



Arrêt du 17 novembre 2021

Composition

Madeleine Hirsig-Vouilloz (présidente du collège),
Christoph Rohrer, Caroline Bissegger, juges,
Jean-Luc Bettin, greffier.

Parties

A. _____, (France),
représenté par le Comité de protection des travailleurs
frontaliers européens,
recourant,

contre

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

Objet

Assurance-invalidité ;
octroi d'une rente entière limitée dans le temps (décision du
12 avril 2018).

Faits :**A.**

A._____ (ci-après aussi : l'intéressé, l'assuré ou le recourant), ressortissant français né le (...) 1959 (pce AI 3, p. 1), titulaire d'un Certificat d'Aptitude Professionnelle (CAP) de serrurier (pce AI 2, p. 5), a travaillé en Suisse en 1982, puis de 1986 à 2016 en qualité de chauffeur routier (poids lourd ; « *Lastwagenführer* »), en dernier lieu, de septembre 2014 à juin 2016, pour le compte de l'entreprise B._____, à (...) (pour le détail des périodes de cotisations d'une durée totale de 31 ans et 6 mois, cf. pce AI 86). Souffrant de problèmes cardiaques, plus particulièrement d'insuffisance coronaire, l'assuré a été placé en arrêt de travail pour cause de maladie à compter du 23 juin 2016 et s'est vu interdire de conduire (pce AI 16, p. 2). En janvier 2017, l'employeur de l'assuré a résilié son contrat de travail ; les relations contractuelles se sont achevées le 30 avril 2017 (pce AI 16, p. 1).

L'assuré est marié depuis le mois de juin 1981 et est père de trois enfants, nés en 1978, 1982 et 1984 (pce AI 2, p. 3). Il réside en France voisine, dans une commune du Département du (...).

B.

B.a Le 2 décembre 2016 (date du sceau postal), A._____ a déposé une requête, datée et signée le 28 novembre 2016, de prestations de l'assurance-invalidité suisse auprès de l'Office de l'assurance-invalidité du canton C._____ (ci-après : OAI-C._____) (pces AI 1 et 2).

B.b Le 13 avril 2017, l'OAI-C._____ a informé l'assuré avoir diligenté une expertise pluridisciplinaire – médecine interne, cardiologie, psychiatrie et psychothérapie, orthopédie – afin de déterminer son éventuel droit à des prestations d'invalidité (pces AI 39 et 69). Pour ce faire, il a mandaté la société D._____, à (...) (pce AI 43).

Par courrier du 19 mai 2017, A._____ a été convoqué pour être soumis, le 28 juin 2017, à l'expertise pluridisciplinaire décidée par l'OAI-C._____ (pce AI 70).

B.c En date du 10 août 2017, D._____ a communiqué le rapport de l'expertise réalisée par les Drs E._____ (médecine interne), F._____ (psychiatrie et psychothérapie), G._____ (cardiologie) et H._____ (orthopédie) (pce AI 76).

C.

C.a Le 8 janvier 2018, l'OAI-C. _____ a transmis à A. _____ un projet de décision, l'informant envisager de rejeter sa requête de rente du 2 décembre 2016, faute d'un taux d'invalidité suffisant. L'autorité a en effet considéré, sur la base des pièces médicales au dossier, que, s'il ne disposait plus d'une capacité de travail dans son métier de chauffeur, l'exercice d'une activité adaptée, à un taux d'activité de 80 %, demeurerait possible. Le taux d'invalidité calculé s'établissait à 31.96 %, soit à un niveau insuffisant pour justifier l'octroi d'une rente d'invalidité (pce AI 89).

C.b Par courrier daté du 5 février 2018, l'assuré, agissant par l'entremise de son mandataire, le Comité de protection des travailleurs frontaliers européens, a contesté le projet de décision précité, indiquant, pièce justificative à l'appui, avoir été à nouveau hospitalisé en novembre 2017 et être en incapacité de travail (pce AI 90).

C.c Dans un écrit daté du 16 mars 2018, l'OAI-C. _____ a pris position sur les observations formulées par A. _____ le 5 février 2018, reconnaissant une dégradation temporaire de l'état de santé du prénommé en raison d'une opération chirurgicale intervenue le 23 novembre 2017 et confirmant pour le surplus le projet du 8 janvier 2018 (pce AI 93).

D.

Par décision du 12 avril 2018, l'Office AI pour les assurés résidant à l'étranger (ci-après : OAIE ou l'autorité inférieure) a partiellement admis la requête de prestations déposée par A. _____ le 2 décembre 2016 (ci-dessus, let. B.a), lui octroyant une rente entière d'invalidité limitée dans le temps à la période allant du 1^{er} novembre 2017 au 31 mai 2018. Au-delà de cette date, l'OAIE a considéré que l'assuré présentait un degré d'invalidité de 32 %, insuffisant pour justifier l'octroi d'une rente (pce AI 95).

E.

Par mémoire daté du 30 avril 2018, expédié le 2 mai 2018 (date du sceau postal), A. _____, agissant par l'entremise de son mandataire, le comité de protection des travailleurs frontaliers européens, a interjeté recours à l'encontre de la décision précitée, concluant implicitement à son annulation et à ce qu'une rente entière d'invalidité lui soit octroyée au-delà du 1^{er} juin 2018. A l'appui de son recours, il a indiqué que sa santé était « *en constante aggravation* » (pce TAF 1).

F.

F.a Par décision incidente du 11 mai 2018, le Tribunal administratif fédéral (ci-après : le Tribunal) a invité le recourant à s'acquitter d'une avance sur les frais présumés de la procédure de 800 francs (pce TAF 2).

F.b En date du 30 mai 2018, dans le délai imparti, A. _____ s'est acquitté de la somme due (pce TAF 4).

G.

En annexe à deux courriers respectivement datés des 29 mai et 26 juin 2018 (dates des sceaux postaux), le recourant a versé plusieurs pièces médicales complémentaires en cause (pces TAF 5 et 7 ainsi que leurs annexes).

H.

Invitée par ordonnance du Tribunal du 6 juin 2018 à se déterminer sur le recours, l'autorité inférieure a conclu, dans une réponse datée du 16 juillet 2018, complétée le 20 juillet 2018, à son rejet. L'OAIE s'est en particulier appuyé sur les prises de position de l'OAI-C. _____ des 12 et 16 juillet 2018 qui ont été produites en annexe (pces TAF 9 et 11 ainsi que leurs annexes).

I.

Par écriture en réplique du 28 août 2018, le recourant a indiqué souffrir de douleurs chroniques et sévères en rapport avec sa pathologie cardiaque et qu'une décision thérapeutique serait prise en octobre 2018, estimant par conséquent que l'OAIE n'aurait pas dû arrêter les indemnisations d'invalidité à la fin du mois de mai 2018 compte tenu de la présence persistante de la pathologie cardiaque (pce TAF 15).

J.

L'autorité inférieure a dupliqué le 19 septembre 2018 (pce TAF 16 et annexe).

K.

Par ordonnance du 25 septembre 2018, le Tribunal a clôturé l'échange des écritures (pce TAF 18).

L.

L.a En date du 6 février 2019 (date du sceau postal), le recourant a spontanément versé en cause plusieurs pièces médicales complémentaires faisant suite aux interventions chirurgicales subies en janvier 2019 (pce TAF 20 et annexes).

L.b Appelée à se déterminer sur ces documents complémentaires, l'autorité inférieure, en date du 7 mars 2019, a confirmé sa position, se basant sur l'avis de l'OAI-C. _____ (pce TAF 22 et annexe).

M.

M.a Les 17 décembre 2019 et 19 août 2020 (dates des sceaux postaux), le recourant a produit des pièces médicales complémentaires (pces TAF 27 et 28 [avec annexes]), lesquelles n'ont pas amené l'OAIE, dans son écriture du 16 septembre 2020, à modifier sa position (pce TAF 30 [et annexe]).

M.b Le 7 décembre 2020, le recourant a versé trois ultimes pièces médicales en cause, lesquelles ont été communiquées à l'autorité inférieure, pour connaissance (pces TAF 33 [et annexes] et 34).

N.

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

Droit :**1.**

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

1.2 Sous réserve des exceptions – non réalisées en l'espèce – prévues à l'art. 32 de la loi du 17 juin 2005 sur le Tribunal administratif fédéral (LTAF ; RS 173.32), le Tribunal connaît, en vertu de l'art. 31 LTAF en relation avec l'art. 33 let. d LTAF et l'art. 69 al. 1 let. b de la loi fédérale du 19 juin 1959 sur l'assurance-invalidité (LAI ; RS 831.20), des recours interjetés par des

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

1.3 En l'espèce, interjeté en temps utile et dans les formes requises (art. 60 LPGA et 50 al. 1 PA ; art. 52 al. 1 PA) par un assuré directement touché par la décision attaquée (art. 48 al. 1 PA et 59 LPGA) et s'étant acquitté de l'avance requise sur les frais de la procédure (art. 63 al. 4 PA), le recours est recevable.

2.

