bien-fondé de la décision du 20 mars 2018 par laquelle l'OAIE a dénié à A. _____ le droit à la perception d'une rente d'invalidité à compter du 1^{er} juin 2011, se basant principalement sur l'expertise pluridisciplinaire – réalisée en Suisse entre août 2017 (examens de l'assuré par quatre praticiens spécialistes en leur domaine), septembre 2017 (colloque de synthèse multidisciplinaire) et octobre 2017 (publication du rapport d'expertise) – laquelle avait été requise par l'arrêt de renvoi rendu le 27 août 2013 par le Tribunal administratif fédéral dans la procédure C-1188/2012. Mettant en exergue l'AVC du 5 octobre 2008, le recourant affirme ne plus pouvoir exercer une quelconque activité lucrative, aussi bien dans son activité habituelle passée de maçon que dans une activité de substitution, et conteste par conséquent l'évaluation de la capacité de gain à laquelle l'autorité inférieure a abouti.

9.

Il sied de souligner ici qu'aux termes de l'arrêt de renvoi C-1188/2012 susmentionné (cf. chiffre 2 du dispositif), le Tribunal administratif fédéral a reconnu le droit de la partie recourante à une rente entière d'invalidité du 1^{er} avril au 31 mai 2011. Selon la jurisprudence, un arrêt de renvoi lie tant l'autorité inférieure à laquelle la cause est renvoyée que le Tribunal administratif fédéral ultérieurement saisi d'un recours contre la nouvelle décision de l'autorité inférieure. Quant aux parties, elles ne peuvent pas faire valoir, dans un recours contre la nouvelle décision de l'autorité inférieure, des moyens que le tribunal avait expressément rejetés dans l'arrêt de renvoi ou qu'il n'avait pas eu à examiner, faute pour les parties de les avoir invoqués, alors qu'elles pouvaient – et devaient – le faire ; des faits nouveaux ne peuvent être pris en considération que sur les points qui ont fait l'objet du renvoi (ATF 133 V 477 consid. 5.2.3, 117 V 237 consid. 2 ss ; voir également l'arrêt du TF 2C_890/2018 du 18 septembre 2019 consid. 3.2 -3.3).

La Cour de céans étant ainsi liée par l'arrêt de renvoi C-1188/2012 rendu le 27 août 2013, elle ne saurait ainsi revenir sur le droit à la rente du recourant pour la période courant du 1^{er} avril au 31 mai 2011. L'objet du présent litige est dès lors circonscrit à la question de savoir si le droit à la rente entière de A. _____ se poursuit à compter du 1^{er} juin 2011.

Dans ce cadre, le Tribunal vérifiera si l'autorité inférieure a complété l'instruction et s'est déterminée en conformité avec l'arrêt de renvoi ordonnant un complément d'instruction le 27 août 2013 et statuera sur la valeur probante de l'expertise pluridisciplinaire diligentée (ci-dessous, consid. 11 et 12) avant de vérifier l'évaluation de l'invalidité à laquelle a procédé l'autorité inférieure (ci-dessous, consid. 13 et 14).

10.

A l'analyse du dossier, il convient pour la bonne forme d'observer que A. _____ a cotisé aux assurances sociales suisses durant 12 ans et 1 mois (145 mois ; pces AI 35, p. 3 et 5, et 139, p. 1), soit une durée bien supérieure à l'exigence légale minimale de trois années entières de cotisations pour prétendre avoir un droit à une rente d'invalidité (cf. art. 36 al. 1 LAI). Cette condition étant en l'espèce remplie, il s'agit dès lors de déterminer si l'assuré est invalide au sens de la LAI.

11.

La décision querellée repose sur l'expertise pluridisciplinaire réalisée sur mandat du 3 mai 2017 (pce AI 125) et ayant fait l'objet d'un rapport circons-

tancié daté du 10 octobre 2017 (pce AI 134). Dite expertise ayant une importance prépondérante sur le sort du litige, il convient dès lors d'en examiner la valeur probante, étant précisé d'emblée que, dans ses écritures, le recourant n'a formulé aucune remarque ou objection concrète à son encontre, se bornant à affirmer que son incapacité de travail demeurait totale.

11.1 En préambule, il doit être rappelé que cette expertise a été sollicitée par le Tribunal administratif fédéral dans son arrêt du 27 août 2013 (cause C-1188/2012), renvoyant le dossier de A._____ à l'OAIE pour un complément d'instruction. Constatant que l'état de fait était insuffisamment établi, le Tribunal a sollicité que « *l'administration [mette] en œuvre en Suisse une expertise neurologique, orthopédique et psychiatrique, de même que tout autre mesure propre à établir clairement l'état de santé de l'intéressé, tant somatique que psychologique, et son évolution, ainsi que les conséquences de cet état de santé sur la capacité de travail, afin de déterminer notamment si et à quel taux l'invalidité reconnue depuis novembre 2010 s'est poursuivie au-delà du mois de mars 2011 ou si une éventuelle amélioration est survenue et quand* » (pce AI 77, p. 12). Faisant suite à cette décision et en application de celle-ci, l'OAIE a, dans un premier temps, en août 2015, sollicité la Clinique W._____, à (...), pour la réalisation d'une expertise pluridisciplinaire. Faute d'experts disposés à travailler « *dans les conditions actuelles* », la clinique précitée a refusé le mandat (pce AI 112). Relancée le 29 mars 2017 par l'assuré qui s'étonnait de l'absence de mise en œuvre de l'expertise requise (pce AI 119), l'autorité inférieure, par courrier du 7 avril 2017, a indiqué n'avoir aucune influence sur les temps d'attente pour l'attribution des mandats d'expertise, ceux-ci étant gérés par une plateforme informatique – SuisseMED@P – assurant une attribution aléatoire des mandats d'expertise médicale pluridisciplinaire, et a proposé à l'assuré de remplacer l'orthopédie par la rhumatologie, cette substitution de discipline étant susceptible « *d'accélérer l'attribution du mandat à un centre d'expertise* » (pce AI 120). Le 19 avril 2017, le recourant a expressément accepté ce changement (pce AI 121). Le mandat d'expertise a alors été attribué, le 3 mai 2017, à la Policlinique B._____, à (...), à qui le contexte et les questions de l'expertise ont été exposés et la documentation adressée (pce AI 125).

