



Cour III
C-6681/2016

Arrêt du 16 novembre 2017

Composition

Madeleine Hirsig-Vouilloz (présidente du collège),
Franziska Schneider, Viktoria Helfenstein, juges,
Brian Mayenfisch, greffier.

Parties

A. _____,
Portugal,
recourant,

contre

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

Objet

Assurance-invalidité; rejet de la demande de prestations;
décision du 22 septembre 2016.

Faits :**A.**

A._____ est un ressortissant portugais domicilié dans ce pays, né le (...) 1960. Marié depuis le (...) 1982, il est le père de deux enfants, nés en 1984 et en 1988 (OAIE doc 5). Sans formation professionnelle, il a travaillé en Suisse du 14 août 1984 au 27 décembre 1995, cotisant ainsi à l'assurance-vieillesse, survivants et invalidité (AVS/AI) suisse (OAIE docs 5, 6). L'intéressé a en dernier lieu effectué une activité d'ouvrier dans la construction civile / maçon au Portugal, avant d'être mis en arrêt de travail à compter du 13 décembre 2014 (OAIE docs 27, 46).

B.

En date du 10 décembre 2015, l'intéressé a déposé une demande de prestations de l'assurance-invalidité auprès de l'OAIE, qui a enregistré celle-ci le 10 mars 2016 (OAIE doc 5).

B.a Plusieurs documents médicaux ont été versés au dossier dans le cadre de cette demande, à savoir :

- un résultat d'examen radiologique effectué par le Dr B._____, daté du 27 février 2012, rapportant l'existence d'une discopathie L3 – L4 et L5 – S1 (OAIE doc 9),
- un résultat d'examen à l'entête de l'hôpital (...) du 14 février 2014, dans lequel le Dr C._____ note une légère augmentation de l'indice cardiaque, sans pour autant constater d'insuffisance cardiaque (OAIE doc 17),
- un certificat d'incapacité temporaire de travail établi par le Dr D._____, daté du 13 décembre 2014 et valable jusqu'au 22 décembre 2014 (OAIE doc 42),
- un résultat d'examen radiologique à l'entête de l'hôpital (...) du 30 décembre 2014, dans lequel le Dr E._____ constate une ostéophytose lombaire antérieure et marginale (OAIE doc 13),
- des résultats d'examens radiologiques effectués en date du 27 février 2015 par le Dr F._____, radiologue (OAIE docs 10, 11),
- un résultat d'une échographie rénale effectuée le même jour par la Dresse G._____, radiologue (OAIE doc 14),

- un rapport établi par le Dr H. _____ en date du 28 avril 2015 (OAIE doc 16), concernant les vertèbres L3 – L4, L4 – L5 et L5 – S1 ; le médecin constate l'existence d'une altération généralisée des disques intervertébraux (et, en particulier, une ostéophytose antérolatérale, une hernie discale en L4 – L5, ainsi qu'une atteinte ostéo-articulaire de la colonne postérieure),
- un certificat médical à l'entête du Centre de (...), établi en date du 11 juin 2015 par le Dr I. _____, attestant que l'intéressé souffre d'une maladie pulmonaire obstructive chronique, d'hypertension avec cardiomégalie, de dyslipidémie, d'un hallux valgus, et enfin d'un syndrome de la colonne vertébrale lombaire douloureuse (OAIE doc 19),
- un résultat d'échographie ostéo-articulaire du 7 août 2015, effectué par le Dr J. _____, dans lequel ce dernier constate une hypertrophie des articulations acromio-claviculaires, avec pour conséquence un conflit subacromial bilatéral, ainsi qu'une probable tendinite du biceps (OAIE doc 12),
- un certificat médical illisible, daté du 27 août 2015 et établi par le Dr K. _____, rhumatologue (OAIE doc 20),
- un rapport du 18 septembre 2015, dans lequel le Dr L. _____, médecin orthopédiste et traumatologue, constate l'existence, chez l'intéressé, d'une douleur lombaire chronique, causée par un canal étroit lombaire, en plus d'une altération des disques intervertébraux et de la corne postérieure, ainsi qu'une probable compression des L3 à L5 (OAIE doc 18),
- le résultat d'une imagerie par résonance magnétique daté du 21 octobre 2015, dans lequel le Dr M. _____, neuroradiologue, constate l'existence d'une hernie discale postérieure L3 – L4, ainsi que des signes modérés de dégénérescence du disque vertébral avec des protubérances périphériques, une ostéophytose marginale et une hypertrophie dégénérative des articulations postérieures ; il constate en outre une lipomatose épidurale de L2 – L3 à L5 – S1 (OAIE doc 15),
- un certificat médical daté du 27 novembre 2015 et établi par le Dr L. _____ (OAIE doc 8) ; le médecin relève que l'intéressé souffre d'obésité, de lombalgies chroniques considérablement aggravées par

les efforts, d'une hernie discale L3 – L4, et enfin d'une lipomatose épидurale avec compression de la queue de cheval ; le médecin note dès lors que l'intéressé présente une carence lombaire chronique, avec rigidité des lombaires, en latéralisation et en flexion ; le Dr L._____ retient en particulier que l'intéressé ne peut rester debout de manière prolongée, ni soulever des poids, et conclut dès lors à une incapacité totale dans l'activité habituelle,

