



---

Cour III  
C-3430/2019

## Arrêt du 21 janvier 2021

---

Composition

Caroline Bissegger (présidente du collège),  
Beat Weber, Madeleine Hirsig-Vouilloz, juges,  
Julien Theubet, greffier.

---

Parties

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

contre

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

---

Objet

Assurance-invalidité, droit à la rente (décision du 13 juin  
2019).

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

A. \_\_\_\_\_ (ci-après: l'assuré, l'intéressé, le recourant) est un ressortissant portugais né en 1962 et domicilié au Portugal. Sans formation professionnelle, il a travaillé en Suisse dès 1988 en qualité d'ouvrier de la construction et a été engagé par l'employeur B. \_\_\_\_\_ de septembre 2000 à décembre 2015 pour un revenu annuel de Fr. 72'917.- en fin d'activité. Dans ce contexte, il a cotisé à l'assurance-vieillesse, survivants et invalidité (OAIE pces 10, 26, 32 et 35 ; cf. également extrait du compte individuel, TAF pce 8).

**B.**

**B.a** En septembre 2017, par l'intermédiaire des autorités portugaises, l'assuré a déposé une demande de prestations de l'assurance-invalidité (demande du 7 septembre 2017, réceptionnée le 5 juillet 2018 par la Centrale de compensation, OAIE pce 1).

Selon le rapport médical détaillé E 213 annexé à cette demande, l'intéressé se plaint principalement des séquelles d'une intervention chirurgicale au niveau des vertèbres L4-L5, d'un pied gauche tombant ainsi que d'une atrophie des muscles quadricipitaux et ischio-tibiaux gauches. À l'examen clinique – qui ne comporte pas de bilan articulaire –, un syndrome dépressif et un poids excessif sont observés, de même que des paresthésies des membres supérieurs, une marche difficile ainsi que des douleurs à la palpation et à la mobilisation de la colonne vertébrale, en particulier au niveau L4-L5. Cela étant, aucune capacité de travail n'est reconnue à l'assuré, quelque-soit l'activité envisagée (OAIE pce 4).

Par ailleurs, dans un « questionnaire à l'assuré » rempli en décembre 2018, l'intéressé a expliqué ne plus avoir travaillé depuis la cessation en décembre 2015 de ses activités en Suisse ; à son arrivée au Portugal en début d'année 2016, il a cherché du travail jusqu'en avril 2017, depuis quand il se décrit « gravement malade du dos et des jambes » (OAIE pces 19 ; OAIE pces 21, 24 et 31).

**B.b** Divers documents médicaux ont été versés en cause dans le cadre de l'instruction. Ainsi, le 4 avril 2017, l'assuré a consulté en urgence le Dr C. \_\_\_\_\_ – spécialiste en médecine clinique générale – en raison d'une lombo-sciatalgie gauche à l'origine de douleurs irradiant dans la jambe gauche et limitant la marche (OAIE pce 30). Le 3 mai suivant, retenant le diagnostic de sciatalgie gauche avec parésie L5 sur hernie discale L4-L5