11.2 Eu égard à leur importance sur l'issue du présent litige, il convient de résumer ici les appréciations des praticiens spécialistes qui ont été appelés à réaliser l'expertise pluridisciplinaire.

11.2.1 Chargé du *volet psychiatrique* de l'expertise pluridisciplinaire, le Dr D. _____, psychiatre, n'a observé chez A. _____ aucun ralentissement, aucun trouble du langage, aucun trouble de l'orientation, aucune manifestation grossière de troubles cognitifs, relevant que le contact avec le prénommé était agréable et collaborant, son discours clair et compréhensible. L'assuré n'avait formulé aucune plainte psychologique particulière, mettant cependant en exergue sa tristesse d'avoir dû arrêter son travail, lâcher son entreprise qui fonctionnait très bien et dont il était fier, et sa culpabilité passée de n'avoir pu donner à ses enfants un meilleur niveau de vie. L'expert a relevé que l'entretien, l'anamnèse et la lecture des rapports médicaux permettaient d'exclure une pathologie psychiatrique majeure, précisant toutefois que la présentation clinique et les examens spécialisés en neurologie et rhumatologie parlaient en faveur d'une probable majoration des symptômes pour raisons psychologiques, celles-ci paraissant être une fixation dans une identité d'invalidé difficilement mobilisable en l'absence de capacité d'introspection. Ainsi, le Dr D. _____ a diagnostiqué une majoration des symptômes pour raisons psychologiques (F68.0), un *status* post-AVC en 2008, un *status* post-accident avec fractures L1 et L2 en 2010 (pce AI 134, p. 12 et 13).

11.2.2 S'agissant du *volet rhumatologique*, le Dr E. _____, rhumatologue, qui a procédé à des radiographies de la colonne dorsale et de la colonne lombaire de l'assuré, a constaté que ce dernier présentait des hémicorporalgies droites survenues lors de l'AVC attribué à une dissection de l'artère vertébrale et à une thrombose de l'artère basilaire gauche en octobre 2008 et a constaté dans ce cadre une discordance entre l'anamnèse qui mentionnait une faiblesse importante tant du membre supérieur qu'inférieur droits, et le rapport d'un neurologue figurant au dossier, daté de 2009, décrivant un discret déficit moteur droit n'interférant pas avec des activités de la vie quotidienne. L'expert a de plus relevé une seconde discordance, entre le fait de l'importance de l'hémiplégie alléguée par l'expertisé et le fait de conduire un véhicule. Il avait été frappé par le type de boiterie atypique de l'expertisé, qui n'était pas celle rencontrée chez les hémiplégiques. En outre, il a relevé une discordance entre l'examen clinique au cours duquel il avait pu constater une extension du coude droit douloureuse à partir de 90 degrés avec contrepulsion, et l'extension du coude complète lors de la marche avec des cannes anglaises tant en salle d'examen que dans les couloirs du centre d'expertise. Sur la base des constatations faites et compte tenu de l'ostéoporose fracturaire avec fracture de L1 et de L2 faisant suite à l'accident de la circulation de novembre 2011, le Dr E. _____ a exhaustivement répertorié les limitations fonctionnelles affectant l'expertisé dans l'exercice d'une activité professionnelle ;

cela étant, pour toute activité respectant ces limitations fonctionnelles, la capacité de travail médico-théorique était entière d'un point de vue rhumatologique (pce AI 134, p. 13 à 16).

11.2.3 Dans le cadre du *volet neurologique*, le Dr F. _____, neurologue, a observé, à l'analyse du dossier, d'importantes incohérences, entre la situation d'un assuré présentant, à l'issue de son hospitalisation pour un AVC, des signes neurologiques mineurs nonobstant lesquels il avait été capable de conduire, et l'apparition ultérieure d'une quasi-impotence. L'approche clinique avait confirmé ces incohérences, avec un assuré fortement invalide tant dans ses déplacements que pour s'habiller et se déshabiller, ce qui contrastait avec ce qui avait été décrit par les neurologues l'ayant traité jusqu'en 2012. De même, l'examen neurologique avait mis en évidence de nombreuses incohérences et un syndrome douloureux caricatural qui n'était pas explicable par les séquelles d'un AVC. Compte tenu de la majoration des symptômes lors de l'examen, avec de nombreuses atypies au *status* neurologique, le Dr F. _____ a mesuré les limitations fonctionnelles de l'assuré en fonction de ce qui apparaissait au dossier, à savoir une hémiparésie droite discrète 4+/5 associée à d'autres signes cortico-spinaux constatés, caractérisés par une hyperréflexie tendineuse et une discrète hémispasticité à droite (pce AI 134, p. 16 à 19).

11.2.4 Enfin, au terme du colloque de synthèse, les experts ont retenu que l'assuré présentait au premier plan un discret syndrome cortico-spinal hémicorporel droit suite à l'AVC d'août (*recte* : octobre) 2008, des lombalgies avec ostéoporose fracturaire avec fractures de L1 et de L2 suite à un accident de la circulation en novembre 2010 et que tous les symptômes se trouvaient majorés pour des raisons psychologiques. Les praticiens ont en outre pris en considération l'avis du médecin traitant de l'expertisé, faisant état d'un état anxieux dépressif, et l'ont écarté, aucun élément n'étant susceptible de retenir ce diagnostic, soulignant que l'assuré continuait ses promenades et bénéficiait d'un entourage – amis, enfants – aidant. Au terme de leur consensus pluridisciplinaire, les experts ont considéré que les diagnostics somatiques qui avaient été posés entraînaient une incapacité de travail complète et définitive dans l'ancienne activité professionnelle de l'assuré mais que, dans une activité légère respectant de surcroît les limitations rhumatologiques, sa capacité de travail était totale avec une diminution de rendement de 20 % (pce AI 134, p. 23).

