

BVGer C-5284/2022 vom 21. Oktober 2025

Bundesverwaltungsgericht, 2025-10-21, FR

Quelle: https://mcp.opencaselaw.ch/entscheid/bvger_C-5284_2022

FR: TAF C-5284/2022 du 21 octobre 2025

IT: TAF C-5284/2022 del 21 ottobre 2025

Regeste

Droit à la rente

Erwägungen

E. 1

Le Tribunal administratif fédéral est compétent pour connaître du présent recours (art. 31, 32 et 33 let. d LTAF ; art. 69 al. 1 let. b LAI [RS 831.20]). Dans la mesure où le recourant est directement touché par la décision attaquée et a un intérêt digne d'être protégé à ce qu'elle soit annulée ou modifiée, il a qualité pour recourir (art. 59 LPGA [RS 830.01] et 48 al. 1 PA [RS 172.021]). Déposé en temps utile et dans les formes requises par la loi (art. 60 LPGA et 50 al. 1 PA ; art. 52 al. 1 PA), et l'avance sur les frais de procédure ayant été dûment acquittée (art. 63 al. 4 PA), le recours est recevable. Selon l'art. 37 LTAF, la procédure devant le Tribunal est régie par la PA, pour autant que la LTAF n'en dispose pas autrement. En vertu de l'art. 3 let. dbis PA, la procédure en matière d'assurances sociales n'est pas régie par la PA dans la mesure où la LPGA est applicable. A cet égard, conformément à l'art. 2 LPGA, en relation avec l'art. 1 LAI, les dispositions de la LPGA s'appliquent à l'assurance-invalidité à moins que la LAI ne déroge expressément à la LPGA.

E. 2

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

E. 3.1

La procédure dans le domaine des assurances sociales fait prévaloir la maxime inquisitoire (art. 43 LPGA ; ATF 138 V 218 consid. 6). Ainsi, le Tribunal administratif fédéral définit les faits et apprécie les preuves d'office et librement (art. 12 PA). Ce faisant, il ne tient pour existants que les faits qui sont prouvés, cas échéant au degré de la vraisemblance prépondérante (ATF 139 V 176 consid. 5.2 ; 138 V 218 consid. 6). Par ailleurs, il applique le droit d'office, sans être lié par les motifs invoqués par les parties (art. 62 al. 4 PA ; ATAF 2013/46 consid. 3.2), ni par l'argumentation juridique développée dans la décision entreprise (Pierre Moor/Etienne Poltier, Droit administratif, Volume II, Les actes administratifs, 3e éd. 2011, ch. 2.2.6.5 p. 300 s. ; Benoît Bovay, Procédure administrative, 2e éd. 2015, p. 243). L'autorité saisie se limite en principe aux griefs soulevés et n'examine les questions de droit non invoquées que dans la mesure où les arguments des parties ou le dossier l'y incitent (ATF 122 V 157 consid. 1a ; 121 V 204 consid. 6c ; André Moser et al., Prozessieren vor dem Bundesverwaltungsgericht, 3e éd. 2022, p. 29 n. 1.55).

E. 3.2

Au moment du dépôt de la demande de prestations AI, le recourant était domicilié en Suisse. En cours de procédure, soit le 3 octobre 2017, il a quitté la Suisse pour le Portugal.

Ainsi, c'est à raison que l'OAIE a repris l'instruction du dossier dès le mois d'octobre 2017 (art. 40 al. 2^{quater} RAI [RS 831.201]).

E. 4.1

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). Lors d'un changement de législation durant la période déterminante, le droit éventuel à des prestations se détermine selon l'ancien droit pour la période antérieure et selon le nouveau dès ce moment-là (application pro rata temporis ; ATF 130 V 445).

E. 4.1.1

L'affaire présente un aspect transnational, dans la mesure où le recourant est un ressortissant portugais, domicilié au Portugal, ayant travaillé en Suisse et demandant l'octroi d'une rente AI. Sont dès lors applicables à la présente cause, l'accord du 21 juin 1999 sur la libre circulation des personnes (ALCP, RS 0.142.112.681), ses annexes et règlements (en particulier : 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]) et 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]). Toutefois, l'invalidité ouvrant droit à des prestations de l'assurance-invalidité suisse se détermine exclusivement d'après le droit suisse (art. 46 al. 3 du règlement n° 883/2004, en relation avec son annexe VII ; ATF 130 V 253 consid. 2.4 ; arrêt du TF 9C_573/2012 du 16 janvier 2013 consid. 4).

E. 4.1.2

Dans le cadre du « développement continu de l'AI », la LAI, le RAI et la LPGA, notamment, ont été modifiés avec effet au 1er janvier 2022 (RO 2021 705 ; FF 2017 2363). Compte tenu cependant du principe de droit intertemporel prescrivant l'application des dispositions légales qui étaient en vigueur lorsque les faits juridiquement déterminants se sont produits (ATF 148 V 174 consid. 4.1 ; 144 V 210 consid. 4.3.1), le droit matériel applicable reste, en l'occurrence, celui qui était en vigueur jusqu'au 31 décembre 2021, dès lors que le droit à la rente a pris naissance avant cette date (arrêt du TF 8C_152/2023 du 14 novembre 2023 consid. 3.1 ; voir supra consid. B. a et infra consid. 5.2 concernant la naissance du droit à la rente).

E. 4.2

Le juge des assurances sociales apprécie la légalité des décisions attaquées, en règle générale, d'après l'état de fait existant jusqu'au moment où la décision litigieuse a été rendue (en l'espèce le 14 octobre 2022). Les faits survenus postérieurement, et qui ont modifié cette situation, doivent normalement faire l'objet d'une nouvelle décision administrative (ATF 132 V 215 consid. 3.1.1 ; 130 V 445 consid. 1.2 ; 121 V 362 consid. 1b). Ils doivent néanmoins être pris en considération lorsqu'ils sont étroitement liés à l'objet du litige et de nature à influencer l'appréciation au moment où la décision attaquée a été rendue (arrêt du TF 9C_34/2017 du 20 avril 2017 consid. 5.2 et les réf. cit.).

E. 5.1

Tout requérant, pour avoir droit à une rente de l'AI suisse, doit compter, lors de la survenance de l'invalidité, trois années de cotisations au moins (art. 36 al. 1 LAI ; cf. TAF pce 23), et remplir les conditions cumulatives suivantes (art. 28 al. 1 LAI) : sa capacité de gain ou sa capacité d'accomplir ses travaux habituels ne peut pas être rétablie, maintenue ou améliorée par des mesures de réadaptation raisonnablement exigibles (let. a) ; il a présenté une incapacité de travail (art. 6 LPGA) d'au moins 40% en moyenne durant une année sans interruption notable (let. b) ; au terme de cette année, il est invalide (art. 8 LPGA) à 40% au moins (let. c).

E. 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). En outre, le droit ne prend pas naissance tant que l'assuré peut faire valoir son droit à une indemnité journalière au sens de l'art. 22 (art. 29 al. 2 LAI).

E. 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).

E. 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).

E. 6.1

Pour pouvoir déterminer la capacité de travail médico-théorique et évaluer l'invalidité de la personne concernée, l'administration, ou le tribunal en cas de recours, a besoin de documents que le médecin ou éventuellement d'autres spécialistes doivent lui fournir (ATF 117 V 282 consid. 4a) et sur lesquels elle s'appuiera, sous peine de violer le principe inquisitoire (arrêts du TF 8C_623/2012 du 6 décembre 2012 consid. 1). Le Tribunal fédéral a jugé que les données fournies par les médecins constituent un élément utile pour apprécier

les conséquences fonctionnelles de l'atteinte à la santé, quand bien même la notion d'invalidité est de nature économique/juridique et non médicale. Précisément, la tâche des médecins consiste à porter un jugement sur l'état de santé et à indiquer dans quelle mesure et pour quelles activités la personne concernée est incapable de travailler, compte tenu de ses limitations (ATF 143 V 418 consid. 6 ; 132 V 93 consid. 4 ; 125 V 256 consid. 4 ; 115 V 133 consid. 2 ; 114 V 310 consid. 3c ; 105 V 156 consid. 1 ; voir également ATF 140 V 193 consid. 3.2 et les réf. cit.).

E. 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).

E. 6.3

Concernant les rapports des médecins rattachés à un assureur, tels que les prises de position du service médical de l'OAIE, il sied de relever que le fait précisément que ces médecins soient liés à l'assureur ne permet pas, pour ce seul motif, de douter de l'objectivité de leurs appréciations. La valeur probante de tels rapports dépend bien plutôt de leur contenu. Selon la jurisprudence, il n'est donc pas interdit aux tribunaux de se fonder uniquement ou principalement sur les rapports des médecins rattachés aux assureurs, mais, en de telles circonstances, l'appréciation des preuves est soumise à des exigences sévères : ainsi ces rapports doivent-ils être jugés pertinents, compréhensibles et cohérents pour avoir valeur de preuve ; en outre, il ne doit pas exister d'indice suffisant plaidant contre leur fiabilité. Une instruction complémentaire sera dès lors requise s'il subsiste des doutes, même minimes, quant au bien-fondé, à la fiabilité et à la pertinence de ces rapports (ATF 139 V 225 consid. 5.2 ; 135 V 465 consid. 4.4 ; 125 V 351 consid. 3b/ee ; 122 V 157 consid. 1d ; Michel Valterio, op. cit., art. 57 LAI n° 43). Les prises de position du service médical de l'OAIE ne se fondent pas sur des examens médicaux effectués sur la personne et ne posent pas de nouvelles conclusions médicales ; elles portent une appréciation sur celles déjà existantes (arrêts du TF 9C_542/2011 du 26 janvier 2012 consid. 4.1 ; 9C_581/2007 du 14 juillet 2008 consid. 3.2 ; 9C_341/2007 du 16 novembre 2007 consid. 4.1). Elles ont notamment pour but de faire une recommandation, sous l'angle médical, concernant la suite à donner à la demande de prestations. Ceci implique aussi, en présence de pièces médicales

contradictoires, de dire de façon motivée s'il y a lieu de se fonder sur l'une ou l'autre de ces pièces ou s'il y a lieu de procéder à une instruction complémentaire (ATF 142 V 58 consid. 5.1). De telles prises de position, pour avoir valeur probante, ne peuvent suivre les conclusions d'un médecin sans établir les raisons pour lesquelles les conclusions différentes d'autres médecins ne sont pas suivies (ATF 137 V 210 consid. 6.2.4 ; Michel Valterio, op. cit., art. 57 LAI n° 43). Si les pièces au dossier ne permettent pas de trancher les questions contestées, les prises de position médicales internes de l'assureur ne peuvent pas, en général, constituer une évaluation finale, mais doivent donner lieu à une instruction complémentaire (arrêts du TF 9C_165/2015 du 12 novembre 2015 consid. 4.3 ; 9C_58/2011 du 25 mars 2011 consid. 3.3 ; arrêt du TAF C 2843/2016 du 30 mai 2018 consid. 8.2).

E. 7.1

En l'espèce, le recourant a déclaré être en incapacité de travail entière dès le mois de janvier 2014 en raison des douleurs dorsales et déposé une demande de prestations AI en juillet 2014 auprès de l'OAI-B._____ (OAIE pce 4). Par décision du 6 février 2018, l'OAI-B._____ a rejeté la demande de l'intéressé aux motifs qu'il est en mesure d'exercer une activité adaptée à 70% et que le degré d'invalidité de 36% ne donne pas droit à une rente d'invalidité (cf. OAIE pce 125). Par arrêt du 5 mai 2018, le Tribunal cantonal E._____ a annulé la décision de l'OAI-B._____ et confirmé la compétence de l'OAIE pour une reprise de l'instruction dès octobre 2017, en raison du départ de l'intéressé pour le Portugal à cette date-là (OAIE pce 130). A l'issue de cette instruction, l'OAIE a rendu une décision de refus de rente le 14 octobre 2022 au motif que l'incapacité de travail dans l'exercice d'une activité adaptée respectant les limitations fonctionnelles est de 30% avec une diminution de la capacité de gain de 36% (OAIE pce 283).

E. 7.2

Au dossier figurent les rapports médicaux pertinents ci-dessous.

E. 7.2.1

Le compte-rendu de l'IRM de la colonne lombaire du 10 janvier 2014 conclut à un rétrécissement intra-foraminal de la racine L5 des deux côtés au niveau L5-S1 sur antérolithésis avec spondylolyse des deux côtés (OAIE pce 25 p. 18). Selon le rapport médical du 3 février 2014 du Dr G._____ (ci-après : Dr G._____), neurologue, l'intéressé présente une irritation radiculaire L5 gauche qui ne s'accompagne pas de lésion objectivable à l'examen clinique ou à l'EMG. Le Dr G._____ recommande un traitement conservateur (OAIE pce 25 p. 17).

E. 7.2.2

Dans son rapport médical du 15 mai 2014, le Dr H._____ (ci-après : Dr H._____) médecin-chef adjoint à la Clinique de chirurgie orthopédique de l'Hôpital cantonal I._____ (ci-après : I._____) et FMH chirurgie orthopédique, indique qu'en raison de l'échec du traitement conservateur, une intervention chirurgicale en vue d'une décompression par laminectomie L5 et spondylodèse de L5-S1 avec vis et barres et la mise en place d'une cage en L5-S1 est fixée pour le 16 juin 2014 (OAIE pce 25 p. 16). Par correspondance du 23 juin 2014, l'I._____ a transmis à la Dre J._____ (ci-après : Dre J._____), médecin généraliste, une lettre définitive de sortie ainsi que le protocole opératoire (OAIE pce 25 pp. 11-15). Selon le rapport de consultation du 14 août 2014, le Dr G._____ retient le diagnostic du status post-spondylodèse L5-S1 par système URS (Unified Rod System), décompression par laminectomie L5 et PLIF (Posterior Lumbar

Interbody Fusion) L5-S1 par la droite avec cage OLIF (Oblique Lateral Interbody Fusion) le 16 juin 2014 pour des lombosciatalgies non déficitaires dans le territoire L5 gauche sur antérolithésis de L5 sur S1 grade II selon Meyerding sur lyse isthmique bilatérale avec sténose foraminale bilatérale L5-S1. À l'issue de l'examen clinique, le Dr G. _____ conclut en substance que malgré la persistance des douleurs au niveau du dos, l'évolution est plutôt favorable à 2 mois postopératoires (OAIE pce 25 pp. 9-10). Dans son rapport de consultation postopératoire du 16 octobre 2014, le Dr G. _____ indique que malgré les douleurs résiduelles lombaires, l'évolution est lentement favorable avec une diminution des douleurs dans les jambes et qu'actuellement, l'intéressé présente plutôt une douleur au niveau des sacro-iliaques des deux côtés pouvant être due à une surcharge de ces dernières suite à la spondylodèse L5-S1 (OAIE pce 25 pp. 7-8). Lors de ces deux consultations, le Dr G. _____ se réfère à des radiographies de la colonne lombaire (face/profil) en indiquant en substance un bon positionnement du matériel de spondylodèse, sans déplacement secondaire et sans signe de descellement.

E. 7.2.3

Dans ses rapports médicaux du 11 décembre 2014, la Dre J. _____, retient le diagnostic, avec effet sur la capacité de travail, d'antérolithésis L5 sur S1 sur lyse isthmique (connu depuis 2011) avec sténose foraminale et spondylodèse L5-S1 et laminectomie L5, PLIF L5-S1, le 16 juin 2014 ainsi que les diagnostics, sans effet sur la capacité de travail, d'hypertension artérielle (existant depuis 2014) et du syndrome d'apnée du sommeil. Au constat médical, la Dre J. _____ indique une boiterie à la marche, des douleurs dorsolombaires et contractures para-lombaires des deux côtés. En outre, la Dre J. _____ retient que l'activité habituelle n'est plus exigible et qu'une activité adaptée est possible dès janvier 2015, à 100%, dans le respect des limitations fonctionnelles d'épargne du rachis, à savoir alternance des positions assise et debout, éviter les positions à genoux et l'inclinaison du buste, pas de port de charges supérieures à 10 kg (OAIE pces 24 et 25 pp. 1-4).

E. 7.2.4

Invité à se prononcer sur l'état de santé de l'assuré, le Dr C. _____ indique dans son appréciation du 8 janvier 2015 que l'intéressé présente des troubles dégénératifs du rachis lombaire traité chirurgicalement par une spondylodèse il y a un peu plus de 6 mois et que l'évolution est lentement favorable sur le plan clinique et satisfaisante sur le plan radiologique. Le Dr C. _____ retient que l'activité de carreur ne sera définitivement plus exigible dans cette situation et qu'un reclassement professionnel doit être envisagé rapidement, vers une activité légère, sans port de charges supérieures à 10 kg, sans position statique en porte-à-faux du rachis lombaire et permettant l'alternance des positions assise et debout. Enfin, selon le Dr C. _____, bien que la situation ne soit pas complètement stabilisée et qu'il persiste des douleurs, il n'y a pas de contre-indication médicale à la reprise immédiate d'une activité pour autant qu'elle respecte les limitations fonctionnelles (OAIE pce 26). Dès novembre 2014, l'OAI-B. _____ a mis en place des mesures d'intervention précoce, en particulier des cours de langue française pour la période du 25 novembre 2014 au 19 mars 2015 (OAIE pces 23 et 31).

E. 7.2.5

L'assureur perte de gain a mis en place une expertise rhumatologique. Selon le rapport d'expertise rhumatologique du 8 juin 2015, établi par la Dre K. _____ (ci-après : Dre K. _____), FMH médecine interne et rhumatologie et experte médicale SIM, l'intéressé

présente des lombalgies résiduelles avec discrète atteinte séquellaire radiculaire (M54.4) sur syndrome lombaire après spondylodèse L5-S1 par système URS, décompression par laminectomie L5 et décompression bi-foraminale, PLIF L5-S1 par la droite avec cage OLIF (H8, D22, 0°) le 16 juin 2014 pour spondylolisthésis et canal lombaire étroit foraminaux L5 bilatéral, racine conjointe L5 gauche ; trouble statique du rachis (hyperlordose lombaire basse, projection antérieure, discrète scoliose) ; spondylarthrose étagée ; raccourcissements musculaires étagés (TAF pce 16 annexe n°2 p. 22/24). La Dre K. _____ retient qu'un travail physiquement pénible comme celui de carreleur ou toute activité semblable dans le bâtiment ou la campagne sont contre-indiqués. Selon l'experte, un travail léger à moyen, sans devoir monter sur une échelle, sans devoir travailler en zone haute (ce qui favoriserait l'hyperextension) ou zone basse (ce qui favoriserait des tensions, hyperpressions lombaires en zone opérée) avec des charges ne dépassant pas 5-8 kg et en tout cas pas 15 kg de manière occasionnelle est exigible mais il faut permettre des périodes de repos plus importantes que normalement est possible à 70% en permettant à l'assuré sur le 30% restant de reposer son rachis, de suivre des mesures physio-thérapeutiques d'ergonomie, de stretching sélectif. La Dre K. _____ relève une évolution postopératoire relativement difficile mais ayant permis le sevrage de médicaments antalgiques. Aussi, elle indique que l'intéressé a recouvré un bon périmètre de marche - une heure, plusieurs fois par jour - et démontre une bonne mobilité rachidienne spontanée lors des 3 heures d'observation et que le syndrome lombaire modéré existant n'entrave pas les mouvements qui restent vifs, même à porte-à-faux du rachis et de manière répétitive dans la gestuelle (TAF pce 16 annexe n°2 p. 23/24). En outre, la Dre K. _____ rapporte que l'intéressé ne prend plus de médicament et estime qu'il pourrait tout à fait se contenter d'une bonne qualité de vie dans sa situation actuelle, pour autant qu'on le laisse rentrer au Portugal. Enfin, la Dre K. _____ déclare qu'elle n'est pas convaincue que d'entreprendre des mesures de réadaptation en Suisse chez un assuré certes collaborant mais éloigné de sa famille ne donne un résultat favorable pour une réinsertion, étant donné son isolement social ici et sa requête prioritaire de pouvoir rejoindre sa famille dans son pays (TAF pce 16 annexe n° 2 p. 21/24).