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

2.2 La procédure dans le domaine des assurances sociales fait prévaloir la maxime inquisitoire (art. 43 LPGA ; ATF 138 V 218 consid. 6). Ainsi, le Tribunal administratif fédéral définit les faits et apprécie les preuves d'office et librement (art. 12 PA ; PIERRE MOOR / ETIENNE POLTIER, *Droit administratif*, vol. II, 3^{ème} éd., 2011, ch. 2.2.6.3). Ce faisant, il ne tient pour existants que les faits qui sont prouvés, cas échéant au degré de la vraisemblance prépondérante (ATF 139 V 176 consid. 5.2, 138 V 218 consid. 6). Par ailleurs, il applique le droit d'office, sans être lié par les motifs invoqués par les parties (art. 62 al. 4 PA ; ATAF 2013/46 consid. 3.2), ni par l'argumentation juridique développée dans la décision entreprise (P. MOOR / E. POLTIER, *op. cit.*, ch. 2.2.6.5 ; BENOÎT BOVAY, *Procédure administrative*, 2^{ème} éd., 2015, p. 243 ; JÉRÔME CANDRIAN, *Introduction à la procédure administrative*, 2013, n° 176). L'autorité saisie se limite en principe aux griefs soulevés et n'examine les questions de droit non invoquées que dans la mesure où les arguments des parties ou le dossier l'y incitent (ATF 122 V 157 consid. 1a et 121 V 204 consid. 6c ; André MOSER / MICHAEL BEUSCH / LORENZ KNEUBÜHLER, *Prozessieren vor dem Bundesverwaltungsgericht*, 2^{ème} éd., 2013, n° 1.55 ; cf. également JEAN MÉTRAL, *in* : A.-S. Dupont / M. Moser-Szeless [édit.], *Commentaire Romand, Loi sur la partie générale*

des assurances sociales [LPGA], 2018, ad art. 61 n^{os} 74 ss). Les parties ont le devoir de collaborer à l'instruction (art. 13 PA et 43 al. 3 LPGA ; arrêt du Tribunal administratif fédéral C-6134/2017 du 3 avril 2018 consid. 5.4) et de motiver leur recours (art. 52 PA).

3.

La présente procédure présente un aspect transnational dans la mesure où le recourant est un ressortissant français, domicilié en France et ayant travaillé en Suisse en 1982, puis de 1986 à 2016 (ci-dessus, let. A).

3.1 La cause doit être tranchée non seulement au regard des normes du droit suisse mais également à l'aune des dispositions de l'accord du 21 juin 1999 sur la libre circulation des personnes (ALCP ; RS 0.142.112.681), conclu entre la Suisse et la Communauté européenne et ses Etats membres, dont l'annexe II règle la coordination des systèmes de sécurité sociale (art. 8 ALCP). Dans ce contexte, l'ALCP fait référence depuis le 1^{er} avril 2012 au règlement (CE) n° 883/2004 du Parlement européen et du Conseil du 29 avril 2004 portant sur la coordination des systèmes de sécurité sociale (ci-après : règlement n° 883/2004, RS 0.831.109.268.1), ainsi qu'au règlement (CE) n° 987/2009 du Parlement européen et du Conseil du 16 septembre 2009 fixant les modalités d'application du règlement (CE) n° 883/2004 (ci-après : règlement n° 987/2009, RS 0.831.109.268.11 ; art. 1 al. 1 de l'annexe II en relation avec la section A de l'annexe II). A compter du 1^{er} janvier 2015, sont également applicables dans les relations entre la Suisse et les Etats membres de l'Union européenne (UE) les modifications apportées notamment au règlement n° 883/2004 par les règlements (UE) n° 1244/2010 (RO 2015 343), n° 465/2012 (RO 2015 345) et n° 1224/2012 (RO 2015 353). Conformément à l'art. 4 du règlement (CE) n° 883/2004, les personnes auxquelles ce règlement s'applique, bénéficient en principe des mêmes prestations et sont soumises aux mêmes obligations, en vertu de la législation de tout Etat membre, que les ressortissants de celui-ci. Toutefois, même après l'entrée en vigueur de l'ALCP et des règlements de coordination, l'invalidité ouvrant droit à des prestations de l'assurance-invalidité suisse se détermine exclusivement d'après le droit suisse (art. 46 al. 3 du règlement n° 883/2004, en relation avec l'annexe VII dudit règlement ; ATF 130 V 253 consid. 2.4 ; arrêt du Tribunal fédéral 9C_573/2012 du 16 janvier 2013 consid. 4).

3.2 De jurisprudence constante, l'octroi d'une rente étrangère d'invalidité – ce qui n'apparaît pas à l'analyse du dossier être le cas en l'espèce – ne préjuge quoi qu'il en soit pas l'appréciation de l'invalidité selon la loi suisse (arrêt du Tribunal fédéral I 435/02 du 4 février 2003 consid. 2).

4.

L'art. 29 al. 1 LAI prévoit que 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.

En l'espèce, le recourant a déposé sa requête de prestations de l'assurance-invalidité le 2 décembre 2016 (ci-dessus, B.a), si bien que le Tribunal peut se limiter à examiner s'il avait droit à une rente à partir du 1^{er} juin 2017 (soit six mois après le dépôt de la demande ; art. 29 LPGA et 29 al. 2 LAI) ou si le droit à une rente est né entre cette date et le 12 avril 2018, date de la décision entreprise marquant la limite dans le temps du pouvoir d'examen de l'autorité de recours (ATF 130 V 445 consid. 1.2 et 1.2.1, 129 V 1 consid. 1.2).

5.

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

5.2 Le tribunal des assurances sociales apprécie la légalité des décisions attaquées, en règle générale, d'après l'état de fait existant jusqu'au moment où la décision litigieuse a été rendue. Les faits survenus postérieurement et qui ont modifié cette situation doivent en principe faire l'objet d'une nouvelle décision administrative (ATF 132 V 215 consid. 3.1.1, 130 V 445 consid. 1.2 et 121 V 362 consid. 1b). Ils doivent néanmoins être pris en considération lorsqu'ils sont étroitement liés à l'objet du litige et de nature à en influencer l'appréciation au moment où la décision attaquée a été rendue (arrêt du Tribunal fédéral 9C_34/2017 du 20 avril 2017 consid. 5.2 et les références citées). Le Tribunal ne peut ainsi prendre en considération que les rapports médicaux établis antérieurement à la décision attaquée, à l'exception de ceux établis ultérieurement qui permettent de mieux appréhender l'état de santé et la capacité de travail de l'intéressé jusqu'à la décision sujette à recours.

6.

En rapport avec l'instruction de la présente cause, il sied de constater que le recourant est domicilié dans le département du (...), en France voisine, et que l'atteinte à la santé à l'origine de sa requête de prestations d'invalidité est survenue alors qu'il exerçait une activité lucrative en Suisse, pour le compte d'une entreprise sise dans le canton C._____, en tant que frontalier. C'est dès lors à raison que l'intégralité de la procédure d'instruction de la rente d'invalidité sollicitée a été menée par l'autorité compétente du canton C._____, l'OAI-C._____, et que la décision querellée a été notifiée par l'OAIE (cf. art. 40 al. 2 et 3 du règlement du 17 janvier 1961 sur l'assurance-invalidité [RAI ; RS 831.201]).

7.

L'objet du présent litige porte sur le bien-fondé de la décision rendue par l'OAIE le 12 avril 2018 en s'appuyant sur l'instruction menée par l'OAI-C._____. Dans ce cadre, est litigieuse la question de la durée limitée de la rente entière d'invalidité accordée à A._____ du 1^{er} novembre 2017 au 31 mai 2018, si bien que le Tribunal examinera si le prénommé pouvait prétendre à une rente au-delà du 1^{er} juin 2018, ce qu'il réclame dans ses écritures. Le recourant estime en substance que son état de santé n'était pas stabilisé au jour du prononcé de la décision querellée et qu'il ne s'est de toute manière pas amélioré, ne lui permettant par conséquent pas d'exercer à nouveau une activité lucrative, même adaptée, à compter du 1^{er} juin 2018.

8.

8.1 Pour avoir droit à une rente de l'assurance-invalidité suisse, l'assuré doit remplir cumulativement les conditions suivantes : être invalide au sens de la LPGA et de la LAI (art. 8 LPGA ; art. 4, 28, 29 al. 1 LAI) et compter au moins trois années entières de cotisations (art. 36 al. 1 LAI). Dans ce cadre, les cotisations versées à une assurance sociale assimilée d'un Etat membre de l'Union européenne (UE) ou de l'Association européenne de libre-échange (AELE) peuvent également être prises en considération, à condition qu'une année au moins de cotisations puisse être comptabilisée en Suisse (FF 2005 4065 ; art. 6 et 45 du règlement n° 883/2004 ; ATF 131 V 390).

8.2 *In casu*, il ressort de l'extrait du compte individuel du recourant (pce AI 86) que ce dernier a cotisé aux assurances sociales suisses durant une durée – de 31 ans et 6 mois (ci-dessus, let. A) – manifestation supérieure

à l'exigence légale minimale de trois années entières de cotisations pour prétendre avoir droit à une rente d'invalidité (cf. art. 36 al. 1 LAI).

Cette condition étant en l'espèce remplie, il s'agit dès lors de déterminer si l'assuré est invalide au sens de la LAI.

9.

Selon la jurisprudence, une décision qui accorde pour la première fois une rente d'invalidité avec effet rétroactif et, en même temps, prévoit sa suppression, réduction et/ou augmentation correspond à une décision de révision au sens de l'art. 17 LPGa (ATF 133 V 263 consid. 6.1 ; arrêts du Tribunal fédéral 8C_71/2017 du 20 avril 2017 consid. 3 et 9C_226/2011 du 15 juillet 2011 consid. 4.3.1 non publié *in* : ATF 137 V 369 ; cf. également MARGRIT MOSER SZELESS, Loi sur la partie générale des assurances sociales, Commentaire Romand, 2018, n° 9 ad art. 17). Elle doit par conséquent se fonder sur une modification notable du taux d'invalidité. La date de la modification du droit doit être fixée conformément à l'art. 88a RAI (par analogie : ATF 125 V 417 consid. 2d ; arrêt du Tribunal fédéral I 21/05 du 12 octobre 2005 consid. 3.3 ; voir également MICHEL VALTERIO, Loi fédérale sur l'assurance-invalidité [LAI], 2018, n° 32 ad art. 31).