11.3

11.3.1 A l'instar de l'autorité inférieure, le Tribunal est d'avis qu'il n'y a pas de motifs de s'écarter des conclusions des experts, les Drs C._____ (médecine interne), D._____ (psychiatrie), E._____ (rhumatologie) et F._____ (neurologie), lesquels ont examiné A._____ les 29, 30 et 31 août 2017. Ils ont posé les diagnostics avec influence essentielle sur la capacité de travail de *status* après accident vasculaire cérébelleux le 5 octobre 2008 avec discret syndrome cortico-spinal hémicorporel droit séquellaire (I69.4) et d'ostéoporose fracturaire avec fractures de L1 et L2 suite à un accident de la circulation en novembre 2010 (M80.9), et le diagnostic sans influence essentielle sur la capacité de travail de majoration des symptômes pour raisons psychologiques (F68.0) ; sur cette base, ils ont conclu à une incapacité de travail de 100 % à compter du 5 octobre 2008 dans l'ancienne activité d'ouvrier dans le secteur du bâtiment ainsi que dans une activité lucrative adaptée, à une capacité de travail de 80 % dès juin 2009 jusqu'au 18 novembre 2010 dans une activité adaptée, à une incapacité de travail totale dans tous types d'activité du 18 novembre 2010 au 1^{er} mars 2011 et à une capacité de travail de 80 % dans une activité adaptée à compter du 1^{er} mars 2011, soit quatre mois après les fractures vertébrales. Ces conclusions ont fait l'objet d'un colloque de synthèse multidisciplinaire le 19 septembre 2017 (pce AI 134).

11.3.2 Il appert que l'expertise pluridisciplinaire a été réalisée par des spécialistes en psychiatrie, en rhumatologie et en neurologie, qu'elle comporte en préambule un examen de médecine interne effectué par un spécialiste. Ces praticiens disposaient de la formation et des connaissances requises pour juger valablement de l'état de santé du recourant. Les différents volets du rapport ont été établis sur la base d'observations approfondies et d'investigations complètes – l'assuré a été examiné par chacun des spécialistes entre le 29 et le 31 août 2017 –. L'expertise satisfait de surcroît aux exigences posées par la jurisprudence en matière de valeur probante des documents médicaux, dans la mesure où elle tient compte de l'intégralité des éléments du dossier mis à disposition des experts par l'OAIE et a donc été établie en pleine connaissance du dossier médical et économique déterminant (pce AI 134, p. 2 à 5 [bref extrait du dossier]). Ledit dossier contient l'anamnèse complète (pce AI 134, p. 5 à 10), constituée notamment par tous les rapports et certificats médicaux formulés par les praticiens ayant eu, au Portugal, l'occasion de donner un avis, tient compte des plaintes exprimées par le recourant (pce AI 134, p. 7) et repose en outre sur les examens paracliniques effectués en août 2017 (pce AI 134, p. 11 s.). Il contient en outre des appréciations détaillées de chacun des

spécialistes ainsi que leurs diagnostics argumentés (pce AI 134, p. 12 et 13 [psychiatrie], p. 13 à 16 [rhumatologie], p. 16 à 19 [neurologie]) et une appréciation circonstanciée du cas (pce AI 134, p. 19 à 23). Les experts ont mis en exergue les contradictions et incohérences constatées entre, d'une part, les plaintes de l'assuré et leurs constatations faites lors des différents examens (cf. notamment pce AI 134, p. 15 *in fine* et 16 [appréciations spécialisées rhumatologie], p. 18 et 19 [appréciations spécialisées neurologie]), et, d'autre part, entre les plaintes de l'assuré et les pièces médicales figurant au dossier. Finalement, les experts ont répondu aux questions formulées par l'OAIE, exposant pourquoi ils ont estimé que la capacité de travail devait être considérée comme recouvrée à compter du 1^{er} mars 2011.

11.3.3 Certes, l'autorité inférieure a procédé à une substitution de disciplines – rhumatologie en lieu et place d'orthopédie – par rapport à ce qui figurait dans l'arrêt de renvoi C-1188/2012 (« *qu'il s'agira pour l'administration de mettre en œuvre en Suisse une expertise neurologique, orthopédique et psychiatrique [...]* »). A ce propos, le Tribunal estime que cela ne remet pas en cause le caractère probant de l'expertise pluridisciplinaire. En effet, une expertise tant rhumatologique qu'orthopédique est apte à déterminer les limitations fonctionnelles de l'assuré, ces deux spécialités portant chacune sur le fonctionnement de l'appareil locomoteur. Seule l'approche diffère, en ce sens que le rhumatologue adopte une approche médicale alors que l'orthopédiste aura une approche chirurgicale. Par ailleurs, le Tribunal fédéral a déjà rappelé que la formation et l'expérience professionnelle du rhumatologue lui permettent d'évaluer les troubles musculo-squelettiques de manière adéquate et complète (arrêt du Tribunal fédéral 9C_965/2008 du 23 décembre 2009 consid. 4.2). Partant, cette substitution de spécialité n'est pas décisive en l'espèce et ne saurait annihiler le caractère probant à l'expertise. Au surplus, le Tribunal relève que l'assuré a pu s'exprimer sur ce changement, motivé par la longue attente nécessaire pour la mise en œuvre d'une expertise comportant un volet orthopédique, et l'a expressément admis. Enfin, l'arrêt de renvoi, s'il mentionne bien la mise en œuvre d'une expertise orthopédique, ne motive ce choix que par la nécessité de constater de manière complète les faits pertinents et l'état de santé global du requérant et de déterminer l'impact de celui-ci sur sa capacité de travail. S'agissant d'analyser l'appareil locomoteur, l'objectif assigné par l'arrêt de renvoi peut être atteint aussi bien par le truchement d'une expertise rhumatologique qu'orthopédique.

11.3.4 S'agissant plus spécifiquement du volet psychiatrique de l'expertise pluridisciplinaire (pce AI 134, p. 12 s. ; cf. également ci-dessus, consid. 11.2.1), rédigé par le Dr D. _____, psychiatre, il y a lieu d'examiner s'il respecte la jurisprudence relative à cette spécialité.

