



Cour III
C-6088/2023

Arrêt du 28 août 2025

Composition

Caroline Bissegger (présidente du collège),
Philipp Egli, Beat Weber, juges,
Séverin Tissot-Daguette, greffier.

Parties

A. _____, (France)
représenté par Aliénor Winiger, MWR Avocats,
recourant,

contre

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

Objet

Assurance-invalidité (décision du 4 octobre 2023).

Faits :**A.**

A._____ (ci-après : le recourant, l'intéressé ou l'assuré) est un ressortissant français, né le (...) 1968. Domicilié en France voisine, il est père de trois enfants, nés en 1990, 1997 et 2001. Disposant d'un CAP cuisine obtenu en France, il a exercé plusieurs activités professionnelles comme frontalier en Suisse depuis 2005, en dernier lieu en tant que chauffeur poids-lourd à 100% pour le compte de l'entreprise B._____ SA à (...). A ce titre il a cotisé à l'assurance vieillesse, survivants et invalidité suisse (AVS/AI) de novembre 2005 à novembre 2015, puis de septembre 2017 à mai 2020 (OAIE p. 7, 33, 39, 325 et 530).

B.

Le 24 février 2015 (OAIE p. 39), le recourant dépose une première demande de prestations AI pour adultes auprès de l'Office cantonal des assurances sociales du canton C._____ (ci-après : OCAS), expliquant souffrir d'un handicap important au poignet gauche. En cours d'instruction, le recourant est mis au bénéfice de diverses mesures d'intervention précoce, notamment sous la forme d'une prise en charge du permis de chauffeur de car (communication du 22 décembre 2015 : OAIE p. 186) et d'un cours « citerne » (communication du 26 janvier 2016 : OAIE p. 201), lui permettant de conduire professionnellement un car, autobus ou un camion-citerne de ravitaillement. Dans son rapport final du 5 septembre 2017 (OAIE p. 298), le Dr D._____, médecin auprès du service médical régional (ci-après : SMR) retient une arthrose scapho-lunaire gauche, un status post fracture de la clavicule droite et des lombosciatalgies, empêchant la reprise de l'activité habituelle depuis septembre 2014. En revanche, la capacité de travail est entière dans une activité adaptée (pas de travail bimanuel pur, pas de travail avec le membre supérieur gauche, pas de port de charges bimanuel, pas d'emploi d'échelles ou d'échafaudages, pas de port de charges de plus de 5 kilos, pas de mouvement sollicitant de façon répétée le rachis dorso-lombaire, type flexion, extension et rotation) depuis juillet 2015. Par décision du 2 octobre 2017 (OAIE p. 306), l'Office AI pour les assurés résidant à l'étranger (ci-après : OAIE ou autorité inférieure) rejette le droit du recourant à des mesures professionnelles ainsi qu'à une rente d'invalidité, compte tenu d'un degré d'invalidité de 0%.

C.

C.a Le 21 avril 2020, le recourant dépose une nouvelle demande de prestations auprès de l'OCAS, expliquant se trouver en incapacité de travail totale depuis le 3 décembre 2019. Il indique souffrir de « discopathie, sciatalgie, arthrodèse totale poignet gauche à réopérer, ostéosynthèse clavicule droite matériel cassé à réopérer, hypertension artérielle, diabète » depuis « de très nombreuses années » (OAIE p. 325).

Dans le contexte de cette nouvelle demande, l'assureur perte de gain maladie, E._____, transmet son dossier médical. Parmi les pièces, figure un rapport IRM du rachis lombaire du 24 janvier 2020 (OAIE p. 351), rédigé par le Dr F._____, radiologue, qui relève des discopathies lombaires basses prédominant à l'étage L5-S1 à type de débord discal pouvant venir au contact des racines L5, ainsi qu'un canal lombaire étroit constitutionnel. L'assureur transmet également un rapport du 27 janvier 2020 (OAIE p. 352) du Dr G._____, médecin généraliste, qui atteste d'une incapacité de travail de 100% depuis le 3 décembre 2019, ainsi qu'un rapport du 7 février 2020 (OAIE p. 350) du Dr H._____, neurochirurgien, qui recommande une infiltration en L4-L5 et L5-S1.

C.b Dans son projet de décision du 23 juin 2020, l'OCAS informe l'assuré qu'il envisage de rejeter sa demande de prestations, ce dernier n'ayant pas rendu plausible une modification de son état de santé (OAIE p. 357).

C.c En réaction à ce projet de décision, le Dr H._____ fait parvenir à l'OCAS deux nouveaux rapports médicaux, datés du 3 juillet 2020. Il atteste d'une totale incapacité de travail, en raison de douleurs lombaires invalidantes à gauche, sans radiculalgie. Il explique qu'une infiltration est demeurée sans effet. Une seconde est programmée (OAIE p. 362 et 364).

C.d Le 9 novembre 2020, une électroneuromyographie indique une souffrance neurogène S1 et plus discrètement L4 gauche (OAIE p. 376).

C.e Un scanner du rachis lombaire du 19 novembre 2020 conclut à des remaniements dégénératifs intéressant les trois derniers étages lombaires avec débord discal modérée L3-L4 venant au contact avec la racine de L3 gauche dans sa portion extraforaminale, à un rétrécissement foraminaux droit franc en L4-L5 d'origine discale et à un rétrécissement foraminaux gauche L5-S1 (OAIE p. 378).

C.f Dans son avis SMR du 24 novembre 2020, le Dr I._____ estime finalement qu'une aggravation de l'état de santé du recourant est rendue plausible par les nouveaux rapports du Dr H._____ (OAIE p. 368).

C.g Un scanner du rachis lombaire du 22 janvier 2021 conclut à des discopathies lombaires étagées prédominant en L4-L5 avec possible conflit radiculaire sur la racine L4 droite, discarthrose L5-S1 avec retentissement foraminaux bilatéraux (OAIE p. 392).

C.h Une IRM du rachis lombaire du 12 février 2021 révèle un canal lombaire étroit constitutionnel, des discopathies lombaires basses prédominant à l'étage L5-S1 à type de débord discal circonférentiel pouvant venir au contact de la racine L5 gauche (OAIE p. 398).

C.i Dans son rapport médical du 5 mars 2021, le Dr H._____ relève que l'IRM lombaire effectuée le 12 février 2021 le conduit à recommander un bilan au niveau de la hanche ainsi que des consultations en orthopédie et rhumatologie. Il ne retient aucune indication chirurgicale (OAIE p. 409).

C.j Le rapport du 14 avril 2021 du Dr G._____ mentionne les diagnostics incapacitants de hernie discale, de discopathie lombaire, d'arthrodèse du poignet et de coxarthrose bilatérale. Il précise qu'une chirurgie rachidienne est prévue pour le 18 mai 2021 (OAIE p. 429).