- un document difficilement lisible daté du même jour, aussi établi par le Dr L._____, posant comme diagnostics la goutte, des lombalgies chroniques, une hernie discale L3 – L4, et une lipomatose épидurale de L2 – L3 et L5 – S1 (OAIE doc 32),
- une « lettre d'accompagnement » à l'entête du Centre (...), établi par la Dresse M._____ en date du 10 décembre 2015, médecin traitant, reprenant les diagnostics mentionnés ci-dessus, et relevant que les traitements effectués jusqu'alors n'ont pas permis d'améliorer l'état de santé du recourant, de sorte qu'il n'est pas en mesure de reprendre son activité habituelle (OAIE doc 40) ; il est par ailleurs constaté que le Dr L._____ n'a pas évoqué la possibilité pour son patient de faire opérer (voir en ce sens notamment OAIE doc 8),
- un rapport E 213 établi par le Dr N._____ en date du 5 janvier 2016, basé sur un examen effectué le même jour (OAIE doc 7) ; le médecin note, dans l'anamnèse, une opération de la jambe gauche survenue en 1995, de l'obésité, une lipomatose épидurale de L2 – L3, et une hernie discale L3 – L4 ; les plaintes principales de l'intéressé relevées sont de la fatigue, une dyspnée d'effort, et une lombalgie arrière ; le médecin relève une mobilité de la colonne dorsale douloureuse (flexion possible jusqu'à 20 cm) ; il retient que l'intéressé doit exercer une activité excluant de l'humidité, de la chaleur, de la fumée ou des gaz ou de la vapeur, le travail en dehors des horaires réguliers, la flexion, levage ou transport répété d'objets, l'utilisation de rampes ou d'escaliers, ainsi que les activités impliquant un risque de chutes ; le médecin retient une incapacité de travail totale dans toute activité (mais une incapacité de travail de 50% dans l'activité habituelle au regard du droit portugais) ; enfin, il précise que ces restrictions sont valables à compter du début de l'année 2015,
- une « lettre d'accompagnement » établie par la Dresse M._____ en date du 19 janvier 2016 (OAIE doc 39), faisant écho à sa première lettre du 10 décembre 2015 (OAIE doc 40),

- une « lettre d'accompagnement » à l'entête du Centre (...), établie par la Dresse O. _____ en date du 6 avril 2016 (OAIE doc 28),
- un « questionnaire pour l'employeur » daté du 25 avril 2016 (OAIE doc 27 p. 6 s.),
- et, enfin, un « questionnaire pour l'assuré » daté du 27 avril 2016, dans lequel l'intéressé se plaint d'affections à la colonne vertébrale et à la jambe gauche, d'hypertension, d'acide urique et de cholestérol ; il fait valoir qu'il souffre en particulier de douleurs très intenses au niveau du dos ; il relève qu'il lui est « très difficile de vivre normalement », et qu'il peine à se baisser (par exemple pour attacher ses lacets), à marcher (il doit s'asseoir après avoir parcouru 50 mètres), ni à porter des objets lourds (OAIE doc 27 p. 1 – 5).

B.b Dans sa prise de position du 22 juin 2016 (OAIE doc 45), le Dr P. _____, médecin généraliste du Service médical régional AI (ci-après : médecin SMR), a retenu, comme diagnostic principal, un syndrome lombaire sur hernie discale L3 – L4 (sans conflit radiculaire ; M47.96) ; comme diagnostics associés sans répercussion sur la capacité de travail, le médecin a indiqué que l'intéressé souffrait d'une bronchopneumopathie chronique obstructive, d'apnée du sommeil et d'un syndrome métabolique (obésité, hypertension artérielle, hyperuricémie). S'agissant des limitations fonctionnelles à prendre en compte, le médecin a considéré que l'intéressé pouvait exercer une activité en position assise ou alternée, sans rotation du tronc et mouvements répétitifs, ne nécessitant pas de devoir se pencher ni de porter des charges supérieures à 10 kg, ni d'utiliser une échelle ou un échafaudage ; enfin, le médecin a relevé une difficulté dans les déplacements. Dès lors, et constatant que l'intéressé souffrait de troubles dégénératifs du rachis, le médecin a retenu qu'il présentait une incapacité de 70 % dans l'activité habituelle, et une pleine capacité de travail dans une activité adaptée. S'agissant d'une telle activité, le Dr P. _____ a indiqué que l'intéressé pouvait effectuer une activité de production en général, et d'ouvrier non qualifié/manœuvre dans une usine ou dans une fabrique, de concierge/gardien d'immeuble ou de chantier, de surveillant de parking/musée, de magasinier/gestion de stocks, de vendeur en général, de réparation de petits appareils/articles domestiques, de caissier, d'accueil/réceptionniste et enfin de standardiste/téléphoniste.

B.c Sur la base de l'avis médical du Dr P. _____ (voir *supra*, let. B.b), l'OAIE a effectué une comparaison des revenus en date du 17 juillet 2016, mettant en évidence une diminution de la capacité de gain de 34 % dès le

1^{er} mars 2015 (OAIE doc 46) ; par projet de décision du 20 juillet 2016 (OAIE doc 47), l'Office a informé l'intéressé qu'il entendait refuser sa demande de prestations, dans la mesure où celui-ci présentait une pleine capacité de travail dans une activité adaptée, avec diminution de la capacité de gain de 34%.

B.d L'intéressé s'est opposé à ce projet par courrier daté du 3 août 2016 (OAIE doc 48) ; il a fait valoir que sa jambe gauche le faisait souffrir, et qu'il devait se rendre dans deux mois à l'hôpital dans le cadre d'une consultation. Il a en outre rappelé qu'il souffrait d'apnée du sommeil, et a affirmé ne pas être en mesure d'effectuer les activités adaptées énumérées dans le projet de décision du 20 juillet 2016.