et sténose latérale L4-L5 gauche – documenté par une IRM lombaire réalisée le 27 avril 2017 (OAIE pce 14) –, le Dr D. \_\_\_\_\_, neurochirurgien, a procédé à une discectomie et une stabilisation dynamique des vertèbres L4-L5 (OAIE pce 19). En août ensuite, la physiothérapeute E. \_\_\_\_\_ a expliqué que l'assuré ne peut plus travailler en raison notamment de difficultés à la marche (OAIE pce 15). Un examen radiographique des deux genoux pratiqué le 1<sup>er</sup> septembre 2017 a documenté une arthrose tri-compartimentale bilatérale avec sclérose sous-chondrale, ostéophytose péri-articulaire et rétrécissement des espaces articulaires (OAIE pce 13). Par ailleurs, un ENMG effectué le 6 janvier 2018 en raison de la persistance d'une parésie au pied gauche a fourni des résultats compatibles avec le diagnostic de radiculopathie L5 gauche, de gravité sévère avec des signes de potentiels de réinnervation axonal au niveau du muscle tenseur du fascia lata ; l'examen n'a en revanche pas documenté de radiculopathie L2, L3, L4 ou S1 (OAIE pce 18). Le 17 septembre 2018, l'assuré a fait l'objet d'un bilan sanguin qui a révélé une discrète hyperlipidémie ainsi que des valeurs Gama-Glutamil Transferase (GGT) et Aminotransferase Alanina (ALAT/TGP) au-dessus de la norme (OAIE pce 12 avec TAF pce 8). Dans un rapport du 21 septembre 2018, le Dr D. \_\_\_\_\_ a observé chez l'intéressé une sciatalgie permanente avec parésie complète de la vertèbre L5 gauche et claudication marquée à gauche, paresthésies et crampes fréquentes au membre inférieur gauche ; aussi ce médecin considère-t-il l'assuré incapable d'exercer sa profession (OAIE pce 20). Le 19 novembre 2018, le Dr F. \_\_\_\_\_ – médecin conseil auprès du Ministère portugais de la santé – a reconnu à l'assuré une « incapacité permanente et globale » (« incapacidade permanente global ») de 61 % (OAIE pce 17). Une ordonnance dressée le 4 décembre 2018 prescrit un traitement à base d'anxiolytiques (Oxazepam) et d'antidépresseurs (Citalopram) notamment (OAIE pce 11). Le 3 janvier 2019, l'intéressé a fait l'objet d'une cure de hernie inguinale (OAIE pce 23), après quoi le Dr D. \_\_\_\_\_ a réitéré ses précédentes constatations et a retenu la nécessité d'utiliser un talon péronéal permanent (rapport du 27 février 2019, OAIE pce 29).

**B.c** Dans un rapport du 8 avril 2019, la Dre G. \_\_\_\_\_ – médecin SMR certifiée et spécialiste FMH en psychiatrie et psychothérapie –, considérant que le dossier ne comportait aucun rapport psychiatrique, a retenu que le cas relevait de l'expertise d'un somaticien. La médecin conseil a néanmoins invité l'autorité à se renseigner sur l'existence d'un suivi psychiatrique (OAIE pce 33).

Le 11 avril 2019, la Dre H. \_\_\_\_\_ – médecin conseil auprès de l'OAIE et spécialiste FMH en médecine interne et en soins intensifs – a posé les

diagnostics de hernie discale avec lombo-sciatalgie gauche déficitaire, gonarthrose bilatérale dégénérative, pied tombant gauche et status après discotomie gauche L1-L2 en 2002 et L4-L5 en 2017. Cela étant, après avoir résumé les documents médicaux figurant au dossier, cette médecin a reconnu à l'assuré, dès le 6 janvier 2018, une pleine capacité de travail dans une activité exercée en position assise – avec des temps de marche de maximum 5 minutes – et ne nécessitant pas de se pencher, de travailler accroupi ou à genou, de porter des charges supérieures à 10 kg, d'évoluer en terrain irrégulier et d'utiliser des échelles ou échafaudages. Selon la Dre H. \_\_\_\_\_, « la gonarthrose bilatérale d'origine dégénérative identifiée sur des radiographies n'est pas complétée d'un status clinique et ne semble pas invalidante ». Quant au syndrome dépressif mentionné en 2017, il « semble [réactionnel] et donc transitoire », étant entendu que la prise d'un antidépresseur « ne prouve pas une atteinte invalidante (vu avec psychiatre) » (OAIE pce 34).

**B.d** Par projet de décision du 5 juin 2019, confirmé par décision du 13 juin 2019 – intitulée : « Décision : Refus de rente » –, l'OAIE a rejeté la demande de prestations de l'assuré (OAIE pces 36 et 37). Singulièrement, l'autorité a reconnu à l'assuré une incapacité de travail et de gain complète du 4 avril 2017 au 5 janvier 2018. En revanche, depuis le 6 janvier 2018, ce dernier dispose d'une capacité de travail complète dans toute activité adaptée aux limitations fonctionnelles attestées par la Dre H. \_\_\_\_\_. Ainsi, il reste en mesure de réaliser un revenu mensuel de Fr. 4'142.48 calculé sur la base des statistiques de l'Enquête suisse sur la structure des salaires (ESS) pour l'année 2016, secteur des services (lignes 45-96), eu égard à un niveau de compétence 1, à une durée de travail hebdomadaire de 41.7 heures ainsi qu'à un abattement de 20 % tenant compte « de l'ensemble des circonstances personnelles et professionnelles du cas, en particulier les limitations fonctionnelles en relation avec les atteintes à la santé, l'âge de l'assuré (56 ans) et le manque de formation certifiée » (OAIE pce 35). Comparé au revenu sans invalidité – évalué à Fr. 6'117.89 sur la base des statistiques de l'ESS 2016 relatives au domaine de la construction (lignes 41-43), eu égard à un niveau de compétence 2 et compte tenu d'une durée hebdomadaire de travail de 41.4 heures –, il en résulte une invalidité de 32.29 % n'ouvrant pas le droit à une rente d'invalidité.