E. 7.2.6

En outre, l'intéressé a bénéficié d'une mesure d'orientation et de préparation dans une activité adaptée auprès du Centre d'évaluation L. _____ à (...) du 3 août au 1er novembre 2015 au taux de 70% (OAIE pce 38) ainsi que d'un placement du 2 novembre 2015 au 31 janvier 2016 au taux de 70% (OAIE pce 43). Les rapports établis à l'issue de ces mesures font état d'une bonne capacité d'adaptation et d'une souplesse face aux divers changements d'activités. Les activités réalisées (par ex. mise sous pli de différents documents, insertion de platines dans des chargeurs, montage et remplissage de boîtes de chocolat, dévissage de petites pièces, montage de boîtes d'allumettes, collage de chocolats sur des documents publicitaires, diverses mises sous pli et montage de mappes) sont d'une qualité élevée, rendement variant selon les activités entre 70% et 100%. En outre, il est indiqué que par souci de fournir un travail de qualité, l'intéressé préfère des travaux simples et répétitifs, ne demandant pas trop de concentration et motricité fine, mais il parvient tout de même à exécuter des tâches plus compliquées, telles que le montage des boîtes, cette activité demandant de la concentration ainsi que de la motricité fine, et il a montré des compétences dont il ne se doutait pas lui-même. Dans l'ensemble, il ressort de ces rapports que l'intéressé s'est pleinement investi dans ces mesures de préparation d'une durée totale de six mois et a appris à gérer son handicap, en particulier en apprenant quand il faut alterner les positions assise et debout pour chaque activité effectuée. En outre, il ressort de ces rapports que le

principal obstacle rencontré lors de ces mesures ainsi que les stages effectués est la méconnaissance de la langue française (OAIE pces 46 et 56).

E. 7.2.7

Selon le rapport du premier entretien du service de placement professionnel du 15 février 2016 de l'OAI-B._____, l'intéressé est inscrit au chômage (OAIE pce 59). A cette même date, l'intéressé a transmis à l'OAI-B._____, plusieurs documents, en particulier, le certificat médical, adressé à la Caisse publique de chômage du canton M._____, du 1er février 2016 de la Dre J._____, indiquant que l'assuré est à nouveau apte au travail dès le 1er février 2016 (OAIE pce 52). Dans sa prise de position du 18 février 2016, le Dr C._____ indique que les six mois de stage ont confirmé l'aptitude de l'assuré à travailler à 70%, le principal obstacle à la réintégration du marché du travail étant sa méconnaissance du français. En outre, le Dr C._____ estime que le rapport d'expertise rhumatologique du 8 juin 2015, définissant les limitations fonctionnelles et l'exigibilité médicale à 70%, remplit les critères de qualité requis d'une expertise médicale et que ses conclusions peuvent par conséquent être suivies (OAIE pce 27). Selon l'extrait de compte individuel du 5 juin 2017, l'intéressé a bénéficié des indemnités de chômage de février 2016 à septembre 2017 (cf. TAF pce 23). Cela ressort également du « questionnaire à l'assuré (e) » rempli par le recourant le 21 janvier 2019 (OAIE pce 155 p. 6).

E. 7.2.8

Par correspondance du 5 août 2016, l'intéressé a informé l'OAI-B._____ d'une péjoration de l'état de sa santé (OAIE pce 70). Dans son rapport de contrôle postopératoire du 1er décembre 2016, le Dr N._____ (ci-après : Dr N._____), FMH spécialiste en neurochirurgie, mentionne avoir opéré l'assuré le 12 octobre 2016 pour une ablation de matériel (vis pédiculaire L5 et S1 à droite) et indique que depuis l'opération, l'intéressé réfère une nette amélioration des irradiations sciatiques du côté droit, avec une persistance des douleurs lombaires qui sont aussi légèrement améliorées. Le Dr N._____ relève que l'intéressé est content du résultat et a pu réduire les doses des médicaments, en particulier l'Irfen qu'il ne prend maintenant qu'une fois par jour. Le Dr N._____ constate que la cicatrice est bien guérie, que le Lasègue est négatif et qu'il persiste un déficit sensitif S1 du côté gauche. Enfin, le Dr N._____ déclare que l'assuré présente une amélioration clinique suite à l'ablation du matériel de spondylodèse du côté droit et qu'il n'a pas besoin de le revoir (OAIE pce 82). Dans son avis médical du 4 avril 2017, le Dr C._____ indique que le rapport médical du Dr N._____ du 1er décembre 2016 ne remet pas en cause la capacité de travail médico-théorique de l'assuré (OAIE pce 85). Dans son rapport médical du 2 octobre 2017, le Dr G._____ retient les diagnostics de status après cures de hernies discales et de probable métatarsalgie de Morton à droite et rapporte que l'intéressé présente des douleurs de la partie externe du pied qui irradient dans les orteils 3 à 5 et quelques sciatalgies. A l'issue de son examen, le Dr G._____ retient que l'intéressé présente une irritation résiduelle L5/S1, qu'en périphérie, il n'existe en revanche pas de lésion neurogène et que les douleurs du pied sont probablement l'expression d'une meralgia paresthetica. Enfin, le Dr G._____ recommande une infiltration locale (OAIE pce 101).

E. 7.3

En juin 2018, l'OAIE reprend l'instruction du dossier médical de l'intéressé pour raison de compétence (cf. OAIE pce 134). A cet égard, l'autorité inférieure a invité l'intéressé à produire tous les rapports médicaux en sa possession dès le mois d'octobre 2017 (OAIE

pces 137 et 140) et a dès lors recueilli les pièces ci-dessous.

E. 7.3.1

Dans son rapport médical du 9 juillet 2018, le Dr O. _____ (ci-après : Dr O. _____), chirurgien général, déclare avoir examiné l'intéressé en juillet 2015, lequel se plaignait de la réapparition des douleurs lombaires qui avaient disparu depuis son opération de la colonne vertébrale en juin 2014, et indique que lors de la consultation du 9 juillet 2018, l'intéressé a réitéré les mêmes plaintes de douleurs lombaires bilatérales postérieures. Enfin, le Dr O. _____ note que l'intéressé est inapte au travail (OAIE pce 148). Dans son rapport médical du 24 septembre 2018, le Dr P. _____ (ci-après : Dr P. _____), médecin de spécialisation inconnue, fait un petit résumé de la situation médicale de l'intéressé et indique que ce dernier se plaint actuellement de douleurs lombaires mécaniques et d'une raideur lombaire, sans radiculopathie, et mentionne une grande difficulté à accomplir des tâches qui exigent des efforts physiques l'obligeant à soulever des objets de plus de 10 kg ainsi qu'à effectuer des mouvements de flexion-extension et de rotation de la colonne lombaire. A l'examen physique, le Dr P. _____ constate une distance doigts-sol de 30 cm, un signe de Lasègue négatif et des réflexes ostéotendineux normaux et symétriques. Le Dr P. _____ note que n'ayant accès à aucun examen radiologique récent, il ne peut pas se prononcer sur l'état actuel de l'arthrodèse. Enfin, selon le Dr P. _____, il est compréhensible qu'une personne de 59 ans ayant subi une arthrodèse lombaire soit incapable d'exercer sa profession (OAIE pce 149).

E. 7.3.2

Il ressort du compte-rendu de la radiologie de la colonne lombaire du 19 octobre 2018 qu'entre L1 et L4, aucune modification significative n'est observée au niveau de la hauteur des espaces intersomatiques, les trous de conjugaison étant bien calibrés et qu'il est observé une arthrose inter-facettaire apparente, avec réduction de l'amplitude des trous de conjugaison au niveau L4-L5 ainsi qu'au niveau L5-S1, des signes d'intervention chirurgicale, avec des vis trans-pédiculaires gauches, une barre de fixation postérieure et du matériel chirurgical dans l'espace intersomatique, associés à une antérolisthésis de L5 sur S1 - degré I de Meyerding avec déformation probable des trous de conjugaison (OAIE pce 150). Selon l'IRM du 19 octobre 2018, le canal vertébral est constitutionnellement large et le cône médullaire est positionné correctement. Au niveau L3-L4, il est constaté une protrusion postérieure à base large, qui entre en contact avec le sac thécal, associée à une arthrose hypertrophique des facettes articulaires et à un rétrécissement des trous de conjugaison. Au niveau L4-L5, il est observé une protrusion postérieure du disque, qui est en contact avec le sac thécal, associée à une arthrose hypertrophique marquée des facettes articulaires et à un rétrécissement des trous intervertébraux, prédominant à gauche à ce niveau. Au niveau L5-S1, il est constaté des signes d'intervention chirurgicale, avec des laminectomies bilatérales de L5 associées à la présence de vis trans-pédiculaires à gauche au niveau L5 et S1 et de matériel chirurgical dans l'espace intersomatique, qui conditionnent des artefacts de susceptibilité magnétique qui nuisent à la qualité des images ; une antérolisthésis de L5 sur S1 (degré I de Meyerding) et une déformation marquée et un rétrécissement des trous de conjugaison, de prédominance droite avec probable répercussion de la racine L5 de ce côté. Enfin, il est fait mention d'une altération de l'hétérogénéité du signal dans les tissus paravertébraux postérieurs à ce niveau, liée à l'intervention chirurgicale (OAIE pce 151 p. 1). Les conclusions du compte-rendu de la tomodensitométrie du 19 octobre 2018 sont presque identiques à celles de l'IRM de la

même date, hormis l'observation indiquant la présence de calcifications athéromateuses aorto-iliaques (OAIE pce 151 p. 2). Dans son rapport médical manuscrit, non daté - consultation du 4 décembre 2018 selon le recourant (cf. OAIE pce 153) -, le Professeur-Docteur Q._____ (ci-après : Prof. Q._____), orthopédiste, chirurgien de la main, des membres supérieurs et de la colonne et micro-chirurgien, décrit uniquement le projet d'une troisième intervention chirurgicale fixé au 3 mars 2019 (OAIE pce 152).

E. 7.3.3

Il ressort du rapport médical détaillé E 213 du 25 janvier 2019 - examen clinique du même jour - de la Dre J._____ que l'intéressé présente des lombosciatiques droites avec déficit sensitif S1 et se plaint d'une péjoration de la douleur qui l'empêche de marcher plus de 1 km par rapport à l'examen précédent du 25 septembre 2017. La Dre J._____ indique que l'intéressé peut effectuer des activités légères, moyennant des pauses supplémentaires et en évitant la flexion, le levage et le port de charges fréquent. Enfin, la Dre J._____ indique que l'intéressé est en incapacité de travail tant dans son activité habituelle que dans une activité adaptée (OAIE pce 158). A cet égard, il convient de relever que le formulaire « rapport médical détaillé E 213 » est destiné à l'institution du pays de domicile de l'assuré et non pas aux médecins traitants. Par conséquent, ce rapport médical de la Dre J._____ du 25 janvier 2019 doit être considéré comme un rapport médical établi par le médecin traitant. Invité à se prononcer sur l'état de santé du recourant, le Dr R._____ (ci-après : Dr R._____), FMH médecin généraliste, médecin du SMR et expert médical certifié SIM, indique dans sa prise de position du 24 février 2019 que les incapacités fonctionnelles mentionnées dans le rapport médical du 24 septembre 2018 n'excluent pas l'assuré, âgé de 59 ans et sous traitements adéquats, d'un travail correspondant à 70%. Le Dr R._____ relève également que le rapport E 213 du 25 janvier 2019 décrit une autre situation clinique avec augmentation des douleurs et un déficit sensoriel dans le territoire de la racine S1, ce qui pourrait signifier une aggravation. Pour clarifier cette situation, le Dr R._____ indique qu'un examen médical orthopédique et un examen neurophysiologique sont nécessaires (OAIE pce 162).

E. 7.3.4

Selon le compte-rendu de l'électromyographie du 1er avril 2019, l'examen met en évidence une lésion neurogène chronique, de localisation préganglionnaire, sans signe d'activité, dans les muscles dépendants des myotomes L4-L5 bilatéralement, avec une gravité modérée, suggérant un engagement radiculaire à ces niveaux (OAIE pce 169). Les radiographies de la colonne cervico-dorso-lombaire du 1er avril 2019 ne contiennent pas de conclusions mais uniquement les résultats. A cet égard, au niveau de la colonne cervicale, il est indiqué une lordose cervicale préservée, une unco-sypondylo-discarthrose au niveau C5-C6 avec une diminution significative de l'amplitude de l'espace intersomatique, amplitude des autres espaces étant préservée. Au niveau de la colonne dorsale, il est indiqué des phénomènes discrets de spondylose prédominant dans la région intermédiaire de ce segment de la colonne vertébrale, aucune altération discale n'étant constatée avec cette technique de diagnostic. Enfin, au niveau de la colonne lombaire, il est fait état du maintien de la lordose lombaire, des phénomènes de spondylose généralisés, du dispositif chirurgical métallique fixé par des vis au niveau de L5 et S1 - en corrélation avec les antécédents médicaux - et de la diminution significative de l'amplitude de l'espace L5-S1, l'amplitude des autres espaces étant préservée (OAIE pce 170). Dans sa prise de position du 27 septembre 2019, le Dr R._____ relève que l'examen neurophysiologique bilatéral du 1er avril 2019 de L4-L5

confirme une radiculopathie chronique, mais sans signe de dénervation active. Selon le Dr R._____, les examens radiologiques joints - faisant référence vraisemblablement aux radiographies cervico-dorso-lombaire du 1er avril 2019 - ne permettent pas de confirmer une aggravation fonctionnelle, mais confirment les altérations dégénératives déjà connues de la colonne cervicale et lombaire. Enfin, le Dr R._____ considère qu'un examen orthopédique est nécessaire à l'appui ou à la correction des conclusions du rapport médical du 25 janvier 2019, tout en précisant qu'il formule cette demande en particulier dans la perspective d'un éventuel reproche de la part de l'avocat de l'intéressé, selon lequel la situation clinique de l'assuré n'aurait pas été suffisamment approfondie (OAIE pce 173).

E. 7.3.5

Selon le formulaire E 213 du 31 août 2020 - examen clinique effectué le 18 août 2020 par le Dr S._____ (ci-après : Dr S._____), médecin de spécialisation inconnue -, l'intéressé présente une raideur lombaire avec lombosciatalgies droites, une diminution de la force motrice et une hyporéflexie du membre inférieur droit, et la marche est sans altération. En outre, le Dr S._____ retient que l'assuré est capable d'effectuer des travaux légers. En ce qui concerne la capacité de travail, le Dr S._____ note que l'activité habituelle n'est plus exigible. Enfin, le Dr S._____ n'a pas répondu aux questions relatives à l'exigibilité d'une activité adaptée (OAIE pce 192). Par courriel électronique du 7 septembre 2020, l'intéressé a transmis les images des radiographies du 1er avril 2019, ainsi que les comptes-rendus y relatifs (OAIE pces 188, 189 et 191), lesquels figuraient déjà au dossier.

E. 7.3.6

Dans sa prise de position médicale du 9 octobre 2020, le Dr R._____ indique que selon la documentation médicale reçue, soit le formulaire E 213 du 31 août 2020 et une copie des imageries médicales du 1er avril 2019, il ne voit pas d'autres diagnostics, ni d'autres limitations fonctionnelles que celles déjà constatées, en particulier aucune implication de la racine S1 comme initialement mentionné. Le Dr R._____ maintient les incapacités de travail qu'il avait initialement fixées, soit une incapacité de travail entière, dès le 7 janvier 2014, dans l'activité habituelle et une incapacité de travail de 30% dans les activités de substitution dès le 7 janvier 2014 (OAIE pce 201).

E. 7.4

Se fondant sur les prises de position du Dr R._____, l'autorité inférieure a informé le recourant du rejet de sa demande de prestations AI par projet de décision du 4 novembre 2020.

E. 7.5

Lors de la procédure d'audition, l'autorité inférieure a recueilli les rapports médicaux ci-dessous.

E. 7.5.1

Dans son rapport médical du 22 février 2021, le Dr T._____ (ci-après : Dr T._____), médecin spécialiste et chef du service orthopédique, établit une brève anamnèse en mentionnant le projet d'intervention du Dr Q._____ et l'avis médical du Dr P._____ relatif à l'incapacité de travail de l'intéressé dans sa profession. Le Dr T._____ rapporte également les résultats de l'IRM lombaire du 19 octobre 2018 et de l'EMG des membres inférieurs du 23 octobre 2018. Le Dr T._____ énumère des limitations en dix points : 1. douleur persistante après les interventions chirurgicales, incapacité fonctionnelle, épisodes

récurrents de sciatique bilatérale ; 2. difficulté lors de périodes de marche/station debout prolongées ; 3. grande difficulté à adopter des positions vicieuses, en particulier celles qui nécessitent une flexion ou une rotation de la colonne vertébrale ; 4. les limitations sont documentées par des examens diagnostiques complémentaires, avec persistance de sténose foraminale et atteinte radiculaire ; 5. difficulté à transporter des objets, même légers, en bois ; 6. aucune amélioration de son état clinique n'est à prévoir ; 7. en parfait accord avec l'avis du Dr P._____, qui le considère inapte à exercer sa profession ; 8. il n'a pas exercé aucune activité professionnelle au Portugal ; 9. les séquelles entraînent une incapacité définitive à exercer des professions qui exigent des efforts, des périodes de marche/station debout prolongées, des positions assises et des positions vicieuses ; 10. le Dr T._____ considère que l'intéressé ne remplit pas les conditions minimales pour exercer sa profession de maçon et, à ce titre, qu'il est inapte à exercer sa profession. De même son état clinique, caractérisé par des douleurs persistantes et une incapacité fonctionnelle, ne lui permet pas de se réadapter à un autre type d'activité professionnelle et, à ce titre, il est inapte à exercer tout autre type d'activité professionnelle (OAIE pce 215).