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

9.2 Pour examiner s'il y a eu une modification importante du degré d'invalidité justifiant la révision du droit à des prestations au sens de l'art. 17 LPGa, il s'agit de comparer les circonstances prévalant lors de la nouvelle décision avec celles existant lors de la dernière décision entrée en force et reposant sur un examen matériel du droit à la rente, avec constatation des faits pertinents, appréciation des preuves et comparaison des revenus conformes au droit (ATF 133 V 108 consid. 5 [en particulier 5.4], 130 V 71

consid. 3.2.3, 130 V 343 consid. 3.5 et 125 V 368 consid. 2 et les références citées ; arrêt du Tribunal fédéral 9C_602/2019 du 10 juin 2020 consid. 2).

10.

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

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

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

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

10.5 Pour pouvoir déterminer la capacité de travail médico-théorique et évaluer l'invalidité de la personne concernée, l'administration, ou le tribunal en cas de recours, a besoin de documents que le médecin ou éventuellement d'autres spécialistes doivent lui fournir (ATF 117 V 282 consid. 4a) et sur lesquels elle s'appuiera, sous peine de violer le principe inquisitoire (arrêts du Tribunal fédéral 8C_759/2019 du 22 janvier 2020 consid. 4.2.2 et 8C_623/2012 du 6 décembre 2012 consid. 1.2). Une limitation de la capacité d'exécuter une tâche ou une action ne peut en effet fonder le droit à une prestation que si elle est la conséquence d'une atteinte à la santé qui a été diagnostiquée de manière indiscutable par un médecin spécialiste de la discipline concernée (ATF 143 V 418 consid. 6 et 8.1, 141 V 281 consid. 2.1 ; arrêt du Tribunal fédéral 9C_815/2012 du 12 décembre 2012 consid. 3). Le Tribunal fédéral a jugé que les données fournies par les médecins constituent un élément utile pour apprécier les conséquences fonctionnelles de l'atteinte à la santé, quand bien même la notion d'invalidité est de nature économique/juridique et non médicale. Précisément, la tâche des médecins consiste à porter un jugement sur l'état de santé et à indiquer dans quelle mesure et pour quelles activités la personne concernée est incapable de travailler, compte tenu de ses limitations (ATF 143 V 418 consid. 6, 132 V 93 consid. 4, 125 V 256 consid. 4, 115 V 133 consid. 2, 114 V 310 consid. 3c, 105 V 156 consid. 1 ; voir également ATF 140 V 193 consid. 3.2 et les références citées). Dans ce contexte, on rappellera qu'il n'appartient pas au juge de remettre en cause le diagnostic retenu par un médecin et de poser de son propre chef des conclusions qui relèvent de la science et des tâches du corps médical (arrêt du Tribunal fédéral 9C_719/2016 du 1^{er} mai 2017 consid. 5.2.1).

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

10.6.1 Ainsi, avant de conférer pleine valeur probante à un rapport médical, il convient de s'assurer que les points litigieux importants ont fait l'objet d'une étude circonstanciée, que le rapport se fonde sur des examens complets, qu'il prend également en considération les plaintes exprimées par la personne examinée, qu'il a été établi en pleine connaissance de l'anamnèse, que la description du contexte médical et l'appréciation de la situation médicale sont claires et, enfin, que les conclusions du médecin sont dûment motivées (ATF 134 V 231 consid. 5.1, 125 V 351 consid. 3a). La valeur probante d'un rapport médical ou d'une expertise est de plus liée à la

condition que le médecin qui se prononce dispose de la formation spécialisée nécessaire et de compétences professionnelles dans le domaine d'investigation (arrêts du Tribunal fédéral 9C_555/2017 du 22 novembre 2017 consid. 3.1 et les références citées, 9C_745/2010 du 30 mars 2011 consid. 3.2 et 9C_59/2010 du 11 juin 2010 consid. 4.1 ; MICHEL VALTERIO, Commentaire, Loi fédérale sur l'assurance-invalidité [LAI], 2018, art. 57 LAI n° 33).

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

10.6.3 Selon la jurisprudence, il n'est pas interdit aux tribunaux des assurances de se fonder uniquement ou principalement sur les rapports des médecins rattachés aux assureurs, mais, en de telles circonstances, l'appréciation des preuves est soumise à des exigences sévères. Une instruction complémentaire sera ainsi requise s'il subsiste des doutes, même minimes, quant au bien-fondé, à la fiabilité et à la pertinence de ces rapports (ATF 139 V 225 consid. 5.2, 135 V 465 consid. 4.4 et 122 V 157 consid. 1d ; arrêt du Tribunal fédéral 8C_699/2018 du 28 août 2019 consid. 3). Les prises de position des services médicaux régionaux (SMR) et du service médical de l'OAIE doivent être appréciées comme des rapports de médecins liés à l'assureur (concernant le SMR, arrêts du Tribunal fédéral 9C_159/2016 du 2 novembre 2016 consid. 2.2 ss et 8C_197/2014 du 3 octobre 2014 consid. 4 ; arrêt du Tribunal administratif fédéral C-2843/2016

du 30 mai 2018 consid. 8.1 et 8.2 ; MICHEL VALTERIO, op. cit., art. 57 LAI n^{os} 7 et 42 ss, art. 59 LAI n^o 2).

10.6.4 Les prises de position des services médicaux régionaux (SMR) ou du service médical de l'OAIE ne se fondent pas sur des examens médicaux effectués sur la personne, mais sur des pièces médicales, et ne posent pas de nouvelles conclusions médicales. Elles portent une appréciation sur celles déjà existantes (arrêts du Tribunal fédéral 9C_542/2011 du 26 janvier 2012 consid. 4.1, 9C_581/2007 du 14 juillet 2008 consid. 3.2 et 9C_341/2007 du 16 novembre 2007 consid. 4.1). Elles ont notamment pour but, outre celui d'aider les profanes en médecine qui travaillent dans l'administration ou les tribunaux et à qui il appartient de trancher le droit aux prestations, de résumer et de porter une appréciation sur la situation médicale de la personne concernée, ainsi que de faire une recommandation, sous l'angle médical, concernant la suite à donner à la demande de prestations. Ceci implique aussi, en présence de pièces médicales contradictoires, de dire de façon motivée s'il y a lieu de se fonder sur l'une ou l'autre de ces pièces ou s'il y a lieu de procéder à une instruction complémentaire (ATF 142 V 58 consid. 5.1). De telles prises de position, pour avoir valeur probante, ne peuvent suivre les conclusions d'un médecin sans établir les raisons pour lesquelles les conclusions différentes d'autres médecins ne sont pas suivies (ATF 137 V 210 consid. 6.2.4 ; M. VALTERIO, op. cit., art. 57 LAI n^o 43). Si les pièces au dossier ne permettent pas de trancher les questions contestées, les prises de position médicales internes de l'assureur ne peuvent pas, en général, constituer une évaluation finale, mais doivent donner lieu à une instruction complémentaire (arrêts du Tribunal fédéral 9C_165/2015 du 12 novembre 2015 consid. 4.3, 9C_58/2011 du 25 mars 2011 consid. 3.3 ; arrêt du Tribunal administratif fédéral C-2843/2016 du 30 mai 2018 consid. 8.2).

11.

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

11.1 L'instruction de la présente cause a notamment porté au dossier la documentation médicale suivante (datée antérieurement à la décision attaquée) :

- le compte-rendu du test d'effort effectué par A. _____ le 11 juin 2016, mettant en exergue la nécessité de procéder à une coronarographie (pce AI 36, p. 6) ;

- le rapport ainsi que le compte-rendu, daté du 26 juillet 2016, de l'hospitalisation de l'assuré à la Clinique I._____, à (...), entre le 24 et le 26 juin 2016, pour y réaliser une coronarographie et une angioplastie ; le Dr J._____, cardiologue, en charge de l'intervention, a constaté des lésions tritronculaires, une sténose significative de l'artère interventriculaire antérieure proximale, une sténose significative de l'artère interventriculaire antérieure moyenne, une sténose significative chronique de l'artère circonflexe moyenne, une sténose significative de la première marginale, une lésion non significative de l'artère coronaire droite proximale, une sténose significative de l'artère coronaire droite distale et une sténose significative de l'artère interventriculaire postérieure (pce AI 7, p. 1 à 3 et 8) ;
- le rapport d'examen portant sur la scintigraphie myocardique réalisée le 26 septembre 2016 par la Clinique K._____, (Dr L._____), à (...) (pce AI 36, p. 17) ;
- le compte-rendu, daté du 1^{er} octobre 2016, de l'hospitalisation de l'assuré à la Clinique I._____, à (...), du 25 au 27 août 2016, pour y effectuer, par le Dr J._____, une angioplastie coronaire (pce AI 7, p. 13 s.) ;
- les courriers du Dr M._____, cardiologue, au Dr N._____, médecin traitant de A._____, datés des 22 août et 24 octobre 2016 (pces AI 36, p. 12 et 19) ;
- le rapport du Dr M._____ daté du 11 janvier 2017, adressé à l'OAI-C._____, dont il ressort que l'assuré se trouve en incapacité de travail dans son activité habituelle de chauffeur routier et ce, à compter du mois de mai 2016, mais qu'il dispose d'une capacité de travail à temps complet dès le mois de mai 2016 dans une activité adaptée, en respectant les limitations répertoriées (pce AI 17) ;
- le certificat du Dr O._____, psychiatre à (...) (France), daté du 9 mars 2017, attestant suivre A._____ depuis le 9 février 2017 pour une pathologie psychique sévère nécessitant un suivi régulier et un traitement psychotrope au long cours empêchant toute reprise d'une activité professionnelle (pce AI 32, p. 3) ;
- le résultat du scanner du rachis lombaire effectué le 3 avril 2017 auprès du Centre d'imagerie médicale (Dr P._____), à (...)