Le Dr G._____ joint plusieurs rapports à son envoi, dont certains sont déjà en possession de l'OCAS. Parmi les nouveaux documents, le médecin traitant transmet deux comptes-rendus médicaux des 6 et 10 mars 2021 (OAIE p. 456 et 460), issus du site « deuxiemeavis.fr », dans lesquels le Prof. J._____, neurochirurgien, et le Prof. K._____, rhumatologue, recommandent une intervention chirurgicale au niveau L5-S1. Il transmet également le rapport médical du 31 mars 2021 (OAIE p. 435) du Dr L._____, spécialiste en chirurgie du membre supérieur et de la colonne, qui propose une chirurgie de recalibrage et de stabilisation au niveau L5 ainsi que deux rapports du 12 avril 2021 (OAIE p. 440 et 451) du Dr H._____, qui préconise une infiltration et en fonction de l'évolution, une intervention chirurgicale. Pour le surplus, il fait parvenir à l'OCAS copie du rapport IRM du rachis lombaire du 3 avril 2013 (OAIE p. 437), du rapport d'infiltration articulaire du 4 juin 2020 (OAIE p. 444), du rapport de radiographies de la clavicule droit et du poignet gauche du 25 juin 2020 (OAIE p. 445), du rapport de radiographies du rachis lombaire et de la charnière lombo-sacrée du 10 septembre 2020 (OAIE p. 447), ainsi que du rapport de radiographies du bassin et des hanches du 11 mars 2021 (OAIE

p. 455), qui mentionne une coxarthrose gauche marquée, un peu moins marquée à droite.

C.k Le 18 mai 2021, le recourant subit une arthrodèse postérieure L5-S1 et intersomatique L5-S1, avec recalibrage canalaire bilatéral. L'intervention est pratiquée par le Dr L._____ et les suites opératoires sont décrites comme étant simples. Après six semaines, le recourant ne ressent plus de douleur lombaire forte, ni d'irradiation sciatique (compte-rendu opératoire du 18 mai 2021 : OAIE p. 478 ; rapports du Dr L._____ des 22 mai et 6 juillet 2021 : OAIE p. 477 et 479).

C.l Dans son rapport du 2 décembre 2021, le Dr G._____ rappelle les diagnostics déjà connus, mentionnant notamment une coxarthrose très invalidante. Il atteste une incapacité de travail totale, dans toute activité. Il propose la réalisation d'une expertise médicale afin d'évaluer la capacité de reconversion professionnelle (OAIE p. 486).

A son envoi, le Dr G._____ joint le compte-rendu de consultation externe du 8 octobre 2021 (OAIE p. 490) du Dr M._____, responsable du service de chirurgie orthopédique et traumatologique du Centre hospitalier N._____ (ci-après : N._____) à (...), qui rapporte qu'en cours de rééducation, le recourant a présenté une douleur localisée sur la racine du membre inférieure gauche, compatible avec la coxarthrose débutante apparaissant à l'imagerie. Il transmet également un rapport de radiographies du rachis lombo-sacré et des hanches du 18 novembre 2021 (OAIE p. 489), qui atteste de lombarthrose étagée avec discopathies modérées L2-L3, L3-L4 et L4-L5, d'une prothèse discale L5-S1 légèrement oblique en bas à gauche, et d'une coxarthrose bilatérale.

C.m Dans son avis SMR du 24 janvier 2022 (OAIE p. 492), le Dr I._____ recommande de procéder à une expertise orthopédique. Celle-ci est confiée au Dr O._____, spécialiste FMH en chirurgie orthopédique et traumatologie. Dans son rapport du 14 mars 2022 (OAIE p. 514), celui-ci retient les diagnostics incapacitants suivants : lombalgies chroniques ; coxarthrose primaire bilatérale, prédominante à gauche ; status après arthrodèse partielle intracarpienne à gauche ; pseudarthrose de la clavicule droite. Il mentionne également une obésité de classe 2 et une hypertension artérielle en traitement, sans effet sur la capacité de travail. L'expert est d'avis que depuis le 3 décembre 2019, le recourant n'est plus en mesure d'exercer son activité habituelle. Sa capacité est en revanche de 50% dans une activité adaptée, c'est-à-dire un métier sédentaire ou semi-sédentaire dans lequel il peut alterner la

position debout et la position assise. Il doit en outre éviter les travaux penchés en avant ou en porte-à-faux, le port et le soulèvement de charges de plus de 5 kilos, le port de charges avec le membre supérieur gauche et les métiers impliquant des mouvements répétés du poignet gauche.

C.n Dans son avis SMR du 21 mars 2022, le Dr I._____ confirme la valeur probante de l'expertise du Dr O._____. Il fixe le début de l'aptitude à la réadaptation au 18 novembre 2021, soit 6 mois après l'intervention lombaire du 18 mai 2021 (OAIE pce 526).

C.o Par communication du 15 août 2022 (OAIE p. 560), le recourant est mis au bénéfice d'un reclassement professionnel, sous la forme d'une formation de 4 mois d'assistant technique du bâtiment (mètreur), complétée d'une mise à niveau en informatique (communications des 24 octobre 2022 et 3 janvier 2023 : OAIE p. 566 et 570), prolongée jusqu'à fin mai 2023 (note de travail du 10 janvier 2023 : OAIE p. 578 ; communication du 11 janvier 2023 : OAIE p. 587).

C.p Dans son projet de décision du 3 juillet 2023 (OAIE p. 624), confirmé par décision du 4 octobre 2023 (OAIE p. 644), l'OCAS informe le recourant de son droit à une rente de 53% d'une rente entière dès le 1^{er} juin 2023, soit à l'issue des mesures des réadaptation.

D.

D.a Le 6 novembre 2023, l'intéressé interjette recours à l'encontre de la décision du 4 octobre 2023 (TAF pce 1). Il conclut à son annulation et à l'octroi d'une rente fondée sur un taux d'invalidité de 100%, dès le 1^{er} juin 2023, sous suite de dépens. Il sollicite la production du dossier de l'OAIE, un délai pour compléter son recours, ainsi que plusieurs mesures d'instruction. Sur le fond, le recourant conteste en substance l'instruction médicale de son dossier par l'autorité inférieure, arguant que son état de santé s'est aggravé depuis 2021. Il joint à son envoi un scanner du bassin du 11 février 2022 (TAF pce 1 annexe 5), un rapport de radiographie du bassin de face et hanches de profil du 16 octobre 2023 (TAF pce 1 annexe 4) et un rapport de radiographie/échographie de la cheville droite et d'échographie de la région achilléenne du 13 avril 2023 (TAF pce 1 annexe 3).