E. 7.5.2

Dans sa prise de position du 23 avril 2021, le Dr U._____ (ci-après : Dr U._____), FMH médecine interne, FMH rhumatologie et FMH médecin physique et réhabilitation, a listé et résumé les rapports médicaux suivants : l'IRM de la colonne lombaire du 10 janvier 2014, le rapport médical du Dr G._____ du 3 février 2014, le rapport médical de la Dre J._____ du 26 septembre 2014 - adressé à l'assurance perte de gain de l'intéressé -, les avis médicaux du Dr C._____ des 8 janvier 2015, 18 février 2016 et 4 avril 2017, le rapport d'expertise du 8 juin 2015 de la Dre K._____, le rapport médical du Dr O._____ du 9 juillet 2018, le rapport médical du 24 septembre 2018 du Dr P._____, les radiographies et IRM de la colonne lombaire du 19 octobre 2018, E 213 (recte : rapport médical) de la Dre J._____ du 25 janvier 2019, le rapport médical du Prof. Q._____ du 1er mars 2019 (recte : rapport de consultation du 4 décembre 2018), l'EMG et les radiographies de la colonne cervico-dorso-lombaire du 1er avril 2019, le rapport E 213 du Dr S._____ du 18 août 2020 (recte : 31 août), les prises de positions du Dr R._____ du 24 février 2019, du 27 septembre 2019 et du 9 octobre 2020 et le rapport médical du Dr T._____ du 22 février 2021. Le Dr U._____ retient les diagnostics : lombosciatalgies non déficitaires dans le territoire L5 gauche sur antérolisthésis L5-S1 bilatéral (Meyerding degré II) sur lyse isthmique (connu depuis 2011) avec sténose foraminale bilatérale L5-S1 et canal lombaire étroit et racine conjointe L5 gauche ; spondylodèse L5-S1 par système URS, décompression par laminectomie L5 et décompression bi-foraminale, PLIF L5-S1 par la droite avec cage OLIF, le 16 juin 2014 ; ablation partielle du matériel d'ostéosynthèse (vis et tige à droite) en 2015 (recte : en 2016). Le Dr U._____ mentionne également les diagnostics, associés avec répercussion sur la capacité de travail, suivants : trouble statique du rachis (hyperlordose lombaire basse, projection antérieure, discrète scoliose) ; spondylarthrose étagée ; raccourcissements musculaires étagés. Selon le Dr U._____, les diagnostics de l'hypertension artérielle, du syndrome d'apnée du sommeil, de gastrite à *Helicobacter pylori* et d'ancienne fracture de la jambe droite - traitée conservativement, accident de moto - n'ont pas de répercussion sur la capacité de travail du recourant. Le Dr U._____ indique que les rapports médicaux à disposition ne permettent pas de prendre position et ne fournissent pas suffisamment de renseignements concernant l'état de santé actuel de l'assuré. A cet égard, le Dr U._____ estime qu'un examen rhumatologique détaillé décrivant l'état de santé actuel, ne se limitant pas au problème de la colonne

lombaire, mais comprenant un examen rhumatologique complet avec les mobilités, un examen neurologique en relation avec les problèmes ostéoarticulaires et les limitations fonctionnelles est nécessaire. Enfin, le Dr U. _____ requiert la production des documents médicaux (rapports de consultation, protocole opératoire, lettre de sortie, rapports de contrôles post-opératoires) relatifs à la seconde intervention de la colonne lombaire de l'I. _____ afin de savoir si l'état de santé de l'assuré est resté stationnaire, s'est amélioré de manière durable ou s'est aggravé après cette seconde opération lombaire (OAIE pce 217).

E. 7.5.3

L'échographie Doppler carotidien et vertébral du 24 juin 2021 révèle des artères de trajet et de calibre normaux, bien que des lésions athéromateuses diffuses, avec des plaques échogènes, partiellement calcifiées et de surface régulière, soient visibles, plus évidentes dans les bulbes carotidiens, principalement à gauche. En outre, il est précisé que l'évaluation hémodynamique par Doppler a démontré la présence de flux artériels normaux dans les axes carotidiens et que le flux dans les artères vertébrales présente des caractéristiques normales et une direction céphalique. Enfin, il est conclu à une maladie carotidienne bilatérale (OAIE pce 238 ; cf. également les images de l'échographie [OAIE pce 242]).

E. 7.5.4

Il résulte de la radiographie lombaire du 25 juin 2021 une légère accentuation de la courbure lordotique et une antérolisthésis de grade I au niveau de L5. Les images coronales révèlent une légère attitude dextro-convexe. Il est également rapporté des signes de chirurgie postérieure, tels que des vis trans-pédiculaires au niveau de L5 et S1 et une barre rétro-vertébrale à gauche, ainsi qu'un espaceur intersomatique et des laminectomies au niveau de L5 et S1. Il est observé une fusion de l'articulation inter-apophysaire droite L5-S1. Le matériel prothétique métallique conditionne les artefacts, ce qui nuit à l'évaluation du niveau L5-S1, laissant planer un doute quant à une possible protrusion discale postérolatérale et foraminale droite ; une meilleure évaluation sera possible par IRM, si cliniquement indiquée. Au niveau L3-L4 et L4-L5, les disques dépassent légèrement les limites des plateformes vertébrales, sans répercussion sur les racines nerveuses. Aucune altération discale notable n'est observée aux autres niveaux et le canal vertébral est de dimension normale. Il est constaté des calcifications athéromateuses aorto-iliaques. Enfin, aucune altération remarquable des tissus paravertébraux n'est enregistrée, hormis le status post-chirurgical (OAIE pce 239).

E. 7.5.5

Par correspondance du 6 septembre 2021, le Dr G. _____ a transmis à l'OAIE l'ensemble des rapports médicaux concernant le recourant.

E. 7.5.5.1

Selon le rapport médical du 24 avril 2014, le Dr G. _____ retient le diagnostic de lombosciatalgies non déficitaires dans le territoire L5 à gauche sur antérolisthésis de L5 sur S1 de grade II selon Meyerding sur lyse isthmique bilatérale avec sténose foraminale bilatérale L5-S1. Le Dr G. _____ relève que le traitement conservateur avec antalgies et Dexaméthasone instauré n'a pas permis l'amélioration de la symptomatologie et que l'infiltration foraminale L5-S1 gauche n'a apporté un bénéfice que pour quelques jours. En raison de l'échec du traitement conservateur et de la persistance de l'état douloureux, le Dr G. _____ propose un traitement chirurgical avec décompression par laminectomie L5 et spondylodèse de L5 à S1 par vis avec une mise en place d'une cage L5-S1 (OAIE pce 226).

Le 16 juin 2014, l'intéressé a été opéré à l'I. _____ d'une spondylodèse L5-S1 avec décompression par laminectomie L5 et PLIF L5-S1 avec cage OLIF et a pu quitter cet hôpital le 20 juin 2014 (OAIE pce 228). Les contrôles post-opératoires ont été effectués à l'I. _____ par le Dr G. _____ et une infiltration avec Bupivacaine et Dép-Medrol a été effectué le 16 décembre 2014 dans cet hôpital en raison de persistance des douleurs au niveau sacro-iliaques. Après l'infiltration, les douleurs se situaient à environ 3/10 alors qu'elles se situaient à environ 6/10 avant l'intervention (OAIE pces 229 à 232).

E. 7.5.5.2

Selon le rapport de consultation du 13 février 2015, le Dr G. _____ rapporte que l'assuré décrit une situation stagnante, avec diminution des douleurs durant environ une semaine après l'infiltration, puis réapparition de ces dernières à un niveau de 4-5/10, et constate à l'examen clinique qu'il n'y a pas de troubles sensitivo-moteurs, que le Lasègue est positif dès 45° des deux côtés et que la flexion/extension est douloureuse, la palpation de la musculature paravertébrale étant également douloureuse et contractée. Le Dr G. _____ indique avoir expliqué à l'intéressé que les douleurs peuvent provenir du matériel d'ostéosynthèse - lequel ne peut pas encore être retiré - et prolonge l'arrêt de travail à 100% jusqu'au mois de mai, puis une reprise à 50% dans un domaine adapté (OAIE pce 233).

E. 7.5.5.3

Il ressort du rapport consultation, soit à 11 mois post-opératoires, du 7 mai 2015 que l'assuré réfère une minime diminution de sa symptomatologie suite aux séances de physiothérapie et déclare que les douleurs sont surtout présentes lors des flexions-extensions de la colonne ou à la palpation de la colonne. Le Dr G. _____ déclare qu'il n'y a pas de trouble neuro-vasculaire périphérique mis en évidence, que la palpation de la colonne est douloureuse autour de la cicatrice, estimée à environ 5/10, qu'il n'y a pas d'irradiations vers les membres inférieurs et que le Lasègue est positif à partir de 45° des deux côtés. En outre, le Dr G. _____ indique que selon la radiographie de la colonne lombaire (face/profil), le matériel est en place, il n'y a pas de déplacement secondaire et pas de signe de chambrage des vis. Enfin, le Dr G. _____ propose une intervention chirurgicale en vue d'une ablation du matériel, fixée au 29 mai 2015, puis annulée (OAIE pce 234).

E. 7.5.6

Dans sa prise de position du 18 janvier 2022, le Dr U. _____ cite le rapport médical du Dr T. _____ du 22 février 2021, l'échodoppler carotidien et vertébral du 24 juin 2021, les radiographies du 25 juin 2021 ainsi que les rapports médicaux transmis par le Dr H. _____. Ensuite, le Dr U. _____ relève qu'il manque l'examen rhumatologique détaillé demandé lors de sa prise de position du 23 avril 2021 et que le rapport médical du 22 février 2021 du Dr T. _____ ne remplace pas l'examen rhumatologique détaillé qu'il a demandé. Concernant l'athéromatose carotidienne mise en évidence lors de l'échodoppler du 24 juin 2021, le Dr U. _____ estime qu'il faut connaître les symptômes et les circonstances qui ont conduit à cet examen et qu'en conséquence, il sied de demander à l'office de liaison un examen par un spécialiste en médecine interne, à moins que le médecin rhumatologue puisse se charger des renseignements sur les symptômes et les circonstances qui ont conduit à effectuer un échodoppler carotidien. Enfin, le Dr U. _____ déclare qu'il ne dispose toujours pas du dossier complet du service d'orthopédie de l'I. _____, en particulier les rapports médicaux concernant la deuxième opération consistant en une ablation du matériel d'ostéosynthèse (OAIE pce 247).

E. 7.5.7

Le rapport médical détaillé du 14 janvier 2022 établi par la Dre V. _____ (ci-après : Dre V. _____), médecin de travail mentionne le diagnostic de lombalgies chronique, avec dysfonction radiculaire chronique L5 et S1, à prédominance gauche. La Dre V. _____ liste les médicaments actuels de l'intéressé : Perindopril + Indapamida + Amlodipina 8+2.5+10 ; Fluoxetina 20 ; Alprazolam 0.5 ; Clonix en SOS ; Sinvastatina 20. La Dre V. _____ indique que l'assuré est autonome pour les activités de la vie quotidienne et a de la difficulté à maintenir la posture à gauche et que le tonus et la force musculaire sont diminués. Selon la Dre V. _____, l'évolution est chronique et hautement incapacitante. En ce qui concerne les limitations fonctionnelles, celles-ci sont définies par des efforts de la colonne lombaire flexion ou en rotation et le port de charges. En outre, la Dre V. _____ indique que le recourant ne présente pas de troubles psychiatriques. Enfin, la Dre V. _____ retient que l'assuré n'est plus capable d'exercer de façon régulière un travail adapté (OAIE pce 251). Ce rapport médical est accompagné de rapports médicaux établis par un rhumatologue et un neurologue :

E. 7.5.7.1

Selon le rapport médical d'observations rhumatologiques du 4 décembre 2021 de la Dre W. _____ (ci-après : Dre W. _____), rhumatologue, les antécédents de l'intéressé sont une hypertension artérielle, une dyslipidémie, une dépression et une opération du rachis pour lombosciatalgies droites. La Dre W. _____ liste le traitement médicamenteux de l'intéressé, composé de Clonix, d'Alprazolam, de Sinvastatina, d'AAS, de Fluoxetina, de Co-amlessa (perindopril 8 + terbutalamina 2.5 + indapamida + amlodipina). La Dre W. _____ indique que l'intéressé se plaint d'une lombalgie mécanique, avec des difficultés à se tenir droit et en flexion antérieure, ce qui entraîne une limitation de sa capacité à accomplir ses tâches quotidiennes, y compris à prendre soin de lui-même, de démarche avec claudication, nécessitant de courts arrêts après environ 500 mètres et difficulté à monter des escaliers ou des rampes, avec sensation de manque de force. Elle mentionne que le recourant n'a pas formulé de plaintes concernant les articulations périphériques. La Dre W. _____ fait un rappel des examens radiologiques : radiologie de juin 2021, EMG des membres inférieurs de 2018, IRM lombaire de 2018, radiologie du col cervical de 2019. Objectivement, la Dre W. _____ relève que l'assuré est mince avec une cyphose dorsale, présente une limitation douloureuse de la mobilité cervicale, une limitation globale douloureuse de la mobilité lombaire, marche normalement sur les talons et pointes et que la force d'extension de l'hallux est maintenue. La Dre W. _____ constate également qu'il n'y a pas d'altération sensitive et conclut que le contexte rachidien est incompatible avec sa profession dans le domaine de la construction (OAIE pce 249). Concernant la liste des médicaments susmentionnés, le Tribunal constate que la Dre W. _____ n'a pas fourni d'informations complémentaires. Il n'est alors pas aisé de déterminer de manière précise pour quel traitement ces médicaments ont été prescrits et depuis quand. Toutefois, selon les informations disponibles pour tout public (professionnel de santé ou des patients) sur le site de compendium.ch (dernière consultation le 21 octobre 2025), le Tribunal constate que l'utilisation première des médicaments susmentionnés est la suivante : - Perindopril + Indapamida + Amlodipina 8+2.5+10 (combinaison pour de l'hypertension artérielle [<https://compendium.ch/fr/product/1474236-perindo-amlo-indap-zentiva-cpr-8-5-2-5mg>]), - Fluoxetina 20 (antidépresseur [<https://compendium.ch/fr/product/1018091-fluoxetine-sandoz-cpr-disp-20-mg>]), -

Alprazolam 0.5 (antidépresseur

[<https://compendium.ch/fr/product/22003-xanax-cpr-0-25-mg>], - Sinvastatina (recte : Simvastatina ; hypolipémiant

[<https://compendium.ch/fr/product/1244771-sinvastatin-mepha-lactab-20-mg>]), Les médicaments commercialisés sous le nom de Clonix et d'AAS 100 ne figurent pas dans le compendium.ch.

E. 7.5.7.2

Dans son rapport médical d'observations neurologiques du 22 décembre 2021, le Dr X._____ (ci-après : Dr X._____), neurologue, fait une brève anamnèse et résume les imageries médicales de juin 2021, d'octobre 2018 et d'avril 2019. A l'examen, le Dr X._____ constate : force en flexion cervicale conservée, légère parésie de la dorsiflexion du pied gauche 4+, abolition des réflexes achilléens, Lasègue négatif, réflexe cutané plantaire en flexion, hypoesthésie piquée du bord externe du pied droit, maintien sur les pointes et les talons, sensibilité posturale et pallesthésie sans altération. Enfin, le Dr X._____ indique qu'il y a des signes de dysfonctionnement chronique de L5 et S1, principalement à gauche et que la plupart des limitations sont causées par la douleur associée aux contractures musculaires (OAIE pce 250).

E. 7.5.8

Dans sa prise de position du 15 mars 2022, le Dr U._____ résume les rapports médicaux des Drs W._____, X._____ et V._____ et déclare que les nouveaux documents reçus montrent l'existence d'une atteinte neurologique apparemment modérée des membres inférieurs, mais qui diffère selon les examinateurs. Enfin, le Dr U._____ rappelle l'importance d'obtenir les rapports médicaux du Dr N._____ concernant la seconde opération (OAIE pce 253).

E. 7.5.9

En juillet 2022, les Drs J._____ et N._____ ont transmis à l'autorité inférieure divers rapports médicaux dont certains à double (OAIE pces 263 à 279). Il convient en particulier de citer ceux qui ne figuraient pas déjà au dossier.

E. 7.5.9.1

Il ressort du rapport médical du 26 février 2014 que l'intéressé a bénéficié d'une infiltration de Ropivacaïne le 25 février 2014 (OAIE pce 269). Le compte-rendu de radiographies de la colonne lombaire (face et profil) du 20 juin 2014 fait état d'un status post-spondylodèse L5-S1 par vis trans-pédiculaires bilatérales et matériel intersomatique, d'absence de bri de vis, de calcifications du ligament longitudinal antérieur en L1-L2 et ostéophytoses antérieures multi-étagées des plateaux vertébraux, d'altérations post-opératoires des tissus mous en arrière du rachis et agrafes chirurgicales et de discrète sclérose de la partie inférieure de l'articulation sacro-iliaque droite (OAIE pce 270). Selon le rapport de physiothérapie du 11 février 2016, l'assuré devait suivre une thérapie de renforcement musculaire, mais il a décidé d'arrêter cette thérapie, après la séance d'information avec le physiothérapeute, car il sentait trop de pression à la tête (OAIE pce 271).

E. 7.5.9.2

Selon le rapport de consultation du 22 août 2016, le Dr N._____ retient un syndrome douloureux chronique sur status après spondylodèse et arthrolyse intersomatique L5/S1 - juin 2014 à l'I._____ - pour une antérolisthèse L5/S1 grade II selon Meyerding sur lyse

isthmique ainsi qu'une hypertension artérielle sous traitement médicamenteux. Après avoir procédé à un examen clinique, le Dr N. _____ a relevé que des investigations radiologiques sont nécessaires (OAIE pce 263). Dans son rapport médical du 16 septembre 2016, le Dr N. _____ estime qu'une intervention pour ablation des vis L5 et S1 du côté droit devrait être envisagé dès lors que les douleurs persistantes dont souffre le recourant peuvent en partie être influencées par la position médiale des vis L5 et S1 du côté droit. Selon le Dr N. _____, il serait prudent de laisser les vis L5/S1 du côté gauche qui devraient suffire pour stabiliser les segments L5/S1 qui montrent déjà des signes débutants de consolidation postérolatérale. En outre, ce spécialiste estime que la réinstrumentation des pédicules L5/S1 droit est radiologiquement très difficile à cause de la conformation du bassin de l'assuré (OAIE pce 264). Le Dr N. _____ a procédé, le 12 octobre 2016, au retrait des vis pédiculaires L5/S1 à droite (cf. rapport d'hospitalisation, pour la période du 11 au 15 octobre 2016 et compte-rendu opératoire [OAIE pce 265]). Le rapport de contrôle postopératoire du 1er décembre 2016 est également produit (OAIE pce 267). A cet égard, il sied de relever que ce rapport figurait déjà au dossier (cf. consid. 7.2.8 ; OAIE pce 82). Selon l'attestation d'incapacité de travail, le Dr N. _____ a retenu que l'assuré était en incapacité de travail entière du 11 octobre au 30 novembre 2016 (OAIE pce 266).

E. 7.5.10

Dans sa prise de position médicale du 13 septembre 2022, la Dre F. _____ indique se référer aux prises de position des 23 avril 2021, 18 février 2022 et 15 mars 2022 en procédure d'audition et à celles des 24 février 2019 et 29 septembre 2019, concluant à une incapacité de travail de 100% dans l'activité professionnelle de l'assuré (carreleur) et de 30% dans une activité professionnelle légère et adaptée. Ensuite, elle résume les divers rapports médicaux transmis par les Drs J. _____ et N. _____ en juillet 2022 et indique en substance que ces rapports médicaux ne modifient pas l'appréciation de la capacité de travail telle que déjà retenue ou sur le long cours. Selon la Dre F. _____, les rapports médicaux reçus ultérieurement à la prise de position médicale du 9 octobre 2020 qui reconnaît une incapacité de travail totale dans l'activité de l'assuré et de 30% dans une activité professionnelle adaptée, confirment la persistance de lombosciatalgies bilatérales malgré les interventions de spondylodèse et décompression, sans atteinte déficitaire. La Dre F. _____ rappelle que ces atteintes ont bien été prises en compte par la prise de position du 9 octobre 2020, de même qu'elles l'avaient été par l'expertise rhumatologique de la Dre K. _____ du 8 juin 2015 et que la documentation médicale reçue montre et confirme les diverses investigations et interventions pratiquées dans ce contexte, sans amener d'élément médical significatif de nature à modifier l'appréciation de la capacité de travail. La Dre F. _____ relève que le SMR (...) mentionnait dans son rapport du 8 janvier 2015 que l'assuré avait suivi un stage de 6 mois confirmant son aptitude à travailler à 70% dans une activité adaptée et que le principal obstacle relevé à la réintégration du marché du travail est la méconnaissance du français. D'après la Dre F. _____, les nombreux documents médicaux reçus lors de la procédure d'audition confirment les atteintes à la santé connues prises en compte par la prise de position médicale du 9 octobre 2020 qui est maintenue : principalement des lombosciatalgies bilatérales non déficitaires sur le plan moteur. Quant à la capacité de travail de l'intéressé, la Dre F. _____ retient une incapacité de travail totale dans l'activité habituelle et une incapacité de travail de 30% dans l'activité de substitution adaptée, telle que retenue par la prise de position médicale du 9 octobre 2020, et relève également qu'une incapacité temporaire de trois mois dans l'activité de substitution peut être pris en compte après chaque opération sur la colonne (16 juin 2014 et 12 octobre 2016). En

ce qui concerne le rapport médical d'échodoppler du 24 juin 2021 mentionnant une athéromatose carotidienne, selon la Dre F._____, cette atteinte ne contre-indique pas l'exercice d'une activité professionnelle telle que retenue (OAIE pce 282).