Il a joint à son opposition les documents suivants :

- un rapport médical à l'entête du centre hospitalier de (...), établi par les Drs Q._____ et R._____ en date du 6 juin 2016, confirmant le diagnostic d'apnée du sommeil et précisant en outre que l'intéressé souffre d'hypoxémie nocturne (OAIE doc 51),
- un rapport de consultation daté du 13 juin 2016, établi par le Dr S._____, pneumologue (OAIE doc 50).
- le résultat d'une radiographie du 24 juin 2016 effectuée par le Dr C._____, constatant l'apparition d'une arthrose posttraumatique de la cheville gauche (articulation tibio-astragaliennne ; OAIE doc 49),
- une « carte d'accompagnement » à l'entête du Centre de santé de (...), établie par la Dresse M._____ en date du 11 août 2016, reprenant les diagnostics déjà établis ; il est par ailleurs précisé que l'intéressé prend les médicaments suivants : alopurinol 300, etoricoxib 90, indapamide + amlodipine 1.5/5, furosémide 40, acide acétyl salicylique 100, amlodipine + valsartan 5/160, trimétazidine 35, simvastatine/ezetimibe 40/10 (OAIE doc 52).

B.e Dans sa prise de position du 16 septembre 2016, le Dr P._____ a constaté que les pièces susmentionnées ne permettaient pas de conduire à une appréciation médicale différente de celle faite en date du 22 juin 2016 (voir *supra*, let. B.b) ; s'agissant en particulier de la radiographie du 24 juin 2016, le médecin a constaté que même s'il s'agissait effectivement d'une affection nouvelle, elle restait compatible avec les limitations fonctionnelles et activités de substitution déjà retenues auparavant (OAIE doc 54).

B.f Par décision du 22 septembre 2016, l'OAIE, reprenant sa motivation exposée dans le projet de décision du 22 juin 2016, a retenu une incapacité de travail de 34% dans une activité adaptée et a ainsi rejeté la demande de rente d'invalidité déposée par A. _____ (OAIE doc 55).

C.

C.a Par acte du 21 octobre 2016 (TAF pce 1), l'intéressé a interjeté recours contre la décision précitée auprès du Tribunal administratif fédéral (ci-après : le Tribunal). Il a fait valoir qu'il souffrait de sérieux problèmes de mobilité au niveau des membres inférieurs et de sa colonne vertébrale, ainsi que d'une apnée du sommeil qui l'obligeait à porter un masque, même parfois durant la journée ; il a par ailleurs soutenu que les nombreuses limitations fonctionnelles qui l'affectaient, de même que son âge (56 ans), rendaient illusoire la possibilité pour lui d'effectuer une activité adaptée à 100%, et a dès lors conclu implicitement à l'octroi d'une rente entière d'invalidité.

L'intéressé a notamment joint à son recours les documents suivants :

- une échocardiographie datée du 19 août 2016, à l'entête de l'hôpital (...), relevant une fonction systolique du ventricule gauche, sans atteinte vulvaire, avec une dilatation des deux oreillettes ; en outre, le rapport note comme suit : « septum interventriculaire hypertrophié : présence d'un léger épanchement péricardique ? Graisse péricardique ? »,
- le résultat d'une échographie daté du 14 septembre 2016, établi par le Dr J. _____, et indiquant la présence au genou droit d'une ancienne lésion du ménisque externe, des signes d'inflammation et d'une bursite pré-rotulienne, ainsi que d'un kyste de Baker,
- et le résultat d'une échographie doppler daté du même jour, effectuée par la Dresse T. _____, portant lui aussi sur le genou droit de l'intéressé, rapportant une légère insuffisance de la circulation veineuse du membre inférieur droit, correspondant à la présence de varices.

C.b Par courrier du 16 novembre 2016 (TAF pce 3), l'intéressé a en particulier transmis au Tribunal de céans un nouveau certificat médical, établi par le Dr U. _____ en date du 11 novembre 2016, médecin au Centre de (...). Ledit médecin y confirmait les diagnostics d'hernie discale

L3 – L4 et de lipomatose épidurale de L2 – L3 et L5 – S1 ; en outre, le médecin relevait que les traitements médicamenteux et physiologiques mis en place n'avaient jusqu'à présent pas mené à une amélioration notable de l'état de santé du recourant. Sur cette base, il concluait qu'aucune activité professionnelle ne pouvait être envisagée sans que des limitations fonctionnelles ou des douleurs marquées n'interfèrent.

C.c Invité à répondre par ordonnance du Tribunal (TAF pce 2), l'OAIE a conclu, dans sa prise de position 28 novembre 2016, (TAF pce 5) au rejet du recours et à la confirmation de la décision attaquée ; elle a notamment relevé que l'âge du recourant ne constituait pas un obstacle à sa réinsertion dans le marché du travail, celui-ci n'étant âgé de que 56 ans. S'agissant des nouvelles pièces médicales versées dans le cadre du recours, l'autorité inférieure s'en est remise à l'avis du médecin SMR du 18 novembre 2016 joint à la réponse. Dans cet avis, le Dr P._____ a considéré que les documents nouvellement versés ne permettaient pas de changer l'appréciation médicale faite antérieurement. Il a notamment relevé que l'échocardiographie datée du 19 août 2016 ne mettait pas en évidence d'atteinte significative de la fonction du cœur, en l'absence d'autres documents cardiologiques. S'agissant de l'appareil locomoteur, le médecin a constaté qu'aucune aggravation ne pouvait être constatée, le rapport E 213 retenant par ailleurs une incapacité de travail de 50% dans l'activité habituelle de 50%, au regard du droit portugais (en précisant : « *même si les indications sur ce formulaire sont un peu contradictoires, cela est un indice pour relativiser les plaintes de l'assuré* »). Le Dr P._____ a encore relevé que tous les symptômes étaient sans doute aggravés par l'obésité de l'assuré. Il a dès lors retenu que ni la documentation médicale produite, ni les arguments du recourant ne permettaient de conclure à une modification manifeste de l'état de santé, et conclu une nouvelle fois à une pleine capacité de travail dans une activité adaptée.