(France), faisant notamment état d'un canal lombaire étroit sur étroitesse canalaire constitutionnelle aggravée par les débords discaux circonférentiels et l'hypertrophie des articulaires postérieurs, le calibre étant particulièrement réduit aux étages L4-L5 et L5-S1 ; aucune saillie ou hernie discale n'a été constatée (pce AI 54, p. 1) ;

- les certificats du Dr O. _____, psychiatre, datés des 23 mai et 1^{er} août 2017, relevant que l'assuré présente une humeur dépressive avec des idées suicidaires, un état d'anxiété, une anhédonie, un ralentissement psychomoteur et un insomnie quasi-totale, une péjoration de l'avenir, et soulignant la nécessité d'un suivi régulier et d'un traitement psychotrope au long cours (pce AI 88, p. 7 et 12) ;
- le rapport médical manuscrit du Dr N. _____, daté du 19 juin 2017, posant le diagnostic d'angor (angine de poitrine) de novo d'effort sur atteinte tritronculaire et de canal lombaire étroit avec réduction des foramens intravertébraux de L3 à S1 (pce AI 88, p. 8) ;
- le rapport, daté du 10 août 2017, de l'expertise pluridisciplinaire – médecine interne, psychiatrie et psychothérapie, cardiologie et orthopédie – réalisée respectivement par les Drs Q. _____, F. _____, R. _____, H. _____ pour le compte de D. _____ (pce AI 76) ;
- la lettre de liaison datée du 22 août 2017, par laquelle le service de neurochirurgie des Hôpitaux civils de (...) (Drs S. _____ et T. _____) a indiqué que l'assuré avait été admis pour une radiculosaccographie (RSG) dynamique ainsi que pour y passer une IRM lombaire (pce AI 78, p. 1) ;
- les courriers du Dr T. _____, neuro-chirurgien à (...), datés des 11 septembre 2017 et 24 janvier 2018, adressés au Dr N. _____, médecin traitant de A. _____, faisant état d'un canal lombaire étroit au niveau L2-L3, L3-L4 et L4-L5 pouvant nécessiter la réalisation d'une laminectomie, de l'intervention chirurgicale du 23 novembre 2017 au cours de laquelle a été effectuée une décompression postéro-latérale du fourreau dural avec ostéosynthèse facettaire aux niveaux L2-L3, L3-L4, L4-L5, de l'évolution favorable concernant les radicualgies et des plaintes de l'assuré à propos de lombalgies résiduelles (pces AI 85, p. 4, et 90, p. 2) ;

- les rapports de la Dresse U._____, médecin SMR, datés des 28 février 2017, 16 août 2017, 13 février 2018, figurant tous trois dans le document « *Case Report BM/RE* » de l'OAI-C._____; en résumé, la capacité de travail de l'assuré est nulle dans son activité de chauffeur routier dès le mois de juin 2016 ; l'assuré dispose cependant d'une capacité résiduelle de travail dans une activité adaptée (activité légère à mi-lourde sans port de charges supérieures à 12-15 kg, sans postures forcées de la colonne vertébrale, sans positions voûtées ou accroupies, sans sollicitation répétitive du bras gauche, sans mouvements de poussée ou de traction), de 100 % dès le mois de juin 2016, de 80 % dès le mois de mars 2017, de 0 % du 23 novembre 2017 du 23 février 2018, et de 80 % à compter du 24 février 2018 (pce AI 97, p. 9 et 10).

11.2 Devant le Tribunal de céans, A._____ a versé en cause les pièces médicales suivantes (datées postérieurement à la décision attaquée et versées en cause dans le cadre de la procédure de recours) :

- un bulletin d'hospitalisation daté du 17 mai 2018, attestant de l'admission de A._____ à la Clinique I._____, à (...), le 23 mai 2018 (annexe pce TAF 5) ;
- le rapport de l'Unité de Cardiologie Interventionnelle de la Clinique K._____, relatif à la coronarographie subie par l'assuré le 23 mai 2018 (annexe pce TAF 7) ;
- le rapport de la Clinique K._____ (Dr L._____), daté du 12 juin 2018, relatif à la scintigraphie myocardique et concluant à un déficit inféro-basal de deux segments un peu plus marqué qu'en septembre 2016, partiellement réversible *a priori* attribuable à une ischémie résiduelle compte tenu de sa persistance après correction de l'atténuation ainsi qu'à une possible intrication avec une atténuation diaphragmatique du rayonnement (annexe pce TAF 7) ;
- les courriers du Dr M._____, datés des 12 et 19 juin 2018, adressés au Dr N._____, médecin traitant de l'assuré, et auxquels sont annexés les résultats de scintigraphie ; le praticien y fait état d'un déficit inféro-basal qui témoigne plus d'une atteinte de la coronaire droite qui est multi-pathologique sur son trajet, précisant au surplus qu'une décision thérapeutique sera prise à l'automne 2018 (annexes pce TAF 7) ;

- une liste de prescriptions médicamenteuses signée par le Dr N._____ et datée du 21 juin 2018 (annexe pce TAF 15) ;
- le rapport de l'Unité de Cardiologie Interventionnelle de la Clinique K._____ (Dr J._____), relatif à l'angioplastie subie par l'assuré le 11 janvier 2019 (annexe pce TAF 20) ;
- le rapport de l'Unité de Cardiologie Interventionnelle de la Clinique K._____ (Dr J._____), relatif à la coronarographie et à l'angioplastie subies par l'assuré le 1^{er} février 2019, ainsi que la liste des médicaments – au nombre de six – prescrits à la suite de cette intervention (annexe pce TAF 20) ;
- un bulletin d'hospitalisation daté du 4 février 2019, attestant de l'admission de A._____ à la Clinique I._____, à (...), du 31 janvier au 4 février 2019 (annexe pce TAF 20) ;
- le certificat du Dr O._____, psychiatre, daté du 11 décembre 2019, indiquant que l'assuré présentait toujours un état dépressif avec des idées suicidaires, qu'il n'avait plus envie de vivre, qu'il ne voyait pas d'issue à ses problèmes et qu'il souffrait d'un état d'anxiété majeure permanente avec une nosophobie, des préoccupations anxieuses autour des problèmes de santé cardiaque, des douleurs diffuses sur tout le corps, un anhédonie, un ralentissement psychomoteur et une insomnie quasi-totale (annexe pce TAF 27) ;
- une « *lettre de liaison* », datée du 6 décembre 2019, adressée par les Etablissements V._____ (Dr W._____) au Dr M._____, attestant de l'hospitalisation de A._____ en hôpital de jour du 4 novembre au 6 décembre 2019 pour participer à un programme d'éducation thérapeutique comportant plusieurs ateliers thématiques (maladie coronarienne et facteurs de risque, école du pouls, école du souffle, les bienfaits d'une activité physique, alimentation équilibrée) et mettre en place un projet de sortie comprenant un contrôle des facteurs de risque cardiovasculaire, la poursuite d'une activité physique en endurance et du traitement médicamenteux prescrit, un suivi cardiaque régulier (annexe pce TAF 27) ;
- le rapport de la Clinique K._____ (Dr X._____), daté du 26 mai 2020, relatif à la scintigraphie myocardique effectuée sur l'assuré et confirmant le diagnostic déjà posé deux ans auparavant d'ischémie

réversible résiduelle intérieure et d'hypokinésie inférieure à l'effort (annexe pce TAF 28) ;

- un bulletin d'hospitalisation daté du 4 août 2020, attestant de l'admission de A. _____ à la Clinique I. _____, à (...), les 3 et 4 août 2020 (annexe pce TAF 28) ;
- le rapport de l'Unité de Cardiologie Interventionnelle de la Clinique K. _____ (Dr J. _____), relatif à la coronarographie et à l'angioplastie subies par l'assuré le 3 août 2020 (annexe pce TAF 28).

12.

12.1 La décision querellée repose principalement sur l'expertise pluridisciplinaire réalisée par D. _____ sur mandat de l'OAI-C. _____ du 20 avril 2017 (pce AI 43) et ayant fait l'objet d'un rapport circonstancié en date du 10 août 2017 (pce AI 76). Dite expertise ayant une importance prépondérante sur le sort du litige, il convient d'en examiner la valeur probante, étant précisé d'emblée que, dans ses écritures, le recourant n'a formulé aucune remarque ou objection concrète à son endroit.

12.2

12.2.1 Chargé du *volet cardiologique*, le Dr R. _____, cardiologue, a posé, comme diagnostics avec incidence sur la capacité de travail, une coronaropathie avec implantation d'un *stent* en 2016 et des précordialgies atypiques et, comme diagnostics sans répercussion sur la capacité de travail, un profil à risques cardiovasculaires dû notamment à une prédisposition familiale, une dyslipidémie, une hypertension artérielle, de l'obésité et de la sédentarité. S'agissant de l'incidence de ces diagnostics sur la capacité de travail de l'intéressé, l'expert a estimé que la capacité de travail dans l'activité ordinaire de chauffeur poids lourd s'élevait à 80 % dans la mesure où l'assuré était en mesure de conserver sa licence de chauffeur. Elle se trouve être également de 80 % dans une activité adaptée. Le Dr R. _____ a en outre précisé que, sur la base du dossier, il ne ressortait qu'une incapacité de travail d'une semaine suite aux interventions du cardiologue (en juin 2016) ; sur la base de ce constat, sous l'angle cardiologique, l'expert a indiqué ne pas s'expliquer l'incapacité totale de travail à long terme qui a été évoquée alors et qui a ensuite conduit au licenciement du patient en janvier 2017 (pce AI 76, p. 36 à 38).

