Bundesverwaltungsgericht
Tribunal administratif fédéral
Tribunale amministrativo federale
Tribunal administrativ federal

Cour III
C-6802/2023

Arrêt du 8 octobre 2024

Composition

Caroline Bissegger (présidente du collège),
Michela Bürki Moreni, Caroline Gehring, juges,
Müjde Atak, greffière.

Parties

A._____**,** (France)
recourant,

contre

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

Objet

Assurance-invalidité, droit à des mesures professionnelles et à une rente (décision du 14 novembre 2023).

Faits :

A.
A._____ (ci-après : le recourant, l'intéressé ou l'assuré), né le (…) 1967, de nationalité portugaise et domicilié en France voisine, est divorcé et sans enfant (OAI-B._____ pces 10 et 12). Depuis 2015, l'intéressé a travaillé, en Suisse, en qualité de maçon et cotisé à l'assurance-invalidité (ci-après : AI) suisse (cf. extrait du compte individuel du 15 juin 2022 [OAI-B._____ pce 15]).

B.

B.a Le 26 avril 2022, l'employeur de l'assuré a transmis à l'Office cantonal de l'assurance-invalidité du canton B._____ (ci-après : OAI-B._____) une communication de détection précoce AI (OAI-B._____ pce 2). Par correspondance du 13 mai 2022, l'OAI-B._____ a invité l'assuré à déposer une demande de prestations AI (OAI-B._____ pce 4). Le 8 juin 2022, l'assuré a déposé une demande de prestations AI auprès de l'OAI-B._____ en indiquant notamment souffrir de lombalgies invalidantes depuis 25 ans, avec une aggravation de son état depuis quatre ans (OAI-B._____ pces 10 et 12). A l'appui de sa demande, l'intéressé a notamment produit les rapports médicaux suivants :

- rapport médical du 21 août 2020 du Dr C._____ (ci-après : Dr C._____), rhumatologue, duquel il ressort que l'examen clinique permet de retrouver une raideur lombaire importante avec un Schober à 4 cm, une distance main-sol à 25 cm et qu'il existe, lors des mobilisations, une instabilité lombaire basse avec une raideur latérale droite. En outre, le Dr C._____ indique que le Lasègue est purement lombaire avec un examen neurologique normal sans signe neurologique déficitaire et une mobilisation normale des hanches, que l'IRM de 2018 retrouve des discopathies lombaires étagées avec un MODIC graisseux L4-L5 a priori correspondant à l'étage opéré en 1995 pour une lombosciatique droite et qu'il existe également une dégénérescence graisseuse des muscles paravertébraux lombaires bas. Selon le Dr C._____, toutes mesures thérapeutiques n'empêcheront pas l'intéressé de continuer à souffrir s'il continue dans la maçonnerie et cette douleur lombaire non calmée par le repos ne pourra être soulagée par le port d'un corset et encore moins par une chirurgie discale d'arthrodèse (OAI-B._____ pce 8 pp. 3-4),

- rapport médical du 2 février 2022 du Dr D._____ (ci-après : Dr D._____), chirurgien orthopédiste du rachis, selon lequel, on peut retrouver sur les radiographies réalisées le jour de l'examen des discopathies L4-L5, des becs ostéophytiques antérieurs au niveau de L2 et L3, une hauteur bien conservée du disque L2-L3 et L3-L4 et l'absence de coxarthrose. Le Dr D._____ relève que l'IRM du 21 décembre 2021 (cf. OAI-B._____ pce 44 p. 12) met

en évidence des discopathies L2-L3, L3-L4, L4-L5 et L5-S1, la plus importante étant au niveau L4-L5, siège de l'ancienne chirurgie de cure de hernie discale, une involution graisseuse au niveau des plateaux L3 et L4 et des fermetures foraminales sous tassements discaux au niveau L4-L5 et L5-S1, le canal central restant large. En outre, le Dr D._____ déclare qu'il n'y a aucune indication chirurgicale à proposer à l'intéressé au jour de l'examen et qu'une reconversion professionnelle est à envisager dans la mesure où la charnière lombosacrée de l'intéressé ne peut plus supporter la charge quotidienne de travail physique (OAI-B._____ pce 8 pp. 1-2),

B.b Au dossier figurent également divers rapports médicaux recueillis par l'OAI-B._____ auprès de l'assureur de perte gain maladie de l'assuré, des médecins traitants de ce dernier ainsi que les avis du médecin du service médical régional (ci-après : SMR) :