D.b Dans son complément au recours du 11 décembre 2023 (TAF pce 3), le recourant persiste dans ses griefs à l'encontre de la décision attaquée, tout en ajoutant une conclusion subsidiaire par laquelle il sollicite le renvoi

à l'OAIE « pour reprise de l'instruction médicale s'agissant des atteintes présentées à la cheville, aux hanches et au rachis ». Il produit un rapport d'IRM du rachis lombaire du 21 novembre 2023 (TAF pce 3 annexe 8), ainsi qu'un rapport médical du 8 novembre 2023 (TAF pce 3 annexe 9) du Dr M. _____, qui rappelle l'historique médical du recourant et relève que celui-ci « depuis quelques temps est très gêné par la hanche gauche ». Il retient une indication de chirurgie prothétique de la hanche gauche.

D.c Dans sa réponse du 22 février 2024, l'OAIE conclut au rejet du recours et à la confirmation de la décision attaquée. Il joint à son envoi la prise de position de l'OCAS du 21 février 2024, qui confirme la valeur probante de l'expertise, ainsi que l'avis SMR du 22 janvier 2024 de la Dresse P. _____, médecin SMR. Selon le SMR, l'évolution de la coxarthrose aux hanches ne modifie pas l'appréciation du cas et la mise en place d'une PTH à gauche apporterait même une amélioration des limitations fonctionnelles de l'assuré. Quant à l'atteinte à la cheville droite, elle entraîne certaines limitations fonctionnelles, sans modifier la conclusion d'une pleine capacité de travail dans une activité adaptée (TAF pce 9).

D.d Dans le cadre de sa réplique du 30 mai 2024, le recourant maintient ses conclusions (TAF pce 13). Il joint deux nouveaux rapports médicaux. Dans le premier, daté du 13 avril 2024 (TAF pce 13 annexe 2) et établi sur dossier, le Q. _____, chirurgien orthopédiste, recommande une intervention chirurgicale d'arthroplastie totale de hanche droite et de décompression des racines lombaires. Le second rapport, daté du 28 mai 2024, est établi par le Dr G. _____ (TAF pce 13 annexe 1). Ce médecin y rappelle l'historique du dossier, estimant que l'ensemble des atteintes à la santé entraîne une inaptitude totale au travail.

D.e Par duplique du 26 juin 2024, l'OAIE confirme ses conclusions. Il joint à son envoi la prise de position de l'OCAS du 24 juin 2024 et un avis SMR du 17 juin 2024 de la Dresse P. _____, qui estime que les atteintes dont se plaint le recourant sont postérieures à la décision du 4 octobre 2023 (TAF pce 15).

D.f Dans sa prise de position du 4 septembre 2024, le recourant fait valoir que l'aggravation de son état de santé est survenue avant la décision attaquée. Il persiste dès lors dans ses conclusions (TAF pce 17).

Droit :**1.**

Le Tribunal administratif fédéral examine d'office et avec une pleine cognition sa compétence et les conditions de recevabilité des recours qui lui sont soumis (art. 7 al. 1 PA ; ATAF 2016/15 consid. 1 ; 2014/4 consid. 1.2).

1.1 En vertu de l'art. 31 LTAF en relation avec l'art. 33 let. d LTAF et l'art. 69 al. 1 let. b LAI (RS 831.20), le Tribunal administratif fédéral est compétent pour connaître du présent recours.

1.2 La procédure devant le Tribunal administratif fédéral est en principe régie par la PA (art. 37 LTAF), sous réserve des dispositions particulières de la LPGA (RS 830.1 ; art. 3 let. d^{bis} PA). Selon un principe général, les règles de procédure sont applicables dès leur entrée en vigueur à tous les cas en cours, sauf dispositions transitoires contraires (ATF 130 V 1 consid. 3.2 ; 129 V 113 consid. 2.2).

1.3 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). Pour le surplus, déposé en temps utile et dans les formes requises par la loi (art. 60 LPGA ; art. 52 al. 1 PA), et l'avance sur les frais de procédure ayant été dûment acquittée (art. 63 al. 4 PA ; TAF pce 6), le recours est recevable.

2.

Le litige porte sur le bien-fondé de la décision du 4 octobre 2023, par laquelle l'autorité inférieure a reconnu, dès le 1^{er} juin 2023, le droit du recourant à une rente de 53% d'une rente entière d'invalidité (OAIE p. 644).

3.

Dans la mesure où le recourant est un ressortissant français, domicilié en France, et qu'il a été assuré à l'assurance-vieillesse, survivants et invalidité suisse (AVS/AI), l'affaire présente un aspect transfrontalier (ATF 145 V 231 consid. 7.1 ; 143 V 354 consid. 4 ; 143 V 81 en particulier consid. 8.1). Est applicable à la présente cause 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 par. 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). Toutefois, même après l'entrée en vigueur de l'ALCP et des règlements de coordination, le droit à des prestations de l'assurance-invalidité suisse se détermine exclusivement d'après le droit suisse (art. 46 par. 3 du règlement n° 883/2004, en relation avec l'annexe VII dudit règlement ; ATF 130 V 253 consid. 2.4 ; arrêt du TF 9C_573/2012 du 16 janvier 2013 consid. 4).

4.

4.1 Au sens de l'art. 49 PA, le recourant peut 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).

4.2 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 ; MOOR/POLTIER, Droit administratif, vol. II, 3^e 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 (MOOR/POLTIER, op. cit., ch. 2.2.6.5 ; BENOÎT BOVAY, Procédure administrative, 2^e 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 ; MOSER/BEUSCH/KNEUBÜHLER/KAYSER, Prozessieren vor dem Bundesverwaltungsgericht, 3^e éd. 2022, n. 1.55). Les parties ont le devoir de collaborer à l'instruction (art. 13 PA et 43 al. 3 LPGA ; arrêt du TAF

C-6134/2017 du 3 avril 2018 consid. 5.4) et de motiver leur recours (art. 52 PA).

5.

5.1 De façon générale, le droit applicable est déterminé par les règles en vigueur au moment où les faits juridiquement déterminants se sont produits, étant précisé que le juge n'a pas à prendre en considération les modifications du droit ou de l'état de fait postérieurs à la date déterminante de la décision litigieuse (ATF 148 V 21 consid. 5.3 et les références citées).

Le 1^{er} janvier 2022 sont entrées en vigueur, dans le cadre du « Développement continu de l'AI », la modification de la LAI et de la LPGA adoptée le 19 juin 2020 (RO 2021 705 ; FF 2017 2363), ainsi que celle du 3 novembre 2021 apportée au règlement du 17 janvier 1961 sur l'assurance-invalidité (RAI, RS 831.201 ; RO 2021 706). Ces nouvelles dispositions s'appliquent à toutes les rentes qui prennent naissance, au sens de l'art. 29 LAI, à partir du 1^{er} janvier 2022, même si la survenance de l'invalidité a été fixée à une date antérieure au 31 décembre 2021 (Circulaire sur l'invalidité et les rentes dans l'assurance-invalidité [CIRAI], valable dès le 1^{er} janvier 2022, état au 1^{er} juillet 2022, ch. 9100 ; Circulaire relative aux dispositions transitoires concernant le système de rentes linéaire [Circ. DT DC AI], valable dès le 1^{er} janvier 2022, état le 1^{er} janvier 2022, ch. 1007 à 1010).