Enfin, par une seconde réponse datée 1^{er} décembre 2016 (TAF pce 7), l'OAIE a retenu que le certificat médical du 11 novembre 2016 (voir *supra*, let. C.b) n'apportait pas de nouveaux éléments permettant de s'écarter de ses précédentes conclusions.

C.d Par décision incidente du 17 janvier 2017, le Tribunal a accordé l'assistance judiciaire partielle au recourant, le dispensant ainsi du paiement des frais de procédure (TAF pce 10).

C.e Invité à répliquer par ordonnance du Tribunal (TAF pce 11), le recourant a fait à nouveau valoir, par courrier du 21 février 2017 (TAF pce 13), qu'il n'était pas plus en mesure d'exercer une activité adaptée que son activité habituelle. Il a en outre à nouveau souligné que la situation difficile que connaissait le marché du travail dans sa région au Portugal ne favorisait pas sa réinsertion. Il a par ailleurs joint à sa réplique de nouvelles pièces, dont notamment :

- un document de la Sécurité sociale portugaise du 29 novembre 2016, parfois peu lisible, qui énumère en tous cas les diagnostics suivants : bronchopneumopathie chronique obstructive, syndrome d'apnée du sommeil, hernie discale en L3 – L4 et lipomatose épidurale de L2 à S1, fracture du ménisque externe à droite, hallux valgus bilatéral, de la goutte, trouble du rythme cardiaque, dyslipidémie, et une insuffisance veineuse des membres inférieurs,
- et un certificat médical établi par le Dr U. _____ en date du 14 février 2017, reprenant les conclusions figurant dans le certificat daté du 11 novembre 2016 (voir *supra*, let. C.b).

C.f Dans sa duplique datée du 12 mai 2017, l'autorité inférieure a conclu une nouvelle fois au rejet du recours et à la confirmation de la décision attaquée. Elle basait sa prise de position sur un dernier avis médical du Dr P. _____ daté du 6 mai 2017, dans lequel celui-ci estimait que les conclusions figurant dans le certificat médical du Dr U. _____ du 14 février 2017 (voir *supra*, let. C.e) étaient superposables avec son avis du 11 novembre 2016 (voir *supra*, let. C.b), ainsi qu'avec l'avis de la Dresse O. _____ du 6 avril 2016 (voir *supra*, let. B.a), et enfin avec ceux de la Dresse M. _____ du 11 août 2016, 19 janvier 2016, et du 10 décembre 2015 (voir *supra*, let. B.a, B.d). Le médecin a en outre estimé que le document de la Sécurité sociale portugaise du 29 novembre 2016 se limitait à énumérer des diagnostics déjà connus. Le Dr P. _____ a dès lors conclu que ni la documentation médicale nouvellement produite ni les arguments de l'intéressé ne permettaient de conclure à une modification manifeste de l'état de santé, et que le recourant présentait toujours une pleine capacité de travail dans une activité adaptée, dans la mesure où les atteintes constatées n'entraînaient pas de limitations fonctionnelles supplémentaires.

C.g Enfin, par un dernier courrier daté du 25 juillet 2017 (TAF pce 20), le recourant a transmis encore deux nouvelles pièces au Tribunal, à savoir :

- un certificat médical établi par le Dr U. _____ en date du 7 juin 2017, reprenant pour l'essentiel les constats fait dans ses avis médicaux antérieurs (voir notamment *supra*, let. C.e),
- et, enfin, un document de renseignements à l'attention d'autres médecins daté du 16 juillet 2017, dans lequel le Dr L. _____, relevant que l'intéressé se plaint de douleurs articulaires généralisées, principalement dans la colonne lombaire, les hanches, les genoux, les chevilles et les pieds, constate une arthrose du genou de grade 3, une arthrose avancée de la cheville gauche, et enfin une arthrose bilatérale du milieu du pied, avec hallux valgus au pied droit ; le médecin propose qu'une opération soit pratiquée au pied droit, et constate en outre que les affections de l'intéressé sont chroniques et ont tendance à s'aggraver.

Droit :

1.

1.1 Au vu de l'art. 31 de la loi du 17 juin 2005 sur le Tribunal administratif fédéral (LTAF, RS 173.32), 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), le Tribunal administratif fédéral connaît des recours interjetés par les personnes résidant à l'étranger contre les décisions prises par l'OAIE. Demeurent réservées les exceptions – non réalisées en l'espèce – prévues à l'art. 32 LTAF.