- rapport médical du 8 décembre 2021 – réceptionné le 27 juin 2022 par l'OAI-B._____ – du Dr E._____ (ci-après : Dr E._____), médecin généraliste, duquel il ressort en particulier qu'un bilan lésionnel à l'imagerie avec une IRM lombaire de réévaluation doit être réalisé et qu'un avis chirurgical est nécessaire au vu de la symptomatologie actuelle, de l'impotence fonctionnelle et de l'apparition de cette claudication neurogène à la marche (OAI-B._____ pce 17),

- rapport médical – réceptionné par l'OAI-B._____ le 27 juin 2022 – daté du 21 juin 2022 de la Dre F._____ (ci-après : Dre F._____), médecin généraliste, duquel il ressort en particulier que l'intéressé souffre de douleurs et de raideur du rachis lombaire évoluant depuis plusieurs années, présente des discopathies dégénératives prédominant au niveau de L4-L5 et L5-S1 et que l'assuré a été opéré pour un canal carpien des deux côtés et une hernie discale L4-L5 en 1995. S'agissant des actes ordinaires de la vie quotidienne, la Dre F._____ rapporte que l'assuré présente des difficultés à se lever – avec un dérouillage matinal d'environ une heure –, à mettre des vêtements du bas du corps, par exemple les chaussettes, à se laver le bas du corps, à s'asseoir aux toilettes, à effectuer les tâches ménagères au sol ou nécessitant de se baisser, à sortir de son véhicule quand il fait ses courses. Enfin, la Dre F._____ indique, s'agissant des limitations fonctionnelles, que l'intéressé ne peut pas se baisser, porter des charges de plus de 5 kg, travailler en rotation du buste et doit changer de position régulièrement pour calmer les douleurs (OAI-B._____ pce 16),

- compte-rendu de la permanence du SMR du 15 septembre 2022 de la Dre G._____ (ci-après : Dre G._____), médecin de spécialisation inconnue, laquelle indique que « RM de mai 2022 assez bien étayé sur les atteintes lombaires et chirurgies passées » et mentionne l'existence, depuis fin juin 2022, d'une capacité de travail dans une activité adaptée, celle dans l'activité habituelle de maçon restant compromise. En outre, la Dre G._____ déclare qu'il serait utile de pouvoir mieux étayer la situation, avec les limitations fonctionnelles et taux exacts en

exigibilité et un positionnement pour la suite du dossier (OAI-B._____ pce 32),

- rapport médical de la Dre F._____ du 30 septembre 2022 – date de réception par l'OAI-B._____ – dans lequel elle indique en substance la persistance des douleurs relatives aux discopathies et lombalgies, la nécessité d'une reconversion avec une reprise à temps partiel ainsi que l'absence de nouveaux examens depuis février 2022 (OAI-B._____ pce 33),

- compte-rendu de la permanence du SMR du 17 novembre 2022 de la Dre G._____, laquelle, se référant au rapport médical du 27 juin 2022, retient que l'activité habituelle de maçon n'est plus exigible, mais qu'une capacité de travail de 100% est exigible dans une activité adaptée avec les limitations fonctionnelles d'épargne du rachis, d'alternance des positions, de port de charge de 10 kg au maximum, de postures statiques debout/assis, pas de position en porte-à-faux, pas de mouvements de torsions et d'extensions (OAI-B._____ pce 36),

- rapport médical détaillé E213 du 13 mars 2023 établi par le Dr H._____ (ci-après : Dr H._____), médecin de spécialisation inconnue, lequel cite en substance les rapports médicaux des Drs C._____ et D._____ ainsi que de l'IRM du 21 décembre 2021 et conclut à des lombosciatalgies droites chroniques, sans déficit neurologique, qui restent compatibles avec l'exercice d'une activité adaptée mais réduisent d'au moins 2/3 celle-ci chez l'assuré, qui ne lit pas ni écrit le français (OAI-B._____ pce 52),

- rapport médical du 22 juin 2023 – date de réception de l'OAI-B._____ – de la Dre F._____, laquelle déclare qu'il n'y a pas d'amélioration de l'état clinique, que la capacité de travail dans l'activité habituelle est nulle et que les limitations fonctionnelles sont : pas de port de charge de plus de 5 kg et de matériau, pas de rotation du tronc et nécessité de changements de position assis/debout (OAI-B._____ pce 57),

B.c Selon la note interne du 25 janvier 2023, l'OAI-B._____ a mis fin au mandat de placement dans la mesure où l'assuré a renoncé à cette aide en indiquant que son état de santé ne lui permettait pas d'envisager la reprise d'une activité professionnelle adaptée pour le moment (OAI-B._____ pces 40 à 42).