En l'espèce, le recourant a bénéficié de mesures de réadaptation jusqu'au 31 mai 2023 (décision d'indemnité journalière du 8 mars 2023 : OAIE p. 614 ; note de travail IP du 5 mai 2023 : OAIE p. 618), de sorte qu'un éventuel droit à la rente ne pourrait prendre naissance qu'à l'issue de ces dernières, soit dès le 1^{er} juin 2023. Selon la jurisprudence récente du Tribunal fédéral, le droit à la rente ne prend en effet naissance qu'une fois les mesures de réadaptation achevées, même si celles-ci sont octroyées après l'échéance du délai d'attente d'une année, au sens des art. 28 al. 1 let. b et 29 al. 1 LAI (ATF 148 V 397 consid. 6.2.4 ; arrêt du TF 9C_380/2021 consid. 5 et 5.1 ; cf. également art. 28 al. 1^{bis} LAI). Il convient par conséquent d'appliquer à la présente cause les dispositions en vigueur dès le 1^{er} janvier 2022.

5.2 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 4 octobre 2023). Les faits survenus postérieurement, et qui ont modifié cette

situation, doivent en principe faire l'objet d'une nouvelle décision administrative (ATF 144 V 210 consid. 4.3.1 ; 130 V 138 consid. 2.1 ; 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 (arrêts du TF 9C_758/2020 du 25 mai 2021 consid. 3.2 ; 9C_34/2017 du 20 avril 2017 consid. 5.2 et les réf. cit.).

6.

6.1 Il y a également lieu de remarquer qu'aux termes de l'art. 40 RAI, l'Office AI du secteur d'activité dans lequel le frontalier exerce une activité lucrative est compétent pour enregistrer et examiner les demandes présentées par les frontaliers (al. 1), tandis que l'Office AI pour les assurés résidant à l'étranger notifie les décisions (al. 2).

6.2 Etant donné que le recourant a son domicile en France voisine et qu'il a travaillé en Suisse dans le canton (...) au bénéfice d'un permis de frontalier, c'est à bon droit que l'OCAS a enregistré et instruit la demande, et que l'OAIE a notifié la décision attaquée.

7.

Le recourant a versé des cotisations à l'AVS/AI pendant plus de 3 ans (voir supra let. A) et remplit donc la condition de la durée minimale de cotisations eu égard au moment de l'ouverture éventuelle du droit à la rente (art. 36 al. 1 LAI). Il reste à examiner s'il est invalide au sens de la LAI.

8.

8.1 L'invalidité au sens de la LPGA et de la LAI est l'incapacité de gain totale ou partielle qui est présumée permanente ou de longue durée (art. 8 al. 1 LPGA). 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). Selon l'art. 7 al. 1 LPGA, est réputée incapacité de gain toute diminution de l'ensemble ou d'une partie des possibilités de gain de l'assuré sur un marché du travail équilibré dans son domaine d'activité, si cette diminution résulte d'une atteinte à sa santé physique, mentale ou psychique et qu'elle persiste après les traitements et les mesures de réadaptation exigibles. Par incapacité de travail, on entend toute perte, totale ou partielle, résultant d'une atteinte à la santé physique, mentale ou psychique, de l'aptitude de l'assuré à accomplir dans sa

profession ou son domaine d'activité le travail qui peut raisonnablement être exigé de lui (art. 6, 1^{ère} phrase LPGA). 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 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, 2^e phrase LPGA).

8.2 Aux termes de l'art. 28b LAI, la quotité de la rente est fixée en pourcentage d'une rente entière (al. 1). Pour un taux d'invalidité compris entre 50 et 69 %, la quotité de la rente correspond au taux d'invalidité (al. 2), tandis que pour un taux d'invalidité supérieur ou égal à 70 %, l'assuré a droit à une rente entière (al. 3). Enfin, pour les taux d'invalidité compris entre 40% et 49%, les rentes s'échelonnent de façon linéaire de 25% à 47.5% d'une rente entière (al. 4).

9.

9.1 Si la rente a été refusée une première fois parce que le degré d'invalidité était insuffisant, comme c'est le cas en l'espèce avec la décision du 2 octobre 2017 (OAIE p. 306 ss), la nouvelle demande ne peut être examinée que si l'assuré rend plausible que son invalidité s'est modifiée de manière à influencer ses droits (art. 87 al. 2 et 3 ; ATF 130 V 71 consid. 2.2 ; 109 V 262 consid. 3). Cette exigence doit permettre à l'administration, qui a précédemment rendu une décision de refus de prestations entrée en force, d'écarter sans plus ample examen de nouvelles demandes dans lesquelles l'assuré se borne à répéter les mêmes arguments, sans alléguer une modification des faits déterminants (ATF 130 V 71 consid. 3.2.3 ; 125 V 410 consid. 2b ; 117 V 198 consid. 4b et les références).

Lorsque l'administration est entrée en matière sur la nouvelle demande, il convient de traiter l'affaire au fond et de vérifier que la modification du degré d'invalidité ou de l'impuissance est réellement intervenue (ATF 109 V 108 consid. 2b ; arrêt du TF 9C_435/2013 du 27 septembre 2013 consid. 5.1). Cela revient à examiner, par analogie avec l'art. 17 LPGA, si entre la dernière décision de refus de rente – qui repose sur un examen matériel du droit à la rente avec une constatation des faits pertinents, une appréciation des preuves et une comparaison des revenus conformes au

droit –, et la décision litigieuse, un changement important des circonstances propres à influencer le degré d'invalidité, et donc le droit à la rente, s'est produit (ATF 133 V 108 ; 130 V 71 consid. 3.2).

9.2 En vertu de l'art. 17 al. 1 LPGA, la rente est, d'office ou sur demande, révisée pour l'avenir, à savoir augmentée ou réduite en conséquence, ou encore supprimée, lorsque le taux d'invalidité de l'assuré subit une modification d'au moins 5 points de pourcentage ou atteint 100%. Tout changement important des circonstances, propre à influencer le degré d'invalidité, donc le droit à la rente, peut donner lieu à une révision de celle-ci au sens de l'art. 17 LPGA. La rente peut être révisée non seulement en cas de modification sensible de l'état de santé, mais aussi lorsque celui-ci est resté en soi le même, mais que ses conséquences sur la capacité de gain ont subi un changement important. Une simple appréciation différente d'un état de fait, qui, pour l'essentiel, est demeuré inchangé n'appelle en revanche pas à une révision au sens de l'art. 17 LPGA (ATF 141 V 9 consid. 2.3 ; 133 V 108 consid. 5 ; 130 V 343 consid. 3.5 ; arrêt du TF 8C_339/2017 du 1er février 2018 consid. 3).

10.

10.1 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.).

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 (arrêts du TF 8C_580/2022 du 31 mars 2023 consid. 4.2.4 et 9C_719/2016 du 1^{er} mai 2017 consid. 5.2.1).