1.2 Selon l'art. 37 LTAF, la procédure devant le Tribunal administratif fédéral est régie par la loi fédérale du 20 décembre 1968 sur la procédure administrative (PA, RS 172.021), pour autant que la LTAF n'en dispose pas autrement. Or, en vertu de l'art. 3 let. d^{bis} PA, la procédure en matière d'assurances sociales n'est pas régie par la PA dans la mesure où la loi fédérale du 6 octobre 2000 sur la partie générale du droit des assurances sociales (LPGA, RS 830.1) est applicable. A cet égard, conformément à l'art. 2 LPGA en relation avec l'art. 1 al. 1 LAI, les dispositions de la LPGA s'appliquent à l'AI (art. 1a à 26^{bis} et art. 28 à 70 LAI), à moins que la LAI ne déroge à la LPGA.

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

1.4 En outre, déposé en temps utile et dans les formes requises par la loi (art. 60 LPGA et art. 52 PA), le recours est recevable.

2.

La législation applicable est en principe celle en vigueur lors de la réalisation de l'état de fait qui doit être apprécié juridiquement ou qui a des conséquences juridiques (ATF 136 V 24 consid. 4.3, ATF 130 V 445 consid. 1.2, ATF 129 V 1 consid. 1.2). En l'espèce, le requérant, ressortissant portugais domicilié dans un Etat membre de la Communauté européenne, a déposé sa demande de prestations en décembre 2015, tandis que la décision litigieuse a été rendue le 22 septembre 2016 (ATF 131 V 242 consid. 2.1).

2.1 Est dès lors applicable à la présente cause, en raison de son aspect transfrontalier, l'accord, entré en vigueur le 1^{er} juin 2002, entre la Suisse et la Communauté européenne et ses Etats membres sur la libre circulation des personnes du 21 juin 1999 (ALCP, RS 0.142.112.681), dont l'annexe II règle la coordination des systèmes de sécurité sociale. 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 (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 (RS 0.831.109.268.11 ; art. 1 al. 1 de l'annexe II en relation avec la section A de l'annexe II), applicables in casu. Conformément à l'art. 4 du règlement n° 883/2004, à moins que le règlement n'en dispose autrement, 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. Comme avant l'entrée en vigueur de l'ALCP, le degré d'invalidité d'un assuré qui prétend une rente de l'AI suisse est déterminé exclusivement d'après le droit suisse ; l'octroi d'une rente étrangère d'invalidité ne préjuge pas l'appréciation de l'invalidité selon la loi 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 I 376/05 du 5 août 2005 consid. 3.1), étant précisé que la documentation médicale et administrative fournie par les institutions de sécurité sociale d'un autre Etat membre doit être prise en considération (art. 49 al. 2 du règlement n° 987/2009).

2.2 S'agissant du droit interne, la présente cause doit être examinée à l'aune des dispositions de la LAI et de son règlement d'exécution telles que

modifiées par la 6^e révision de l'AI (premier volet), entrées en vigueur le 1^{er} janvier 2012 (RO 2011 5659, FF 2010 1647).

3.

Le litige porte en l'espèce sur le droit du recourant à une rente de l'AI suisse, en particulier sur le point de savoir si les affections dont il est victime ont pu entraîner une incapacité de travail suffisante pour ouvrir le droit à des prestations de l'AI.

4.

Tout requérant, pour avoir droit à une rente de l'AI suisse, doit remplir cumulativement les conditions suivantes : d'une part, être invalide au sens de la LPGA et de la LAI (art. 8 LPGA ; art. 4, 28, 28a, 29 al. 1 LAI) ; d'autre part, compter au moins trois années entières de cotisations (art. 36 al. 1 LAI). En l'espèce, le recourant a versé des cotisations à l'AVS/AI pendant plus de trois ans au total (OAIE doc 12 p. 1 ss) et remplit donc la condition de la durée minimale de cotisations. Il reste donc à examiner s'il est invalide au sens de la LAI.

5.

L'invalidité au sens de la LPGA et de la LAI est l'incapacité de gain totale ou partielle qui est présumée permanente ou de longue durée, qui peut résulter d'une infirmité congénitale, d'une maladie ou d'un accident (art. 8 al. 1 LPGA, art. 4 al. 1 LAI). L'art. 4 al. 2 LAI mentionne que l'invalidité est réputée survenue dès qu'elle est, par sa nature et sa gravité, propre à ouvrir droit aux prestations entrant en considération. Selon l'art. 7 al. 1 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. 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 LPGA).

L'AI 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).

6.

Aux termes de l'art. 28 al. 2 LAI, l'assuré a droit à un quart de rente s'il est invalide à 40% au moins, à une demi-rente s'il est invalide à 50% au moins, à trois quarts de rente s'il est invalide à 60% au moins et à une rente entière s'il est invalide à 70% au moins. Conformément à l'art. 28 al. 1 LAI, le droit à une rente naît dès que l'assuré ne peut rétablir, maintenir ou améliorer sa capacité de gain ou sa capacité d'accomplir ses travaux habituels au moyen de mesures de réadaptation raisonnablement exigibles (let. a), présente une incapacité de travail de 40% au moins pendant une année sans interruption notable (let. b) et, au terme de cette année, est invalide à 40% au moins (let. c). En outre, selon la réglementation prévue à l'art. 29 al. 1 LAI, la rente auquel un assuré a droit peut être versée au plus tôt à l'échéance d'une période de six mois à compter de la date à laquelle l'assuré a fait valoir son droit aux prestations conformément à l'art. 29 al. 1 LPGA.

7.