12.2.2 Chargé du *volet psychiatrique*, le Dr F._____, psychiatre et psychothérapeute, a conclu que A._____ ne souffrait pas d'un épisode dépressif sévère sans symptômes psychotiques (F32.2) ainsi que l'avait retenu le Dr O._____, faisant au surplus remarquer qu'aucun médicament antidépresseur ne lui avait été prescrit par ce dernier. S'appuyant notamment sur l'anamnèse et sur les considérations objectives ressortant de la consultation du patient, l'expert n'a retenu aucun diagnostic psychique ayant une incidence sur la capacité de travail de l'assuré, relevant néanmoins que ce dernier souffrait d'un trouble anxieux et dépressif mixte (F41.2) sans influence sur sa capacité de travail, ce trouble étant en rapport direct avec ses problèmes de santé cardiaque affectant son état de santé général. Le Dr F._____ a par ailleurs souligné le contexte social favorable dans lequel vit l'expertisé, notamment les contacts étroits avec ses enfants et petits-enfants, ainsi que sa capacité à aider son épouse, laquelle exerce une activité lucrative, pour la tenue du ménage et l'entretien du jardin (pce AI 76, p. 18 à 22).

12.2.3 Quant au *volet orthopédique* de l'expertise pluridisciplinaire, réalisé par la Dresse H._____, spécialiste en chirurgie orthopédique et en traumatologie de l'appareil locomoteur, il a permis de poser un diagnostic exhaustif avec et sans répercussion sur la capacité de travail de A._____. Ont ainsi été diagnostiquées les affections suivantes : avec répercussion sur la capacité de travail, des douleurs lombaires chroniques avec claudication et limitation de la capacité de charge de la colonne lombaire, une sténose foraminale de LWK3-5 et rétrolisthésis de L4/5, une ostéochondrose modérée et une spondylarthrite de L2-5, des vertèbres de transition lombo-sacrées L5, une discrète scoliose à gauche, un trouble fonctionnel léger à modéré de l'articulation du coude gauche avec déficit clinique de l'extension et de la flexion dans le cadre d'un trouble capsulo-ligamentaire, des signes radiologiques d'ossification des tissus mous huméro-ulnaires, une arthrose modérée de l'articulation du coude gauche, une légère gonarthrose à gauche et une chondrocalcinose à l'articulation du genou droit ; sans répercussion sur la capacité de travail, une cervicalgie, une discrète ostéochondrose, une coxarthrose débutante à gauche, une obésité. Sous l'angle orthopédique, la capacité de travail de l'intéressé est nulle dans l'activité de chauffeur poids lourd (avec activités de chargement et de déchargement impliquant le port et le transport de charges lourdes), tout comme dans l'activité apprise de serrurier ; elle est de 80 % dans une activité adaptée, dès le mois de mars 2017 (pce AI 76, p. 33 [ch. 8.1.2]), à savoir dans une activité légère à moyenne sans soulever ni porter de charges supérieures à 12 ou 15 kg, sans postures forcées de la colonne

vertébrale, sans positions courbées ou accroupies, sans utilisation répétitive du bras gauche, sans mouvements de poussée ou de traction (pce AI 76, p. 23 à 30).

12.3

12.3.1 A l'instar de l'autorité inférieure, le Tribunal est d'avis qu'il n'y a pas de motifs de s'écarter des conclusions des experts, les Drs Q. _____ (médecine interne), F. _____ (psychiatrie), R. _____ (cardiologie), H. _____ (orthopédie), lesquels ont examiné A. _____ le 28 juin 2017. Aux termes de la *synthèse pluridisciplinaire* (pce AI 76, p. 31 à 33), les diagnostics posés dans le cadre de leur analyse (pce AI 76, p. 31) ont été intégralement repris et il a été répondu aux questions de l'autorité d'instruction relatives à la capacité de travail. En résumé, la capacité de travail de A. _____ dans son activité habituelle de chauffeur routier (poids lourd) est considérée comme étant nulle, principalement en raison des problèmes orthopédiques, dès le mois de mars 2017 ; il en va de même de l'activité de serrurier. Selon les experts, ladite capacité est limitée à 80 % pour des raisons cardiologiques à compter du 24 juin 2016. Dans une activité adaptée, la capacité de travail s'élève à 80 % dès le jour de l'expertise, respectivement dès le mois de mars 2017, en respectant les limitations prescrites (cf. ci-dessus, consid. 12.2.3 ; pce AI 76, p. 33 et 34).

12.3.2 Il appert que l'expertise pluridisciplinaire a été réalisée par des spécialistes en psychiatrie, cardiologie et orthopédie, qu'elle comporte en préambule un examen de médecine interne effectué par une spécialiste (pce AI 76, p. 14 à 18). Ces praticiens disposaient de la formation et des connaissances requises pour juger valablement de l'état de santé du recourant. Les différents volets du rapport ont été établis sur la base d'observations approfondies et d'investigations complètes, l'assuré ayant été examiné et entendu par chacun des quatre praticiens le 28 juin, durant toute la journée (pce AI 70). L'expertise satisfait de surcroît aux exigences posées par la jurisprudence en matière de valeur probante des documents médicaux, dans la mesure où elle tient compte de l'intégralité des éléments du dossier mis à la disposition des experts par l'OAIE et a donc été établie en pleine connaissance du dossier médical et économique déterminant (pce AI 76, p. 5 à 13 [énumération et brefs résumés des pièces du dossier]). Ses conclusions reposent sur une anamnèse complète, constituée principalement des avis et rapports médicaux des praticiens français ayant pris en charge l'assuré, des certificats médicaux reconnaissant une incapacité de travail et des résultats des examens paracliniques et analyses réalisés. L'expertise comprend en outre les appréciations détaillées de chacun des

spécialistes ainsi que leurs diagnostics argumentés et une appréciation circonstanciée du cas (ci-dessus, consid. 12.2.1 à 12.2.3). Il a été tenu compte des plaintes de l'assuré. Les praticiens ont exposé les raisons pour lesquelles ils s'écartaient des éventuels avis divergents de leurs confrères figurant dans la documentation médicale ; ce fut tout particulièrement le cas dans les volets cardiologique et psychiatrique. Finalement, les experts ont répondu aux questions formulées par l'OAI-C._____ en déterminant notamment la capacité résiduelle de travail de l'assuré et en exposant comment celle-ci a été déterminée.

12.3.3 S'agissant plus spécifiquement du *volet psychiatrique* de l'expertise pluridisciplinaire (pce AI 76, p. 18 à 22 ; cf. également ci-dessus, consid. 12.2.2), rédigé par le Dr F._____, psychiatre et psychothérapeute, il y a lieu d'examiner s'il respecte la jurisprudence spécifique relative à cette spécialité.

12.3.3.1 Se fondant sur le dossier médical et une consultation en présence de l'assuré, le 28 juin 2017, le Dr F._____ a exclu toute pathologie psychique ayant une incidence sur la capacité de travail de l'intéressé. Il a cependant diagnostiqué un trouble anxieux et dépressif mixte, sans influence sur la capacité de travail.

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

12.3.3.3 En l'occurrence, c'est au terme d'une analyse prenant en compte les indicateurs déterminants ressortant de la jurisprudence du Tribunal fédéral (ATF 141 V 281 consid. 4.1.3) que le Dr F._____ est parvenu à la conclusion que, sous l'angle psychiatrique, il n'existait aucune limitation à la capacité de travail de A._____.

A ce propos, il y a tout particulièrement lieu de mettre en exergue les ch. 5.4.3 et 5.4.4 de l'expertise pluridisciplinaire dans lesquels sont abordés, conformément aux exigences jurisprudentielles (ATF 141 V 281), les dommages à la santé mentale de l'assuré (ATF précité, consid. 4.3.1), le contexte social dans lequel il vit (ATF précité, consid. 4.3.3), le diagnostic posé (ATF précité, consid. 4.3.1), les aspects comportementaux et la cohérence du récit de l'intéressé ainsi que ses ressources (ATF précité, consid. 4.3.2 et 4.4). Ainsi, dans ce cadre, le Tribunal constate que l'expert a relevé que A._____ présente un trouble mixte anxieux et dépressif, précision étant faite que le trouble dépressif est héréditaire, qu'il s'inquiète de son état de santé et le rumine – craignant tout particulièrement une crise cardiaque et les risques liés à une prochaine opération au dos (qui se déroulera avec succès quelques semaines plus tard, en novembre 2017) –, qu'il dort mal malgré les médicaments (du *Lormétazépam* [commercialisée sous le nom de *Noctamid* {pce AI 76, p. 19 et 20}] contre les insomnies). Le Dr F._____ a précisé être en présence d'une combinaison de symptômes légers d'anxiété et de dépression, pas assez graves toutefois pour justifier un diagnostic de trouble affectif. Sous l'angle du contexte social, l'expert a mis en exergue le caractère favorable de celui-ci, l'illustrant par le fait que son épouse travaille et qu'il l'aide à l'entretien du ménage et du jardin, par les contacts très réguliers avec ses enfants et petits-enfants lui procurant de la joie, par l'important réseau de connaissances grâce auquel il se sent soutenu, ainsi que par l'absence d'impact de sa santé mentale sur ses loisirs et ses activités sociales. Au surplus, l'expert a rappelé que l'assuré recevait un traitement ambulatoire adéquat, sans prescription de médicaments antidépresseurs, et a estimé A._____, du point de vue de la santé mentale, intégrable au marché du travail. Il a été souligné que, pendant l'examen, les informations fournies par l'assuré étaient cohérentes et que ce dernier s'est comporté de manière appropriée à la situation. Enfin, le Dr F._____ a mis en exergue la divergence entre son diagnostic et celui du psychiatre traitant mais a exposé pourquoi, sur le plan anamnestique et en tenant compte des résultats psychopathologiques, un diagnostic de trouble dépressif majeur ne se justifiait aucunement (pce AI 76, p. 18 à 22).