10.2 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 et d'expertise (ATF 125 V 351 consid. 3b et 3c).

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 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).

10.3 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 à son patient (ATF 125 V 351 consid. 3b/cc et les réf. cit. ; arrêt du TF 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 TF 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'expert (ATF 125 V 351 consid. 3b/dd et les réf. cit. ; arrêts du TF 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 ; 9C_201/2007 du

29 janvier 2008 consid. 3.2 ; MICHEL VALTERIO, op. cit., art. 57 LAI n° 48 et 49).

Concernant enfin les rapports et expertises des médecins rattachés à un assureur, il sied de relever que le fait précisément que ces médecins soient liés à l'assureur, d'un point de vue institutionnel ou par un rapport de travail, ne permet pas, pour ce seul motif, de douter de l'objectivité de leurs appréciations ; le Tribunal fédéral n'y voit pas de motif de partialité ou de subjectivité. La valeur probante de tels rapports dépend bien plutôt de leur contenu : ainsi doivent-ils être jugés pertinents, compréhensibles et cohérents pour avoir valeur de preuve ; en outre, il ne doit pas exister d'indice suffisant plaçant contre leur fiabilité (ATF 135 V 465 consid. 4.4 ; 125 V 351 consid. 3b/ee ; MICHEL VALTERIO, op. cit., art. 57 LAI n° 43).

10.4 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 ; 122 V 157 consid. 1d). 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 TF 9C_159/2016 du 2 novembre 2016 consid. 2.2 ss ; 8C_197/2014 du 3 octobre 2014 consid. 4 ; arrêt du TAF C-2843/2016 du 30 mai 2018 consid. 8.1 et 8.2 ; MICHEL VALTERIO, op. cit., art. 57 LAI n° 7 et 42 ss, art. 59 LAI n° 2).

10.5 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 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, 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 ; 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).

10.6 Lorsqu'au stade de la procédure administrative, une expertise confiée par un assureur à un médecin indépendant en application de l'art. 44 LPGA est établie par un spécialiste reconnu, sur la base d'observations approfondies et d'investigations complètes, de même qu'en pleine connaissance du dossier, et que l'expert aboutit à des résultats convaincants, il y a lieu de reconnaître pleine valeur probante à ces résultats, aussi longtemps qu'aucun indice concret, tel que des contradictions manifestes ou des éléments essentiels ignorés, ne permet de douter de leur bien-fondé et fiabilité (ATF 137 V 210 consid. 2.2.2 ; 135 V 465 consid. 4.4 ; 125 V 351 consid. 3b/bb). En particulier, au vu de la divergence consacrée par la jurisprudence entre un mandat thérapeutique et un mandat d'expertise, on ne saurait remettre en cause une expertise ordonnée par l'administration ou le juge et procéder à de nouvelles investigations du seul fait qu'un ou plusieurs médecins traitants ont une opinion contradictoire (ATF 124 I 170 consid. 4 ; arrêts du TF I 514/06 du 25 mai 2007, publié in : SVR 2008 IV n° 15 p. 43, et 9C_615/2015 du 12 janvier 2015 consid. 6.2). Cela s'applique de même aux médecins non traitants consultés par le patient en vue d'obtenir un moyen de preuve à l'appui de sa requête (ATF 125 V 351 consid. 3c).

11.

En l'espèce, le Tribunal constate qu'après un premier projet de refus (projet de décision du 23 juin 2020 : OAIE p. 357), l'autorité inférieure est finalement entrée en matière sur la nouvelle demande de prestations déposée par le recourant en date du 21 avril 2020 (OAIE p. 325). En effet, l'OAIE a procédé à l'instruction de celle-ci en sollicitant plusieurs rapports médicaux aux médecins traitants, en mettant en œuvre une expertise

orthopédique, puis en statuant sur le fond dans la décision querellée du 4 octobre 2023.

Dans ces circonstances, l'examen portera sur la question de savoir si l'état de santé, respectivement ses conséquences sur la capacité de gain du recourant, a subi des modifications notables, et ce en comparant les faits tels qu'ils se présentaient à l'époque de la décision de refus du 2 octobre 2017 (OAIE p. 306 ss), dernière décision entrée en force examinant matériellement le droit à la rente, et ceux ayant existé jusqu'au 4 octobre 2023, date de la décision litigieuse allouant au recourant, dès le 1^{er} juin 2023, une rente d'invalidité de 53% d'une rente entière (OAIE p. 644).

12.

12.1 La décision initiale du 2 octobre 2017 rejetait le droit du recourant à une rente d'invalidité ainsi qu'à des mesures professionnelles. Elle était fondée sur le rapport final SMR du 5 septembre 2017 (OAIE p. 298), qui concluait à une capacité de travail nulle dans l'activité habituelle de chauffeur-livreur, mais à une pleine capacité dans une activité adaptée. Le SMR relevait les diagnostics d'arthrose scapho-lunaire au poignet gauche, de status post fracture de la clavicule droite et de lombosciatalgies (discopathie L5-S1 et hernie para médiane gauche avec contact disco-radulaire S1 gauche selon le rapport IRM du rachis lombaire du 3 avril 2013 et les certificats médicaux des 8 décembre 2016 et 13 août 2017 du Dr G. _____ : OAIE p. 265, 266, 296 et 297). Dans le dossier, figurait également la mention d'un malaise avec trouble du rythme sévère survenu sur le lieu de travail en septembre 2013, sous traitement (certificat du 13 août 2017 du Dr G. _____ : OAIE p. 297).

Suite à cette première décision, le recourant a pu reprendre, dès le 1^{er} mars 2018, son activité habituelle de chauffeur poids-lourd, pour le compte toutefois d'un nouvel employeur, l'entreprise B. _____ SA à (...), (OAIE p. 329 et 347).

12.2 Le 3 décembre 2019, le recourant se trouve à nouveau en incapacité de travail totale (déclaration de maladie auprès de E. _____, assureur perte de gain maladie de l'employeur : OAIE p. 347). Il dépose alors une nouvelle demande de prestations auprès de l'OCAS, en date du 21 avril 2020 (OAIE p. 325). Dans le cadre de l'instruction, plusieurs atteintes au niveau lombaire sont mises en évidence : discopathies en L3-L4, L4-L5 et L5-S1, avec possible conflit aux racines L3, L4 et L5 ; canal lombaire étroit constitutionnel (rapports d'IRM lombaire des 24 janvier 2020, 19 novembre