B.d Confirmant le projet de décision de l'OAI-B._____ du 25 septembre 2023 (OAI-B._____ pce 58), l'Office de l'assurance-invalidité pour les assurés résidant à l'étranger (ci-après : l'autorité inférieure ou l'OAIE) a, par décision du 14 novembre 2023, rejeté la demande de rente d'invalidité et de mesures professionnelles du 8 juin 2022 de l'assuré, au motif qu'à partir de juin 2022, une pleine capacité de travail peut raisonnablement être exigée de lui dans une activité adaptée à ses limitations fonctionnelles, le degré d'invalidité étant de 11.74 % (OAI-B._____ pce 60).

C.

C.a Par acte du 29 novembre 2023, le recourant a interjeté recours contre la décision du 14 novembre 2023 auprès de l'OAI-B._____, lequel a transmis au Tribunal administratif fédéral (ci-après : le Tribunal) le recours de l'intéressé pour raison de compétence. Dans son mémoire de recours, l'intéressé allègue être dans l'incapacité de travailler et conclut implicitement à l'annulation de la décision de l'OAIE du 14 novembre 2023 et à l'octroi d'une rente AI (TAF pces 1 et 2).

C.b Par décision incidente du 20 décembre 2023, le Tribunal a invité le recourant à verser une avance sur les frais de procédure présumés de 800 francs dans les 30 jours dès réception de cette décision incidente, sous peine d'irrecevabilité du recours (TAF pce 3). Le montant a été versé dans le délai imparti (TAF pce 6).

C.c Par réponse du 5 avril 2024, l'autorité inférieure a conclu, sur préavis de l'OAI-B._____, à l'admission du recours, à l'annulation de la décision attaquée et renvoi de la cause à l'administration. Dans son préavis, l'OAI-B._____ déclare qu'il envisage de reconnaître le droit à des prestations de l'assurance-invalidité et propose d'effectuer un nouveau projet de décision dans ce sens (TAF pce 10).

C.d En l'absence de la réplique du recourant dans le délai imparti (TAF pces 11 et 12), le Tribunal a, par ordonnance du 18 juin 2024, signalé aux parties la clôture de l'échange d'écritures, sous réserve d'autres mesures d'instruction (TAF pce 13).

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

Droit :

1.

1.1 Sous réserve des exceptions, non réalisées en l'espèce, prévues à l'art. 32 LTAF, le Tribunal administratif fédéral 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 LAI (RS 831.20 ; voir également art. 40 RAI [RS 831.201], en particulier art. 40 al. 2 et 3 RAI), des recours interjetés par des personnes résidant à l'étranger contre les décisions au sens de l'art. 5 PA prises par l'OAIE.

1.2 Selon l'art. 37 LTAF, la procédure devant le Tribunal est régie par la PA, pour autant que la LTAF n'en dispose pas autrement. En vertu de l'art. 3 let. d^{bis} PA, la procédure en matière d'assurances sociales n'est pas régie par la PA dans la mesure où la LPGA (RS 830.1) est applicable. A cet égard, conformément à l'art. 2 LPGA, en relation avec l'art. 1 LAI, les dispositions de la LPGA s'appliquent à l'assurance-invalidité à moins que la LAI ne déroge expressément à la LPGA.

1.3 En l'occurrence, interjeté en temps utile (art. 20, 21, 50 PA et art. 60 LPGA), dans les formes prescrites (art. 52 PA), auprès de l'autorité judiciaire compétente (art. 33 let. d LTAF et art. 69 al. 1 let. b LAI), par un administré directement touché par la décision attaquée (art. 59 LPGA et art. 48 PA) et l'avance sur les frais de procédure présumés ayant été dûment acquittée (art. 63 al. 4 PA), le recours est recevable.

2.
Le litige porte sur le droit du recourant à une rente d'invalidité et à des mesures professionnelles dans le cadre de la demande de prestations de l'assurance-invalidité déposée le 8 juin 2022.