La procédure dans le domaine des assurances sociales fait prévaloir la procédure inquisitoire (art. 43 LPGA). Ainsi, l'autorité définit les faits pertinents et les preuves nécessaires, qu'elle ordonne et apprécie d'office (art. 12 PA ; ATF 110 V 199 consid. 2b, ATF 105 Ib 114 ; PIERRE MOOR, Droit administratif, vol. II, 3e éd., Berne 2011, ch. 2.2.6.3) ; elle ne tient pour existants que les faits qui sont dûment prouvés, prend d'office les mesures d'instruction nécessaires et recueille les renseignements dont elle a besoin ; enfin elle applique le droit d'office. La procédure devant le Tribunal est également régie par la maxime inquisitoire, de sorte que le celui-ci définit les faits et apprécie les preuves d'office et librement ; de même, il applique le droit d'office, sans être lié par les motifs invoqués, ni par l'argumentation juridique développée dans la décision entreprise (art. 62 al. 4 PA ; PIERRE MOOR, op. cit., ch. 2.2.6.5).

Si l'administration ou le juge, se fondant sur une appréciation consciencieuse des preuves fournies par les investigations auxquelles ils doivent procéder d'office, sont convaincus que certains faits présentent un degré de vraisemblance prépondérante et que d'autres mesures probatoires ne pourraient plus modifier cette appréciation, il est superflu d'administrer d'autres preuves (appréciation anticipée des preuves ; UELI KIESER, ATSG-Kommentar, 2^e éd., Zurich 2009, art. 42 n° 19 p. 536 ; ATF 122 II 469 consid. 4a). Une telle manière de procéder ne viole pas le droit d'être entendu selon l'art. 29 al. 2 de la Constitution fédérale de la Confédération suisse du 18 avril 1999 (Cst., RS 101 ; Sozialversicherungsrecht [SVR] 2001 IV n° 10 p. 28).

8.

8.1 Pour pouvoir déterminer la capacité de travail d'un assuré et évaluer son invalidité, l'administration, ou le juge 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_623/2012 du 6 décembre 2012 consid. 1 et I 733/06 du 16 juillet 2007 consid. 4.2.1). Le Tribunal fédéral a jugé en effet que les données fournies par les médecins constituaient un élément utile pour déterminer quels travaux pouvaient encore être exigés de l'assuré, quand bien même la notion d'invalidité est de nature économique/juridique et non médicale (ATF 125 V 256 consid. 4, ATF 115 V 133 consid. 2, ATF 114 V 310 consid. 3c, ATF 105 V 156 consid. 1 ; voir supra consid. 6).

8.2 La tâche du médecin consiste à porter un jugement sur l'état de santé et à indiquer dans quelle mesure et pour quelles activités l'assuré est incapable de travailler. Il lui appartient de décrire les activités que l'on peut encore raisonnablement attendre de l'intéressé compte tenu de ses atteintes à la santé, en exposant les motifs qui le conduisent à retenir telle ou telle limitation de la capacité de travail. Lorsqu'il est clair d'emblée que l'exercice d'activités relativement variées est encore exigible de l'assuré, un renvoi général à un marché du travail équilibré, structuré de telle sorte qu'il offre un éventail d'emplois diversifié, est suffisant (arrêt du Tribunal fédéral I 636/06 du 22 septembre 2006 consid. 3.2; Pratique VSI 6/1998 p. 296 consid. 3b).

8.3 Le juge des assurances sociales doit, quant à lui, examiner de manière objective tous les moyens de preuve, quelle que soit leur provenance, puis décider si les documents à disposition permettent de porter un jugement valable sur le droit litigieux. En présence d'avis médicaux contradictoires, il doit indiquer les motifs pour lesquels il se fonde sur une appréciation plutôt que sur une autre. A cet égard, l'élément décisif pour apprécier la valeur probante d'une pièce médicale n'est en principe ni son origine, ni sa désignation sous la forme d'un rapport ou d'une expertise, mais bel et bien son contenu. Il importe, pour conférer pleine valeur probante à un rapport médical, que les points litigieux importants 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 (ATF 125 V 351 consid. 3a et les références).

8.4 S'agissant plus précisément des rapports des SMR au sens des art. 59 al. 2^{bis} LAI et 49 al. 1 et 3 RAI, ceux-ci ne se fondent pas sur des examens médicaux effectués sur la personne mais contiennent les résultats de l'examen des conditions médicales du droit aux prestations et une recommandation, sous l'angle médical, concernant la suite à donner à la demande de prestations. Ils ne posent dès lors pas de nouvelles conclusions médicales mais portent une appréciation sur celles déjà existantes (arrêts du TF 9C_581/2007 du 14 juillet 2008 consid. 3.2 et 9C_341/2007 du 16 novembre 2007 consid. 4.1). Au vu de ces différences, ils ne doivent pas remplir les mêmes exigences au niveau de leur contenu que les expertises médicales. On ne saurait en revanche leur dénier toute valeur probante. Ils ont notamment pour but de résumer et de porter une appréciation sur la situation médicale d'un assuré, ce qui implique aussi, en présence de pièces médicales contradictoires, de dire s'il y a lieu de se fonder sur l'une ou l'autre ou s'il y a lieu de procéder à une instruction complémentaire. De tels rapports, pour avoir valeur probante, ne peuvent suivre une appréciation sans établir les raisons pour lesquelles des appréciations différentes ne sont pas suivies (cf. arrêt du TF 9C_165/2015 du 12 novembre 2015 consid. 4.3 ; VALTERIO, Droit de l'assurance-vieillesse et survivants [AVS] et de l'assurance-invalidité [AI], Genève, Zurich, Bâle 2011, n° 2920 ss). La valeur probante de ces rapports présuppose que le dossier contienne l'exposé complet de l'état de santé de l'assuré (anamnèse, évolution de l'état de santé et statut actuel) et qu'il se soit agi essentiellement d'apprécier un état de fait médical établi de manière concordante par les médecins (cf. les arrêts du TF 9C_335/2015 du 1er septembre 2015 consid. 3.1, 8C_653/2009 du 28 octobre 2009 consid. 5.2; 8C_239/2008 du 17 décembre 2009 consid. 7.2 ; cf. également arrêt du TF 9C_462/2014 du 16 septembre 2014 consid. 3.2.2 et les références).