## **C.**

**C.a** L'assuré interjette recours contre la décision de l'OAIE, concluant en substance à son annulation et à ce qu'une rente d'invalidité lui soit allouée (mémoire du 1<sup>er</sup> juillet 2019, TAF pce 1).

A l'appui de son recours, l'assuré produit différents documents médicaux. Ainsi, un ENMG pratiqué le 22 juin 2019 a documenté une radiculopathie L5 à gauche ainsi qu'une aggravation au niveau du nerf péronier gauche, dont l'amplitude du potentiel moteur a connu une diminution depuis l'ENMG du 6 janvier 2018 (TAF pce 1 annexes). Par ailleurs, après avoir répété les diagnostics de l'assuré et rappelé son anamnèse récente, le Dr I. \_\_\_\_\_ a exclu au plan fonctionnel tout espoir d'amélioration en dépit d'un traitement de physiothérapie intensive pendant plus d'une année ; considérant l'assuré définitivement incapable de travailler, ce médecin généraliste lui a reconnu d'une part des difficultés à la marche nécessitant l'utilisation d'une canne et, d'autre part, une atrophie musculaire marquée des fessiers, des quadriceps, du muscle ischio-tibial et de l'adducteur gauche (rapport du 27 juin 2019 ; TAF pce 1 annexes). Selon une ordonnance du 27 juin 2019, l'assuré poursuit son traitement à base d'anxiolytiques et d'antidépresseurs (TAF pce 1 annexes). En outre, une IRM réalisée le 12 août 2019 a documenté au niveau L4-L5 des signes d'intervention chirurgicale avec fenestration ligamentaire bilatérale, la récurrence d'une volumineuse hernie discale L4-L5 avec déviation de la racine L5 à droite, ainsi que certains phénomènes fibrotiques entourant les trajets radiculaires L5 de manière relativement discrète ; des signes d'intervention chirurgicale avec légère protrusion discale ont également été observés au niveau L1-L2 ; finalement, des protrusions discales, une ostéophytose ainsi qu'une hypertrophie des articulations postérieures sont illustrées au niveau des autres segments rachidiens lombaires, de même qu'une diminution de l'amplitude des foramina latéraux est observée au niveau L3-L4 et une probable déformation radiculaires est révélée au niveau L4 (TAF pce 6).

**C.b** Par réponse du 4 octobre 2019, l'OAIE a conclu au rejet du recours et à la confirmation de la décision attaquée.

Dans une prise de position du 3 septembre 2019 versée à l'appui de cette réponse, la Dre H. \_\_\_\_\_ – après avoir rappelé les diagnostics connus et résumé l'anamnèse de l'assuré ainsi que les rapports médicaux versés en cause – a observé que les documents médicaux produits en procédure judiciaire établissent effectivement l'existence d'un pied tombant sur paralysie résiduelle nécessitant le port d'une attelle ainsi qu'une diminution d'amplitude au niveau du nerf péronier gauche, cela ne constituant toutefois pas des motifs d'incapacité de travail pour une activité de substitution majoritairement sédentaire. L'atrophie musculaire mise en évidence par l'IRM du 12 août 2019 – qui se présente comme « la conséquence de la sous-utilisation du membre inférieur gauche des suites de l'atteinte neurologique » – ne justifie pas non plus de limitations fonctionnelles supplémentaires par

rapport à celles occasionnées par l'atteinte neurologique en tant que telle. Quant aux plaintes dont l'assuré a fait état dans son recours – soit des brûlures et chocs électriques au niveau de la jambe gauche –, elles ne sont corroborées « par aucun document médical », étant observé que l'intéressé ne suit « pas de traitement spécifique pour les douleurs neuropathiques ». Au plan psychique finalement, la médecin conseil réitère que le « dossier a été évalué par la Dre G. \_\_\_\_\_ comme ne relevant pas de la psychiatrie » ; aussi, ni l'assuré, ni les documents médicaux nouveaux ne font-ils mention de troubles psychologiques, « la prise d'un antidépresseur [n'entravant] pas une activité professionnelle, tout comme un somnifère vespéral ». De là, la Dre H. \_\_\_\_\_ retient que les incapacités de travail de l'assuré sont restées inchangées depuis son appréciation du 11 avril 2019, tenant néanmoins pour nécessaire de requérir l'avis d'un neurologue afin de « statuer définitivement sur ce dossier » (TAF pce 7).