3.
Le Tribunal administratif fédéral définit les faits, avec la collaboration des parties (art. 13 PA et 43 al. 3 LPGA ; arrêt du Tribunal administratif fédéral C-6134/2017 du 3 avril 2018 consid. 5.4), et apprécie les preuves librement (cf. art. 12 PA) ; l'on parle de maxime inquisitoire. En outre, le Tribunal examine librement et d'office les questions de droit qui se posent, sans être lié par les motifs invoqués dans le recours (cf. art. 62 al. 4 PA ; ATAF 2013/46 consid. 3.2), ni par l'argumentation juridique développée dans la décision attaquée (cf. PIERRE MOOR/ETIENNE POLTIER, Droit administratif, Volume II, Les actes administratifs, 3e éd. 2011, ch. 2.2.6.5 p. 300 s. ; BENOÎT BOVAY, Procédure administrative, 2e éd. 2015, p. 243). Toutefois, l'autorité saisie se limite en principe aux griefs soulevés et n'examine les questions de droit non invoquées que dans la mesure où les arguments des parties ou le dossier l'y incitent (ATF 122 V 157 consid. 1a ; 121 V 204 consid. 6c ; ANDRÉ MOSER et al., Prozessieren vor dem Bundesverwaltungsgericht, 3e éd. 2022, p. 29 n. 1.55).

4.

4.1 Compte tenu des éléments d'extranéité ressortant du dossier, 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 (art. 46 al. 3 et annexe VII du règlement n° 883/2004, en relation avec l'annexe VII dudit règlement : ATF 130 V 253 consid. 2.4 ; arrêt du TF 9C_465/2022 du 1er mars 2023 consid. 5.5).

4.2 Selon les principes généraux du droit intertemporel, 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, sous réserve de dispositions particulières du droit transitoire (ATF 146 V 364 consid. 7.1 ; 139 V 335 consid. 6.2 ; 136 V 24 consid. 4.3). En l'espèce, compte tenu de la demande de prestations déposée le 8 juin 2022, un éventuel droit à la rente ne pourrait prendre naissance qu'à partir du 8 décembre 2022 (cf. consid. 5.2 ci-dessous). Partant, la modification de la LAI, du RAI et de la LPGA, entrée en vigueur le 1er janvier 2022, est applicable à la présente cause.

5.

5.1 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 pas 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).

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

5.3 Aux termes de l'art. 8 al. 1 LPGA, est réputée invalidité l'incapacité de gain totale ou partielle qui est présumée permanente ou de longue durée. L'art. 4 al. 1 LAI précise que l'invalidité peut résulter d'une infirmité congénitale, d'une maladie ou d'un accident. L'al. 2 de cette disposition mentionne que l'invalidité est réputée survenue dès qu'elle est, par sa nature et sa gravité, propre à ouvrir droit aux prestations entrant en considération. Selon l'art. 7 al. 1 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. De plus, il n'y a incapacité de gain que si celle-ci 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 LPGA).

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

6.

6.1 Pour se prononcer sur l'invalidité, l'administration – en cas de recours, le juge – se fonde sur des documents médicaux, la tâche du médecin consistant à évaluer l'état de santé de la personne assurée et à indiquer dans quelle proportion et dans quelles activités elle est incapable de travailler (ATF 132 V 93 consid. 4 ; 125 V 256 consid. 4 ; arrêt du TF 9C_107/2017 du 8 septembre 2017 consid. 5.1).

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

L'élément déterminant pour reconnaître pleine valeur probante à un rapport médical n'est ni son origine, ni sa désignation, mais son contenu. Ainsi, avant de conférer pleine valeur probante à un rapport médical, il convient de s'assurer que les points litigieux importants ont fait l'objet d'une étude circonstanciée, que le rapport se fonde sur des examens complets, qu'il

prend également en considération les plaintes exprimées par la personne examinée, qu'il a été établi en pleine connaissance de l'anamnèse, que la description du contexte médical et l'appréciation de la situation médicale sont claires et enfin que les conclusions du médecin sont dûment motivées (ATF 134 V 231 consid. 5.1 ; 125 V 351 consid. 3a). La valeur probante d'un rapport médical ou d'une expertise est de plus liée à la condition que le médecin qui se prononce dispose de la formation spécialisée nécessaire et de compétences professionnelles dans le domaine d'investigation (arrêts du TF 9C_555/2017 du 22 novembre 2017 consid. 3.1 et les réf. cit. ; 9C_745/2010 du 30 mars 2011 consid. 3.2 ; 9C_59/2010 du 11 juin 2010 consid. 4.1 ; MICHEL VALTERIO, Commentaire, Loi fédérale sur l'assurance-invalidité [LAI], 2018, art. 57 n° 33).