E. 7.6

La lecture de la prise de position de la Dre F._____ sous-entend que l'appréciation médicale du Dr R._____ et celle du Dr U._____ sont similaires alors que le Dr U._____ ne s'est pas du tout prononcé sur la capacité de travail de l'intéressé. Par ailleurs, le fait que le Dr U._____ requiert des informations complémentaires après les prises de position du Dr R._____ démontre que le Dr U._____ ne partageait justement pas l'appréciation médicale du Dr R._____. Il convient également de relever que le Dr U._____ est un spécialiste en rhumatologie alors que les Drs R._____ et F._____ sont des médecins généralistes.

E. 7.7

Le Tribunal constate dès lors que sur une période de presque une année, le Dr U._____ a en substance requis des informations/examens complémentaires, à savoir des examens neurologique et rhumatologique, un complément d'information concernant l'athéromatose carotidienne et des pièces médicales établies à la suite de la seconde opération lombaire consistant à l'ablation du matériel d'ostéosynthèse (OAIE pces 217, 247 et 253). Le Dr U._____ estimait nécessaire de procéder à une évaluation de l'évolution de l'état de santé. Toutefois, le Tribunal constate que les rapports médicaux du Dr N._____, qui a opéré l'intéressé en octobre 2016, ont été soumis à la Dre F._____ et non pas au Dr U._____. Cette médecin généraliste a simplement indiqué que ces rapports médicaux confirment les atteintes à la santé déjà connues et prises en compte par la prise de position médicale du Dr R._____ du 9 octobre 2020. A cet égard, le Tribunal constate que la Dre F._____ n'a pas évalué l'évolution de l'état de santé de l'assuré comme le préconisait le Dr U._____ et qu'en plus, elle ne s'est pas prononcée sur les rapports médicaux transmis après la prise de position du 9 octobre 2020 du Dr R._____ dans la mesure où le Dr U._____ a juste résumé les rapports médicaux reçus postérieurement à cette date. En ce qui concerne l'athéromatose dont le Dr U._____ a requis des renseignements sur la symptomatologie et les circonstances qui ont conduit à effectuer un échodoppler carotidien, il sied de constater qu'aucune information n'a été produite. Toutefois, la Dre F._____ s'est prononcée sur cette atteinte sans avoir obtenu les informations complémentaires requises par le Dr U._____.

E. 7.8

Par conséquent, le Tribunal de céans constate que les avis médicaux des médecins généralistes et du médecin spécialiste en rhumatologie du SMR divergent. Par ailleurs, aucun de ces médecins ne s'est prononcé en particulier sur le rapport médical détaillé E 213 du 14 janvier 2022 ainsi que les rapports médicaux spécialisés des 4 et 22 décembre 2021 des Drs W._____ et X._____. A cet égard, le Tribunal constate que c'est la première fois qu'un rapport médical mentionne une dépression et une prise d'antidépresseurs. Même si l'intéressé n'a pas indiqué souffrir de troubles psychiatriques, il n'empêche qu'il prend des antidépresseurs et que le SMR ne s'est pas enquis sur ce point, ni n'a pris position sur cette atteinte. En outre, la Dre W._____ a constaté une démarche avec boiterie, nécessitant de courts arrêts après environ 500 m et difficulté à monter des escaliers ou des rampes, avec sensation de manque de force. A cet égard, il convient de rappeler que dans son rapport

d'expertise du 8 juin 2015, la Dre K. _____ indiquait que l'intéressé avait retrouvé un périmètre de marche normal - marchant plus d'une heure d'affiliée, plusieurs fois par jour (cf. TAF pce 16 annexe n°2 p. 19). En outre, il convient de rappeler que la Dre J. _____ mentionnait dans son rapport médical du 25 janvier 2019 que l'état douloureux empêchait l'intéressé de marcher plus de 1 km (cf. OAIE pce 158 p. 5).

E. 7.9

Dans le cadre du recours devant le Tribunal de céans, le recourant n'a produit aucun rapport médical et s'est en substance limité à reprocher à l'autorité inférieure de ne pas avoir tenu compte des rapports médicaux du Prof. Q. _____ du 4 décembre 2018 et du Dr T. _____ du 22 février 2021, desquels il résulte que la capacité de travail est nulle dans toute activité. En outre, le recourant reproche à l'autorité inférieure de ne pas avoir mis en place une expertise (TAF pces 1 et 18). En ce qui concerne le rapport de consultation du 4 décembre 2018 du Prof. Q. _____, il sied de constater qu'il consiste à une description d'une nouvelle opération chirurgicale qui propose l'extraction du matériel d'ostéosynthèse à gauche, une foraminotomie L5-S1, avec arthrodèse de L3 à S1 en raison de la persistance des symptômes douloureux et ne contient aucune motivation pertinente et circonstanciée de la capacité de travail de l'intéressé. Il convient de relever que ladite opération n'a pas eu lieu. Quant au rapport médical du Dr T. _____, ce rapport ne contient pas d'informations relatives à un examen clinique et repose en substance sur les plaintes subjectives du recourant. En outre, le Dr T. _____ ne fait que confirmer l'inexigibilité des activités lourdes et les limitations fonctionnelles d'épargne du rachis lombaire déjà connues et n'amène aucun élément objectif médical pertinent. Par conséquent, il convient d'écarter ces rapports médicaux dans la mesure où aucune valeur probante ne peut leur être accordée.

E. 7.10

Compte tenu de ce qui précède, il est incontesté que l'assuré ne peut plus exercer son ancienne activité de carreleur dès le 7 janvier 2014. Concernant la capacité de travail résiduelle de 70% retenue par la Dre K. _____ dans son rapport d'expertise du 8 juin 2015 - établi avant la seconde opération d'octobre 2016 -, il sied de constater que ce rapport d'expertise est effectivement probant quant à l'état de santé du recourant à ce moment-là. Cette capacité de travail a également été constatée lors de mesures de réadaptation AI entre novembre 2014 et janvier 2016. Toutefois, après l'opération d'octobre 2016, il n'est pas possible de déterminer si l'amélioration de l'état de santé constatée en décembre 2016 par le Dr N. _____ - soit presque à 2 mois postopératoires - s'est maintenue de manière durable. Aussi, dans sa prise de position du 23 avril 2021, le Dr U. _____ a indiqué que le rapport médical du 22 février 2021 du Dr T. _____ et les précédents ne fournissaient pas suffisamment de renseignements concernant l'état de santé actuel du recourant. Parmi ces précédents rapports médicaux figurent également les prises de position du Dr R. _____ se basant sur les rapports médicaux produits jusqu'en août 2020, lesquels lui ont permis de confirmer que la capacité de travail de 70% dans une activité lucrative adaptée existait depuis janvier 2014 (cf. OAIE pce 217). En outre, le Dr U. _____ a indiqué que l'appréciation de l'atteinte neurologique apparemment modérée des membres inférieurs divergeait selon les examinateurs en se référant aux rapports médicaux des W. _____, X. _____ et V. _____. Dans la mesure où le SMR ne s'est pas prononcé de manière claire et définitive sur ces rapports médicaux, le Tribunal de céans n'est pas en mesure d'apprécier sur le plan somatique la capacité de travail résiduelle de l'intéressé. En outre, il sied de rappeler que la Dre W. _____ a mentionné une dépression et la prise

d'antidépresseurs dans son rapport médical du 4 décembre 2021. En vertu de la maxime inquisitoire, il aurait appartenu à l'autorité inférieure de compléter le dossier à la suite de ces éléments nouveaux. En conséquence, le Tribunal constate que l'état de santé de l'assuré n'a pas été évalué d'une manière suffisante de la sorte que l'évaluation des médecins du SMR de la capacité de travail résiduelle de l'intéressé ne peut pas être confirmée en l'état du dossier. Ainsi, il existe un doute sur la capacité de travail de l'assuré de 70% dans une activité adaptée retenue par l'autorité inférieure par sa décision du 14 octobre 2022 en se basant sur la prise de position médicale de la Dre F._____ du 13 septembre 2022.

E. 8.1

Le dossier devrait en principe être renvoyé à l'autorité inférieure conformément à l'art. 61 al. 1 PA afin de compléter l'instruction médicale. Eu égard aux nombreuses atteintes de l'assuré, neurologie, rhumatologie, voire psychiatrique, une expertise en Suisse serait nécessaire. Toutefois, ce renvoi n'est pas indiqué en l'espèce.

E. 8.2

En effet, bien qu'il incombe de règle générale à la personne assurée de s'intégrer de son propre chef dans le marché du travail (notamment : ATF 138 I 205 consid. 3), la jurisprudence admet des exceptions. Ainsi, le Tribunal fédéral reconnaît qu'en raison de l'âge avancé et des circonstances de la personne concernée, la capacité de travail résiduelle de celle-ci ne peut plus être demandée sur le marché du travail même équilibré (ATF 145 V 2 consid. 5.3.1 ; 138 V 457 consid. 3.1). Lorsque la personne assurée se trouve proche de l'âge de la retraite, il faut se demander si, de manière réaliste et en appréciant la situation dans son ensemble, celle-ci est en mesure d'exploiter économiquement sa capacité de gain résiduelle (cf. art. 7 et 16 LPGA ; notamment : TF 9C_188/2019 du 10 septembre 2019 consid. 7.2) ; l'on ne saurait se fonder sur des possibilités de travail irréalistes (notamment : TF 9C_329/2015 du 20 novembre 2015 consid. 7.2 ; 9C_651/2008 du 7 octobre 2009 consid. 6.2.2.1). Concrètement, lorsqu'une personne assurée approche l'âge de la retraite, il convient de déterminer si un employeur potentiel consentirait objectivement à engager la personne assurée, compte tenu des activités qui restent exigibles de sa part en raison d'affections physiques ou psychiques, de l'adaptation éventuelle de son poste de travail à son handicap, de son expérience professionnelle et de sa situation sociale, de ses capacités d'adaptation à un nouvel emploi et du salaire et des contributions patronales à la prévoyance professionnelle obligatoire à verser (ATF 145 V 2 consid. 5.3.1 ; 138 V 457 consid. 3.1 ; TF 9C_188/2019 du 10 septembre 2019 consid. 7.2). En particulier, la mise en valeur économique de la capacité résiduelle de travail d'une personne dépend de la durée prévisible des rapports de travail, surtout lors d'un changement professionnel (ATF 138 V 457 consid. 3.2 ; TF 9C_437/2008 du 19 mars 2009 consid. 4.2 et réf. cit.).

E. 8.3.1

En l'espèce, l'autorité inférieure a soutenu que l'exigibilité des activités de substitution, évaluée au 7 janvier 2014 lorsque le recourant qui est né le (...) 1960, avait 54 ans, était donnée sur un marché du travail équilibré (OAIE pce 203). Pourtant, en vertu de la jurisprudence, le moment déterminant pour juger de l'utilisation de la capacité de travail (résiduelle) d'une personne assurée proche de l'âge de la retraite se situe au moment où il a été constaté, avec le degré de la vraisemblance prépondérante, que l'exercice (partiel) d'une activité était exigible d'un point de vue médical (ATF 145 V 2 consid. 5.3.1 ; 138 V 457 consid. 3.3 et 3.4 ; arrêts du TF 8C_305/2023 du 29 février 2024 consid. 5.4 ; 9C_839/2017

du 24 avril 2018 consid. 6.2 ; 9C_391/2017 du 27 novembre 2017 consid. 4.1 ; 9C_751/2013 du 6 mai 2014 consid. 4.5). En l'espèce, ce moment déterminant ne correspond donc pas au 7 janvier 2014, lorsque, selon le SMR, l'assuré aurait retrouvé une capacité de travail résiduelle. Au contraire, l'OAIE aurait dû considérer que la Dre F._____ n'a fixé cette capacité de travail que le 13 septembre 2022, par sa prise de position médicale de cette date (OAIE pce 282). A ce moment-là, l'assuré avait déjà 62 ans et 7 mois et il ne lui restait plus que très peu de temps pour poursuivre une activité lucrative, l'âge de la retraite étant en Suisse de 65 ans pour les hommes (cf. art. 21 al. 1 LAVS [RS 831.10]). En outre, il sied de tenir compte que l'assuré, à cause de son état de santé, ne pouvait plus exercer son activité habituelle et que la Dre F._____ a confirmé les limitations fonctionnelles retenues par le Dr R._____. Ainsi, l'activité adaptée ne devait pas exiger de rotations du tronc, de travail avec les bras au-dessus de la tête, de positions penchée, accroupie et à genoux exclues, de port de charges de plus de 5 kg, de marche en terrain irrégulier, de tâches qui exigent de monter sur une échelle ou un échafaudage ni qui exigent de la rapidité dans leur exécution, d'exposition au froid, à l'humidité, aux intempéries ou au stress (OAIE pce 202). Par conséquent, à l'instar du recourant, le Tribunal est d'avis que compte tenu de l'âge de l'assuré, de ses limitations fonctionnelles, son absence du marché de travail depuis janvier 2014 ainsi que son absence de formation, il est non seulement peu probable qu'un employeur aurait engagé l'assuré mais encore douteux qu'il aurait pu reprendre une activité professionnelle adaptée.

E. 8.3.2

Plus encore, il sied de prendre en compte que l'OAIE devrait compléter l'instruction de la demande de prestations par une expertise médicale bidisciplinaire, voire pluridisciplinaire. Or, il apparaît d'emblée que l'assuré qui a déjà atteint l'âge de la retraite le (...) 2025, ne pourra plus exploiter une éventuelle capacité de travail résiduelle lorsque celle-ci sera établie avec le degré de la vraisemblance prépondérante dans le futur par les experts médicaux.

E. 8.3.3

Pour toutes ces raisons, le renvoi du dossier pour examens complémentaires n'est donc pas justifié (cf. arrêts du TF 9C_751/2013 du 6 mai 2014 consid. 4.5 ; 9C_940/2012 du 12 décembre 2013 consid. 5.3 ; arrêts du TAF C-1834/2019 du 10 février 2022 consid. 8.3 ; C-5301/2016 du 26 avril 2019 consid. 13.2 et réf. cit.).

E. 9.1

Conformément à la jurisprudence, lorsqu'il est comme en l'occurrence établi que l'assuré ne peut plus exploiter sa capacité de travail résiduelle sur le plan économique, celui-ci présente une invalidité totale (ATF 138 V 457 consid. 3.1 et 3.4 ; voir arrêts du TF 9C_437/2008 du 19 mars 2009 consid. 4.3 et 4.4 ; I 831/05 du 21 août 2006 consid. 4.1.1). En effet, lors du calcul du taux d'invalidité, aucun revenu d'invalidité ne peut être pris en compte (arrêt du TAF C-3490/2007 du 12 avril 2018 consid. 9.9).

E. 9.2

Ce taux d'invalidité totale donne droit à une rente d'invalidité entière. En vertu des art. 28 al. 1 let. b et 29 al. 1 LAI, le droit à la rente est né le 1er février 2015, soit six mois après le dépôt de la demande de prestations (cf. 29 al. 1 LAI), qui a été introduite selon la demande du 4 juillet 2014 (cf. consid. B.b) et après le délai d'attente d'une année de l'art. 28 al. 1 let. b LAI, lequel a débuté le 7 janvier 2014 avec l'incapacité de travail totale de l'assuré de

poursuivre son activité habituelle. Toutefois, l'assuré ayant perçu des indemnités journalières AI jusqu'au 31 janvier 2016 (cf. consid. B.b), le droit à la rente ne peut prendre naissance qu'à partir du 1er février 2016 conformément à l'art. 29 al. 2 LAI.

E. 10

Au regard de tout ce qui précède, le recours est admis et la décision du 14 octobre 2022 annulée. Le recourant a droit à une rente d'invalidité entière dès le 1er février 2016. Le dossier est transmis à l'OAIE afin qu'il fixe le montant de la rente à verser. Il déterminera, de plus, s'il y a lieu d'allouer des intérêts moratoires au sens de l'art. 26 al. 2 LPGA. L'autorité inférieure rendra ensuite de nouvelles décisions.

E. 11.1

Il n'est pas perçu de frais de procédure puisque le recourant a obtenu gain de cause (cf. art. 63 al. 1 PA). L'avance de frais de 800 francs que l'assuré a versé (cf. TAF pce 12) lui sera remboursée dès l'entrée en force du présent arrêt. L'OAIE, en tant qu'autorité, ne doit pas non plus participer aux frais (art. 63 al. 2 PA).

E. 11.2

Conformément aux art. 64 al. 1 PA et 7 al. 1 du règlement concernant les frais, dépens et indemnités fixés par le Tribunal fédéral administratif (FITAF, RS 173.320.2), le Tribunal peut allouer à la partie ayant entièrement ou partiellement obtenu gain de cause une indemnité pour les frais indispensables et relativement élevés qui lui ont été occasionnés (art. 64 al. 1 et 2 PA en relation avec l'art. 7 al. 1 et 4 FITAF). A défaut d'autres indications, les honoraires du représentant sont fixés sur la base du dossier, soit, selon l'appréciation de l'autorité, en raison de l'importance et de la difficulté du litige, ainsi que d'après le travail et le temps que le représentant a dû y consacrer (art. 10 et 14 FITAF). En l'espèce, le recourant a agi par l'intermédiaire d'un avocat n'ayant pas produit de note d'honoraires. Au vu de l'issue de la procédure et du travail de ce dernier, le Tribunal lui alloue à charge de l'inférieure, une indemnité de dépens qu'il est équitable de fixer à 2'800 francs. (le dispositif se trouve à la page suivante)

E. 14

octobre 2022 aux motifs que l'assuré présente une incapacité de travail totale dans la dernière activité exercée, soit de carreur, mais qu'en revanche, l'incapacité de travail dans l'exercice d'une activité de substitution respectant les limitations fonctionnelles est de 30%. La diminution de la capacité de gain est de 36% (OAIE pce 283). C. C.a Par acte du 17 novembre 2022, l'intéressé a interjeté, par l'entremise de son conseil, recours contre la décision du 14 octobre 2022 de l'autorité inférieure par-devant le Tribunal administratif fédéral (ci-après : le Tribunal) et conclu à l'annulation de la décision attaquée et à l'octroi d'une rente d'invalidité entière. En outre, il a requis l'assistance judiciaire (TAF pce 1). C.b Par ordonnance du 23 novembre 2022, le Tribunal a invité le recourant à remplir le formulaire « Demande d'assistance judiciaire » en y joignant les moyens de preuve et à le retourner au Tribunal dans un délai fixé au 9 janvier 2023 (TAF pce 2). C.c Par décision incidente du 27 janvier 2023, le Tribunal a rejeté la demande d'assistance judiciaire du recourant et l'a invité à verser une avance sur les frais de procédure présumés de 800 francs dans les 30 jours dès réception de ladite décision incidente, sous peine d'irrecevabilité du recours (TAF pce 5). Le montant a été versé dans le délai prolongé au 4 avril 2023 (TAF pces 8, 10 et 12).