Ainsi, dans une prise de position du 9 septembre 2019 – également produite par l'OAIE à l'appui de sa réponse – la Dre J. \_\_\_\_\_, médecin conseil spécialisée en neurologie, a observé que l'opération de la hernie discale réalisée le 2 mai 2017 a permis une régression de la douleur au niveau L5, « ce qui est confirmé par l'absence de traitement antalgique significatif ». Il persiste par contre « une séquelle sous la forme de parésie du pied gauche pour la dorsiflexion (pied tombant) », qui est responsable d'une atrophie musculaire au niveau de cette jambe et qui entraîne l'utilisation d'une canne et d'une attelle. A ce niveau, le rapport neurophysiologique du 22 juin 2019 décrit une diminution de l'amplitude du potentiel moteur du nerf péroné gauche ; cette aggravation – qui n'est pas corrélée au niveau clinique – confirme la persistance de l'atteinte radiculaire L5 gauche responsable des limitations fonctionnelles de l'assuré, soit notamment celles évoquées dans son écriture du 1<sup>er</sup> juillet 2019 ainsi que dans les rapports médicaux pris en compte pour évaluer sa capacité de travail. Aussi, excluant toute reprise par l'assuré de son activité habituelle, la Dre J. \_\_\_\_\_ lui reconnaît une pleine capacité de travail dans l'activité de substitution décrite le 11 avril 2019 par la Dre H. \_\_\_\_\_. Selon la neurologue, faute de disposer de description clinique correspondante, ce profil d'exigibilité médico-théorique ne tient cependant pas compte des éventuelles limitations fonctionnelles au niveau de la jambe droite occasionnées par la récurrence d'hernie discale L4-L5 avec déviation à droite, documentée pour la première fois par l'IRM du 12 août 2019 (TAF pce 7).

**C.c** L'échange d'écritures a été clôturé après que les parties aient confirmé leur position respective par écritures des 5 novembre et 4 décembre 2019 (TAF pces 11, 13 et 14).

**Droit :****1.****1.1**

La procédure devant le Tribunal administratif fédéral est en principe régie par la PA (art. 37 LTAF), sous réserve des dispositions particulières de la LPGA (RS 830.1 ; art. 3 let. d<sup>bis</sup> PA). Selon les principes généraux du droit intertemporel, les règles de procédure s'appliquent dans leur version en vigueur ce jour (ATF 130 V 1 consid. 3.2).

**1.2** Le Tribunal administratif fédéral examine d'office et avec une pleine cognition sa compétence et les conditions de recevabilité des recours qui lui sont soumis (art. 7 PA ; ATAF 2016/15 consid. 1 ; 2014/4 consid. 1.2). Aussi est-il 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 du 13 juin 2019 et a un intérêt digne d'être protégé à ce qu'elle soit annulée ou modifiée, il a qualité pour recourir (art. 59 LPGA et 48 al. 1 PA). Pour le surplus, déposé en temps utile, 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. 64 al. 3 PA), le recours est recevable.

**2.**

**2.1** Le Tribunal administratif fédéral applique le droit d'office, sans être lié par les motifs invoqués par les parties (art. 62 al. 4 PA ; ATAF 2013/46 consid. 3.2), ni par l'argumentation juridique développée dans la décision entreprise (MOOR/POLTIER, op. cit., ch. 2.2.6.5 ; BOVAY, Procédure administrative, 2e éd. 2015, p. 243). Il 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).