S'agissant des documents produits par le service médical d'un assureur étant partie au procès (cf. art. 54*a* al. 3 LAI), le Tribunal fédéral n'exclut pas que l'assureur ou le juge des assurances sociales statuent en grande partie, voire exclusivement sur la base de ceux-ci. Dans de telles constellations, il convient toutefois de poser des exigences sévères à l'appréciation des preuves. Une instruction complémentaire sera ainsi requise, s'il subsiste des doutes, même minimes, quant au bien-fondé des rapports et expertises médicaux versés au dossier par l'assureur (ATF 139 V 225 consid. 5.2 ; 135 V 465 consid. 4.6 ; 122 V 157 consid. 1d ; 123 V 175 consid. 3d ; 125 V 351 consid. 3b/ee ; arrêt du TF 9C_10/2017 du 27 mars 2017 consid. 5.1). Le simple fait qu'un avis médical divergeant – même émanant d'un spécialiste – ait été produit ne suffit toutefois pas à lui seul à remettre en cause la valeur probante d'un rapport établi par le service médical de l'assureur (arrêt du TF U 365/06 du 26 janvier 2007 consid. 4.1). Par ailleurs, il sied de relever que le fait précisément que ces médecins soient liés à l'assureur, d'un point de vue institutionnel ou par un rapport de travail, ne permet pas, pour ce seul motif, de douter de l'objectivité de leur appréciation ; le Tribunal fédéral n'y voit pas de motif de partialité ou de subjectivité (ATF 135 V 465 consid. 4.4).

7.

7.1 En l'espèce, la décision attaquée du 14 novembre 2023 sur fonde sur l'avis du SMR du 17 novembre 2022. A cet égard, il sied d'emblée de relever qu'une année s'est écoulée entre la décision litigieuse et le dernier avis SMR et que, dans l'intervalle, le dossier a été complété par deux rapports médicaux réceptionnés en 2023, à savoir le rapport médical du Dr H._____ du 13 mars 2023 (cf. OAI-B._____ pce 52) et celui du 22 juin 2023 de la Dre F._____ (cf. OAI-B._____ pce 57). Ainsi, il convient de

constater que ces rapports médicaux n'ont pas été soumis au SMR pour une appréciation médicale avant le prononcé de la décision litigieuse. En outre, il sied également de remarquer que dans ses deux avis SMR (avis du 15 septembre 2022 [OAI-B._____ pce 32] et du 17 novembre 2022 [OAI-B._____ pce 36]), la Dre G._____ ne résume pas les rapports médicaux figurant au dossier et ne relève pas les noms des médecins lorsqu'elle se réfère à leurs rapports médicaux. Précisons également que la Dre G._____ cite seulement deux rapports médicaux dans ses avis SMR (cf. OAI-B._____ pces 32 et 36).

S'agissant de l'appréciation du SMR du 17 novembre 2022, la Dre G._____ se réfère à un rapport médical du 27 juin 2022 pour retenir une capacité de travail entière dans une activité adaptée ainsi que les limitations fonctionnelles sans toutefois préciser à quel rapport médical elle se réfère. En effet, selon le dossier, l'OAI-B._____ a réceptionné deux rapports médicaux le 27 juin 2022, à savoir le rapport médical de la Dre F._____ daté du 21 juin 2022 (cf. OAI-B._____ pce 16) et celui du Dr E._____ du 8 décembre 2021 (cf. OAI-B._____ pce 17). A cet égard, le Tribunal relève d'abord que ces rapports médicaux des Drs F._____ et E._____ figuraient déjà au dossier lorsque la Dre G._____ a été invitée, pour la première fois, à se prononcer sur l'état de santé du recourant le 15 septembre 2022 (cf. OAI-B._____ pce 32) et que le dossier semble lui avoir été soumis une deuxième fois en raison des compléments médicaux obtenus auprès de la Dre F._____ à la suite de la demande du SMR du 15 septembre 2022 (cf. OAI-B._____ pce 36). Toutefois, la Dre G._____ ne mentionne pas ces compléments médicaux dont il est question mais se réfère uniquement à un rapport médical du 27 juin 2022 sans autre explication quant à l'auteur de ce rapport. Il convient également de relever que dans son avis SMR du 15 septembre 2022, la Dre G._____ mentionne uniquement un rapport médical de mai 2022 sans autre précision (cf. OAI-B._____ pce 32) alors que l'intéressé avait transmis à l'appui de sa demande AI les rapports médicaux établis par les Drs D._____ et C._____, lesquels ont été réceptionnés par l'OAI-B._____ le 31 mai 2022. Par conséquent, il existe des doutes quant à la question de savoir si la Dre G._____ a bien pris connaissance de tous les rapports médicaux figurant au dossier.