C-5284/2022 Page 5 C.d Par réponse du 20 avril 2023, l'autorité inférieure a conclu au rejet du recours et à la confirmation de la décision attaquée et produit une copie des actes du dossier de l'assureur perte de gain, soit de L'Assurance D._____ (TAF pce 16). C.e Par réplique du 25 mai 2023, l'intéressé a persisté dans ses précédentes conclusions (TAF pce 18). C.f Par duplique du 7 juin 2023, l'autorité inférieure a réitéré ses conclusions tendant au rejet du recours et à la confirmation de la décision attaquée (TAF pce 20). C.g Par ordonnance du 9 juin 2023, le Tribunal a signalé aux parties que l'échange d'écritures est en principe clos, sous réserve d'autres mesures d'instruction (TAF pce 21). C.h Par correspondance du 2 juin 2025, le Tribunal a invité l'autorité inférieure à lui transmettre, jusqu'au 3 juillet 2025, une copie de l'extrait du compte individuel du recourant, lequel ne figurait pas dans le dossier de l'OAIE (TAF pce 22). Par correspondance du 5 juin 2025, l'autorité inférieure a transmis la pièce requise (TAF pce 23). D. Les autres faits et arguments pertinents de la cause sont retranscrits et examinés, en tant que de besoin, dans les considérants qui suivent. Droit : 1. Le Tribunal administratif fédéral est compétent pour connaître du présent recours (art. 31, 32 et 33 let. d LTAF ; art. 69 al. 1 let. b LAI [RS 831.20]). Dans la mesure où le recourant est directement touché par la décision attaquée et a un intérêt digne d'être protégé à ce qu'elle soit annulée ou modifiée, il a qualité pour recourir (art. 59 LPGA [RS 830.01] et 48 al. 1 PA [RS 172.021]). Déposé en temps utile et dans les formes requises par la loi (art. 60 LPGA et 50 al. 1 PA ; art. 52 al. 1 PA), et l'avance sur les frais de procédure ayant été dûment acquittée (art. 63 al. 4 PA), le recours est recevable. Selon l'art. 37 LTAF, la procédure devant le Tribunal est régie par la PA, pour autant que la LTAF n'en dispose pas autrement. En vertu de l'art. 3 let. dbis PA, la procédure en matière d'assurances sociales n'est pas régie par la PA dans la mesure où la LPGA est applicable. A cet égard,

C-5284/2022 Page 6 conformément à l'art. 2 LPGA, en relation avec l'art. 1 LAI, les dispositions de la LPGA s'appliquent à l'assurance-invalidité à moins que la LAI ne déroge expressément à la LPGA. 2. Le litige porte sur le droit du recourant à une rente d'invalidité suisse. 3. 3.1 La procédure dans le domaine des assurances sociales fait prévaloir la maxime inquisitoire (art. 43 LPGA ; ATF 138 V 218 consid. 6). Ainsi, le Tribunal administratif fédéral définit les faits et apprécie les preuves d'office et librement (art. 12 PA). Ce faisant, il ne tient pour existants que les faits qui sont prouvés, cas échéant au degré de la vraisemblance prépondérante (ATF 139 V 176 consid. 5.2 ; 138 V 218 consid. 6). Par ailleurs, il applique le droit d'office, sans être lié par les motifs invoqués par les parties (art. 62 al. 4 PA ; ATAF 2013/46 consid. 3.2), ni par l'argumentation juridique développée dans la décision entreprise (PIERRE MOOR/ETIENNE POLTIER, Droit administratif, Volume II, Les actes administratifs, 3e éd. 2011, ch. 2.2.6.5 p. 300 s. ; BENOÎT BOVAY, Procédure administrative, 2e éd. 2015, p. 243). L'autorité saisie se limite en principe aux griefs soulevés et n'examine les questions de droit non invoquées que dans la mesure où les arguments des parties ou le dossier l'y incitent (ATF 122 V 157 consid. 1a ; 121 V 204 consid. 6c ; ANDRÉ MOSER et al., Prozessieren vor dem Bundesverwaltungsgericht, 3e éd. 2022, p. 29 n. 1.55). 3.2 Au moment du dépôt de la demande de prestations AI, le recourant était domicilié en Suisse. En cours de procédure, soit le 3 octobre 2017, il a quitté la Suisse pour le Portugal. Ainsi, c'est à raison que l'OAIE a repris l'instruction du dossier dès le mois d'octobre 2017 (art. 40 al. 2quater RAI [RS 831.201]). 4. 4.1 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). Lors d'un changement de législation durant la période déterminante, le droit éventuel à des prestations se détermine selon l'ancien droit pour la

C-5284/2022 Page 7 période antérieure et selon le nouveau dès ce moment-là (application pro rata temporis ; ATF 130 V 445). 4.1.1 L'affaire présente un aspect transnational, dans la mesure où le recourant est un ressortissant portugais, domicilié au Portugal, ayant travaillé en Suisse et demandant l'octroi d'une rente AI. Sont dès lors applicables à la présente cause, l'accord du 21 juin 1999 sur la libre circulation des personnes (ALCP, RS 0.142.112.681), ses annexes et règlements (en particulier : 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]) et 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]). Toutefois, l'invalidité ouvrant droit à des prestations de l'assurance-invalidité suisse se détermine exclusivement d'après le droit suisse (art. 46 al. 3 du règlement n° 883/2004, en relation avec son annexe VII ; ATF 130 V 253 consid. 2.4 ; arrêt du TF 9C_573/2012 du 16 janvier 2013 consid. 4). 4.1.2 Dans le cadre du « développement continu de l'AI », la LAI, le RAI et la LPGA, notamment, ont été modifiés avec effet au 1er janvier 2022 (RO 2021 705 ; FF 2017 2363). Compte tenu cependant du principe de droit intertemporel prescrivant l'application des dispositions légales qui étaient en vigueur lorsque les faits juridiquement déterminants se sont produits (ATF 148 V 174 consid. 4.1 ; 144 V 210 consid. 4.3.1), le droit matériel applicable reste, en l'occurrence, celui qui était en vigueur jusqu'au 31 décembre 2021, dès lors que le droit à la rente a pris naissance avant cette date (arrêt du TF 8C_152/2023 du 14 novembre 2023 consid. 3.1 ; voir supra consid. B. a et infra consid. 5.2 concernant la naissance du droit à la rente). 4.2 Le juge des assurances sociales apprécie la légalité des décisions attaquées, en règle générale, d'après l'état de fait existant jusqu'au moment où la décision litigieuse a été rendue (en l'espèce le 14 octobre 2022). Les faits survenus postérieurement, et qui ont modifié cette situation, doivent normalement faire l'objet d'une nouvelle décision administrative (ATF 132 V 215 consid. 3.1.1 ; 130 V 445 consid. 1.2 ; 121 V 362 consid. 1b). Ils doivent néanmoins être pris en considération lorsqu'ils sont étroitement liés à l'objet du litige et de nature à influencer l'appréciation au moment où la décision attaquée a été rendue (arrêt du TF 9C_34/2017 du 20 avril 2017 consid. 5.2 et les réf. cit.).

C-5284/2022 Page 8 5. 5.1 Tout requérant, pour avoir droit à une rente de l'AI suisse, doit compter, lors de la survenance de l'invalidité, trois années de cotisations au moins (art. 36 al. 1 LAI ; cf. TAF pce 23), et remplir les conditions cumulatives suivantes (art. 28 al. 1 LAI) : sa capacité de gain ou sa capacité d'accomplir ses travaux habituels ne peut pas être rétablie, maintenue ou améliorée par des mesures de réadaptation raisonnablement exigibles (let. a) ; il a présenté une incapacité de travail (art. 6 LPGA) d'au moins 40% en moyenne durant une année sans interruption notable (let. b) ; 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). En outre, le droit ne prend pas naissance tant que l'assuré peut faire valoir son droit à une indemnité journalière au sens de l'art. 22 (art. 29 al. 2 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

C-5284/2022 Page 9 jurisprudence constante, bien que l'invalidité soit une notion juridique et économique, les données fournies par les médecins constituent néanmoins un élément utile pour apprécier les conséquences de l'atteinte à la santé et pour déterminer quels travaux peuvent être encore raisonnablement exigés (ATF 115 V 133 consid. 2 ; 114 V 310 consid. 3c). 6. 6.1 Pour pouvoir déterminer la capacité de travail médico-théorique et évaluer l'invalidité de la personne concernée, l'administration, ou le tribunal en cas de recours, a besoin de documents que le médecin ou éventuellement d'autres spécialistes doivent lui fournir (ATF 117 V 282 consid. 4a) et sur lesquels elle s'appuiera, sous peine de violer le principe inquisitoire (arrêts du TF 8C_623/2012 du 6 décembre 2012 consid. 1). Le Tribunal fédéral a jugé que les données fournies par les médecins constituent un élément utile pour apprécier les conséquences fonctionnelles de l'atteinte à la santé, quand bien même la notion d'invalidité est de nature économique/juridique et non médicale. Précisément, la tâche des médecins consiste à porter un jugement sur l'état de santé et à indiquer dans quelle mesure et pour quelles activités la personne concernée est incapable de travailler, compte tenu de ses limitations (ATF 143 V 418 consid. 6 ; 132 V 93 consid. 4 ; 125 V 256 consid. 4 ; 115 V 133 consid. 2 ; 114 V 310 consid. 3c ; 105 V 156 consid. 1 ; voir également ATF 140 V 193 consid. 3.2 et les réf. cit.). 6.2 Le principe de la libre appréciation des preuves s'applique de manière générale à toute procédure de nature administrative, que ce soit devant l'administration ou le juge. La jurisprudence a toutefois posé des lignes directrices en matière d'appréciation des rapports médicaux (ATF 125 V 351 consid. 3b et 3c). L'élément déterminant pour reconnaître pleine valeur probante à un rapport médical n'est ni son origine, ni sa désignation, mais son contenu. Ainsi, avant de conférer pleine valeur probante à un rapport médical, il convient de s'assurer que les points litigieux importants ont fait l'objet d'une étude circonstanciée, que le rapport se fonde sur des examens complets, qu'il prend également en considération les plaintes exprimées par la personne examinée, qu'il a été établi en pleine connaissance de l'anamnèse, que la description du contexte médical et l'appréciation de la situation médicale sont claires et enfin que les conclusions du médecin sont dûment motivées (ATF 134 V 231 consid. 5.1 ; 125 V 351 consid. 3a). La valeur probante d'un rapport médical ou d'une expertise est de plus liée à la condition que

C-5284/2022 Page 10 le médecin qui se prononce dispose de la formation spécialisée nécessaire et de compétences professionnelles dans le domaine d'investigation (arrêts du TF 9C_555/2017 du 22 novembre 2017 consid. 3.1 et les réf. cit. ; 9C_745/2010 du 30 mars 2011 consid. 3.2 ; 9C_59/2010 du 11 juin 2010 consid. 4.1 ; MICHEL VALTERIO, Commentaire, Loi fédérale sur l'assurance-invalidité [LAI], 2018, art. 57 n° 33). 6.3 Concernant les rapports des médecins rattachés à un assureur, tels que les prises de position du service médical de l'OAIE, il sied de relever que le fait précisément que ces médecins soient liés à l'assureur ne permet pas, pour ce seul motif, de douter de l'objectivité de leurs appréciations. La valeur probante de tels rapports dépend bien plutôt de leur contenu. Selon la jurisprudence, il n'est donc pas interdit aux tribunaux de se fonder uniquement ou principalement sur les rapports des médecins rattachés aux assureurs, mais, en de telles circonstances, l'appréciation des preuves est soumise à des exigences sévères : ainsi ces rapports doivent-ils être jugés pertinents, compréhensibles et cohérents pour avoir valeur de preuve ; en outre, il ne doit pas exister d'indice suffisant plaidant contre leur fiabilité. Une instruction complémentaire sera dès lors requise s'il subsiste des doutes, même minimes, quant au bien-fondé, à la fiabilité et à la pertinence de ces rapports (ATF 139 V 225 consid. 5.2 ; 135 V 465 consid. 4.4 ; 125 V 351 consid. 3b/ee ; 122 V 157 consid. 1d ; MICHEL VALTERIO, op. cit., art. 57 LAI n° 43). Les prises de position du service médical de l'OAIE ne se fondent pas sur des examens médicaux effectués sur la personne et ne posent pas de nouvelles conclusions médicales ; elles portent une appréciation sur celles déjà existantes (arrêts du TF 9C_542/2011 du 26 janvier 2012 consid. 4.1 ; 9C_581/2007 du 14 juillet 2008 consid. 3.2 ; 9C_341/2007 du 16 novembre 2007 consid. 4.1). Elles ont notamment pour but de faire une recommandation, sous l'angle médical, concernant la suite à donner à la demande de prestations. Ceci implique aussi, en présence de pièces médicales contradictoires, de dire de façon motivée s'il y a lieu de se fonder sur l'une ou l'autre de ces pièces ou s'il y a lieu de procéder à une instruction complémentaire (ATF 142 V 58 consid. 5.1). De telles prises de position, pour avoir valeur probante, ne peuvent suivre les conclusions d'un médecin sans établir les raisons pour lesquelles les conclusions différentes d'autres médecins ne sont pas suivies (ATF 137 V 210 consid. 6.2.4 ; MICHEL VALTERIO, op. cit., art. 57 LAI n° 43). Si les pièces au dossier ne permettent pas de trancher les questions contestées, les prises de position médicales internes de l'assureur ne peuvent pas, en général, constituer une évaluation finale, mais doivent donner lieu à une instruction

C-5284/2022 Page 11 complémentaire (arrêts du TF 9C_165/2015 du 12 novembre 2015 consid. 4.3 ; 9C_58/2011 du 25 mars 2011 consid. 3.3 ; arrêt du TAF C-2843/2016 du 30 mai 2018 consid. 8.2). 7. 7.1 En l'espèce, le recourant a déclaré être en incapacité de travail entière dès le mois de janvier 2014 en raison des douleurs dorsales et déposé une demande de prestations AI en juillet 2014 auprès de l'OAI-B._____ (OAIE pce 4). Par décision du 6 février 2018, l'OAI-B._____ a rejeté la demande de l'intéressé aux motifs qu'il est en mesure d'exercer une activité adaptée à 70% et que le degré d'invalidité de 36% ne donne pas droit à une rente d'invalidité (cf. OAIE pce 125). Par arrêt du 5 mai 2018, le Tribunal cantonal E._____ a annulé la décision de l'OAI-B._____ et confirmé la compétence de l'OAIE pour une reprise de l'instruction dès octobre 2017, en raison du départ de l'intéressé pour le Portugal à cette date-là (OAIE pce 130). A l'issue de cette instruction, l'OAIE a rendu une décision de refus de rente le 14 octobre 2022 au motif que l'incapacité de travail dans l'exercice d'une activité adaptée respectant les limitations fonctionnelles est de 30% avec une diminution de la capacité de gain de 36% (OAIE pce 283). 7.2 Au dossier figurent

les rapports médicaux pertinents ci-dessous. 7.2.1 Le compte-rendu de l'IRM de la colonne lombaire du 10 janvier 2014 conclut à un rétrécissement intra-foraminal de la racine L5 des deux côtés au niveau L5-S1 sur antérolithésis avec spondylolyse des deux côtés (OAIE pce 25 p. 18). Selon le rapport médical du 3 février 2014 du Dr G. _____ (ci-après : Dr G. _____), neurologue, l'intéressé présente une irritation radiculaire L5 gauche qui ne s'accompagne pas de lésion objectivable à l'examen clinique ou à l'EMG. Le Dr G. _____ recommande un traitement conservateur (OAIE pce 25 p. 17). 7.2.2 Dans son rapport médical du 15 mai 2014, le Dr H. _____ (ci- après : Dr H. _____) médecin-chef adjoint à la Clinique de chirurgie orthopédique de l'Hôpital cantonal I. _____ (ci-après : I. _____) et FMH chirurgie orthopédique, indique qu'en raison de l'échec du traitement conservateur, une intervention chirurgicale en vue d'une décompression par laminectomie L5 et spondylodèse de L5-S1 avec vis et barres et la mise en place d'une cage en L5-S1 est fixée pour le 16 juin 2014 (OAIE pce 25 p. 16). Par correspondance du 23 juin 2014, l'I. _____ a transmis à la Dre J. _____ (ci-après : Dre J. _____), médecin généraliste, une

C-5284/2022 Page 12 lettre définitive de sortie ainsi que le protocole opératoire (OAIE pce 25 pp. 11-15). Selon le rapport de consultation du 14 août 2014, le Dr G. _____ retient le diagnostic du status post-spondylodèse L5-S1 par système URS (Unified Rod System), décompression par laminectomie L5 et PLIF (Posterior Lumbar Interbody Fusion) L5-S1 par la droite avec cage OLIF (Oblique Lateral Interbody Fusion) le 16 juin 2014 pour des lombosciatalgies non déficitaires dans le territoire L5 gauche sur antérolithésis de L5 sur S1 grade II selon Meyerding sur lyse isthmique bilatérale avec sténose foraminale bilatérale L5-S1. À l'issue de l'examen clinique, le Dr G. _____ conclut en substance que malgré la persistance des douleurs au niveau du dos, l'évolution est plutôt favorable à 2 mois postopératoires (OAIE pce 25 pp. 9-10). Dans son rapport de consultation postopératoire du 16 octobre 2014, le Dr G. _____ indique que malgré les douleurs résiduelles lombaires, l'évolution est lentement favorable avec une diminution des douleurs dans les jambes et qu'actuellement, l'intéressé présente plutôt une douleur au niveau des sacro-iliaques des deux côtés pouvant être due à une surcharge de ces dernières suite à la spondylodèse L5-S1 (OAIE pce 25 pp. 7-8). Lors de ces deux consultations, le Dr G. _____ se réfère à des radiographies de la colonne lombaire (face/profil) en indiquant en substance un bon positionnement du matériel de spondylodèse, sans déplacement secondaire et sans signe de descellement. 7.2.3 Dans ses rapports médicaux du 11 décembre 2014, la Dre J. _____, retient le diagnostic, avec effet sur la capacité de travail, d'antérolithésis L5 sur S1 sur lyse isthmique (connu depuis 2011) avec sténose foraminale et spondylodèse L5-S1 et laminectomie L5, PLIF L5- S1, le 16 juin 2014 ainsi que les diagnostics, sans effet sur la capacité de travail, d'hypertension artérielle (existant depuis 2014) et du syndrome d'apnée du sommeil. Au constat médical, la Dre J. _____ indique une boiterie à la marche, des douleurs dorsolombaires et contractures para- lombaires des deux côtés. En outre, la Dre J. _____ retient que l'activité habituelle n'est plus exigible et qu'une activité adaptée est possible dès janvier 2015, à 100%, dans le respect des limitations fonctionnelles d'épargne du rachis, à savoir alternance des positions assise et debout, éviter les positions à genoux et l'inclinaison du buste, pas de port de charges supérieures à 10 kg (OAIE pces 24 et 25 pp. 1-4). 7.2.4 Invité à se prononcer sur l'état de santé de l'assuré, le Dr C. _____ indique dans son appréciation du 8 janvier 2015 que l'intéressé présente des troubles dégénératifs du rachis lombaire traité chirurgicalement par une spondylodèse il y a un peu plus de 6 mois et que l'évolution est

C-5284/2022 Page 13 lentement favorable sur le plan clinique et satisfaisante sur le plan radiologique. Le Dr C._____ retient que l'activité de carreleur ne sera définitivement plus exigible dans cette situation et qu'un reclassement professionnel doit être envisagé rapidement, vers une activité légère, sans port de charges supérieures à 10 kg, sans position statique en porte-à-faux du rachis lombaire et permettant l'alternance des positions assise et debout. Enfin, selon le Dr C._____, bien que la situation ne soit pas complètement stabilisée et qu'il persiste des douleurs, il n'y a pas de contre-indication médicale à la reprise immédiate d'une activité pour autant qu'elle respecte les limitations fonctionnelles (OAIE pce 26). Dès novembre 2014, l'OAI-B._____ a mis en place des mesures d'intervention précoce, en particulier des cours de langue française pour la période du 25 novembre 2014 au 19 mars 2015 (OAIE pces 23 et 31). 7.2.5 L'assureur perte de gain a mis en place une expertise rhumatologique. Selon le rapport d'expertise rhumatologique du 8 juin 2015, établi par la Dre K._____ (ci-après : Dre K._____), FMH médecine interne et rhumatologie et experte médicale SIM, l'intéressé présente des lombalgies résiduelles avec discrète atteinte séquellaire radiculaire (M54.4) sur syndrome lombaire après spondylodèse L5-S1 par système URS, décompression par laminectomie L5 et décompression bi- foraminale, PLIF L5-S1 par la droite avec cage OLIF (H8, D22, 0°) le 16 juin 2014 pour spondylolisthésis et canal lombaire étroit foraminaux L5 bilatéral, racine conjointe L5 gauche ; trouble statique du rachis (hyperlordose lombaire basse, projection antérieure, discrète scoliose) ; spondylarthrose étagée ; raccourcissements musculaires étagés (TAF pce