12.4 Au vu de ce qui précède, il n'y a pas lieu de remettre en cause l'expertise pluridisciplinaire réalisée par D._____. Il n'existe en effet aucun indice concret – et le recourant n'en soulève aucun – permettant au Tribunal de douter du bien-fondé des conclusions auxquelles elle aboutit, tant sur le plan somatique que psychique. Lesdites conclusions ont de surcroît fait l'objet d'une synthèse multidisciplinaire conformément aux prescrip-

tions jurisprudentielles (ATF 137 I 327 consid. 7.3), précision étant au surplus faite que les avis médicaux divergents ont été abordés et discutés par les experts.

Cette conclusion est par ailleurs partagée par la Dresse U._____, neurologue, médecin SMR, qui, dans son rapport du 16 août 2017 consacré à l'expertise pluridisciplinaire de D._____, a notamment considéré cette dernière comme étant complète, cohérente et consistante (pce AI 97, p. 9).

Aussi, l'expertise pluridisciplinaire dispose d'une pleine valeur probante.

13.

13.1 Dans ses écritures, A._____, se basant sur les nombreux avis et rapports médicaux qu'il a versés en cause au cours de la procédure devant le Tribunal de céans (pour une énumération exhaustive desdites pièces, cf. ci-dessus, consid. 11.2), reproche à l'autorité inférieure de s'être prononcée alors que son état de santé n'était selon lui pas stabilisé.

13.2 Le Tribunal ne partage pas l'avis du recourant. En effet, il ressort de la chronologie du dossier qu'aucune pièce médicale portant sur l'état de santé psychique et cardiaque de l'assuré n'a été portée à la connaissance de l'autorité d'instruction entre la date de l'expertise pluridisciplinaire, le 10 août 2017, et celle de la décision de première instance, le 12 avril 2018. S'agissant de la situation sur le plan orthopédique, il sied de préciser que A._____ a été opéré par le Dr T._____ en date du 23 novembre 2017 pour « *traiter son canal lombaire étroit* » (pce AI 90, p. 2). L'intervention a consisté en « *une décompression postéro-latérale du fourreau dural avec ostéosynthèse facettaire aux niveaux L2-L3, L3-L4, L4-L5* » (*ibid.*). Le Dr T._____, dans un courrier du 24 janvier 2018 adressé au Dr N._____, médecin traitant de l'assuré, a expressément souligné, sur la base des radiographies effectuées le 15 janvier 2018, l'évolution favorable concernant les radiculalgies – qui avaient quasiment disparu – sans omettre de relever les plaintes de l'assuré en rapport avec des lombalgies résiduelles (*ibid.*). La Dresse U._____, médecin SMR, s'est déterminée, le 13 février 2018, sur les conséquences de cette intervention chirurgicale sur la capacité de travail de l'intéressé. Elle est parvenue à la conclusion que la capacité de travail de A._____ était nulle quelle que soit l'activité depuis le jour de l'opération et ce, durant trois mois, tenant ainsi compte de la durée de rétablissement post-opératoire et attestant ainsi de la stabilité de l'état de santé. C'est par conséquent sur la base d'un état de santé stabilisé que l'OAIE a rendu sa décision, le 12 avril 2018, dans laquelle il a

par ailleurs été pleinement tenu compte de l'incapacité de travail de l'intéressé en raison de l'intervention chirurgicale du 23 novembre 2017 et de ses suites.

13.3 Quant aux pièces médicales versées postérieurement à la décision entreprise, dans le cadre de la procédure de recours, le Tribunal considère, ainsi que l'a mentionné à juste titre l'OAI-C. _____ dans sa prise de position du 16 juillet 2018 annexée à la réponse de l'OAIE au recours (annexe pce TAF 11), qu'elles seraient, dans la mesure où elles révèlent une péjoration de l'état de santé du recourant, à faire valoir dans le cadre d'une nouvelle demande de prestations d'invalidité. C'est le lieu de rappeler que le Tribunal ne peut prendre en considération que les rapports médicaux établis antérieurement à la décision attaquée, à l'exception de ceux établis ultérieurement qui permettent de mieux appréhender l'état de santé et la capacité de travail de l'intéressé jusqu'à la décision sujette à recours (ci-dessus, consid. 5.2). Or, il appert que les pièces médicales qui ont été produites au dossier en procédure de recours ne sont pas susceptibles de modifier l'appréciation par le Tribunal de l'état de santé du recourant, respectivement de sa capacité de travail durant la période faisant l'objet de la présente procédure – soit entre le 1^{er} juin 2017 et le 12 avril 2018 (ci-dessus, consid. 4). Elles portent au contraire exclusivement sur des faits postérieurs pouvant le cas échéant témoigner d'une détérioration de l'état de santé de l'assuré. Faute de permettre de mieux appréhender l'état de santé et la capacité de travail de l'intéressé jusqu'à la décision sujette à recours, il ne saurait en être tenu compte dans le présent arrêt. Partant, l'invocation de ces éléments de fait nouveaux en présente procédure de recours ne lui est d'aucun secours.

14.

Il reste à analyser le calcul du taux d'invalidité figurant dans le document résumant le cas (« *case report* » ; pce AI 97) de l'OAI-C. _____ et déterminer si le pourcentage de la diminution de la capacité de gain retenue – 31,96 % – est conforme au droit.

14.1 Aussi bien lors de l'examen initial du droit à la rente qu'à l'occasion d'une révision de celle-ci, il faut dans le cadre de l'examen du calcul du taux d'invalidité préliminairement examiner quelle méthode d'évaluation de l'invalidité appliquer. Le choix de l'une des trois méthodes (méthode générale de comparaison des revenus, méthode mixte, méthode spécifique / méthode extraordinaire) dépend du statut du bénéficiaire potentiel de la rente : assuré exerçant une activité lucrative à temps complet, assuré exerçant une activité lucrative à temps partiel, assuré non actif (art. 28a LAI).

On décidera que l'assuré appartient à l'une ou l'autre de ces trois catégories en fonction de ce qu'il aurait fait, les circonstances étant par ailleurs restées les mêmes, si l'atteinte à la santé n'était pas survenue (*cf.* ATF 137 V 334 consid. 3.2 ; 129 V 150 consid. 2.1 ainsi que les références citées).

14.2 Chez les assurés qui exercent une activité lucrative à plein temps avant d'être atteints dans leur santé physique, mentale ou psychique, le taux d'invalidité doit être déterminé sur la base d'une comparaison des revenus (art. 16 LPGa). Si l'on ne peut déterminer ou évaluer sûrement le revenu hypothétique sans invalidité et le revenu d'invalidé, tout particulièrement s'agissant des indépendants, il faut procéder à une comparaison des activités et évaluer le degré d'invalidité d'après l'incidence de la capacité de rendement amoindrie sur la situation économique concrète (méthode extraordinaire ; ATF 128 V 29 consid. 1 ainsi que l'arrêt du Tribunal fédéral 8C_748/2008 du 10 juin 2009 consid. 2.1 et les références citées). En revanche, si la cessation de l'activité indépendante du recourant et le changement de statut qui s'en suit (cotisations sociales en tant que personne sans activité lucrative) correspondent à une modification des circonstances conduisant à rendre exigible envers l'assuré l'exercice d'une activité salariée, respectivement à le considérer comme un hypothétique salarié, alors la méthode de comparaison des revenus s'applique et non pas la méthode extraordinaire (arrêts du Tribunal fédéral 9C_277/2013 du 28 août 2013 consid. 4.1.2 et 8C_748/2008 du 10 juin 2009 consid. 4.2.2). Quant aux assurés qui exercent une activité lucrative à temps partiel, le taux d'activité doit en règle générale être déterminé sur la base de la méthode mixte. Tel est aussi le cas lorsque l'assuré, avant la survenance de l'atteinte à la santé litigieuse, a réduit son temps de travail pour des raisons personnelles, étrangères à l'invalidité. En revanche, si la réduction de l'horaire de travail est requise par l'état de santé de l'assuré avant l'atteinte à la santé litigieuse, on doit considérer que le recourant, s'il n'avait pas été atteint dans sa santé, aurait exercé une activité lucrative à plein temps et la méthode mixte n'est alors pas applicable (ATF 129 V 150 consid. 2.1 et 2.2).