**2.2** Sous réserve de dispositions particulières du droit transitoire, le droit matériel applicable est en principe celui en vigueur lors de la réalisation de l'état de fait qui doit être apprécié juridiquement ou qui a des conséquences juridiques (ATF 143 V 446 consid. 3.3 ; 136 V 24 consid. 4.3 ; 132 V 215 consid. 3.1.1 ; 117 V 93 consid. 6b). Le juge des assurances sociales apprécie par ailleurs la légalité des décisions d'après l'état de fait existant au moment où la décision litigieuse a été rendue (ATF 130 V 218 consid. 2, 128 V 315, 121 V 365 consid. 1b, 99 V 98 consid. 4 ; TF 9C\_25/2012 du 25 avril 2012 consid. 2.1, 9C\_931/2008 du 8 mai 2009 consid. 4.3). Au cas

d'espèce, il y a donc lieu de s'en tenir aux faits survenus et d'appliquer le droit en vigueur jusqu'à la décision du 13 juin 2019. Cela étant, la documentation médicale versée en cause durant la procédure judiciaire ne sera prise en considération que dans la mesure où elle permet d'apprécier l'état de fait juridiquement pertinent au cas d'espèce.

### 3.

En l'occurrence, l'objet de la contestation est ambigu : intitulé « Décision : Refus de rente », le prononcé attaqué rejette, dans son dispositif, la demande de prestations de l'assuré, n'abordant dans sa motivation que le droit à une rente d'invalidité. Aussi n'est-il à premier abord pas évident de déterminer quels rapports juridiques, respectivement quelles prestations de l'assurance-invalidité, sont tranchés dans la décision du 13 juin 2019. Cette question peut toutefois rester indécise dès lors que l'assuré ne formule des conclusions qu'en relation avec son droit à une rente d'invalidité. Aussi l'objet du litige est-il circonscrit à ce seul aspect (sur l'étendue de l'objet du litige, cf. MEYER/VON ZWEHL, L'objet du litige en procédure de droit administratif in *Mélanges Pierre Moor*, Berne 2005, n° 11 ss p. 440 ss ; cf. également TF 9C\_598/2011 du 19 avril 2012 consid. 2 et 3, 9C\_602/2009 du 21 décembre 2009 consid. 2.3, 9C\_944/2009 du 22 mars 2010 consid. 2 et 9C\_386/2009 du 1er février 2010 consid. 2).

### 4.

S'agissant du droit matériel applicable, la cause présente un élément d'extranéité puisque le recourant, domicilié au Portugal, prétend à une rente de l'assurance-invalidité suisse pour y avoir cotisé. Dans ces circonstances, est applicable 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, de sorte que l'« incapacité permanente et globale » de 61 % reconnue par les autorités portugaises est ici sans pertinence (OAIE pce 17 ; 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 ; TF 9C\_573/2012 du 16 janvier 2013 consid. 4).

**4.1** 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) ; en sus, l'assuré doit compter au moins trois années de cotisations lors de la survenance de l'invalidité (art. 36 al. 1 LAI). La rente est échelonnée comme suit selon le taux de l'invalidité: un taux d'invalidité de 40% au moins donne droit à un quart de rente; lorsque l'invalidité atteint 50% au moins, l'assuré a droit à une demi-rente; lorsqu'elle atteint 60% au moins, l'assuré a droit à trois quarts de rente et lorsque le taux d'invalidité est de 70% au moins, il a droit à une rente entière (art. 28 al. 2 LAI).

**4.2** On entend par invalidité l'incapacité de gain totale ou partielle qui est présumée permanente ou de longue durée et qui peut résulter d'une infirmité congénitale, d'une maladie ou d'un accident (art. 8 LPGA et art. 4 al. 1 LAI). Selon l'art. 7 LPGA – dans sa version en vigueur au jour de la décision attaquée –, 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. Aussi le taux d'invalidité s'évalue-t-il en comparant le revenu que l'assuré aurait pu obtenir s'il n'était pas invalide 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).

Ainsi, le point de départ de l'examen du droit aux prestations est l'ensemble des constatations médicales. Une limitation de la capacité d'exécuter une tâche ou une action ne peut 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 ; TF 9C\_815/2012 du 12 décembre 2012 consid. 3 ; cf. également art. 59 LAI).