11.3.4.1 Se fondant sur le dossier médical et une consultation en présence de l'assuré le 29 août 2017, le Dr D. _____ a exclu l'existence d'une pathologie psychiatrique majeure, précisant que « *la présentation clinique et les examens spécialisés en neurologie et rhumatologie parlent en faveur d'une probable majoration des symptômes pour des raisons psychologiques, celles-ci paraissant être une fixation dans une identité d'invalidé difficilement mobilisable en l'absence de capacité d'introspection* ». Le psychiatre a ainsi diagnostiqué une majoration des symptômes pour raisons psychologiques (F68.0) sans incidence sur la capacité de travail (pce AI 134, p. 13). Ce volet psychiatrique a été considéré comme convainquant par le médecin SMR, le Dr H. _____, psychiatre et psychothérapeute, dans sa prise de position du 4 décembre 2018 (pce AI 146).

11.3.4.2 La jurisprudence du Tribunal fédéral enseigne qu'en psychiatrie, le diagnostic doit être posé par un spécialiste en ce domaine et se fonder sur un système de classification scientifiquement reconnu (ATF 141 V 281 consid. 2.1). Pour toutes les maladies mentales (ATF 143 V 418 consid. 6 et 7), en particulier les troubles somatoformes douloureux, les troubles résultant de maladies psychosomatiques qui sont assimilés à ces dernières (ATF 140 V 8 consid. 2.2.1.3) ou de troubles dépressifs légers à modérés (ATF 143 V 409), la capacité de travail d'une personne souffrant de telles affections doit être évaluée sur la base d'une vision globale, dans le cadre d'une procédure structurée d'établissement des faits fondée sur des indicateurs qui déterminent, d'une part, les facteurs invalidants, et, d'autre part, les ressources de la personne (ATF 141 V 281 consid. 2, 3.4 à 3.6 et 4.1 ; voir, également, ATF 143 V 418 consid. 6).

Pour autant, pour des raisons de proportionnalité, il n'est pas nécessaire de recourir à une procédure probatoire structurée tenant compte des indicateurs susmentionnés, lorsque celle-ci n'est pas nécessaire ni même appropriée. Il en va en règle générale ainsi lorsque des constats médicaux concis ont été établis et que des spécialistes ont émis des appréciations concordantes sur le ou les diagnostics, ainsi que sur leurs répercussions fonctionnelles, aux termes de rapports médicaux et d'expertises ayant valeur probante (ATF 143 V 418 consid. 7.1). Une procédure probatoire structurée est également superflue lorsque des rapports médicaux ayant valeur probante et émis par des spécialistes dénie toute incapacité de travail

aux termes d'une motivation convaincante et justifiée et que les éventuels avis contraires sont dépourvus de valeur probante à défaut d'être émis par des spécialistes disposant des qualifications requises ou pour d'autres motifs. Cela étant, la nécessité de recourir à une procédure probatoire structurée s'évalue au cas par cas, compte tenu des circonstances spécifiques du cas d'espèce et des besoins respectifs d'une éventuelle instruction complémentaire (ATF 143 V 418 consid. 7.1). A titre d'exemple, il n'y a en principe pas besoin de réaliser un examen de preuve structuré dans les cas où il est établi selon la vraisemblance prépondérante que la personne assurée ne souffre que d'un trouble dépressif léger qui n'est pas encore chronique et que, de plus, elle ne présente pas de comorbidités (ATF 143 V 409 consid. 4.5.3 ; arrêt du Tribunal fédéral 9C_580/2017 du 16 janvier 2018 consid. 3.1). Il n'y a pas davantage eu lieu de procéder à un examen normatif structuré dans une affaire où l'assuré avait notamment présenté une dysthymie ainsi qu'un trouble dépressif en rémission (arrêt du Tribunal fédéral 8C_341/2018 du 13 août 2018). Il est également possible de se passer d'une procédure d'établissement des faits basée sur des indicateurs si une maladie mentale n'affectant pas la capacité de travail a été diagnostiquée (ATF 143 V 409 consid. 4.5.3).

En outre, il est admissible de renoncer à l'évaluation de la capacité de travail d'une personne selon la procédure des indicateurs déterminants si les limitations dans l'exercice d'une activité résultent d'une exagération des symptômes ou de constellations similaires, ce qui exclut l'existence d'une atteinte à la santé pouvant conduire à un handicap (ATF 141 V 281 consid. 2.2). Selon la jurisprudence, il convient de distinguer entre une tendance à l'exagération des symptômes – avec les conséquences précitées – et une simple accentuation des symptômes, qui n'exclut pas en soi le droit à une pension (arrêt du Tribunal fédéral 9C_899/2014 du 29 juin 2015 consid. 4.2.1).

11.3.4.3 En l'occurrence, l'expert explique que la présentation clinique et les examens spécialisés en neurologie et rhumatologie parlent en faveur d'une probable majoration des symptômes pour des raisons psychologiques, celles-ci paraissant résulter d'une fixation dans une identité d'invalidité difficilement mobilisable faute d'une capacité d'introspection. Il diagnostique une majoration des symptômes pour raisons psychologiques (F68.0) sans incidence sur la capacité de travail (pce AI 134, p. 13). Cela étant, le diagnostic retenu est posé par un expert justifiant de la spécialisation requise et basé sur un système de classification reconnu. A l'examen clinique, l'expert observe que l'assuré n'exprime aucune plainte psychologique particulière, affirmant au contraire s'être adapté aux circonstances

de sa vie et indiquant pouvoir prendre plaisir à la vie telle qu'elle se présente, et relève au surplus l'existence d'un environnement fourni, vivant et soutenant. De manière cohérente, l'expert en déduit que les troubles psychiques constatés n'entraînent aucune incapacité de travail. Cela étant, le Tribunal constate que l'expert a exclu l'existence d'une pathologie psychiatrique majeure invalidante. Ces considérations ont été considérées comme convaincantes par le médecin SMR, le Dr H. _____, également spécialiste en psychiatrie et psychothérapeutique, dans sa prise de position du 4 décembre 2018 (pce AI 146) et ne sont infirmées par aucun des autres avis médicaux figurant au dossier. En particulier, aucune incapacité de travail fondée sur des troubles psychiques n'est établie au dossier. Enfin, il ressort de l'anamnèse du recourant que ce dernier a connu une réaction dépressive à l'AVC dont il a été victime en 2008, réaction qui a été traitée par son médecin généraliste, sans consultation psychiatrique ni soutien médicamenteux. Aussi, compte tenu de la jurisprudence rappelée précédemment (ci-dessus, consid. 11.3.4.2), le Tribunal considère-t-il, à l'aune d'un rapport d'expertise psychiatrique pleinement probant déniait toute incapacité corrélative de travail, qu'il a été renoncé, sans violation du droit fédéral, à une évaluation de la capacité de travail du recourant à la lumière des indicateurs standards déterminants.