14.3 En l'espèce, jusqu'à la survenance de ses problèmes cardiaques, A. _____ exerçait à plein temps l'activité de chauffeur routier pour le compte de l'entreprise B. _____, à (...). Il y percevait un salaire mensuel brut de 6'100 francs [ou 79'200 francs annuellement] (pce AI 16, p. 5). Le contrat de travail de durée indéterminée prévoyait le versement d'un 13^{ème} salaire et 46 heures de travail hebdomadaire (pce AI 16, p. 2). Le recourant n'a jamais repris d'activité lucrative après l'entame de son inca-

pacité de travail due à ses problèmes cardiaques, le 24 juin 2016. Les relations contractuelles se sont achevées le 30 avril 2017 (ci-dessus, let. A). A l'analyse du dossier, il convient de constater que, sans la dégradation de son état de santé, diagnostiquée en juin 2016, le recourant, disposant d'un contrat à durée indéterminée et appréciant ce métier qu'il exerçait depuis de nombreuses années et dans lequel il était très investi (pce AI 76, p. 20 [ch. 5.4.1]), aurait très vraisemblablement poursuivi l'exercice d'une activité lucrative. Aucun élément du dossier ne permet de penser le contraire.

Au regard de ce qui précède, aussi bien le revenu hypothétique sans invalidité que le revenu d'invalidé peuvent être déterminés, si bien que c'est à raison que l'OAI-E, respectivement l'OAI-C. _____, a *in casu* appliqué la méthode générale de comparaison des revenus en application de la jurisprudence du Tribunal fédéral précitée (ci-dessus, consid. 14.2).

14.4

14.4.1 Selon la méthode de comparaison des revenus, le revenu que le recourant aurait pu obtenir s'il n'était pas invalide (revenu sans invalidité [ci-dessous, consid. 14.4.3]) est comparé avec celui qu'il pourrait obtenir en exerçant l'activité qui peut raisonnablement être exigée de lui après les traitements et les mesures de réadaptation, sur un marché du travail équilibré (revenu d'invalidé [ci-dessous, consid. 14.4.4.1] ; art. 16 LPGA applicable par le renvoi de l'art. 28a al. 1 LAI ; cf. ATF 129 V 222 consid. 4.3.1). La différence entre ces deux revenus détermine alors le degré d'invalidité (ATF 130 V 343 consid. 3.4.2 ; arrêt du Tribunal fédéral 8C_536/2017 du 5 mars 2018 consid. 5.1).

14.4.2 Les revenus à comparer doivent être évalués de manière aussi concrète que possible si bien qu'il convient, dans la mesure du possible, de se référer aux salaires réellement gagnés par l'assuré avant et après la survenance de ses problèmes de santé (s'agissant du salaire sans invalidité : ATF 139 V 28 consid. 3.3.2 ; 134 V 322 consid. 4.1 ; arrêt du Tribunal fédéral 9C_708/2017 du 23 février 2018 consid. 8.1).

14.4.3 Le *revenu sans invalidité* doit être évalué de la manière la plus concrète possible, conformément au principe général rappelé précédemment (ci-dessus, consid. 14.4.2), et se déduit en principe du salaire réalisé en dernier lieu par la personne assurée avant l'atteinte à la santé, en tenant compte de l'évolution nominale des salaires. Au regard des capacités professionnelles de la personne assurée et des circonstances personnelles la concernant, on prend en considération ses chances réelles d'avancement

compromises par le handicap, en posant la présomption qu'elle aurait continué d'exercer son activité sans la survenance de son invalidité. Des exceptions ne sauraient être admises que si elles sont établies au degré de la vraisemblance prépondérante (ATF 139 V précité, *ibid.*, 134 V précité, *ibid.* ; arrêt du Tribunal fédéral 9C_708/2017 précité, *ibid.*).

14.4.4

14.4.4.1 Le *revenu d'invalidé* doit être évalué avant tout en fonction de la situation professionnelle concrète de l'intéressé. Si la personne assurée n'a pas repris d'activité, ou aucune activité adaptée lui permettant de mettre pleinement en valeur sa capacité résiduelle de travail, contrairement à ce qui serait raisonnablement exigible de sa part, le revenu d'invalidé peut être évalué, notamment, sur la base des données statistiques résultant de l'Enquête suisse sur la structure des salaires (ESS) édité par l'Office fédéral de la statistique (OFS ; ATF 139 V 592 consid. 2.3 et les références, ATF 129 V 472 consid. 4.2.1, 126 V 75 consid. 3b/aa). Il y a lieu de se référer en principe toujours aux données de l'ESS les plus récentes (ATF 143 V 295 consid. 2.3). Il s'agit de se fonder, en règle générale, sur les salaires mensuels indiqués dans le tableau TA1 de l'ESS, relatif au secteur privé, ligne « *Total secteur privé* » (ATF 129 V 472 consid. 4.2.1, ATF 126 V 75 consid. 3b/aa ; ATF 142 V 178 consid. 2.5). Toutefois, lorsque cela apparaît indiqué dans le cas concret, afin de permettre à la personne assurée de mettre pleinement à profit sa capacité résiduelle de travail, il y a lieu de se référer aux salaires mensuels de secteurs particuliers, voire de branches particulières. Tel est notamment le cas lorsque, avant l'atteinte à la santé, la personne assurée a travaillé dans un même domaine pendant de nombreuses années et qu'une activité dans un autre domaine n'entre quasiment plus en ligne de compte (arrêt du Tribunal fédéral 8C_471/2017 du 16 avril 2018 consid. 4.2). Par ailleurs, il n'y a pas d'obligation de recourir systématiquement au tableau TA1 (arrêt du Tribunal fédéral 9C_841/2013 du 7 mars 2014 consid. 4.2) ; cela étant, lorsqu'il convient de faire usage de l'ESS 2012 ou d'une enquête plus récente, il y a alors lieu de se référer – jusqu'à nouvel ordre – au tableau TA1 uniquement (ATF 142 V 178 consid. 2.5.7). En outre, il sied d'adapter ces salaires à l'évolution nominale des salaires, en se fondant sur l'indice des salaires nominaux spécifique aux hommes et aux femmes et par branche (ATF 129 V 408 consid. 3.1.2).

14.4.4.2 Selon la jurisprudence, dans certains cas, le *revenu d'invalidé* déterminé d'après les données statistiques doit être réduit afin de tenir compte des circonstances personnelles et professionnelles de la personne

assurée (limitations liées au handicap, âge, années de service, nationalité ou la catégorie d'autorisation de séjour et taux d'occupation) susceptibles de diminuer ses possibilités de réaliser un gain se situant dans la moyenne, applicable aux employés ne souffrant pas d'invalidité, sur le marché ordinaire de l'emploi. Pour fixer la hauteur de cet abattement, il convient d'examiner dans un cas concret et de manière globale si des indices permettent de conclure qu'à cause de l'une ou l'autre des caractéristiques précitées, la personne assurée n'est en mesure d'utiliser sa capacité résiduelle de travail sur le marché ordinaire de l'emploi que contre une rémunération inférieure au salaire moyen correspondant. La hauteur de l'abattement dépend de chaque cas d'espèce, une réduction automatique n'étant pas admissible, et ne peut dépasser 25 % du salaire statistique (ATF 142 V 178 consid. 1.3, ATF 135 V 297 consid. 5.2, ATF 134 V 322 consid. 5.2, ATF 126 V 75 consid. 5b, ATF 124 V 321 consid. 3b/aa ; arrêt du Tribunal fédéral 9C_677/2015 du 25 janvier 2016 consid. 3.3). L'abattement résulte d'une évaluation et doit être brièvement motivé par l'administration. Le juge des assurances sociales, pour sa part, ne peut, sans motif pertinent, substituer son appréciation à celle de l'administration ; il doit s'appuyer sur des circonstances de nature à faire apparaître sa propre appréciation comme la mieux appropriée (ATF 126 V 75 consid. 6 ; arrêt du Tribunal fédéral 8C_103/2018 du 25 juillet 2018 consid. 4).

14.4.5 Le Tribunal fédéral a également précisé qu'afin de permettre une comparaison des revenus, les salaires à comparer doivent se fonder sur un même marché du travail car la disparité des niveaux de rémunération et des coûts de la vie ne permet pas, à défaut, de procéder à une comparaison objective des revenus en question (ATF 137 V 20 consid. 5.2.3.2, 110 V 273 consid. 4b ; arrêt du Tribunal fédéral 8C_300/2015 du 10 novembre 2015 consid. 7.1).

14.4.6 Pour procéder à la comparaison des revenus, les revenus à comparer doivent être déterminés par rapport à un même moment et les modifications de ces revenus susceptibles d'influencer le droit à la rente survenues jusqu'au moment où la décision est rendue doivent être prises en compte (ATF 132 V 393 consid. 2.1, 129 V 222 consid. 4.1 et 4.2 ; arrêt du Tribunal fédéral 8C_84/2018 du 1^{er} février 2019 consid. 6.2). De plus, l'autorité doit se fonder sur les données les plus récentes disponibles au moment de la décision (ATF 143 V 295 consid. 4 ; arrêt du Tribunal fédéral 9C_699/2015 du 6 juillet 2016 consid. 5.2).

14.4.7 Enfin, le degré d'invalidité en vue de l'octroi éventuel d'une rente est ainsi donné par la différence entre un rapport de 100 % et celui, exprimé

également en pour cent, qui existe entre le revenu d'invalidé (RI) et le revenu des personnes en bonne santé (RS). Il s'obtient en utilisant la formule suivante : $[(RS-RI) \times 100]/RS = x \%$ (ch. 3076 de la Circulaire sur l'invalidité et l'impotence dans l'assurance-invalidité [CIIAI]).