E. 16

annexe n°2 p. 23/24). En outre, la Dre K._____ rapporte que l'intéressé ne prend plus de médicament et estime qu'il pourrait tout à fait se contenter d'une bonne qualité de vie dans sa situation actuelle, pour autant qu'on le laisse rentrer au Portugal. Enfin, la Dre K._____ déclare qu'elle n'est pas convaincue que d'entreprendre des mesures de réadaptation en Suisse chez un assuré certes collaborant mais éloigné de sa famille ne donne un résultat favorable pour une réinsertion, étant donné son isolement social ici et sa requête prioritaire de pouvoir rejoindre sa famille dans son pays (TAF pce 16 annexe n° 2 p. 21/24). 7.2.6 En outre, l'intéressé a bénéficié d'une mesure d'orientation et de préparation dans une activité adaptée auprès du Centre d'évaluation L._____ à (...) du 3 août au 1er novembre 2015 au taux de 70% (OAIE pce 38) ainsi que d'un placement du 2 novembre 2015 au 31 janvier 2016 au taux de 70% (OAIE pce 43). Les rapports établis à l'issue de ces mesures font état d'une bonne capacité d'adaptation et d'une souplesse face aux divers changements d'activités. Les activités réalisées (par ex. mise sous pli de différents documents, insertion de platines dans des chargeurs, montage et remplissage de boîtes de chocolat, dévissage de petites pièces, montage de boîtes d'allumettes, collage de chocolats sur des documents publicitaires, diverses mises sous pli et montage de mappes) sont d'une qualité élevée, rendement variant selon les activités entre 70% et 100%. En outre, il est indiqué que par souci de fournir un travail de qualité, l'intéressé préfère des travaux simples et répétitifs, ne demandant pas trop de concentration et motricité fine, mais il parvient tout de même à exécuter des tâches plus compliquées, telles que le montage des boîtes, cette activité demandant de la concentration ainsi que de la motricité fine, et il a montré des compétences dont il ne se doutait pas lui-même. Dans l'ensemble, il ressort de ces rapports que l'intéressé s'est pleinement investi dans ces mesures de préparation d'une durée totale de six mois et a appris à gérer son handicap, en particulier en apprenant quand il faut alterner les positions assise et debout pour chaque activité effectuée. En outre, il ressort de ces

rapports que le principal obstacle rencontré lors de ces mesures ainsi que les stages effectués est la méconnaissance de la langue française (OAIE pces 46 et 56). 7.2.7 Selon le rapport du premier entretien du service de placement professionnel du 15 février 2016 de l'OAI-B. _____, l'intéressé est inscrit au chômage (OAIE pce 59). A cette même date, l'intéressé a transmis à

C-5284/2022 Page 15 l'OAI-B. _____ plusieurs documents, en particulier, le certificat médical, adressé à la Caisse publique de chômage du canton M. _____, du 1er février 2016 de la Dre J. _____, indiquant que l'assuré est à nouveau apte au travail dès le 1er février 2016 (OAIE pce 52). Dans sa prise de position du 18 février 2016, le Dr C. _____ indique que les six mois de stage ont confirmé l'aptitude de l'assuré à travailler à 70%, le principal obstacle à la réintégration du marché du travail étant sa méconnaissance du français. En outre, le Dr C. _____ estime que le rapport d'expertise rhumatologique du 8 juin 2015, définissant les limitations fonctionnelles et l'exigibilité médicale à 70%, remplit les critères de qualité requis d'une expertise médicale et que ses conclusions peuvent par conséquent être suivies (OAIE pce 27). Selon l'extrait de compte individuel du 5 juin 2025, l'intéressé a bénéficié des indemnités de chômage de février 2016 à septembre 2017 (cf. TAF pce 23). Cela ressort également du « questionnaire à l'assuré (e) » rempli par le recourant le 21 janvier 2019 (OAIE pce 155 p. 6). 7.2.8 Par correspondance du 5 août 2016, l'intéressé a informé l'OAI- B. _____ d'une péjoration de l'état de sa santé (OAIE pce 70). Dans son rapport de contrôle postopératoire du 1er décembre 2016, le Dr N. _____ (ci-après : Dr N. _____), FMH spécialiste en neurochirurgie, mentionne avoir opéré l'assuré le 12 octobre 2016 pour une ablation de matériel (vis pédiculaire L5 et S1 à droite) et indique que depuis l'opération, l'intéressé réfère une nette amélioration des irradiations sciatiques du côté droit, avec une persistance des douleurs lombaires qui sont aussi légèrement améliorées. Le Dr N. _____ relève que l'intéressé est content du résultat et a pu réduire les doses des médicaments, en particulier l'Irfen qu'il ne prend maintenant qu'une fois par jour. Le Dr N. _____ constate que la cicatrice est bien guérie, que le Lasègue est négatif et qu'il persiste un déficit sensitif S1 du côté gauche. Enfin, le Dr N. _____ déclare que l'assuré présente une amélioration clinique suite à l'ablation du matériel de spondylodèse du côté droit et qu'il n'a pas besoin de le revoir (OAEI pce 82). Dans son avis médical du 4 avril 2017, le Dr C. _____ indique que le rapport médical du Dr N. _____ du 1er décembre 2016 ne remet pas en cause la capacité de travail médico-théorique de l'assuré (OAIE pce 85). Dans son rapport médical du 2 octobre 2017, le Dr G. _____ retient les diagnostics de status après cures de hernies discales et de probable métatarsalgie de Morton à droite et rapporte que l'intéressé présente des douleurs de la partie externe du pied qui irradient dans les orteils 3 à 5 et quelques sciatalgies. A l'issue de son examen, le Dr G. _____ retient que l'intéressé présente une irritation résiduelle L5/S1, qu'en périphérie, il

C-5284/2022 Page 16 n'existe en revanche pas de lésion neurogène et que les douleurs du pied sont probablement l'expression d'une meralgia paresthetica. Enfin, le Dr G. _____ recommande une infiltration locale (OAIE pce 101). 7.3 En juin 2018, l'OAIE reprend l'instruction du dossier médical de l'intéressé pour raison de compétence (cf. OAIE pce 134). A cet égard, l'autorité inférieure a invité l'intéressé à produire tous les rapports médicaux en sa possession dès le mois d'octobre 2017 (OAIE pces 137 et 140) et a dès lors recueilli les pièces ci-dessous. 7.3.1 Dans son rapport médical du 9 juillet 2018, le Dr O. _____ (ci- après : Dr O. _____), chirurgien général, déclare avoir examiné l'intéressé

en juillet 2015, lequel se plaignait de la réapparition des douleurs lombaires qui avaient disparu depuis son opération de la colonne vertébrale en juin 2014, et indique que lors de la consultation du 9 juillet 2018, l'intéressé a réitéré les mêmes plaintes de douleurs lombaires bilatérales postérieures. Enfin, le Dr O. _____ note que l'intéressé est inapte au travail (OAIE pce 148). Dans son rapport médical du 24 septembre 2018, le Dr P. _____ (ci-après : Dr P. _____), médecin de spécialisation inconnue, fait un petit résumé de la situation médicale de l'intéressé et indique que ce dernier se plaint actuellement de douleurs lombaires mécaniques et d'une raideur lombaire, sans radiculopathie, et mentionne une grande difficulté à accomplir des tâches qui exigent des efforts physiques l'obligeant à soulever des objets de plus de 10 kg ainsi qu'à effectuer des mouvements de flexion-extension et de rotation de la colonne lombaire. A l'examen physique, le Dr P. _____ constate une distance doigts-sol de 30 cm, un signe de Lasègue négatif et des réflexes ostéotendineux normaux et symétriques. Le Dr P. _____ note que n'ayant accès à aucun examen radiologique récent, il ne peut pas se prononcer sur l'état actuel de l'arthrodèse. Enfin, selon le Dr P. _____, il est compréhensible qu'une personne de 59 ans ayant subi une arthrodèse lombaire soit incapable d'exercer sa profession (OAIE pce 149).

7.3.2 Il ressort du compte-rendu de la radiologie de la colonne lombaire du

E. 19

octobre 2018 qu'entre L1 et L4, aucune modification significative n'est observée au niveau de la hauteur des espaces intersomatiques, les trous de conjugaison étant bien calibrés et qu'il est observé une arthrose inter-facettaire apparente, avec réduction de l'amplitude des trous de conjugaison au niveau L4-L5 ainsi qu'au niveau L5-S1, des signes d'intervention chirurgicale, avec des vis trans-pédiculaires gauches, une barre de fixation postérieure et du matériel chirurgical dans l'espace intersomatique, associés à une antérolisthésis de L5 sur S1 – degré I de

C-5284/2022 Page 17 Meyerding avec déformation probable des trous de conjugaison (OAIE pce 150). Selon l'IRM du 19 octobre 2018, le canal vertébral est constitutionnellement large et le cône médullaire est positionné correctement. Au niveau L3-L4, il est constaté une protrusion postérieure à base large, qui entre en contact avec le sac thécal, associée à une arthrose hypertrophique des facettes articulaires et à un rétrécissement des trous de conjugaison. Au niveau L4-L5, il est observé une protrusion postérieure du disque, qui est en contact avec le sac thécal, associée à une arthrose hypertrophique marquée des facettes articulaires et à un rétrécissement des trous intervertébraux, prédominant à gauche à ce niveau. Au niveau L5-S1, il est constaté des signes d'intervention chirurgicale, avec des laminectomies bilatérales de L5 associées à la présence de vis trans-pédiculaires à gauche au niveau L5 et S1 et de matériel chirurgical dans l'espace intersomatique, qui conditionnent des artefacts de susceptibilité magnétique qui nuisent à la qualité des images ; une antérolisthésis de L5 sur S1 (degré I de Meyerding) et une déformation marquée et un rétrécissement des trous de conjugaison, de prédominance droite avec probable répercussion de la racine L5 de ce côté. Enfin, il est fait mention d'une altération de l'hétérogénéité du signal dans les tissus paravertébraux postérieurs à ce niveau, liée à l'intervention chirurgicale (OAIE pce 151 p. 1). Les conclusions du compte-rendu de la tomodensitométrie du 19 octobre 2018 sont presque identiques à celles de l'IRM de la même date, hormis l'observation indiquant la présence de calcifications athéromateuses aorto-iliaques (OAIE pce 151 p. 2). Dans son rapport médical manuscrit, non daté – consultation du 4 décembre 2018 selon le recourant (cf. OAIE pce

153) –, le Professeur-Docteur Q. _____ (ci-après : Prof. Q. _____), orthopédiste, chirurgien de la main, des membres supérieurs et de la colonne et micro-chirurgien, décrit uniquement le projet d'une troisième intervention chirurgicale fixé au 3 mars 2019 (OAIE pce 152). 7.3.3 Il ressort du rapport médical détaillé E 213 du 25 janvier 2019 – examen clinique du même jour – de la Dre J. _____ que l'intéressé présente des lombosciatiques droites avec déficit sensitif S1 et se plaint d'une péjoration de la douleur qui l'empêche de marcher plus de 1 km par rapport à l'examen précédent du 25 septembre 2017. La Dre J. _____ indique que l'intéressé peut effectuer des activités légères, moyennant des pauses supplémentaires et en évitant la flexion, le levage et le port de charges fréquent. Enfin, la Dre J. _____ indique que l'intéressé est en incapacité de travail tant dans son activité habituelle que dans une activité adaptée (OAIE pce 158). A cet égard, il convient de relever que le formulaire « rapport médical détaillé E 213 » est destiné à l'institution du

C-5284/2022 Page 18 pays de domicile de l'assuré et non pas aux médecins traitants. Par conséquent, ce rapport médical de la Dre J. _____ du 25 janvier 2019 doit être considéré comme un rapport médical établi par le médecin traitant. Invité à se prononcer sur l'état de santé du recourant, le Dr R. _____ (ci-après : Dr R. _____), FMH médecin généraliste, médecin du SMR et expert médical certifié SIM, indique dans sa prise de position du 24 février 2019 que les incapacités fonctionnelles mentionnées dans le rapport médical du 24 septembre 2018 n'excluent pas l'assuré, âgé de 59 ans et sous traitements adéquats, d'un travail correspondant à 70%. Le Dr R. _____ relève également que le rapport E 213 du 25 janvier 2019 décrit une autre situation clinique avec augmentation des douleurs et un déficit sensoriel dans le territoire de la racine S1, ce qui pourrait signifier une aggravation. Pour clarifier cette situation, le Dr R. _____ indique qu'un examen médical orthopédique et un examen neurophysiologique sont nécessaires (OAIE pce 162). 7.3.4 Selon le compte-rendu de l'électromyographie du 1er avril 2019, l'examen met en évidence une lésion neurogène chronique, de localisation préganglionnaire, sans signe d'activité, dans les muscles dépendants des myotomes L4-L5 bilatéralement, avec une gravité modérée, suggérant un engagement radiculaire à ces niveaux (OAIE pce 169). Les radiographies de la colonne cervico-dorso-lombaire du 1er avril 2019 ne contiennent pas de conclusions mais uniquement les résultats. A cet égard, au niveau de la colonne cervicale, il est indiqué une lordose cervicale préservée, une unco-sypondylodiscarthrose au niveau C5-C6 avec une diminution significative de l'amplitude de l'espace intersomatique, amplitude des autres espaces étant préservée. Au niveau de la colonne dorsale, il est indiqué des phénomènes discrets de spondylose prédominant dans la région intermédiaire de ce segment de la colonne vertébrale, aucune altération discale n'étant constatée avec cette technique de diagnostic. Enfin, au niveau de la colonne lombaire, il est fait état du maintien de la lordose lombaire, des phénomènes de spondylose généralisés, du dispositif chirurgical métallique fixé par des vis au niveau de L5 et S1 – en corrélation avec les antécédents médicaux – et de la diminution significative de l'amplitude de l'espace L5-S1, l'amplitude des autres espaces étant préservée (OAIE pce 170). Dans sa prise de position du 27 septembre 2019, le Dr R. _____ relève que l'examen neurophysiologique bilatéral du 1er avril 2019 de L4-L5 confirme une radiculopathie chronique, mais sans signe de dénervation active. Selon le Dr R. _____, les examens radiologiques joints – faisant référence vraisemblablement aux radiographies cervico-dorso-lombaire du 1er avril 2019 – ne permettent pas de confirmer une aggravation fonctionnelle, mais confirment les altérations

C-5284/2022 Page 19 dégénératives déjà connues de la colonne cervicale et lombaire. Enfin, le Dr R. _____ considère qu'un examen orthopédique est nécessaire à l'appui ou à la correction des conclusions du rapport médical du 25 janvier 2019, tout en précisant qu'il formule cette demande en particulier dans la perspective d'un éventuel reproche de la part de l'avocat de l'intéressé, selon lequel la situation clinique de l'assuré n'aurait pas été suffisamment approfondie (OAIE pce 173). 7.3.5 Selon le formulaire E 213 du 31 août 2020 – examen clinique effectué le 18 août 2020 par le Dr S. _____ (ci-après : Dr S. _____), médecin de spécialisation inconnue –, l'intéressé présente une raideur lombaire avec lombosciatalgies droites, une diminution de la force motrice et une hyporéflexie du membre inférieur droit, et la marche est sans altération. En outre, le Dr S. _____ retient que l'assuré est capable d'effectuer des travaux légers. En ce qui concerne la capacité de travail, le Dr S. _____ note que l'activité habituelle n'est plus exigible. Enfin, le Dr S. _____ n'a pas répondu aux questions relatives à l'exigibilité d'une activité adaptée (OAIE pce 192). Par courriel électronique du 7 septembre 2020, l'intéressé a transmis les images des radiographies du 1er avril 2019, ainsi que les comptes-rendus y relatifs (OAIE pces 188, 189 et 191), lesquels figuraient déjà au dossier. 7.3.6 Dans sa prise de position médicale du 9 octobre 2020, le Dr R. _____ indique que selon la documentation médicale reçue, soit le formulaire E 213 du 31 août 2020 et une copie des imageries médicales du 1er avril 2019, il ne voit pas d'autres diagnostics, ni d'autres limitations fonctionnelles que celles déjà constatées, en particulier aucune implication de la racine S1 comme initialement mentionné. Le Dr R. _____ maintient les incapacités de travail qu'il avait initialement fixées, soit une incapacité de travail entière, dès le 7 janvier 2014, dans l'activité habituelle et une incapacité de travail de 30% dans les activités de substitution dès le 7 janvier 2014 (OAIE pce 201). 7.4 Se fondant sur les prises de position du Dr R. _____, l'autorité inférieure a informé le recourant du rejet de sa demande de prestations AI par projet de décision du 4 novembre 2020. 7.5 Lors de la procédure d'audition, l'autorité inférieure a recueilli les rapports médicaux ci-dessous. 7.5.1 Dans son rapport médical du 22 février 2021, le Dr T. _____ (ci-après : Dr T. _____), médecin spécialiste et chef du service

C-5284/2022 Page 20 orthopédique, établit une brève anamnèse en mentionnant le projet d'intervention du Dr Q. _____ et l'avis médical du Dr P. _____ relatif à l'incapacité de travail de l'intéressé dans sa profession. Le Dr T. _____ rapporte également les résultats de l'IRM lombaire du 19 octobre 2018 et de l'EMG des membres inférieurs du 23 octobre 2018. Le Dr T. _____ énumère des limitations en dix points : 1. douleur persistante après les interventions chirurgicales, incapacité fonctionnelle, épisodes récurrents de sciatique bilatérale ; 2. difficulté lors de périodes de marche/station debout prolongées ; 3. grande difficulté à adopter des positions vicieuses, en particulier celles qui nécessitent une flexion ou une rotation de la colonne vertébrale ; 4. les limitations sont documentées par des examens diagnostiques complémentaires, avec persistance de sténose foraminale et atteinte radiculaire ; 5. difficulté à transporter des objets, même légers, en bois ; 6. aucune amélioration de son état clinique n'est à prévoir ; 7. en parfait accord avec l'avis du Dr P. _____, qui le considère inapte à exercer sa profession ; 8. il n'a pas exercé aucune activité professionnelle au Portugal ; 9. les séquelles entraînent une incapacité définitive à exercer des professions qui exigent des efforts, des périodes de marche/station debout prolongées, des positions assises et des positions vicieuses ; 10. le Dr T. _____ considère que l'intéressé ne remplit pas les conditions minimales pour exercer sa profession de maçon et, à ce titre, qu'il est inapte à exercer sa profession. De même son état clinique, caractérisé par des douleurs persistantes et une incapacité fonctionnelle, ne lui permet pas de se

réadapter à un autre type d'activité professionnelle et, à ce titre, il est inapte à exercer tout autre type d'activité professionnelle (OAIE pce 215). 7.5.2 Dans sa prise de position du 23 avril 2021, le Dr U. _____ (ci- après : Dr U. _____), FMH médecine interne, FMH rhumatologie et FMH médecin physique et réhabilitation, a listé et résumé les rapports médicaux suivants : l'IRM de la colonne lombaire du 10 janvier 2014, le rapport médical du Dr G. _____ du 3 février 2014, le rapport médical de la Dre J. _____ du 26 septembre 2014 – adressé à l'assurance perte de gain de l'intéressé –, les avis médicaux du Dr C. _____ des 8 janvier 2015, 18 février 2016 et 4 avril 2017, le rapport d'expertise du 8 juin 2015 de la Dre K. _____, le rapport médical du Dr O. _____ du 9 juillet 2018, le rapport médical du 24 septembre 2018 du Dr P. _____, les radiographies et IRM de la colonne lombaire du 19 octobre 2018, E 213 (recte : rapport médical) de la Dre J. _____ du 25 janvier 2019, le rapport médical du Prof. Q. _____ du 1er mars 2019 (recte : rapport de consultation du 4 décembre 2018), l'EMG et les radiographies de la colonne cervico-dorso- lombaire du 1er avril 2019, le rapport E 213 du Dr S. _____ du 18 août 2020 (recte : 31 août), les prises de positions du Dr R. _____ du 24