12.

Au vu de ce qui précède, il n'y a pas lieu de remettre en cause l'expertise pluridisciplinaire. Il n'existe en effet aucun indice concret permettant au Tribunal de douter du bien-fondé des conclusions auxquelles cette expertise aboutit, lesquelles ont de surcroît fait l'objet d'une synthèse multidisciplinaire conformément aux prescriptions jurisprudentielles (ATF 137 I 327 consid. 7.3). En outre, aucun élément ni aucun des rapports médicaux figurant au dossier (ci-dessus, consid. 7) ne sont de nature à mettre en doute les conclusions de ce rapport d'expertise. En particulier, l'incapacité de travail constatée dans le rapport du 17 avril 2018 du Dr S. _____ (ci-dessus, consid 7.1) ne saurait être retenue compte tenu du lien de confiance unissant le médecin traitant à son patient (ci-dessus, consid. 6.6.2). Partant, il convient de reconnaître à cette expertise, réalisée par la Polyclinique B. _____, à (...), une pleine valeur probante et, sur la base de celle-ci, d'imputer au recourant, à l'instar de l'autorité inférieure, une capacité résiduelle de travail de 80 % à compter du 1^{er} mars 2011 dans une activité lucrative adaptée, à savoir dans une activité respectant les limitations fonctionnelles induites par l'état de santé de l'assuré (pour une liste détaillée, cf. ci-dessus, let. D.a).

13.

Il reste à analyser le calcul du taux d'invalidité effectué par l'OAIE et déterminer si le pourcentage de la diminution de la capacité de gain retenue – 34.44 % – est conforme au droit.

13.1 Aussi bien lors de l'examen initial du droit à la rente qu'à l'occasion d'une révision de celle-ci, il faut examiner quelle méthode d'évaluation de l'invalidité appliquer. Le choix de l'une des trois méthodes (méthode générale de comparaison des revenus, méthode mixte, méthode spécifique / méthode extraordinaire) dépend du statut du bénéficiaire potentiel de la rente : assuré exerçant une activité lucrative à temps complet, assuré exerçant une activité lucrative à temps partiel, assuré non actif (art. 28a LAI). On décidera que l'assuré appartient à l'une ou l'autre de ces trois catégories en fonction de ce qu'il aurait fait, les circonstances étant par ailleurs restées les mêmes, si l'atteinte à la santé n'était pas survenue. En pratique, on tiendra compte de l'évolution de la situation jusqu'au prononcé de la décision administrative litigieuse, en admettant la reprise hypothétique d'une activité lucrative partielle ou complète, si cette éventualité présente un degré de vraisemblance prépondérante (ATF 129 V 150 consid. 2.1 ainsi que les références citées ; voir, également, ATF 137 V 334 consid. 3.2).

13.2 Chez les assurés qui exercent une activité lucrative à plein temps avant d'être atteints dans leur santé physique, mentale ou psychique, le taux d'invalidité doit être déterminé sur la base d'une comparaison des revenus (art. 16 LPGGA). Si l'on ne peut déterminer ou évaluer sûrement le revenu hypothétique sans invalidité et le revenu d'invalidité, tout particulièrement s'agissant des indépendants, il faut procéder à une comparaison des activités et évaluer le degré d'invalidité d'après l'incidence de la capacité de rendement amoindrie sur la situation économique concrète (méthode extraordinaire ; ATF 128 V 29 consid. 1 ainsi que l'arrêt du Tribunal fédéral 8C_748/2008 du 10 juin 2009 consid. 2.1 et les références citées). En revanche, si la cessation de l'activité indépendante du recourant et le changement de statut qui s'en suit (cotisations sociales en tant que personne sans activité lucrative) correspondent à une modification des circonstances conduisant à rendre exigible envers l'assuré l'exercice d'une activité salariée, respectivement à le considérer comme un hypothétique salarié, alors la méthode de comparaison des revenus s'applique et non pas la méthode extraordinaire (arrêts du Tribunal fédéral 9C_277/2013 du 28 août 2013 consid. 4.1.2 et 8C_748/2008 du 10 juin 2009 consid. 4.2.2). Quant aux assurés qui exercent une activité lucrative à temps partiel, le

taux d'activité doit en règle générale être déterminé sur la base de la méthode mixte. Tel est aussi le cas lorsque l'assuré, avant la survenance de l'atteinte à la santé litigieuse, a réduit son temps de travail pour des raisons personnelles, étrangères à l'invalidité. En revanche, si la réduction de l'horaire de travail est requise par l'état de santé de l'assuré avant l'atteinte à la santé litigieuse, on doit considérer que le recourant, s'il n'avait pas été atteint dans sa santé, aurait exercé une activité lucrative à plein temps et la méthode mixte n'est alors pas applicable (ATF 129 V 150 consid. 2.1 et 2.2).

13.3 En l'espèce, jusqu'à la survenance de l'AVC, en octobre 2008, A. _____ exerçait une activité de maçon (« *pedreiro* » ; pce AI 25, p. 1) au sein de sa propre entreprise qu'il avait créée à son retour de Suisse, en 1997. Il percevait un revenu mensuel brut de 500 euros pour huit heures de travail par jour, quarante (40) heures hebdomadaires (pces AI 25, p. 1, et 27). L'assuré n'a jamais repris d'activité lucrative par la suite et perçoit une rente d'invalidité servie par la sécurité sociale portugaise depuis le 18 octobre 2010. A l'analyse du dossier, il convient de constater que, sans la survenance, en octobre 2008, d'une atteinte grave à sa santé, le recourant aurait très vraisemblablement poursuivi l'exercice d'une activité lucrative, en particulier l'exploitation de son entreprise. Aucun élément du dossier ne permet de penser le contraire. En effet, l'entreprise qu'il a créée à son retour au Portugal en 1997 connaissait une phase de croissance, passant de cinq à vingt-et-un ouvriers (cf. anamnèse professionnelle figurant dans l'expertise pluridisciplinaire, pce AI 134, p. 9), si bien que A. _____ se trouvait dans une situation de « *pleine réussite professionnelle* » (pce AI 134, p. 13) au jour où il a été victime d'un AVC. Par ailleurs, il est possible de déterminer le revenu hypothétique sans invalidité et le revenu d'invalidé, nonobstant le statut d'indépendant du recourant, sans avoir à recourir à une comparaison des activités et évaluer le degré d'invalidité d'après l'incidence de la capacité de rendement amoindrie sur la situation économique concrète. C'est dès lors à raison que l'OAIE a *in casu* appliqué la méthode générale de comparaison des revenus en application de la jurisprudence du Tribunal fédéral précitée, et non la méthode extraordinaire (ci-dessus, consid. 13.2).