**4.3** Selon le principe de la libre appréciation des preuves, le juge apprécie librement les preuves médicales qu'il a recueillies, sans être lié par des règles formelles, en procédant à une appréciation complète et rigoureuse des preuves. Le juge doit examiner objectivement tous les documents à disposition, quelle que soit leur provenance, puis décider s'ils permettent de porter un jugement valable sur le droit litigieux. S'il existe des avis contradictoires, il ne peut trancher l'affaire sans indiquer les raisons pour lesquelles il se fonde sur une opinion plutôt qu'une autre. En ce qui concerne

la valeur probante d'un rapport médical, ce qui est déterminant, c'est que les points litigieux aient fait l'objet d'une étude circonstanciée, que le rapport se fonde sur des examens complets, qu'il prenne également en considération les plaintes exprimées par la personne examinée, qu'il ait été établi en pleine connaissance de l'anamnèse, que la description du contexte médical et l'appréciation de la situation médicale soient claires et enfin que les conclusions de l'expert soient dûment motivées. Au demeurant, l'élément déterminant pour la valeur probante n'est ni l'origine du moyen de preuve ni sa désignation comme rapport ou comme expertise, mais bel et bien son contenu (ATF 134 V 231 consid. 5.1; 125 V 351 consid. 3a p. 352; 122 V 157 consid. 1c et les références).

**4.4** La procédure dans le domaine des assurances sociales fait prévaloir la maxime inquisitoire (art. 43 LPGA ; ATF 138 V 218 consid. 6). Ainsi, l'autorité définit les faits et apprécie les preuves d'office et librement (art. 12 PA). Ce faisant, elle ne tient pour existants que 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 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 144 V 427 consid. 3.2; 139 V 176 consid. 5.3; 138 V 218 consid. 6). Partant de là, l'autorité ne peut renoncer à accomplir des actes d'instruction que si elle est convaincue, au terme d'une appréciation consciencieuse des preuves (ATF 125 V 351 consid. 3a), que certains faits présentent un degré de vraisemblance prépondérante et que d'autres mesures probatoires ne pourraient plus modifier cette appréciation (sur l'appréciation anticipée des preuves cf. ATF 131 I 153 consid. 3; 130 II 425 consid. 2).

## 5.

En l'espèce, l'assuré comptait au moins trois années de cotisations au moment de la survenance de l'invalidité ayant justifié sa demande de prestations de septembre 2017 (TAF pce 8).

Demeurent ainsi litigieuses les autres conditions au droit à la rente, soit essentiellement les incapacités de travail et de gain susceptibles d'être prises en considération dans ce contexte. Cela étant, se référant principalement aux appréciations de ses médecins conseils les Dres H.\_\_\_\_\_, G.\_\_\_\_\_ et J.\_\_\_\_\_, l'autorité précédente reconnaît l'assuré incapable de reprendre sa profession habituelle de travailleur de chantier ; en

revanche, une pleine capacité de travail lui est reconnue dès le 6 janvier 2018 dans une activité adaptée à ses atteintes au niveau du dos et de la jambe gauche, soit en substance une activité légère et sédentaire.

De son côté, expliquant que son état de santé l'empêche de reprendre une quelconque activité professionnelle, le recourant reproche à l'OAIE d'avoir établi les faits de façon incorrecte, en renonçant notamment à prendre en compte l'aggravation de son état de santé attestée par les spécialistes consultés au Portugal.

**5.1** On doit donner raison au recourant. Pour évaluer la capacité résiduelle de travail de l'assuré, l'OAIE renvoie essentiellement à l'avis de ses médecins conseils, qui n'ont pas procédé à l'examen personnel de l'assuré (rapports de la Dre H. \_\_\_\_\_ des 11 avril et 3 septembre 2019 et de la Dre J. \_\_\_\_\_ du 9 septembre 2019, OAIE pce 34 et TAF pce 7) ; contrairement à ce que soutient l'autorité inférieure, on ne voit toutefois pas que ces prises de position suffisent à établir les circonstances médicales pertinentes au degré de vraisemblance requis.

Selon la jurisprudence, l'appréciation des preuves est en effet soumise à des exigences sévères lorsque comme en l'espèce, l'administration ou, en cas de recours, le juge se fonde uniquement ou principalement sur les rapports de médecins rattachés aux assureurs. Une instruction complémentaire sera ainsi requise si des doutes, même faibles (« geringe Zweifel »), subsistent quant à la fiabilité et à la pertinence des constatations médicales effectuées par le service médical interne de l'assurance (ATF 135 V 465 consid. 4.3 in fine). Par ailleurs, pour avoir valeur probante, les rapports médicaux qui, comme c'est le cas ici, ne résultent pas de l'examen personnel de l'assuré, présupposent que le dossier ayant servi de base à leur établissement contienne suffisamment d'appréciations médicales résultant d'un examen personnel de l'assuré (TF 8C\_565/2008 du 27 janvier 2008 consid. 3.3.3) et permette l'établissement non lacunaire de l'état de santé de l'assuré (« lückenloser Befund ») ; en outre, il ne doit s'être essentiellement agi que d'apprécier un état de fait établi au plan médical (« feststehenden medizinischen Sachverhalts »), de sorte que la nécessité de procéder à l'examen direct de l'assuré n'apparaît plus au premier plan (entre autres: TF 9C\_335/2015 du 1er septembre 2015 consid. 3.1 et réf. cit.).