2020, 22 janvier 2021, 12 février 2021 : OAIE p. 351, 375, 378, 392, 398 ; rapport de radiographie lombaire et du bassin du 18 novembre 2021 : OAIE p. 489). Une souffrance neurogène est relevée aux niveaux S1 et L4 (rapport d'électroneuromyographie du 9 novembre 2020 : OAIE p. 376). Compte tenu de ces atteintes, le recourant bénéficie d'abord d'infiltrations, sur recommandation du Dr H._____ (rapports du Dr H._____ des 7 février 2020 et 3 juillet 2020 : OAIE p. 350, 362 et 364 ; rapports d'infiltration des 4 juin et 8 décembre 2020 : OAIE p. 374 et 444). Face à la persistance des douleurs, il est finalement procédé à une chirurgie rachidienne en date du 18 mai 2021. Le recourant subit alors une arthrodèse postérieure L5-S1 et intersomatique L5-S1, avec recalibrage canalaire bilatéral. Les suites sont décrites comme étant simples par le Dr L._____, médecin opérateur (compte-rendu opératoire du 18 mai 2021 : OAIE p. 478 ; rapports du Dr L._____ des 22 mai et 6 juillet 2021 : OAIE p. 477 et 479). A côté de cette atteinte lombaire, plusieurs autres pathologies sont attestées par les médecins traitants, certaines déjà connues comme l'arthrodèse du poignet et la pseudarthrose de la clavicule droite, d'autres nouvelles, à l'instar d'une coxarthrose bilatérale (rapport du Dr L._____ du 31 mars 2021 : OAIE p. 435 ; rapport du Dr M._____ du 8 octobre 2021 : OAIE p. 490 ; rapport de radiographies de la clavicule droite et du poignet gauche du 25 juin 2020 : OAIE p. 445).

A la demande du SMR (avis SMR du 24 janvier 2022 : OAIE p. 492), l'autorité inférieure met alors en place une expertise auprès du Dr O._____, spécialiste FMH en chirurgie orthopédique et traumatologie de l'appareil locomoteur. Dans son rapport du 14 mars 2022 (OAIE p. 514 ss), l'expert retient les diagnostics incapacitants suivants : lombalgies chroniques ; coxarthrose primaire bilatérale, prédominante à gauche ; status après arthrodèse partielle intracarpienne à gauche ; pseudarthrose de la clavicule droite. Il mentionne également une obésité de classe 2 et une hypertension artérielle en traitement, sans effet sur la capacité de travail (OAIE p. 522). L'expert est d'avis que depuis le 3 décembre 2019, le recourant n'est plus en mesure de travailler dans son activité habituelle. Sa capacité de travail est en revanche de 50% dans une activité adaptée. Par activité adaptée, il faut entendre un métier sédentaire ou semi-sédentaire dans lequel le recourant pourrait alterner la position debout avec la position assise. Il conviendrait également d'éviter les travaux penchés en avant ou en porte-à-faux, le port et le soulèvement de charges de plus de 5 kilos, le port de charges avec le membre supérieur gauche ainsi que les mouvements répétés du poignet gauche (OAIE p. 523).

13.

13.1 Compte tenu des nouvelles atteintes apparues au niveau lombaire et de la chirurgie rachidienne pratiquée par le Dr L. _____ le 18 mai 2021, mais également de la mise en évidence d'une coxarthrose bilatérale, il ne fait guère de doute – ce qui n'est d'ailleurs pas contesté – que l'état de santé du recourant s'est modifié par rapport à la situation qui prévalait au moment de la décision initiale du 2 octobre 2017.

13.2 Il reste toutefois à déterminer si et, le cas échéant dans quelle mesure, ces nouvelles atteintes à la santé entraînent une modification notable et durable de la capacité de travail du recourant. En reprenant les conclusions de l'expertise du Dr O. _____, confirmées par l'avis SMR du 21 mars 2022 (OAIE p. 526), la décision attaquée retient que l'assuré est encore apte à travailler à 50% dans une activité adaptée. De son côté, le recourant conteste la capacité de travail retenue – faisant valoir que son état de santé s'est dégradé depuis 2021 (mémoire de recours du 6 novembre 2023 : TAF pce 1), respectivement 2022 (complément au mémoire de recours du 11 décembre 2023 (TAF pce 3). Il estime ne plus pouvoir exercer une quelconque activité professionnelle, même adaptée.

Il convient dès lors d'examiner la valeur probante du rapport d'expertise orthopédique du Dr O. _____ ainsi que de l'avis SMR du 21 mars 2022, étant rappelé que selon la jurisprudence, seuls des indices concrets, tels que des contradictions manifestes ou des éléments essentiels ignorés, permettent de remettre en cause les expertises confiées par une assurance à un médecin indépendant au sens de l'art. 44 LPGa (ATF 137 V 210 consid. 2.2.2 ; 135 V 465 consid. 4.5 ; 125 V 351 consid. 3b/bb), alors que des exigences strictes prévalent à l'égard des rapports établis par les médecins internes à l'assurance, le moindre doute justifiant un renvoi pour instruction complémentaire (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).

14.

14.1 Compte tenu des reproches formulés par le recourant à l'encontre de la décision attaquée, le Tribunal portera d'abord son examen sur la valeur probante du rapport d'expertise du Dr O. _____ (cf. consid. 14. 2 infra), puis abordera la question de l'aggravation alléguée de l'état de santé du recourant (cf. consid. 14.3 infra).

14.2

14.2.1 Sur le plan formel, le Tribunal constate en premier lieu que l'expert, le Dr O._____, spécialiste FMH en chirurgie orthopédique et traumatologie, disposait des qualifications professionnelles adéquates pour se prononcer sur l'état de santé du recourant et ses conséquences en matière de capacité de travail. D'autre part, ses conclusions se fondent sur la prise de connaissance des diverses pièces du dossier fourni par l'Office AI, qui sont résumées dans son rapport, ainsi que la visualisation des images du dossier radiologique amené par le recourant à l'entretien d'expertise (OAIE p. 515 à 519, 521 et 522). L'expert a en outre dûment tenu compte des plaintes du recourant et décrit en détail son anamnèse (OAIE p. 515 à 520), sans que le Tribunal ne puisse y déceler d'éléments essentiels qui auraient été omis. Il a de plus procédé à un examen clinique complet sur la personne du recourant (OAIE p. 520 et 521).

14.2.2 Sur le fond, les points litigieux essentiels, à savoir en particulier les diagnostics et leurs effets sur la capacité de travail du recourant, font l'objet d'une étude circonstanciée et convaincante par l'expert. L'ensemble des diagnostics mentionnés dans les rapports des médecins traitants présents au dossier au moment de l'expertise ont été pris en considération (OAIE p. 522). Le Dr O._____ constate que le recourant présente des douleurs à l'effort au poignet gauche et des douleurs lombaires. Il souffre également d'une coxarthrose bilatérale et est en attente d'une prothèse totale de la hanche gauche. L'expert estime que depuis le 3 décembre 2019, le recourant ne peut plus exercer son métier de chauffeur. En raison des douleurs de localisation multiple, dans une activité parfaitement adaptée, impliquant d'éviter les travaux penchés en avant ou en porte-à-faux, le port de charges de plus de 5 kilos, le port de charges avec le membre supérieur gauche et les mouvements répétés avec le poignet gauche, la capacité est de 50%. L'expert précise qu'il est possible qu'après l'arthroplastie de la hanche gauche, les douleurs en position assise disparaissent et que l'assuré retrouve alors une pleine capacité de travail dans une activité adaptée (OAIE p 523).