14.

14.1

14.1.1 Selon la méthode de comparaison des revenus, le revenu que le recourant 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 exigée de lui après les traitements et les mesures de réadaptation, sur un marché du travail équilibré (art. 16 LPGA applicable par le renvoi de l'art. 28a al. 1 LAI ; voir, également, ATF 129 V 222 consid. 4.3.1), la différence entre les deux revenus permettant de calculer le taux d'invalidité. Il s'agit alors de chiffrer aussi concrètement que possible ceux-ci.

Ainsi, pour fixer le revenu *sans invalidité*, il faut établir ce que la personne assurée aurait, au degré de la vraisemblance prépondérante, réellement pu obtenir au moment déterminant si elle n'était pas invalide. Le revenu sans invalidité doit être évalué de la manière la plus concrète possible, c'est pourquoi il se déduit en principe du salaire réalisé en dernier lieu par la personne assurée avant l'atteinte à la santé, en tenant compte de l'évolution des salaires. Ce n'est qu'en présence de circonstances particulières qu'il peut se justifier qu'on s'en écarte et qu'on recourt aux données statistiques résultant de l'Enquête suisse sur la structure des salaires (ESS) éditée par l'Office fédéral de la statistique (OFS). Tel sera le cas lorsque l'on ne dispose d'aucun renseignement au sujet de la dernière activité professionnelle de la personne assurée, ou si le dernier salaire que celle-ci a perçu ne correspond manifestement pas à ce qu'il aurait été en mesure de réaliser, selon toute vraisemblance, en tant que personne valide ; par exemple, lorsqu'avant d'être reconnu définitivement incapable de travailler, la personne assurée était au chômage, ou rencontrait déjà des difficultés professionnelles en raison d'une dégradation progressive de son état de santé, ou encore percevait une rémunération inférieure aux normes de salaire usuelles. On peut également songer à la situation dans laquelle le poste de travail de la personne assurée avant la survenance de l'atteinte à la santé n'existe plus au moment déterminant de l'évaluation de l'invalidité (ATF 134 V 322 consid. 4.1 et 129 V 222 consid. 4.3.1 ; voir également arrêt du Tribunal fédéral 9C_416/2010 du 26 janvier 2011 consid. 3.2 et les références citées).

Pour ce qui a trait au revenu *d'invalide*, lorsque l'assuré n'a pas repris d'activité lucrative, on peut se fonder, selon la jurisprudence constante, sur les salaires qui ressortent des statistiques de l'ESS (arrêt du Tribunal fédéral 9C_46/2016 du 10 août 2016, consid. 4.2 et 4.4).

14.1.2 En l'occurrence, les niveaux de rémunération et le coût de la vie n'étant pas les mêmes en Suisse et au Portugal, et le recourant ayant cessé toute activité lucrative après l'AVC subi en octobre 2008, c'est à bon droit que l'autorité inférieure a déterminé le revenu sans invalidité et le revenu d'invalide sur la base des données statistiques résultant de l'ESS.

14.2 Pour procéder à la comparaison des revenus, l'OAIE, dans le cadre de sa décision litigieuse du 20 mars 2018, s'est basé sur l'ESS [Enquête suisse sur la structure des salaires] 2012, publiée le 27 mars 2015 (arrêt du Tribunal administratif fédéral C-1470/2016 du 17 mai 2019 consid. 6.2.2 et la référence citée ; pour le détail du calcul, cf. pce AI 148). Conformément à la jurisprudence, ces tables sont applicables dès la date de leur publication à tous les cas où une comparaison des revenus doit encore être effectuée, qu'il s'agisse du premier examen du droit à la rente ou d'une révision (ATF 142 V 178 consid. 2.5.1). De plus, il y a lieu de toujours se référer aux données de l'ESS les plus récentes (ATF 143 V 295 consid. 2.3 et 4 et ATF 142 V précité consid. 2.5.8.1). Ainsi, doivent être prises en compte les modifications des revenus – avant et après la survenance de l'invalidité – susceptibles d'influencer le droit à la rente jusqu'au moment où la décision attaquée est rendue (ATF 132 V 393 consid. 2.1).

14.3 L'administration peut encore tenir compte, dans le calcul du salaire d'invalide de référence, d'une diminution de celui-ci, cas échéant, pour raison d'âge, de limitations dans les travaux dits légers ou de circonstances particulières. La jurisprudence n'admet à ce titre pas de déduction globale supérieure à 25 % (ATF 126 V 75 consid. 5). Pour fixer la hauteur de l'abattement, il faut examiner dans un cas concret si des indices permettent de conclure que l'assuré, en raison de l'une ou l'autre de ses caractéristiques, n'est en mesure d'utiliser sa capacité résiduelle de travail sur le marché ordinaire de l'emploi que contre une rémunération inférieure au salaire moyen correspondant (ATF 134 V 322 consid. 5.1). La mesure de cette réduction dépend de l'ensemble des circonstances personnelles et professionnelles du cas particulier (limitations liées au handicap, âge, années de service, nationalité / catégorie d'autorisation de séjour et taux d'occupation) et relève en premier lieu de l'office AI qui dispose pour cela d'un large pouvoir d'appréciation. En conséquence, le juge des assurances sociales ne peut, sans motif pertinent, substituer son appréciation à celle de l'administration ; il doit s'appuyer sur des circonstances de nature à faire apparaître sa propre appréciation comme la mieux appropriée (ATF 137 V 71 consid. 5, 132 V 393 consid. 3.3, 126 V 75 consid. 6 et 123 V 150 consid. 2 ainsi que les références citées).