7.2 Ensuite, il sied de relever que la Dre G._____ ne motive pas la capacité de travail retenue dans l'activité adaptée mais conclut sans aucune motivation qu'elle est de 100% et qu'à ce sujet, il sied de rappeler que la Dre G._____ demandait précisément qu'un complément d'information relatif aux limitations fonctionnelles et au taux d'exigibilité

dans une activité adaptée soit requis auprès du médecin traitant de l'assuré (cf. avis SMR du 15 septembre 2022 [OAI-B._____ pce 32]). Néanmoins, la Dre F._____ ne répond pas à ces questions dans son complément médical du 30 septembre 2022 (cf. OAI-B._____ pce 33), lequel n'est même pas mentionné par la Dre G._____ dans son appréciation du 17 novembre 2022.

7.3 En outre, il convient également de relever que la Dre F._____ indique dans son rapport médical du 21 juin 2022 que le recourant souffre d'une atteinte au niveau des mains en raison du canal carpien bilatéral – opéré à une date inconnue – et qu'il présente une déficience lorsqu'il se sert de ses mains et de ses doigts, effectue des tâches nécessitant une motricité fine et utilise la force manuelle (cf. OAI-B._____ pce 16 p. 6). Toutefois, la Dre G._____ ne se prononce pas sur cette éventuelle atteinte aux mains ainsi que les éventuelles limitations fonctionnelles y relatives. Par ailleurs, s'agissant de la limitation fonctionnelle de port de charges, il convient de constater que la Dre F._____ retient que le port de charges ne doit pas excéder les 5 kg (cf. OAI-B._____ pce 16 p. 10) alors que la Dre G._____ retient 10 kg au maximum sans autre explication quant à son appréciation différente relative au port de charges.

7.4 Ainsi, il sied de constater que les appréciations médicales de la Dre G._____ sont imprécises et très succinctes et ne permettent pas d'étayer de manière circonstanciée l'état de santé de l'assuré, sa capacité de travail dans une activité professionnelle ainsi que ses limitations fonctionnelles.

7.5 Au vu du dossier, il convient néanmoins de constater que les médecins traitants de l'assuré retiennent l'inexigibilité de l'activité habituelle et la nécessité d'une reconversion professionnelle et que, par conséquent, ils sont d'accord sur l'exigibilité d'une activité adaptée mais aucun n'indique le taux exigible dans cette activité adaptée, le SMR n'ayant pas non plus répondu à cette question de manière motivée et circonstanciée. Dès lors, l'autorité inférieure ne pouvait se fonder sur les avis de la Dre G._____ pour rendre la décision entreprise dans la mesure où la Dre G._____ ne motive aucunement ses conclusions médicales relatives à l'activité adaptée et où il n'est même pas clair si elle a pris connaissance de tous les rapports médicaux produits par le recourant dès lors qu'elle mentionne uniquement deux rapports médicaux sans même relever les noms des médecins en question.

7.6 Compte tenu de ce qui précède, force est donc de constater que l'OAI-B._____ n'a pas suffisamment instruit le dossier médical de l'intéressé et s'est prononcé sur un dossier lacunaire et que la capacité de travail du recourant dans une activité adaptée n'est pas motivée de manière circonstanciée et claire. Il ressort de surcroît du dossier que l'assureur perte de gain maladie de l'assuré a transmis à l'OAI-B._____ en date du 28 novembre 2023 une copie d'une expertise médicale effectuée le 11 septembre 2023 par le Dr I._____ (ci-après : Dr I._____), spécialiste FMH en neurochirurgie et chirurgie du rachis et expert médical SIM (OAI-B._____ pce 63). A cet égard, le Tribunal constate que l'expertise du Dr I._____ n'a pas été soumise au SMR pour une prise de position médicale par l'OAI-B._____ alors que quatre mois se sont passés entre la date de réception de cette expertise et la prise de position de l'OAI-B._____ du 28 mars 2024.