C-5284/2022 Page 21 février 2019, du 27 septembre 2019 et du 9 octobre 2020 et le rapport médical du Dr T. _____ du 22 février 2021. Le Dr U. _____ retient les diagnostics : lombosciatalgies non déficitaires dans le territoire L5 gauche sur antérolisthésis L5-S1 bilatéral (Meyerding degré II) sur lyse isthmique (connu depuis 2011) avec sténose foraminale bilatérale L5-S1 et canal lombaire étroit et racine conjointe L5 gauche ; spondylodèse L5-S1 par système URS, décompression par laminectomie L5 et décompression bi- foraminale, PLIF L5-S1 par la droite avec cage OLIF, le 16 juin 2014 ; ablation partielle du matériel d'ostéosynthèse (vis et tige à droite) en 2015 (recte : en 2016). Le Dr U. _____ mentionne également les diagnostics, associés avec répercussion sur la capacité de travail, suivants : trouble statique du rachis (hyperlordose lombaire basse, projection antérieure, discrète scoliose) ; spondylarthrose étagée ; raccourcissements musculaires étagés. Selon le Dr U. _____, les diagnostics de l'hypertension artérielle, du syndrome d'apnée du sommeil, de gastrite à Helicobacter pylori et d'ancienne fracture de la jambe droite – traitée conservativement, accident de moto – n'ont pas de répercussion sur la capacité de travail du recourant. Le Dr U. _____ indique que les rapports médicaux à disposition ne permettent pas de prendre position et ne fournissent pas suffisamment de renseignements concernant l'état de santé actuel de l'assuré. A cet égard, le Dr U. _____ estime qu'un examen rhumatologique détaillé décrivant l'état de santé actuel, ne se limitant pas au problème de la colonne lombaire, mais comprenant un examen rhumatologique complet avec les mobilités, un examen neurologique en relation avec les problèmes ostéoarticulaires et les limitations fonctionnelles est nécessaire. Enfin, le Dr U. _____ requiert la production des documents médicaux (rapports de consultation, protocole opératoire, lettre de sortie, rapports de contrôles post-opératoires) relatifs à la seconde intervention de la colonne lombaire de l'I. _____ afin de savoir si l'état de santé de l'assuré est resté stationnaire, s'est amélioré de manière durable ou s'est aggravé après cette seconde opération lombaire (OAIE pce 217). 7.5.3 L'échographie Doppler carotidien et vertébral du 24 juin 2021 révèle des artères de trajet et de calibre normaux, bien que des lésions athéromateuses diffuses, avec des plaques échogènes, partiellement calcifiées et de surface régulière, soient visibles, plus évidentes dans les bulbes carotidiens, principalement à gauche. En outre, il est précisé que l'évaluation hémodynamique par Doppler a démontré la présence de flux artériels normaux dans les axes carotidiens et que le flux dans les artères vertébrales présente des caractéristiques normales et une direction

C-5284/2022 Page 22 céphalique. Enfin, il est conclu à une maladie carotidienne bilatérale (OAIE pce 238 ; cf. également les images de l'échographie [OAIE pce 242]). 7.5.4 Il résulte de la radiographie lombaire du 25 juin 2021 une légère accentuation de la courbure lordotique et une antérolisthésis de grade I au niveau de L5. Les images coronales révèlent une légère attitude dextro-convexe. Il est également rapporté des signes de chirurgie postérieure, tels que des vis trans-pédiculaires au niveau de L5 et S1 et une barre rétro-vertébrale à gauche, ainsi qu'un espaceur intersomatique et des laminectomies au niveau de L5 et S1. Il est observé une fusion de l'articulation inter-apophysaire droite L5-S1. Le matériel prothétique métallique conditionne les artefacts, ce qui nuit à l'évaluation du niveau L5-S1, laissant planer un doute quant à une possible protrusion discale postérolatérale et foraminale droite ; une meilleure évaluation sera possible par IRM, si cliniquement indiquée. Au niveau L3-L4 et L4-L5, les disques dépassent légèrement les limites des plateformes vertébrales, sans répercussion sur les racines nerveuses. Aucune altération discale notable n'est observée aux autres niveaux et le canal vertébral est de dimension normale. Il est constaté des calcifications athéromateuses aorto-iliaques. Enfin, aucune altération remarquable des tissus paravertébraux n'est enregistrée, hormis le status post-chirurgical (OAIE pce 239). 7.5.5 Par correspondance du 6 septembre 2021, le Dr G._____ a transmis à l'OAIE l'ensemble des rapports médicaux concernant le recourant. 7.5.5.1 Selon le rapport médical du 24 avril 2014, le Dr G._____ retient le diagnostic de lombosciatalgies non déficitaires dans le territoire L5 à gauche sur antérolisthésis de L5 sur S1 de grade II selon Meyerding sur lyse isthmique bilatérale avec sténose foraminale bilatérale L5-S1. Le Dr G._____ relève que le traitement conservateur avec antalgie et Dexaméthasone instauré n'a pas permis l'amélioration de la symptomatologie et que l'infiltration foraminale L5-S1 gauche n'a apporté un bénéfice que pour quelques jours. En raison de l'échec du traitement conservateur et de la persistance de l'état douloureux, le Dr G._____ propose un traitement chirurgical avec décompression par laminectomie L5 et spondylodèse de L5 à S1 par vis avec une mise en place d'une cage L5-S1 (OAIE pce 226). Le 16 juin 2014, l'intéressé a été opéré à l'I._____ d'une spondylodèse L5-S1 avec décompression par laminectomie L5 et PLIF L5-S1 avec cage OLIF et a pu quitter cet hôpital le 20 juin 2014 (OAIE pce 228). Les contrôles post-opératoires ont été

C-5284/2022 Page 23 effectués à l'I._____ par le Dr G._____ et une infiltration avec Bupivacaine et Dép-Medrol a été effectué le 16 décembre 2014 dans cet hôpital en raison de persistance des douleurs au niveau sacro-iliaques. Après l'infiltration, les douleurs se situaient à environ 3/10 alors qu'elles se situaient à environ 6/10 avant l'intervention (OAIE pces 229 à 232). 7.5.5.2 Selon le rapport de consultation du 13 février 2015, le Dr G._____ rapporte que l'assuré décrit une situation stagnante, avec diminution des douleurs durant environ une semaine après l'infiltration, puis réapparition de ces dernières à un niveau de 4-5/10, et constate à l'examen clinique qu'il n'y a pas de troubles sensitivo-moteurs, que le Lasègue est positif dès 45° des deux côtés et que la flexion/extension est douloureuse, la palpation de la musculature paravertébrale étant également douloureuse et contractée. Le Dr G._____ indique avoir expliqué à l'intéressé que les douleurs peuvent provenir du matériel d'ostéosynthèse – lequel ne peut pas encore être retiré – et prolonge l'arrêt de travail à 100% jusqu'au mois de mai, puis une reprise à 50% dans un domaine adapté (OAIE pce 233). 7.5.5.3 Il ressort du rapport consultation, soit à 11 mois post-opératoires, du 7 mai 2015 que l'assuré réfère une minime diminution de sa symptomatologie suite aux séances de physiothérapie et déclare que les douleurs sont surtout présentes lors des flexions-extensions de la colonne ou à la palpation de la colonne.

Le Dr G. _____ déclare qu'il n'y a pas de trouble neuro-vasculaire périphérique mis en évidence, que la palpation de la colonne est douloureuse autour de la cicatrice, estimée à environ 5/10, qu'il n'y a pas d'irradiations vers les membres inférieurs et que le Lasègue est positif à partir de 45° des deux côtés. En outre, le Dr G. _____ indique que selon la radiographie de la colonne lombaire (face/profil), le matériel est en place, il n'y a pas de déplacement secondaire et pas de signe de chambrage des vis. Enfin, le Dr G. _____ propose une intervention chirurgicale en vue d'une ablation du matériel, fixée au 29 mai 2015, puis annulée (OAIE pce 234). 7.5.6 Dans sa prise de position du 18 janvier 2022, le Dr U. _____ cite le rapport médical du Dr T. _____ du 22 février 2021, l'échodoppler carotidien et vertébral du 24 juin 2021, les radiographies du 25 juin 2021 ainsi que les rapports médicaux transmis par le Dr H. _____. Ensuite, le Dr U. _____ relève qu'il manque l'examen rhumatologique détaillé demandé lors de sa prise de position du 23 avril 2021 et que le rapport médical du 22 février 2021 du Dr T. _____ ne remplace pas l'examen rhumatologique détaillé qu'il a demandé. Concernant l'athéromatose

C-5284/2022 Page 24 carotidienne mise en évidence lors de l'échodoppler du 24 juin 2021, le Dr U. _____ estime qu'il faut connaître les symptômes et les circonstances qui ont conduit à cet examen et qu'en conséquence, il sied de demander à l'office de liaison un examen par un spécialiste en médecine interne, à moins que le médecin rhumatologue puisse se charger des renseignements sur les symptômes et les circonstances qui ont conduit à effectuer un échodoppler carotidien. Enfin, le Dr U. _____ déclare qu'il ne dispose toujours pas du dossier complet du service d'orthopédie de l'I. _____, en particulier les rapports médicaux concernant la deuxième opération consistant en une ablation du matériel d'ostéosynthèse (OAIE pce 247). 7.5.7 Le rapport médical détaillé du 14 janvier 2022 établi par la Dre V. _____ (ci-après : Dre V. _____), médecin de travail mentionne le diagnostic de lombalgies chroniques, avec dysfonction radiculaire chronique L5 et S1, à prédominance gauche. La Dre V. _____ liste les médicaments actuels de l'intéressé : Perindopril + Indapamide + Amlodipine 8+2.5+10 ; Fluoxétine 20 ; Alprazolam 0.5 ; Clonix en SOS ; Sinvastatine 20. La Dre V. _____ indique que l'assuré est autonome pour les activités de la vie quotidienne et a de la difficulté à maintenir la posture à gauche et que le tonus et la force musculaire sont diminués. Selon la Dre V. _____, l'évolution est chronique et hautement incapacitante. En ce qui concerne les limitations fonctionnelles, celles-ci sont définies par des efforts de la colonne lombaire flexion ou en rotation et le port de charges. En outre, la Dre V. _____ indique que le recourant ne présente pas de troubles psychiatriques. Enfin, la Dre V. _____ retient que l'assuré n'est plus capable d'exercer de façon régulière un travail adapté (OAIE pce 251). Ce rapport médical est accompagné de rapports médicaux établis par un rhumatologue et un neurologue : 7.5.7.1 Selon le rapport médical d'observations rhumatologiques du 4 décembre 2021 de la Dre W. _____ (ci-après : Dre W. _____), rhumatologue, les antécédents de l'intéressé sont une hypertension artérielle, une dyslipidémie, une dépression et une opération du rachis pour lombosciatalgies droites. La Dre W. _____ liste le traitement médicamenteux de l'intéressé, composé de Clonix, d'Alprazolam, de Sinvastatine, d'AAS, de Fluoxétine, de Co-amlessa (perindopril 8 + terbutalamine 2.5 + indapamide + amlodipine). La Dre W. _____ indique que l'intéressé se plaint d'une lombalgie mécanique, avec des difficultés à se tenir droit et en flexion antérieure, ce qui entraîne une limitation de sa capacité à accomplir ses tâches quotidiennes, y compris à prendre soin de

C-5284/2022 Page 25 lui-même, de démarche avec claudication, nécessitant de courts arrêts après environ 500 mètres et difficulté à monter des escaliers ou des rampes, avec sensation de manque de force. Elle mentionne que le recourant n'a pas formulé de plaintes concernant les articulations périphériques. La Dre W. _____ fait un rappel des examens radiologiques : radiologie de juin 2021, EMG des membres inférieurs de 2018, IRM lombaire de 2018, radiologie du col cervical de 2019. Objectivement, la Dre W. _____ relève que l'assuré est mince avec une cyphose dorsale, présente une limitation douloureuse de la mobilité cervicale, une limitation globale douloureuse de la mobilité lombaire, marche normalement sur les talons et pointes et que la force d'extension de l'hallux est maintenue. La Dre W. _____ constate également qu'il n'y a pas d'altération sensitive et conclut que le contexte rachidien est incompatible avec sa profession dans le domaine de la construction (OAIE pce 249). Concernant la liste des médicaments susmentionnés, le Tribunal constate que la Dre W. _____ n'a pas fourni d'informations complémentaires. Il n'est alors pas aisé de déterminer de manière précise pour quel traitement ces médicaments ont été prescrits et depuis quand. Toutefois, selon les informations disponibles pour tout public (professionnel de santé ou des patients) sur le site de compendium.ch (dernière consultation le 21 octobre 2025), le Tribunal constate que l'utilisation première des médicaments susmentionnés est la suivante : – Perindopril + Indapamida + Amlodipina 8+2.5+10 (combinaison pour de l'hypertension artérielle [<https://compendium.ch/fr/product/1474236-perindo-amlo-indap-zentiva-cpr-8-5-2-5mg>]), – Fluoxetina

E. 20

(antidépresseur [<https://compendium.ch/fr/product/1018091-fluoxetine-sandoz-cpr-disp-20-mg>]), – Alprazolam 0.5 (antidépresseur [<https://compendium.ch/fr/product/22003-xanax-cpr-0-25-mg>]), – Sinvastatina (recte : Simvastatina ; hypolipémiant [<https://compendium.ch/fr/product/1244771-simvastatin-mepha-lactab-20-mg>]), Les médicaments commercialisés sous le nom de Clonix et d'AAS 100 ne figurent pas dans le compendium.ch. 7.5.7.2 Dans son rapport médical d'observations neurologiques du 22 décembre 2021, le Dr X. _____ (ci-après : Dr X. _____), neurologue, fait une brève anamnèse et résume les imageries médicales de juin 2021, d'octobre 2018 et d'avril 2019. A l'examen, le Dr X. _____ constate : force

C-5284/2022 Page 26 en flexion cervicale conservée, légère parésie de la dorsiflexion du pied gauche 4+, abolition des réflexes achilléens, Lasègue négatif, réflexe cutané plantaire en flexion, hypoesthésie piquée du bord externe du pied droit, maintien sur les pointes et les talons, sensibilité posturale et pallesthésie sans altération. Enfin, le Dr X. _____ indique qu'il y a des signes de dysfonctionnement chronique de L5 et S1, principalement à gauche et que la plupart des limitations sont causées par la douleur associée aux contractures musculaires (OAIE pce 250). 7.5.8 Dans sa prise de position du 15 mars 2022, le Dr U. _____ résume les rapports médicaux des Drs W. _____, X. _____ et V. _____ et déclare que les nouveaux documents reçus montrent l'existence d'une atteinte neurologique apparemment modérée des membres inférieurs, mais qui diffère selon les examinateurs. Enfin, le Dr U. _____ rappelle l'importance d'obtenir les rapports médicaux du Dr N. _____ concernant la seconde opération (OAIE pce 253). 7.5.9 En juillet 2022, les Drs J. _____ et N. _____ ont transmis à l'autorité inférieure divers rapports médicaux dont certains à double (OAIE pces 263 à 279). Il convient en particulier de citer ceux qui ne figuraient pas déjà au dossier. 7.5.9.1 Il ressort du rapport médical du 26 février 2014 que

l'intéressé a bénéficié d'une infiltration de Ropivacaïne le 25 février 2014 (OAIE pce 269). Le compte-rendu de radiographies de la colonne lombaire (face et profil) du 20 juin 2014 fait état d'un status post-spondylodèse L5-S1 par vis trans-pédiculaires bilatérales et matériel intersomatique, d'absence de bri de vis, de calcifications du ligament longitudinal antérieur en L1-L2 et ostéophytoses antérieures multi-étagées des plateaux vertébraux, d'altérations post-opératoires des tissus mous en arrière du rachis et agrafes chirurgicales et de discrète sclérose de la partie inférieure de l'articulation sacro-iliaque droite (OAIE pce 270). Selon le rapport de physiothérapie du 11 février 2016, l'assuré devait suivre une thérapie de renforcement musculaire, mais il a décidé d'arrêter cette thérapie, après la séance d'information avec le physiothérapeute, car il sentait trop de pression à la tête (OAIE pce 271). 7.5.9.2 Selon le rapport de consultation du 22 août 2016, le Dr N._____ retient un syndrome douloureux chronique sur status après spondylodèse et arthrodèse intersomatique L5/S1 – juin 2014 à l'I._____ – pour une antérolisthèse L5/S1 grade II selon Meyerding sur lyse isthmique ainsi qu'une hypertension artérielle sous traitement médicamenteux. Après avoir