14.4

14.4.1 *In casu*, l'OAIE, dans le cadre de l'évaluation de la perte de gain effectuée le 20 mars 2018, s'est basé sur l'ESS 2012, publiée le 27 mars 2015 (arrêt du Tribunal administratif fédéral C-1470/2016 précité, *ibid.*), la suivante – l'ESS 2016 – n'ayant été publiée qu'à une date – le 26 octobre

2018 – postérieure à celle de la décision litigieuse prononcée le 20 mars 2018.

14.4.2 A l'examen de ladite évaluation, le Tribunal relève que l'autorité inférieure a correctement déterminé le salaire sans invalidité du recourant, lequel travaillait en qualité d'ouvrier dans le domaine de la construction, en prenant le salaire mensuel brut d'un salarié, de sexe masculin, dans la branche idoine (construction dans le secteur privé [« *TA1 skill level* »], niveau de compétence 1, soit CHF 5'430.- [ESS 2012, p. 35]), et en l'adaptant à l'horaire usuel de la branche, soit 41.5 heures par semaine.

Le salaire sans invalidité s'élève ainsi à CHF 5'633.63 (le calcul est le suivant : [CHF 5'430.- : 40] x 41.5).

14.4.3 Il en va de même de la détermination du salaire d'invalidé. Le Tribunal rappelle qu'en règle générale, l'évaluation du revenu théorique avec invalidité s'effectue – comme c'est en l'espèce le cas – sur la base du tableau TA 1 (« *TA1 skill level* ») relatif au secteur privé (ATF 129 V 472 consid. 4.2.1). L'OAIE s'est référé aux limitations fonctionnelles inventoriées par les Drs G._____ et H._____, médecins SMR, dans leurs rapports respectifs des 20 novembre et 4 décembre 2017, ainsi qu'aux activités de substitution exigibles proposées (pces AI 145 et 146). Pour quantifier le salaire de base de ces activités de substitution, répertoriées en page 6 du rapport de la Dresse G._____, l'OAIE a retenu à juste titre le salaire de base d'un homme actif dans le secteur privé, au niveau de compétence 1, soit CHF 5'210.- (ESS 2012, p. 35), tenant au surplus compte de l'horaire usuel de la branche en 2012, 41.7 heures hebdomadaire.

Le salaire d'invalidé (sans limitation de la capacité de travail et sans abattement) s'élève ainsi à CHF 5'431.43 (le calcul est le suivant : [CHF 5'210.- : 40] x 41.7).

14.4.4 Comme rappelé plus haut (ci-dessus, consid. 14.3), l'autorité peut encore tenir compte, dans le calcul du salaire d'invalidé de référence, d'une diminution de celui-ci pour raison d'âge, de limitation dans les travaux dits légers ou de circonstances particulières. En l'espèce, l'OAIE, qui dispose à ce propos d'un large pouvoir d'appréciation (ATF 126 V 75 consid. 6), a retenu un abattement de 15 % du salaire d'invalidé compte tenu de l'ensemble des circonstances personnelles et professionnelles du cas, des atteintes à la santé et de l'âge de l'assuré, ainsi que du fait qu'en retenant une exigibilité de l'activité de substitution à un taux d'activité limité à 80 %, le service médical avait déjà pris en considération les effets contraignants

de l'atteinte à la santé (pce AI 148, p. 2 ; sur la question de l'abattement, l'on peut également se référer aux arrêts du Tribunal fédéral 8C_175/2020 du 22 septembre 2020 consid. 3 ; 9C_273/2019 du 18 juillet 2019 consid. 6).

En l'espèce, l'autorité de recours, qui ne revoit l'appréciation de l'autorité inférieure qu'avec retenue, estime, eu égard aux explications fournies, la fixation de l'abattement à 15 % justifiée, étant rappelé que la réduction globale maximale se situe à 25 % (ATF 126 V 75 consid. 5). Le Tribunal relève en outre que l'assuré, dans ses écritures, n'a exposé aucun motif qui justifierait de s'écarter de l'appréciation de l'autorité inférieure sur ce point.

Le salaire d'invalidé (sans limitation de la capacité de travail et avec l'abattement retenu de 15 %) s'élève ainsi à CHF 4'616.72 (le calcul est le suivant : [CHF 5'431.43 : 100] x 85).

14.4.5 En tenant de surcroît compte de la limitation à 80 % de la capacité résiduelle de travail ressortant des constatations médicales, le salaire d'invalidé s'établit au final à CHF 3'693.38. Ce dernier comparé au salaire sans invalidité (ci-dessus, consid. 14.4.2), la perte de gain s'élève conséquemment à 34.44 % comme l'a correctement établi l'autorité inférieure. Il en résulte un degré d'invalidité arrondi à 34 % (ATF 130 V 121) à compter du 1^{er} mars 2011, lequel ne donne plus droit à une rente d'invalidité dès lors que ce changement déterminant a duré trois mois sans interruption notable (cf. art. 88a al. 1 RAI), ce qui est le cas en l'occurrence. Il s'ensuit que la rente d'invalidité entière à laquelle le recourant a droit est limitée au 31 mai 2011, soit trois mois après le changement déterminant médicalement constaté à compter du 1^{er} mars 2011 ; le recourant n'a conséquemment plus droit à la rente d'invalidité à partir du 1^{er} juin 2011.