14.2.3 Dans ces circonstances, l'expertise du Dr O._____ remplit toutes les conditions pour se voir reconnaître une pleine valeur probante, à tout le moins au moment de sa rédaction. La conviction du Tribunal est encore renforcée par l'absence de rapport médical retenant clairement des conclusions contraires à celles de l'expert, ainsi que par le résultat des mesures professionnelles mises en place par l'autorité inférieure. En effet, quelques mois avant l'expertise, le Dr G._____ estimait que la capacité

de travail était nulle dans toute activité, mais recommandait néanmoins un « examen médical complémentaire » pour « juger d'une reconversion future » (rapport du Dr G. _____ du 2 décembre 2021 : OAIE p. 486, plus particulièrement 488). Après l'expertise, une reconversion a été mise en place à 50%, conformément au taux de capacité de travail reconnue par l'expert. La mesure a débuté le 16 mai 2022 (communication du 11 mai 2022 : OAIE p. 538) et a pris fin le 31 mai 2023, sans interruption notable. A l'issue de la mesure, le spécialiste en réadaptation n'a relevé aucune contradiction entre ses constatations empiriques et la capacité de travail précédemment fixée par l'expert de façon théorique. Selon son rapport final, malgré une cible professionnelle décrite comme adaptée, le recourant a bénéficié de plusieurs opportunités de stage qui se sont soldées par des échecs, non en raison de son état de santé, mais de son manque d'assurance et de son discours qui « effray(ait) les employeurs » (note de travail IP du 5 mai 2023 : OAIE p. 618).

14.3 Cela étant, le recourant relève que la décision attaquée, prise le 4 octobre 2023, ne reflèterait pas fidèlement son état de santé et sa capacité de travail au moment où elle a été rendue. Il affirme en effet que l'état de ses hanches (cf. consid. 14.3.2 infra), de son rachis (cf. consid. 14.3.3 infra) et de sa cheville droite (cf. consid. 14.3.4 infra) s'est péjoré postérieurement à son entretien avec l'expert.

14.3.1 Selon une jurisprudence constante, le bien-fondé de la décision attaquée doit être vérifié d'après l'état de fait existant au moment où elle a été rendue. Les faits nouveaux qui se sont réalisés avant le prononcé de la décision litigieuse mais qui n'étaient pas connus de l'instance inférieure peuvent être invoqués dans la procédure devant le tribunal des assurances sociales. Il en va de même des nouveaux moyens de preuve (MOSER/BEUSCH/KNEUBÜHLER/KAYSER, op.cit. § 2.204, p. 132 ; voir également arrêt du TAF C-2077/2020 du 22 novembre 2022 consid. 3.4). Les faits survenus postérieurement, aussi appelés vrais novas ou novas proprement dits, et qui ont modifié cette situation, doivent en principe faire l'objet d'une nouvelle décision administrative (ATF 144 V 210 consid. 4.3.1 ; 130 V 138 consid. 2.1 ; 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. En particulier, même s'il a été rendu postérieurement à la date déterminante, un rapport médical doit être pris en considération s'il a trait à la situation antérieure à cette date (arrêts du TF 9C_758/2020 du 25 mai 2021 consid. 3.2 ; 9C_34/2017 du 20 avril 2017 consid. 5.2 et les réf. cit.) respectivement s'il permet de mieux appréhender

l'état de santé et la capacité de travail de l'intéressé jusqu'à la décision sujette à recours (ATF 130 V 445 consid. 1.2.1, 121 V 362 consid. 1b).

14.3.2 En l'espèce, contrairement à ce que prétend le recourant, l'hypothèse d'une péjoration de l'état de ses hanches antérieurement à la décision du 4 octobre 2023 ne peut être, sur la base des documents présents au dossier ainsi que ceux produits en cours de procédure devant le Tribunal, retenue au degré de la vraisemblance prépondérante.

En effet, l'argumentation de l'assuré repose uniquement sur des rapports et des investigations médicales postérieurs à la décision du 4 octobre 2023. Ainsi, le recourant se réfère, en premier lieu, à une radiographie du 16 octobre 2023 (TAF pce 1 annexe 4), qui mentionne une « coxarthrose gauche très évoluée qui s'est majorée par rapport à 2021 » et une « coxarthrose droite franche mais stable ». S'agissant de la hanche gauche, l'assuré produit le rapport médical du Dr M._____ du 8 novembre 2023 (TAF pce 3 annexe 9), lequel recommande une chirurgie prothétique. Le médecin traitant précise expressément que son patient le consulte pour la première fois depuis 18 mois. Il n'atteste du reste aucune incapacité de travail, se bornant à préciser que le recourant lui avait déclaré être « depuis quelque temps (...) très gêné par la hanche gauche ». Dans son compte-rendu médical du 13 avril 2024 (TAF pce 13 annexe 2), le Prof. Q._____, chirurgien orthopédiste, retient pour sa part une indication opératoire à la hanche droite. Si le spécialiste ne s'est prononcé que sur dossier, sans examen clinique de l'assuré, la nécessité de l'intervention chirurgicale sera ultérieurement confirmée par le Dr G._____ dans son rapport du 28 mai 2024 (TAF pce 13 annexe 1).

Ainsi, les investigations concernant l'état des hanches du recourant sont toutes postérieures à la décision attaquée. Or, en l'absence d'examens médicaux avant la date de la décision du 4 octobre 2023, aucune aggravation n'est concrètement documentée par un médecin ayant procédé à un examen clinique sur la personne du recourant – étant rappelé que selon la jurisprudence, le seul constat de la progression d'une atteinte sur le plan radiologique est insuffisant pour retenir une aggravation de l'état de santé de l'assuré, en l'absence d'un examen clinique (arrêts du TF 9C_284/2022 du 11 avril 2023 consid. 4.3 ; 9C_68/2014 du 2 juin 2014 consid. 3.3).

Dans ces circonstances, le Tribunal ne voit aucun motif de s'écarter des conclusions de l'expert. D'une part, celui-ci a expressément pris en compte, dans le cadre de son appréciation, l'atteinte aux deux hanches,

décrites comme « débutante à droite et assez évoluée à gauche » par le rapport de scanner du bassin du 11 février 2022 (TAF pce 1 annexe 5) et classées dans les diagnostics avec effet sur la capacité de travail (OAIE p. 522). D'autre part, au moment de l'expertise, l'indication opératoire était déjà connue à gauche, le Dr O. _____ précisant qu'une fois l'intervention pratiquée, il était possible que la capacité de travail soit à nouveau complète dans une activité adaptée (OAIE p. 523). Il sera encore relevé qu'après l'expertise, le recourant a été en mesure de suivre la mesure de réadaptation conformément au taux de 50% préconisé par l'expert. Ce n'est qu'après la décision attaquée que le recourant a consulté ses médecins traitants et qu'une péjoration radiologique a été mise en évidence, entraînant plus tard la nécessité des chirurgies prothétiques aux deux hanches. Ces interventions ont été pratiquées en janvier 2024 pour la hanche gauche et en septembre 2024 pour la hanche droite, soit plusieurs mois après la décision attaquée, comme cela ressort du rapport du 28 mai 2024 du Dr G. _____.