7.7 Selon le rapport d'expertise, le Dr I._____ retient le diagnostic de lombalgie basse avec hernie discale (M54.5 et M51.2), une incapacité de travail entière dans l'activité habituelle de maçon et une reprise progressive, comme trois mois à 50% et puis à 100%, dans une activité adaptée dès le 1er octobre 2023. Le Dr I._____ indique qu'il faut envisager une baisse de la performance de 50%, ce qui correspond à une capacité de travail de 25% pendant trois mois, puis de 50% de manière définitive et que cette activité devra tenir compte des lombalgies et des douleurs radiculaires présentées par l'assuré, le but étant de préserver au maximum la colonne lombaire afin d'éviter tout récidive herniaire potentielle ou une éventuelle instabilité pouvant conduire à une réintervention, avec cette fois-ci la nécessité d'un geste chirurgical plus lourd, tel qu'une arthrodèse multi-étagée (OAI-B._____ pce 63 p. 11). S'agissant des limitations fonctionnelles dans une activité adaptée, le Dr I._____ rapporte que le port de charges doit rester très limité – hauteur du tronc – souvent si moins de 5 kg et jamais si plus lourd, que l'utilisation d'outils doit être limitée à des outils légers ou moyens, mais jamais lourds ou très lourds, et que les travaux au-dessus de la tête sont possibles, mais il faut absolument éviter les rotations du tronc. En outre, les travaux assis/debout penché en avant ne sont pas possibles et les travaux assis/debout sont envisageables. Enfin, l'assuré peut aussi utiliser les escaliers – mais pas les échelles – et la conduite de l'automobile est actuellement possible sur de courtes distances (OAI-B._____ pce 63 pp. 12-13).

7.8 Au vu de ce qui précède (cf. en particulier aux consid. 7.1 à 7.6 ci-dessus), il y a lieu d'annuler la décision attaquée de l'autorité inférieure et

de lui renvoyer la cause pour qu'elle mette en œuvre l'instruction complémentaire qui s'impose et rende une nouvelle décision.

Avant de statuer, il s'agira en particulier pour l'autorité inférieure d'actualiser le dossier médical du recourant auprès de l'assureur perte de gain maladie et des médecins traitants de l'intéressé afin de s'assurer d'avoir à sa disposition tous les rapports médicaux relatifs à l'état de santé de l'intéressé et de se prononcer cas échéant sur l'opportunité de mettre en place en Suisse une expertise médicale externe à l'assurance, conformément à l'art. 72bis RAI.

8.
Vu l'issue du recours, il n'est pas perçu de frais de procédure (art. 63 al. 1 et 2 PA) et l'avance sur les frais de procédure présumés de 800 francs versée par le recourant lui sera remboursée dès l'entrée en force du présent arrêt, sur le compte qu'il aura désigné au Tribunal administratif fédéral. Au demeurant, aucun frais de procédure ne peut être mis à la charge de l'autorité inférieure (art. 63 al. 2 première phrase PA). Le recourant, qui n'est pas représenté, n'allègue pas avoir engagé des frais relativement élevés dans le cadre de la présente cause, aucun dépens ne lui est alloué (art. 64 al. 1 PA et art. 7 ss du règlement du 21 février 2008 concernant les frais, dépens et indemnités fixés par le Tribunal administratif fédéral [FITAF, RS 173.320.2]). L'autorité inférieure n'a pas droit à des dépens (cf. art. 7 al. 3 FITAF).

(le dispositif se trouve sur la page suivante)

Par ces motifs, le Tribunal administratif fédéral prononce :

1.
Le recours est admis en ce sens que la décision du 14 novembre 2023 est annulée et la cause renvoyée à l'autorité inférieure pour instruction complémentaire dans le sens des considérants et nouvelle décision.

2.
Il n'est pas perçu de frais de procédure. L'avance de frais de 800 francs versée par le recourant lui sera remboursée sur le compte qu'il aura désigné au Tribunal administratif fédéral dès l'entrée en force du présent arrêt.

3.
Il n'est pas alloué de dépens.

4.
Le présent arrêt est adressé au recourant, à l'autorité inférieure et à l'Office fédéral des assurances sociales.

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

La présidente du collège : La greffière :

Caroline Bissegger Müjde Atak

Indication des voies de droit :

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

Expédition :