14.5 Le Tribunal tient enfin à faire remarquer que le résultat n'aurait pas été différent si l'ESS 2010 – en lieu et place de l'ESS 2012 – avait été appliquée pour déterminer le taux d'invalidité du recourant au-delà du 1^{er} juin 2011. En effet, le salaire sans invalidité se serait élevé, après l'avoir adapté à l'horaire usuel de la branche de la construction, soit 41.5 heures par semaine, à CHF 5'509.15, calculé en prenant en considération un salaire de base de 5'310 francs (pour un salarié de sexe masculin dans le secteur privé de la construction [TA 1] chargé d'activités simples et répétitives [ESS 2010, p. 26] ; le calcul est le suivant : [CHF 5'310 : 40] x 41.5). Quant au salaire d'invalidé, il aurait été fixé à CHF 3'474.30, en tenant compte d'un abattement de 15 % et du taux d'activité exigible dans une activité adaptée, de 80 %, sur la base d'un salaire dans le secteur privé en

général (montant de base : CHF 4'901 pour un salarié de sexe masculin dans le secteur privé [TA 1] en charge d'activités simples et répétitives, adapté à un horaire usuel dans la branche de 41.7 heures [ESS 2010, p. 26] ; le calcul est le suivant : $[\text{CHF } 4901.- : 40] \times 41.7 = \text{CHF } 5'109.30$; $\text{CHF } 5'109.30 \times 0,85 = \text{CHF } 4'342.90$; $\text{CHF } 4'342.90 \times 0.80 = \text{CHF } 3'474.30$). Au final, le taux d'invalidité se serait ainsi élevé à 36.94 %, arrondi à 37 % (le calcul est le suivant : $\{[\text{CHF } 5'509.15 - \text{CHF } 3'474.30] \times 100\} : \text{CHF } 5'509.15$).

15.

Enfin, dans un souci de complétude, le Tribunal tient à préciser que l'âge de l'assuré, né le (...) 1959, n'est en l'espèce pas susceptible de modifier la conclusion à laquelle l'autorité inférieure est parvenue.

15.1 L'âge avancé, bien qu'il constitue en soi un facteur étranger à l'invalidité, est un élément parmi d'autres circonstances personnelles et professionnelles qui peuvent conduire à nier qu'une personne puisse encore de manière réaliste exploiter sa capacité résiduelle de travail. L'influence de l'âge sur la possibilité de mettre à profit la capacité résiduelle de travail sur le marché équilibré du travail ne peut cependant pas être évaluée selon une règle générale, mais dépend de l'ensemble des circonstances qui sont déterminantes sous l'angle des exigences relatives aux activités envisagées (par exemple : la nature et les conséquences de l'atteinte à la santé, les éventuels moyens à mettre en œuvre pour changer de travail et se familiariser avec celui-ci, y compris la structure de la personnalité, la formation ou le parcours professionnel, l'expérience dans l'ensemble du secteur concerné,...). Le fait que la personne concernée ait atteint un âge avancé n'empêche pas que l'on examine s'il subsiste une possibilité pour elle d'exploiter sa capacité de travail sur le marché du travail. La question est alors de savoir si ses chances d'être engagée sur un marché du travail considéré comme équilibré sont intactes ou non (ATF 138 V 457 consid. 3.1 ; M. VALTERIO, op. cit., art. 28a LAI n° 66). Le moment déterminant pour évaluer la mise en valeur de la capacité (résiduelle) de travail d'une personne proche de la retraite sur le marché de l'emploi correspond non pas à la date du prononcé de la décision de l'office AI, mais au moment où il a été constaté que l'exercice (partiel) d'une activité lucrative était médicalement exigible (ATF 138 V 457 consid. 3.3 et 3.4).

15.2 En l'occurrence, la capacité résiduelle de travail du recourant a été établie en dernier lieu par l'expertise pluridisciplinaire effectuée en août 2017 par la Policlinique B. _____, à (...) suivie par les prises de position

de la Dresse G._____ et du Dr H._____, médecins SMR, les 20 novembre 2017, 4 décembre 2017 et 20 juillet 2018 (ci-dessus, consid. 7.1). Le recourant, né en juin 1959, se trouvait alors dans sa 58^{ème}, respectivement 59^{ème} année, et n'avait ainsi pas encore atteint l'âge – 60 ans – à partir duquel le Tribunal fédéral admet qu'il peut être difficile de se réinsérer sur le marché du travail (ATF 143 V 431 consid. 4.5.2 ; arrêt du Tribunal fédéral 9C_195/2019 du 11 juin 2019 consid. 5.3.2 et 9C_505/2016 du 6 juillet 2017 consid. 4.1).

15.3 En outre, l'invalidité est une notion économique (ATF 110 V 273 consid. 4a) s'analysant en fonction d'un marché équilibré du travail, lequel constitue une notion théorique et abstraite impliquant notamment un équilibre entre l'offre et la demande de main d'œuvre ainsi qu'un marché du travail structuré de telle sorte qu'il offre un éventail d'emplois diversifiés tant au regard des exigences professionnelles et intellectuelles qu'au niveau des sollicitations physiques (cf. notamment arrêt du Tribunal fédéral 9C_326/2018 du 5 octobre 2018 consid. 6.2 et les références citées). Il n'est dès lors pas irréaliste d'admettre qu'un tel marché équilibré offre à une personne se trouvant dans sa 58^{ème}, respectivement 59^{ème} année, et disposant d'une capacité de travail à hauteur de 80 % dans une activité simple reconnue comme adaptée *in casu* – ouvrier non qualifié, concierge, gérant d'immeuble ou de chantier, surveillant de parking, de musée, magasinier, vendeur, réceptionniste (pce AI 145). Cela est d'autant plus vrai que le recourant, même s'il manque de formation certifiée, a développé et géré une petite entreprise durant plusieurs années jusqu'à la survenance d'un AVC en 2008 et qu'il dispose de ce fait d'expérience et de compétences professionnelles.

16.

Partant, le recours du 4 mai 2018 (date du timbre postal) est rejeté et la décision querellée confirmée.

17.

17.1 Vu l'issue de la procédure, les frais de celle-ci, fixés à 800 francs, sont mis à la charge du recourant (art. 63 al. 1 PA). Ils sont compensés par l'avance de frais du même montant dont il s'était acquitté le 2 juin 2018.

17.2 Dans la mesure où le recourant succombe, il n'y a pas lieu de lui allouer une indemnité à titre de dépens (art. 7 al. 1 *a contrario* 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 quant à elle pas droit à des dépens (art. 7 al. 3 FITAF).

(le dispositif est porté à la page suivante)

Par ces motifs, le Tribunal administratif fédéral prononce :

1.

Le recours est rejeté.

2.

Les frais de procédure, d'un montant de 800 francs, sont mis à la charge du recourant. Ils sont compensés par l'avance de frais, d'un même montant, versée en cause le 2 juin 2018.

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)

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

La présidente du collège :

Le greffier :

Caroline Gehring

Jean-Luc Bettin

Indication des voies de droit :

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

Expédition :