C-5284/2022 Page 27 procédé à un examen clinique, le Dr N._____ a relevé que des investigations radiologiques sont nécessaires (OAIE pce 263). Dans son rapport médical du 16 septembre 2016, le Dr N._____ estime qu'une intervention pour ablation des vis L5 et S1 du côté droit devrait être envisagé dès lors que les douleurs persistantes dont souffre le recourant peuvent en partie être influencées par la position médiale des vis L5 et S1 du côté droit. Selon le Dr N._____, il serait prudent de laisser les vis L5/S1 du côté gauche qui devraient suffire pour stabiliser les segments L5/S1 qui montrent déjà des signes débutants de consolidation postérolatérale. En outre, ce spécialiste estime que la réinstrumentation des pédicules L5/S1 droit est radiologiquement très difficile à cause de la conformation du bassin de l'assuré (OAIE pce 264). Le Dr N._____ a procédé, le 12 octobre 2016, au retrait des vis pédiculaires L5/S1 à droite (cf. rapport d'hospitalisation, pour la période du 11 au 15 octobre 2016 et compte-rendu opératoire [OAIE pce 265]). Le rapport de contrôle postopératoire du 1er décembre 2016 est également produit (OAIE pce 267). A cet égard, il sied de relever que ce rapport figurait déjà au dossier (cf. consid. 7.2.8 ; OAIE pce 82). Selon l'attestation d'incapacité de travail, le Dr N._____ a retenu que l'assuré était en incapacité de travail entière du 11 octobre au 30 novembre 2016 (OAIE pce 266). 7.5.10 Dans sa prise de position médicale du 13 septembre 2022, la Dre F._____ indique se référer aux prises de position des 23 avril 2021, 18 février 2022 et 15 mars 2022 en procédure d'audition et à celles des 24 février 2019 et 29 septembre 2019, concluant à une incapacité de travail de 100% dans l'activité professionnelle de l'assuré (carreleur) et de 30% dans une activité professionnelle légère et adaptée. Ensuite, elle résume les divers rapports médicaux transmis par les Drs J._____ et N._____ en juillet 2022 et indique en substance que ces rapports médicaux ne modifient pas l'appréciation de la capacité de travail telle que déjà retenue ou sur le long cours. Selon la Dre F._____, les rapports médicaux reçus ultérieurement à la prise de position médicale du 9 octobre 2020 qui reconnaît une incapacité de travail totale dans l'activité de l'assuré et de 30% dans une activité professionnelle adaptée, confirment la persistance de lombosciatalgies bilatérales malgré les interventions de spondylodèse et décompression, sans atteinte déficitaire. La Dre F._____ rappelle que ces atteintes ont bien été prises en compte par la prise de position du 9 octobre 2020, de même qu'elles l'avaient été par l'expertise rhumatologique de la Dre K._____ du 8 juin 2015 et que la documentation médicale reçue montre et confirme les diverses investigations et interventions pratiquées dans ce contexte, sans amener d'élément

médical significatif de nature à modifier l'appréciation de la

C-5284/2022 Page 28 capacité de travail. La Dre F. _____ relève que le SMR (...) mentionnait dans son rapport du 8 janvier 2015 que l'assuré avait suivi un stage de 6 mois confirmant son aptitude à travailler à 70% dans une activité adaptée et que le principal obstacle relevé à la réintégration du marché du travail est la méconnaissance du français. D'après la Dre F. _____, les nombreux documents médicaux reçus lors de la procédure d'audition confirment les atteintes à la santé connues prises en compte par la prise de position médicale du 9 octobre 2020 qui est maintenue : principalement des lombosciatalgies bilatérales non déficitaires sur le plan moteur. Quant à la capacité de travail de l'intéressé, la Dre F. _____ retient une incapacité de travail totale dans l'activité habituelle et une incapacité de travail de 30% dans l'activité de substitution adaptée, telle que retenue par la prise de position médicale du 9 octobre 2020, et relève également qu'une incapacité temporaire de trois mois dans l'activité de substitution peut être pris en compte après chaque opération sur la colonne (16 juin 2014 et 12 octobre 2016). En ce qui concerne le rapport médical d'échodoppler du 24 juin 2021 mentionnant une athéromatose carotidienne, selon la Dre F. _____, cette atteinte ne contre-indique pas l'exercice d'une activité professionnelle telle que retenue (OAIE pce 282). 7.6 La lecture de la prise de position de la Dre F. _____ sous-entend que l'appréciation médicale du Dr R. _____ et celle du Dr U. _____ sont similaires alors que le Dr U. _____ ne s'est pas du tout prononcé sur la capacité de travail de l'intéressé. Par ailleurs, le fait que le Dr U. _____ requiert des informations complémentaires après les prises de position du Dr R. _____ démontre que le Dr U. _____ ne partageait justement pas l'appréciation médicale du Dr R. _____. Il convient également de relever que le Dr U. _____ est un spécialiste en rhumatologie alors que les Drs R. _____ et F. _____ sont des médecins généralistes. 7.7 Le Tribunal constate dès lors que sur une période de presque une année, le Dr U. _____ a en substance requis des informations/examens complémentaires, à savoir des examens neurologique et rhumatologique, un complément d'information concernant l'athéromatose carotidienne et des pièces médicales établies à la suite de la seconde opération lombaire consistant à l'ablation du matériel d'ostéosynthèse (OAIE pces 217, 247 et 253). Le Dr U. _____ estimait nécessaire de procéder à une évaluation de l'évolution de l'état de santé. Toutefois, le Tribunal constate que les rapports médicaux du Dr N. _____, qui a opéré l'intéressé en octobre 2016, ont été soumis à la Dre F. _____ et non pas au Dr U. _____. Cette médecin généraliste a simplement indiqué que ces rapports médicaux confirment les atteintes à la santé déjà connues et prises en

C-5284/2022 Page 29 compte par la prise de position médicale du Dr R. _____ du 9 octobre 2020. A cet égard, le Tribunal constate que la Dre F. _____ n'a pas évalué l'évolution de l'état de santé de l'assuré comme le préconisait le Dr U. _____ et qu'en plus, elle ne s'est pas prononcée sur les rapports médicaux transmis après la prise de position du 9 octobre 2020 du Dr R. _____ dans la mesure où le Dr U. _____ a juste résumé les rapports médicaux reçus postérieurement à cette date. En ce qui concerne l'athéromatose dont le Dr U. _____ a requis des renseignements sur la symptomatologie et les circonstances qui ont conduit à effectuer un échodoppler carotidien, il sied de constater qu'aucune information n'a été produite. Toutefois, la Dre F. _____ s'est prononcée sur cette atteinte sans avoir obtenu les informations complémentaires requises par le Dr U. _____. 7.8 Par conséquent, le Tribunal de céans constate que les avis médicaux des médecins généralistes et du médecin spécialiste en rhumatologie du SMR

divergent. Par ailleurs, aucun de ces médecins ne s'est prononcé en particulier sur le rapport médical détaillé E 213 du 14 janvier 2022 ainsi que les rapports médicaux spécialisés des 4 et 22 décembre 2021 des Drs W. _____ et X. _____. A cet égard, le Tribunal constate que c'est la première fois qu'un rapport médical mentionne une dépression et une prise d'antidépresseurs. Même si l'intéressé n'a pas indiqué souffrir de troubles psychiatriques, il n'empêche qu'il prend des antidépresseurs et que le SMR ne s'est pas enquis sur ce point, ni n'a pris position sur cette atteinte. En outre, la Dre W. _____ a constaté une démarche avec boiterie, nécessitant de courts arrêts après environ 500 m et difficulté à monter des escaliers ou des rampes, avec sensation de manque de force. A cet égard, il convient de rappeler que dans son rapport d'expertise du 8 juin 2015, la Dre K. _____ indiquait que l'intéressé avait retrouvé un périmètre de marche normal – marchant plus d'une heure d'affiliée, plusieurs fois par jour (cf. TAF pce 16 annexe n°2 p. 19). En outre, il convient de rappeler que la Dre J. _____ mentionnait dans son rapport médical du 25 janvier 2019 que l'état douloureux empêchait l'intéressé de marcher plus de 1 km (cf. OAIE pce 158 p. 5).

7.9 Dans le cadre du recours devant le Tribunal de céans, le recourant n'a produit aucun rapport médical et s'est en substance limité à reprocher à l'autorité inférieure de ne pas avoir tenu compte des rapports médicaux du Prof. Q. _____ du 4 décembre 2018 et du Dr T. _____ du 22 février 2021, desquels il résulte que la capacité de travail est nulle dans toute activité. En outre, le recourant reproche à l'autorité inférieure de ne pas avoir mis en place une expertise (TAF pces 1 et 18). En ce qui concerne le

C-5284/2022 Page 30 rapport de consultation du 4 décembre 2018 du Prof. Q. _____, il sied de constater qu'il consiste à une description d'une nouvelle opération chirurgicale qui propose l'extraction du matériel d'ostéosynthèse à gauche, une foraminotomie L5-S1, avec arthrodèse de L3 à S1 en raison de la persistance des symptômes douloureux et ne contient aucune motivation pertinente et circonstanciée de la capacité de travail de l'intéressé. Il convient de relever que ladite opération n'a pas eu lieu. Quant au rapport médical du Dr T. _____, ce rapport ne contient pas d'informations relatives à un examen clinique et repose en substance sur les plaintes subjectives du recourant. En outre, le Dr T. _____ ne fait que confirmer l'inexigibilité des activités lourdes et les limitations fonctionnelles d'épargne du rachis lombaire déjà connues et n'amène aucun élément objectif médical pertinent. Par conséquent, il convient d'écarter ces rapports médicaux dans la mesure où aucune valeur probante ne peut leur être accordée.

7.10 Compte tenu de ce qui précède, il est incontesté que l'assuré ne peut plus exercer son ancienne activité de carreleur dès le 7 janvier 2014. Concernant la capacité de travail résiduelle de 70% retenue par la Dre K. _____ dans son rapport d'expertise du 8 juin 2015 – établi avant la seconde opération d'octobre 2016 –, il sied de constater que ce rapport d'expertise est effectivement probant quant à l'état de santé du recourant à ce moment-là. Cette capacité de travail a également été constaté lors de mesures de réadaptation AI entre novembre 2014 et janvier 2016. Toutefois, après l'opération d'octobre 2016, il n'est pas possible de déterminer si l'amélioration de l'état de santé constaté en décembre 2016 par le Dr N. _____ – soit presque à 2 mois postopératoires – s'est maintenue de manière durable. Aussi, dans sa prise de position du 23 avril 2021, le Dr U. _____ a indiqué que le rapport médical du 22 février 2021 du Dr T. _____ et les précédents ne fournissaient pas suffisamment de renseignements concernant l'état de santé actuel du recourant. Parmi ces précédents rapports médicaux figurent également les prises de position du Dr R. _____ se basant sur les rapports médicaux produits jusqu'en août 2020, lesquels lui ont permis de confirmer que la capacité de travail de 70% dans une activité lucrative adaptée existait depuis janvier 2014

(cf. OAIE pce 217). En outre, le Dr U._____ a indiqué que l'appréciation de l'atteinte neurologique apparemment modérée des membres inférieurs divergeait selon les examinateurs en se référant aux rapports médicaux des W._____, X._____ et V._____. Dans la mesure où le SMR ne s'est pas prononcé de manière claire et définitive sur ces rapports médicaux, le Tribunal de céans n'est pas en mesure d'apprécier sur le plan somatique la capacité de travail résiduelle de l'intéressé. En outre, il sied

C-5284/2022 Page 31 de rappeler que la Dre W._____ a mentionné une dépression et la prise d'antidépresseurs dans son rapport médical du 4 décembre 2021. En vertu de la maxime inquisitoire, il aurait appartenu à l'autorité inférieure de compléter le dossier à la suite de ces éléments nouveaux. En conséquence, le Tribunal constate que l'état de santé de l'assuré n'a pas été évalué d'une manière suffisante de la sorte que l'évaluation des médecins du SMR de la capacité de travail résiduelle de l'intéressé ne peut pas être confirmée en l'état du dossier. Ainsi, il existe un doute sur la capacité de travail de l'assuré de 70% dans une activité adaptée retenue par l'autorité inférieure par sa décision du 14 octobre 2022 en se basant sur la prise de position médicale de la Dre F._____ du 13 septembre 2022. 8. 8.1 Le dossier devrait en principe être renvoyé à l'autorité inférieure conformément à l'art. 61 al. 1 PA afin de compléter l'instruction médicale. Eu égard aux nombreuses atteintes de l'assuré, neurologie, rhumatologie, voire psychiatrique, une expertise en Suisse serait nécessaire. Toutefois, ce renvoi n'est pas indiqué en l'espèce. 8.2 En effet, bien qu'il incombe de règle générale à la personne assurée de s'intégrer de son propre chef dans le marché du travail (notamment : ATF 138 I 205 consid. 3), la jurisprudence admet des exceptions. Ainsi, le Tribunal fédéral reconnaît qu'en raison de l'âge avancé et des circonstances de la personne concernée, la capacité de travail résiduelle de celle-ci ne peut plus être demandée sur le marché du travail même équilibré (ATF 145 V 2 consid. 5.3.1 ; 138 V 457 consid. 3.1). Lorsque la personne assurée se trouve proche de l'âge de la retraite, il faut se demander si, de manière réaliste et en appréciant la situation dans son ensemble, celle-ci est en mesure d'exploiter économiquement sa capacité de gain résiduelle (cf. art. 7 et 16 LPGA ; notamment : TF 9C_188/2019 du 10 septembre 2019 consid. 7.2) ; l'on ne saurait se fonder sur des possibilités de travail irréalistes (notamment : TF 9C_329/2015 du 20 novembre 2015 consid. 7.2 ; 9C_651/2008 du 7 octobre 2009 consid. 6.2.2.1). Concrètement, lorsqu'une personne assurée approche l'âge de la retraite, il convient de déterminer si un employeur potentiel consentirait objectivement à engager la personne assurée, compte tenu des activités qui restent exigibles de sa part en raison d'affections physiques ou psychiques, de l'adaptation éventuelle de son poste de travail à son handicap, de son expérience professionnelle et de sa situation sociale, de ses capacités d'adaptation à un nouvel emploi et du salaire et des

C-5284/2022 Page 32 contributions patronales à la prévoyance professionnelle obligatoire à verser (ATF 145 V 2 consid. 5.3.1 ; 138 V 457 consid. 3.1 ; TF 9C_188/2019 du 10 septembre 2019 consid. 7.2). En particulier, la mise en valeur économique de la capacité résiduelle de travail d'une personne dépend de la durée prévisible des rapports de travail, surtout lors d'un changement professionnel (ATF 138 V 457 consid. 3.2 ; TF 9C_437/2008 du 19 mars 2009 consid. 4.2 et réf. cit.). 8.3 8.3.1 En l'espèce, l'autorité inférieure a soutenu que l'exigibilité des activités de substitution, évaluée au 7 janvier 2014 lorsque le recourant qui est né le (...) 1960, avait 54 ans, était donnée sur un marché du travail équilibré (OAIE pce 203). Pourtant, en vertu de la jurisprudence, le moment déterminant pour juger de l'utilisation de la capacité de travail (résiduelle) d'une personne assurée proche de l'âge de

la retraite se situe au moment où il a été constaté, avec le degré de la vraisemblance prépondérante, que l'exercice (partiel) d'une activité était exigible d'un point de vue médical (ATF 145 V 2 consid. 5.3.1 ; 138 V 457 consid. 3.3 et 3.4 ; arrêts du TF 8C_305/2023 du 29 février 2024 consid. 5.4 ; 9C_839/2017 du 24 avril 2018 consid. 6.2 ; 9C_391/2017 du 27 novembre 2017 consid. 4.1 ; 9C_751/2013 du 6 mai 2014 consid. 4.5). En l'espèce, ce moment déterminant ne correspond donc pas au 7 janvier 2014, lorsque, selon le SMR, l'assuré aurait retrouvé une capacité de travail résiduelle. Au contraire, l'OAIE aurait dû considérer que la Dre F._____ n'a fixé cette capacité de travail que le 13 septembre 2022, par sa prise de position médicale de cette date (OAIE pce 282). A ce moment-là, l'assuré avait déjà 62 ans et 7 mois et il ne lui restait plus que très peu de temps pour poursuivre une activité lucrative, l'âge de la retraite étant en Suisse de 65 ans pour les hommes (cf. art. 21 al. 1 LAVS [RS 831.10]). En outre, il sied de tenir compte que l'assuré, à cause de son état de santé, ne pouvait plus exercer son activité habituelle et que la Dre F._____ a confirmé les limitations fonctionnelles retenues par le Dr R._____. Ainsi, l'activité adaptée ne devait pas exiger de rotations du tronc, de travail avec les bras au-dessus de la tête, de positions penchée, accroupie et à genoux exclues, de port de charges de plus de 5 kg, de marche en terrain irrégulier, de tâches qui exigent de monter sur une échelle ou un échafaudage ni qui exigent de la rapidité dans leur exécution, d'exposition au froid, à l'humidité, aux intempéries ou au stress (OAIE pce 202). Par conséquent, à l'instar du recourant, le Tribunal est d'avis que compte tenu de l'âge de l'assuré, de ses limitations fonctionnelles, son absence du marché de travail depuis janvier 2014 ainsi que son absence de formation, il est non

C-5284/2022 Page 33 seulement peu probable qu'un employeur aurait engagé l'assuré mais encore douteux qu'il aurait pu reprendre une activité professionnelle adaptée. 8.3.2 Plus encore, il sied de prendre en compte que l'OAIE devrait compléter l'instruction de la demande de prestations par une expertise médicale bidisciplinaire, voire pluridisciplinaire. Or, il apparaît d'emblée que l'assuré qui a déjà atteint l'âge de la retraite le (...) 2025, ne pourra plus exploiter une éventuelle capacité de travail résiduelle lorsque celle-ci sera établie avec le degré de la vraisemblance prépondérante dans le futur par les experts médicaux. 8.3.3 Pour toutes ces raisons, le renvoi du dossier pour examens complémentaires n'est donc pas justifié (cf. arrêts du TF 9C_751/2013 du 6 mai 2014 consid. 4.5 ; 9C_940/2012 du 12 décembre 2013 consid. 5.3 ; arrêts du TAF C-1834/2019 du 10 février 2022 consid. 8.3 ; C-5301/2016 du 26 avril 2019 consid. 13.2 et réf. cit.). 9. 9.1 Conformément à la jurisprudence, lorsqu'il est comme en l'occurrence établi que l'assuré ne peut plus exploiter sa capacité de travail résiduelle sur le plan économique, celui-ci présente une invalidité totale (ATF 138 V 457 consid. 3.1 et 3.4 ; voir arrêts du TF 9C_437/2008 du 19 mars 2009 consid. 4.3 et 4.4 ; I 831/05 du 21 août 2006 consid. 4.1.1). En effet, lors du calcul du taux d'invalidité, aucun revenu d'invalidité ne peut être pris en compte (arrêt du TAF C-3490/2007 du 12 avril 2018 consid. 9.9). 9.2 Ce taux d'invalidité totale donne droit à une rente d'invalidité entière. En vertu des art. 28 al. 1 let. b et 29 al. 1 LAI, le droit à la rente est né le 1er février 2015, soit six mois après le dépôt de la demande de prestations (cf. 29 al. 1 LAI), qui a été introduite selon la demande du 4 juillet 2014 (cf. consid. B.b) et après le délai d'attente d'une année de l'art. 28 al. 1 let. b LAI, lequel a débuté le 7 janvier 2014 avec l'incapacité de travail totale de l'assuré de poursuivre son activité habituelle. Toutefois, l'assuré ayant perçu des indemnités journalières AI jusqu'au 31 janvier 2016 (cf. consid. B.b), le droit à la rente ne peut prendre naissance qu'à partir du 1er février 2016 conformément à l'art. 29 al. 2 LAI. 10. Au regard de tout ce qui précède, le

recours est admis et la décision du 14 octobre 2022 annulée. Le recourant a droit à une rente d'invalidité entière

C-5284/2022 Page 34 dès le 1er février 2016. Le dossier est transmis à l'OAIE afin qu'il fixe le montant de la rente à verser. Il déterminera, de plus, s'il y a lieu d'allouer des intérêts moratoires au sens de l'art. 26 al. 2 LPGA. L'autorité inférieure rendra ensuite de nouvelles décisions. 11. 11.1 Il n'est pas perçu de frais de procédure puisque le recourant a obtenu gain de cause (cf. art. 63 al. 1 PA). L'avance de frais de 800 francs que l'assuré a versé (cf. TAF pce 12) lui sera remboursée dès l'entrée en force du présent arrêt. L'OAIE, en tant qu'autorité, ne doit pas non plus participer aux frais (art. 63 al. 2 PA). 11.2 Conformément aux art. 64 al. 1 PA et 7 al. 1 du règlement concernant les frais, dépens et indemnités fixés par le Tribunal fédéral administratif (FITAF, RS 173.320.2), le Tribunal peut allouer à la partie ayant entièrement ou partiellement obtenu gain de cause une indemnité pour les frais indispensables et relativement élevés qui lui ont été occasionnés (art. 64 al. 1 et 2 PA en relation avec l'art. 7 al. 1 et 4 FITAF). A défaut d'autres indications, les honoraires du représentant sont fixés sur la base du dossier, soit, selon l'appréciation de l'autorité, en raison de l'importance et de la difficulté du litige, ainsi que d'après le travail et le temps que le représentant a dû y consacrer (art. 10 et 14 FITAF). En l'espèce, le recourant a agi par l'intermédiaire d'un avocat n'ayant pas produit de note d'honoraires. Au vu de l'issue de la procédure et du travail de ce dernier, le Tribunal lui alloue à charge de l'inférieure, une indemnité de dépens qu'il est équitable de fixer à 2'800 francs. (le dispositif se trouve à la page suivante)

C-5284/2022 Page 35

Export aus OpenCaseLaw (CC0). Verbindlich ist allein der vom erlassenden Gericht veröffentlichte Originaltext. Quellen-URL siehe oben.