9.

9.1 Il n'est pas contesté que l'intéressé souffre en tous les cas d'une hernie discale L3 – L4, constatée par le Dr P._____, médecin SMR, dans sa prise de position du 22 juin 2016 (voir *supra*, let. B.b), et ce notamment sur la base des avis médicaux des Drs H._____, (28 avril 2015, voir *supra*, let. B.a), M._____, (21 octobre 2015, voir *supra*, let. B.a), L._____, (27 novembre 2015, voir *supra*, let. B.a), N._____, (5 janvier 2016, voir *supra*, let. B.a) et U._____, (16 novembre 2016, voir *supra*, let. C.b). En outre,

il est admis que l'intéressé est aussi atteint d'une bronchopneumonie chronique obstructive, d'apnée du sommeil, d'un syndrome métabolique et, enfin, d'une arthrose post-traumatique de la cheville gauche (voir la pièce médicale du Dr C._____ du 24 juin 2016, s'agissant de cette dernière atteinte [*supra*, let. B.d]).

En revanche, si d'autres atteintes à la santé ont été constatées à plusieurs reprises par divers médecins (voir notamment : avis du Dr H._____ du 28 avril 2015, du Dr J._____ du 7 août 2015 et 14 septembre 2016, du Dr M._____ du 21 octobre 2015, du Dr L._____ du 27 novembre 2015 [*supra*, let. B.a, C.a]), le Tribunal observe que ces affections ne sont pas retenues dans les deux documents médicaux détaillés figurant au dossier, à savoir : le rapport E 213 du 5 janvier 2016 (qui omet de mentionner les diagnostics d'ostéophytose, d'hypertrophie des articulations acromioclaviculaires avec pour conséquence un conflit subacromial bilatéral, et d'hallux valgus, et qui relativise le diagnostic de goutte comme étant de l'hyperuricémie sans complications [l'absence du diagnostic d'arthrose post-traumatique de la cheville gauche dans ce rapport s'explique en revanche de par le fait que cette affection n'a été soulevée qu'en date du 24 juin 2016 ; voir *supra*, let. B.d]), et l'avis du médecin SMR du 22 juin 2016 (qui, en plus des diagnostics non retenus dans le rapport E 213, écarte encore celui de lipomatose épidurale L2 à S1 [l'absence des diagnostics de bursite pré-rotulienne et de kyste de Baker au genou droit, posés avant la date de la décision attaquée, s'explique en revanche du fait que la pièce relative à ces affections ne sera fournie par le recourant qu'en procédure de recours ; voir *supra*, let. C.a]). Le Tribunal relève encore que les deux médecins précités n'indiquent pas les raisons pour lesquels les diagnostics susmentionnés ne sont pas retenus.

9.2 Peu des documents versés au dossier se prononcent en outre concrètement sur la capacité de travail du recourant ; ainsi, le Dr L._____ et la Dresse M._____, dans leurs certificats médicaux du 27 novembre 2015, respectivement du 10 décembre 2015, retiennent une incapacité totale de travail dans l'activité habituelle (voir *supra*, let. B.a). En ce qui concerne le Dr N._____, celui-ci retient, dans son rapport E 213 du 5 janvier 2016, une incapacité totale de travail dans toute activité (l'incapacité de travail de 50% dans l'activité habituelle étant retenue selon des critères propres au droit portugais). S'agissant du Dr U._____, celui-ci ne fait que mentionner, notamment dans son certificat daté du 11 novembre 2016, l'existence de limitations fonctionnelles (voir *supra*, let. C.b).

Le Dr P._____ considère quant à lui que l'intéressé présente une incapacité de 70% dans l'activité habituelle, et une pleine capacité de travail dans une activité adaptée ; il reprend certaines des limitations fonctionnelles retenues dans le rapport E 213, en écartant cependant les limitations fonctionnelles suivantes : utilisation des escaliers, exposition à l'humidité, à la chaleur, à de la fumée, au gaz ou à la vapeur.

9.3 Sur cette base, force est pour le Tribunal de constater qu'aucun document médical figurant au dossier ne répond aux critères posés par la jurisprudence pour se voir reconnaître pleine valeur probante (voir *supra*, consid. 8.3). Il convient en effet de relever, dans ce contexte, que même le rapport E 213, s'il avère certes plus détaillé que les autres documents, ne tient pas compte de plusieurs des atteintes à la santé pourtant mentionnées à diverses reprises par les autres médecins qui se sont prononcés sur l'état de santé de l'intéressé, sans apporter une explication aux motifs pour lesquelles lesdites atteintes ne sont pas retenues (voir *supra*, consid. 9.1). Dès lors, dans la mesure où le rapport E 213 ne tient pas compte de toutes les affections somatiques du recourant sans justification, le Tribunal ne saurait conclure qu'il établit de manière convaincante la capacité de travail du recourant – par ailleurs, même s'il fallait considérer ledit rapport comme étant concluant, il faudrait alors constater qu'il contredit les conclusions du médecin SMR, dans la mesure où il retient une incapacité de travail totale dans toute activité. Il s'agit par ailleurs du seul document figurant au dossier qui se prononce concrètement sur la question de l'exercice d'une activité adaptée.