14.5

14.5.1 En l'occurrence, pour procéder à la comparaison des revenus et évaluer la perte de gain, l'OAIE, dans le cadre de sa décision litigieuse du 12 avril 2018, s'est à juste titre basée sur l'ESS 2014, publiée le 15 avril 2016 (arrêt du Tribunal administratif fédéral C-726/2019 du 13 avril 2021, consid. 14.2), la suivante – l'ESS 2016 – n'ayant été publiée qu'à une date – le 26 octobre 2018 – postérieure à celle de la décision querellée. L'ESS 2014 contient conséquemment les données les plus récentes disponibles pour traiter le cas d'espèce.

14.5.2 A l'examen de ladite évaluation, le Tribunal relève que l'autorité a correctement déterminé le *salaire sans invalidité* du recourant, lequel travaillait en qualité de chauffeur routier, en prenant en considération le salaire tel qu'il ressort du dossier (ci-dessus, consid. 14.3), à savoir celui qui lui a été versé en 2016, en l'indexant afin de tenir compte de la hausse des prix intervenue entretemps. Le salaire annuel sans invalidité retenu s'élève ainsi à 79'992 francs (pour un détail du calcul, cf. pce AI 98, p. 1 [« *Valideneinkommen auf Basis des effektiven Einkommens* »]).

14.5.3 S'agissant du salaire d'invalidé, il convient de revenir dans un premier temps sur le calcul auquel l'autorité a procédé (ci-dessous, consid. 14.5.3.1) avant d'aborder la question de l'absence d'abattement (ci-dessous, consid. 14.5.3.2).

14.5.3.1 Le Tribunal rappelle qu'en règle générale, l'évaluation du revenu théorique avec invalidité s'effectue – comme c'est en l'espèce le cas (pce AI 98, p. 2) – sur la base du tableau TA 1 (« *TA1 skill level* ») relatif au secteur privé (ATF 129 V 472 consid. 4.2.1). L'OAIE s'est référé aux limitations fonctionnelles inventoriées par la Dresse U._____, médecin SMR, dans ses rapports des 28 février 2017, 16 août 2017 et 13 février 2018 (pce AI 97, p. 9 et 10). Pour quantifier le salaire de base des activités de substitution, l'OAIE a retenu à juste titre le salaire de base d'un homme actif dans le secteur privé, au niveau de compétence 1, soit CHF 5'312.- (ESS 2014). Dans son calcul, détaillé au dossier (pce AI 98, p. 1 [« *Invaldeneinkommen auf Basis der LSE* »]), l'autorité a au surplus tenu compte de l'horaire usuel de la branche en 2014, soit 41.7 heures hebdomadaire,

de l'inflation et du taux d'activité médicalement exigible, de 80 %. Il s'ensuit que le salaire annuel d'invalidé (avec limitation de la capacité de travail et sans abattement) s'élève à 54'430.29 francs.

Sur cette base, l'OAIE, respectivement l'OAI-C. _____, a calculé le taux d'invalidé en appliquant la formule mathématique rappelée précédemment (ci-dessus, consid. 14.4.7), aboutissant à un taux d'invalidité de 31.96 % (le détail du calcul est le suivant : $[(CHF\ 79'992.- - CHF\ 54'430.29) \times 100] / CHF\ 79'992.- = 31.96\ \%$).

14.5.3.2 Au surplus, il convient de souligner que, aussi bien dans son mémoire de recours que dans ses écritures subséquentes, A. _____ ne remet pas en cause l'absence d'abattement sur le salaire statistique retenu à titre de *revenu d'invalidé* et n'oppose aucun motif qui justifierait de s'écarter sur ce point de la décision attaquée.

Au demeurant, il n'apparaît pas arbitraire d'avoir renoncé à un abattement dans le cas d'espèce. En effet, on ne voit pas en quoi les limitations fonctionnelles que présente l'assuré (activité légère à moyenne sans soulever ni porter de charges supérieures à 12 ou 15 kg, sans postures forcées de la colonne vertébrale, sans positions courbées ou accroupies, sans utilisation répétitive du bras gauche, sans mouvements de poussée ou de traction) entraîneraient, dans les activités encore exigibles envers le recourant, une diminution des possibilités de ce dernier de réaliser un gain se situant dans la moyenne. La question décisive – pour déterminer l'opportunité de tenir compte d'un abattement dans le calcul du revenu d'invalidé – est en effet d'évaluer si les limitations fonctionnelles constituent un facteur qui obligerait l'assuré à mettre en valeur sa capacité de travail résiduelle sur le marché du travail à des conditions économiques plus défavorables que la moyenne, entraînant un désavantage salarial (cf. arrêt du Tribunal fédéral 8C_860/2018 du 6 septembre 2019 consid. 6.3.3). Rien ne permet en l'espèce de l'affirmer. Dans un souci d'exhaustivité, le Tribunal tient en outre à souligner que la valeur statistique retenue par l'autorité inférieure – le niveau de compétence 1 de l'ESS 2014 – s'applique à tous les assurés qui ne peuvent plus accomplir leur ancienne activité parce qu'elle est physiquement trop astreignante pour leur état de santé, mais qui conservent néanmoins une capacité de travail importante dans des travaux légers ; pour ces assurés, le salaire statistique retenu est suffisamment représentatif de ce qu'ils seraient en mesure de réaliser en tant qu'invalides dès lors qu'il recouvre un large éventail d'activités variées et non qualifiées, ne requérant pas d'expérience professionnelle spécifique ni de formation particulière, si ce n'est une phase initiale d'adaptation et d'apprentissage (arrêt

du Tribunal fédéral 8C_175/2020 du 22 septembre 2020 consid. 4.2). On rappellera enfin que la diminution de rendement, ici de 20 %, déjà prise en considération pour déterminer la capacité de travail, ne constitue pas à elle seule un motif d'abattement (arrêt du Tribunal fédéral 9C_554/2020 du 14 avril 2021 consid. 6.1 *in fine* et l'arrêt cité).

Au final, l'on ne saurait faire grief à l'autorité inférieure, qui dispose à ce propos d'un large pouvoir d'appréciation (ATF 126 V 75 consid. 6), de n'avoir retenu aucun abattement du salaire d'invalidé.

15.

Enfin, dans un souci de complétude, le Tribunal tient à préciser que l'âge de l'assuré, né le 11 septembre 1959, n'est pas susceptible de modifier la conclusion à laquelle l'autorité inférieure est parvenue.

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

15.2 En l'occurrence, la capacité résiduelle de travail du recourant a été établie en dernier lieu par l'expertise pluridisciplinaire effectuée entre juin 2017 (expertise *stricto sensu*) et août 2017 (remise du rapport d'expertise)

par D._____, à (...), suivie par les prises de position de la Dresse U._____, médecin SMR, des 16 août 2017 et 13 février 2018. Le recourant, né le (...) 1959, se trouvait alors dans sa 58^{ème}, respectivement 59^{ème} année, et n'avait ainsi pas encore atteint l'âge – de 60 ans – à partir duquel le Tribunal fédéral admet qu'il peut être difficile de se réinsérer sur le marché du travail (ATF 143 V 431 consid. 4.5.2 ; arrêt du Tribunal fédéral 9C_195/2019 du 11 juin 2019 consid. 5.3.2, 9C_505/2016 du 6 juillet 2017 consid. 4.1).

15.3 En outre, l'invalidité est une notion économique (ATF 110 V 273 consid. 4a) s'analysant en fonction d'un marché équilibré du travail, lequel constitue une notion théorique et abstraite impliquant notamment un équilibre entre l'offre et la demande de main d'œuvre ainsi qu'un marché du travail structuré de telle sorte qu'il offre un éventail d'emplois diversifiés tant au regard des exigences professionnelles et intellectuelles qu'au niveau des sollicitations physiques (cf. notamment arrêt du Tribunal fédéral 9C_326/2018 du 5 octobre 2018 consid. 6.2 et les références citées). Il n'est dès lors pas irréaliste d'admettre qu'un tel marché équilibré offre des opportunités d'emploi à une personne se trouvant dans sa 58^{ème}, respectivement 59^{ème} année, disposant d'une capacité de travail à hauteur de 80 % dans une activité simple reconnue comme adaptée et qui, de surcroît, dispose d'une longue expérience professionnelle.

16.

Partant, le recours du 2 mai 2018 (date du timbre postal) est rejeté et la décision querellée, datée du 12 avril 2018, est confirmée.

17.

17.1 Vu l'issue de la procédure, les frais de celle-ci, fixés à 800 francs, sont mis à la charge du recourant (art. 63 al. 1 PA). Ils sont compensés par l'avance de frais du même montant dont il s'était acquitté le 30 mai 2018 (pce TAF 4).

17.2 Dans la mesure où le recourant succombe, il n'y a pas lieu de lui allouer une indemnité à titre de dépens (art. 7 al. 1 *a contrario* du règlement du 21 février 2009 concernant les frais, dépens et indemnités fixés par le Tribunal administratif fédéral [FITAF ; RS 173.320.2]). L'autorité inférieure n'a quant à elle pas droit à des dépens (art. 7 al. 3 FITAF).

Par ces motifs, le Tribunal administratif fédéral prononce :

1.

Le recours est rejeté.

2.

Les frais de procédure, d'un montant de 800 francs, sont mis à la charge du recourant. Ils sont compensés par l'avance de frais, d'un même montant, versée en cause le 30 mai 2018.

3.

Il n'est pas alloué de dépens.

4.

Le présent arrêt est adressé :

- au recourant (recommandé avec avis de réception)
- à l'autorité inférieure (n° de réf. [...] ; recommandé)
- à l'Office fédéral des assurances sociales (recommandé)

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

La présidente du collège :

Le greffier :

Madeleine Hirsig-Vouilloz

Jean-Luc Bettin

Indication des voies de droit :

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

Expédition :