Or, en l'occurrence, la documentation médicale versée au dossier n'est pas suffisante pour trancher les droits litigieux sur la base principalement d'appréciations documentaires de médecins rattachés à l'assurance. En parti-

culier, dans son rapport du 11 avril 2019, la Dre H.\_\_\_\_\_ admet expressément que la gonarthrose bilatérale mise en évidence par les radiographies réalisées n'est pas complétée d'un status clinique. Aussi voit-on mal que le dossier permette en l'état d'évaluer l'incidence de cette atteinte sur la capacité de travail de l'assuré. Par ailleurs, si les atteintes dont souffre ce dernier au niveau du segment L4-L5 sont relativement bien documentées en tant qu'elles entraînent une perte de mobilité au niveau du membre inférieur gauche, leur incidence sur la jambe droite reste établie de façon excessivement lacunaire. Ainsi que l'observe la Dre J.\_\_\_\_\_, l'IRM du 12 août 2019 – en ce qu'elle objective la récurrence d'une volumineuse hernie discale avec déviation de la racine L5 à droite – constitue le seul document médical abordant cette problématique. Comme le concède également le médecin conseil, le dossier ne fournit toutefois aucune description de la situation clinique à ce niveau. Sur ce constat, la Dre J.\_\_\_\_\_ a d'ailleurs expressément renoncé à se prononcer sur le point de savoir « si l'état de santé de [l'assuré] s'est aggravé de manière assez importante pour influencer la capacité de travail pour une activité de substitution ». Réalisée le 12 août 2019, cette IRM est certes postérieure à la décision du 13 juin 2019. Cela ne saurait pour autant justifier que l'on en fasse ici abstraction. En effet, vu le court intervalle entre le prononcé attaqué et l'imagerie en question, on devait – pour établir la pertinence au plan temporel des résultats de cet examen (consid. 2.2 ci-dessus) – à tout le moins attendre de l'autorité inférieure qu'elle se prononce sur le moment de la survenance de cette atteinte. Or, les rapports médicaux produits en procédure judiciaire sont muets sur ce point, de sorte que l'on n'est pas en mesure de déterminer si l'atteinte en question est effectivement postérieure à la décision attaquée et dépasse partant l'objet de la contestation. En définitive, faute de disposer de la documentation médicale topique, il n'est pas possible d'évaluer les limitations somatiques méritant d'être prises en considération au cas d'espèce.

Le dossier ne permet pas non plus de se déterminer sur l'existence d'atteintes à la santé psychique. Ainsi, on cherche en vain une évaluation spécialisée décrivant l'anamnèse et le status psychique de l'assuré. Il est vrai que dans sa prise de position du 8 avril 2019, la Dre G.\_\_\_\_\_ a retenu que le cas relevait principalement de l'expertise d'un somaticien. Une évaluation précise de l'état de santé psychique de l'assuré n'en demeurerait pas moins nécessaire, puisque celui-ci suit un traitement à base d'antidépresseurs et qu'un syndrome dépressif a été diagnostiqué par le médecin chargé d'établir le rapport médical détaillé E 213 ; or, si comme l'explique la Dre H.\_\_\_\_\_, ces éléments « ne [prouvent] pas une atteinte invali-

dante » (OAIE pce 34), ils fondaient à tout le moins l'obligation pour l'autorité précédente d'instruire davantage l'état de fait correspondant. C'est d'ailleurs ce qu'avait proposé la Dre G. \_\_\_\_\_ en invitant, dans son rapport du 11 avril 2019, à se renseigner sur l'existence d'un suivi psychiatrique au Portugal. Aussi saisit-on difficilement les raisons pour lesquelles l'OAIE a renoncé à donner suite à la requête de sa médecin conseil, sans chercher dans le même temps à démontrer, par d'autres éléments, que le volet psychique n'est pas ici pertinent. En tout état de cause, les prises de position succinctes de la Dre H. \_\_\_\_\_ ne fondent pas une telle conclusion.