9.4 Au vu de l'absence d'un rapport médical complet et convaincant figurant au dossier, le Tribunal constate qu'il appartenait au Dr P._____, médecin SMR, de résumer et de porter une appréciation sur la situation médicale de l'intéressé, ce qui impliquait entre autres, en présence de pièces médicales contradictoires, de dire s'il y avait lieu de se fonder sur l'une ou l'autre, ou s'il fallait encore procéder à une instruction complémentaire (voir *supra*, consid. 8.4).

Or en l'espèce, et comme exposé ci-dessus, seules quelques pièces médicales se prononçaient de manière succincte sur la question de la capacité de travail de l'intéressé ; en outre, aucun document n'évoquait la question de l'exercice d'une activité adaptée, à l'exception du rapport E 213 dont les conclusions étaient toutefois peu convaincantes, ce que le médecin SMR a lui-même relevé dans sa prise de position du 18 novembre 2016 (voir *supra*, let. C.c et consid. 9.3). Dès lors, s'agissant de l'état de santé du recourant, il appartenait au médecin SMR d'indiquer les raisons

qui le conduisaient à écarter de nombreux diagnostics qui figuraient au dossier ; concernant par ailleurs la question de la capacité de travail dans une activité habituelle et dans une activité adaptée, il lui incombait de toute évidence de procéder à des investigations supplémentaires, au vu du peu de documents médicaux qui lui permettaient de répondre à cette question. Pourtant, et comme vu ci-dessus, le Dr P._____, qui ne bénéficiait par ailleurs pas d'une spécialisation dans les domaines médicaux pertinents en l'espèce, n'a au contraire retenu qu'un nombre limité des nombreuses affections somatiques constatées par les autres médecins (voir *supra*, consid. 9.1, 9.3) ; il a en outre écarté plusieurs des limitations fonctionnelles énumérées dans le seul rapport plus détaillé portant sur cette question, à savoir le rapport E 213 (voir *supra*, consid. 9.2). Ainsi, le Tribunal, qui rappelle dans ce contexte que les rapports SMR ne se fondent pas sur des examens médicaux effectués sur la personne mais contiennent les résultats de l'examen (sur dossier) des conditions médicales du droit aux prestations (voir *supra*, consid. 8.4), constate que les pièces figurant au dossier ne permettent en l'espèce pas de conclure que l'intéressé présenterait une incapacité de 70% dans l'activité habituelle, et une pleine capacité de travail dans une activité adaptée - en l'absence de rapport médical présentant un degré satisfaisant de vraisemblance prépondérante.

Il s'ensuit que la décision attaquée a été rendue sur la base d'un dossier médical lacunaire, dans la mesure où la situation médicale du recourant et l'appréciation du taux d'incapacité du recourant n'ont pas été établis à satisfaction de droit par l'autorité inférieure. En conclusion, l'affaire doit être renvoyée à l'OAIE afin qu'il complète l'instruction du dossier, en mettant en œuvre un examen médical de l'intéressé, selon son appréciation en Suisse ou au Portugal ; ledit examen devra cette fois se prononcer sur tous les problèmes de santé du recourant, et sur leur influence quant à sa capacité de travail. Bien que le renvoi de l'affaire doive rester exceptionnel, il est dans le cas concret justifié, conformément à la jurisprudence du Tribunal fédéral, en raison de l'importance de l'instruction à compléter (cf. ATF 137 V 210 consid. 4.4.1.4).

10.

10.1 L'intéressé ayant bénéficié de l'assistance judiciaire partielle (voir *supra*, let. C.d), il n'est pas perçu de frais de procédure, étant du reste précisé qu'aucun de ces frais n'est mis à la charge de l'office intimé (voir art. 63 al. 2 PA).

10.2 Il n'est pas alloué de dépens au recourant, celui-ci ayant agi sans représentation professionnelle et n'ayant pas dû supporter des frais élevés (voir art. 64 al. 1 PA et art. 7 ss du règlement concernant les frais, dépens et indemnités fixés par le Tribunal administratif fédéral [FITAF, RS 173.320.2]),

Par ces motifs, le Tribunal administratif fédéral prononce :

1.

Le recours est partiellement admis, en ce sens que la décision du 22 septembre 2016 est annulée et la cause renvoyée à l'Office de l'assurance-invalidité pour les assurés résidant à l'étranger, qui rendra une nouvelle décision après avoir complété l'instruction du dossier conformément aux considérants du présent arrêt.

2.

Il n'est pas perçu de frais de procédure.

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 :

Madeleine Hirsig-Vouilloz

Brian Mayenfisch

Indication des voies de droit :

Pour autant que les conditions au sens des art. 82 ss, 90 ss et 100 de la loi fédérale du 17 juin 2005 sur le Tribunal fédéral (LTF, RS 173.110) soient remplies, la présente décision peut être attaquée devant le Tribunal fédéral, Schweizerhofquai 6, 6004 Lucerne, par la voie du recours en matière de droit public, dans les trente jours qui suivent la notification. Le mémoire doit indiquer les conclusions, les motifs et les moyens de preuve, et être signé. La décision attaquée et les moyens de preuve doivent être joints au mémoire, pour autant qu'ils soient en mains du recourant (voir art. 42 LTF).

Expédition :