Il s'ajoute à cela que l'établissement des faits ressortissant de la décision attaquée résulte d'une application erronée des règles sur le degré de la preuve. En effet, lorsqu'elle se prononce sur les répercussions des atteintes à la santé de l'assuré, la Dre H. \_\_\_\_\_ exprime à plusieurs reprises de simples possibilités ne relevant pas de la vraisemblance prépondérante. Ainsi, dans son appréciation du 11 avril 2019, la médecin conseil retient que la gonarthrose observée chez l'intéressée « ne semble pas invalidante », de même que la dépression mentionnée en 2017 « semble réactionnelle et donc transitoire ». De là, on peine à se convaincre du bien-fondé des conclusions médicales retenues à la base de la décision attaquée, même si en procédure judiciaire, la Dre H. \_\_\_\_\_ a repris ses observations avec davantage de conviction.

**5.2** Dans ces conditions, on doute que les conclusions des Dres H. \_\_\_\_\_ et J. \_\_\_\_\_ retranscrivent fidèlement l'exigibilité médico-théorique du recourant. Force est dès lors de constater qu'il n'est pas possible d'établir l'état de santé de l'assuré et, par conséquent, de se prononcer sur le droit à la rente. Aussi le dossier doit-il être complété par la mise en œuvre d'une instruction visant à établir la capacité résiduelle de travail du recourant compte tenu de l'ensemble de ses atteintes. A cette fin, la cause sera renvoyée à l'autorité précédente. Pour déterminer les circonstances médicales pertinentes, celle-ci s'est en effet contentée de provoquer des appréciations documentaires de ses médecins conseils, qui se sont prononcés sans disposer de constatations cliniques circonstanciées et exhaustives. Or, une telle façon de faire doit être assimilée à un défaut d'instruction justifiant un renvoi au sens de l'art. 61 PA (ATF 137 V 210, consid. 4.4.1.4).

Aussi, pour établir la capacité résiduelle de travail de l'assuré dans le cadre de sa demande de septembre 2017, l'OAIE mettra en œuvre – en Suisse et dans le respect de l'art. 72<sup>bis</sup> RAI (art. 29 LAI et 81 du règlement (CE) n° 883/2004) – une expertise médicale comprenant les volets orthopédique,

psychiatrique, neurologique et de médecine interne, ainsi que toute autre discipline jugée nécessaire par les experts (ATF 139 V 349 consid. 3.2 ; TF 9C\_174/2020 du 2 novembre 2020 consid. 7).

**6.**

Vu ce qui précède, le recours contre la décision du 13 juin 2019 doit être admis et la décision attaquée annulée, la cause étant renvoyée à l'autorité précédente pour instruction complémentaire dans le sens des considérants et nouvelle décision.

**7.**

Etant donné l'issue du litige, il n'y a pas lieu de percevoir de frais de procédure. Le recourant a en effet obtenu gain de cause par le renvoi de l'affaire à l'OAIE (ATF 132 V 215 consid. 2.6) et aucun frais de procédure ne peut être mis à la charge de l'autorité inférieure (art. 63 al. 2, 1<sup>ère</sup> phrase, PA). Partant, l'avance de frais versée sera restituée dès l'entrée en force du présent arrêt (TAF pces 3 et 4). Il n'est par ailleurs pas alloué de dépens (art. 64 al. 1 PA et art. 7 ss du règlement du 21 février 2008 concernant les frais, dépens et indemnités fixés par le Tribunal administratif fédéral [FITAF, RS 173.320.2]).

(le dispositif se trouve sur la page suivante)

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

**1.**

Le recours est admis en ce sens que la décision de l'autorité inférieure du 13 juin 2019 est annulée et la cause renvoyée à l'OAIE pour instruction complémentaire dans le sens des considérants et nouvelle décision.

**2.**

Il n'est pas perçu de frais judiciaires. L'avance sur les frais présumés de procédure de Fr. 800.- sera remboursée au recourant avec l'entrée en force du présent arrêt.

**3.**

Il n'est pas alloué de dépens.

**4.**

Le présent arrêt est adressé :

- au recourant (recommandé avec avis de réception ; annexe : formulaire de paiement)
- 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 Bissegger

Julien Theubet

**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 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 :