Dès lors, comme relevé par le SMR dans son rapport du 17 juin 2024, si une aggravation de l'état de santé du recourant s'est effectivement produite, ce n'est toutefois que postérieurement à la décision attaquée du 4 octobre 2023. Conformément à la jurisprudence susmentionnée (cf. consid. 14.3.1 supra), cette dégradation de l'état de santé ne peut dès lors être prise en compte en l'espèce et doit faire l'objet d'une nouvelle demande de prestations.

14.3.3 La même conclusion s'impose s'agissant de la récurrence des douleurs rachidiennes, attestées dans le rapport du 28 mai 2024 du Dr G. _____, situation qui a selon ce médecin motivé un « nouveau bilan ». S'appuyant sur le rapport d'IRM lombaire du 21 novembre 2023 (TAF pce 3 annexe 8), le médecin traitant précise que l'imagerie a mis en évidence une atteinte en amont (L3-L4 et L4-L5) et un canal lombaire étroit, supérieur à 50%. Il ajoute qu'une intervention chirurgicale serait prévue après septembre 2024 (concernant cette dernière, cf. voir également le compte-rendu médical du 13 avril 2024 du Prof. Q. _____, qui recommande une décompression des racines nerveuses aux étages sténosés).

Contrairement à ce que laisse entendre le Dr G. _____, la présence de discopathies au niveau L3-L4 et L4-L5 est connue de longue date, puisqu'elle ressortait déjà du rapport de radiographie du rachis lombo sacré du 18 novembre 2021 (OAIE p. 489). Il en va de même du canal lombaire étroit, attesté depuis le rapport d'IRM du rachis lombaire du 24 janvier 2020 (OAIE p. 351 ; cf. voir également le rapport d'IRM du rachis

lominaire du 12 février 2021 : OAIE p. 398). Par ailleurs, ces atteintes n'ont pas été ignorées par l'expert, qui a résumé les rapports susmentionnés dans son expertise (OAIE p. 517, 518 et 521) et en a donc tenu compte dans le cadre de son appréciation.

Quant à la récurrence des douleurs lombaires, que le Dr G. _____ associe aux atteintes somatiques ressortant de l'IRM du 21 novembre 2023, le Tribunal constate qu'à l'instar de la problématique présente aux deux hanches, elle n'est documentée qu'après la décision attaquée du 4 octobre 2023 (en ce sens, cf. également avis SMR du 17 juin 2024 : TAF pce 15 annexe). Il ne saurait dès lors être reproché à l'autorité inférieure de ne pas en avoir tenu compte lorsqu'elle a statué sur la capacité de travail du recourant dans sa décision du 4 octobre 2023.

14.3.4 Comme ultime grief à l'encontre de la décision attaquée, le recourant fait valoir que celle-ci n'aurait pas tenu compte de l'atteinte qu'il présente à la cheville droite, documentée par un rapport de radiographie/échographie, datée du 13 avril 2023 (TAF pce 1 annexe 3), qui met en évidence des signes dégénératifs de la tibiotalienne, un possible ostéochondrome du récessus postérieur au contact du processus trigone, une tendinopathie hypertrophique du tibial postérieur et une tendinopathie calcifiante distale de l'Achille droit.

Si le rapport auquel se réfère le recourant est effectivement antérieur à la décision du 4 octobre 2023, l'assuré perd toutefois de vue que la seule constatation médicale d'une atteinte sur le plan radiologique ne permet pas de retenir une aggravation de l'état de santé, en l'absence d'un examen clinique (arrêts du TF 9C_284/2022 du 11 avril 2023 consid. 4.3 et 9C_68/2014 du 2 juin 2014 consid. 3.3).

Or, en l'espèce, hormis l'imagerie, aucun rapport établi par les médecins traitants avant le moment déterminant de la décision attaquée ne fait mention d'une atteinte à la cheville droite, ne procède à un examen clinique ou encore n'atteste spécifiquement que celle-ci entraînerait une quelconque diminution de la capacité de travail de l'assuré au moment déterminant de la décision attaquée du 4 octobre 2023. En cours de procédure de recours, l'autorité inférieure a produit un nouvel avis médical se prononçant expressément sur l'atteinte à la cheville droite (avis SMR du 22 janvier 2024 : TAF pce 9 annexe). Le service médical de l'autorité inférieure estime qu'elle ne remet pas en cause la conclusion d'une pleine capacité de travail dans une activité adaptée, telle que retenue par le Dr O. _____ dans son rapport d'expertise du 14 mars 2022. Tout au plus,

le SMR admet qu'elle entraînerait certaines limitations fonctionnelles (pas de marche prolongée ni en terrain irrégulier, ni station debout, ni de travail accroupi). Ces limitations apparaissent toutefois largement compatibles avec celles que le Dr O. _____ avait retenues en conclusion de son rapport du 14 mars 2022, compte tenu de l'ensemble des atteintes présentées par le recourant (métier sédentaire ou semi-sédentaire avec alternance des positions debout et assise). Dans ces circonstances, le Tribunal estime que cette atteinte à la cheville, bien que documentée après l'expertise du Dr O. _____, ne constitue pas un élément objectif justifiant de s'écarter des conclusions de l'expert concernant la capacité de travail du recourant.

14.4

En conséquence, aucune des atteintes relatives aux hanches, rachis et chevilles ne permet de remettre en cause les conclusions de l'expertise menée par le Dr O. _____ (cf. consid. 14.2 et 14.3), dont la pleine valeur probante est reconnue, s'agissant de l'état de santé du recourant au moment de la décision attaquée du 4 octobre 2023.

14.5 Afin d'être exhaustif, le Tribunal ajoute que, parmi l'ensemble des rapports produits par l'assuré à l'appui de son recours, qui ont tous été établis par ses médecins traitants et doivent par conséquent être appréciés avec une certaine réserve en raison de la relation de confiance qui les unit à leur patient (ATF 125 V 351 consid. 3b/cc et les réf. cit. ; arrêt du TF I 655/05 du 20 mars 2006 consid. 5.4), le seul qui aborde la question de la capacité de travail est celui du 28 mai 2024 du Dr G. _____, dont il a déjà été question ci-dessus (cf. consid. 14.3.3). Celui-ci se borne toutefois à rappeler l'historique médical et les interventions chirurgicales à venir, pour conclure à une capacité de travail « actuelle » nulle. Ce rapport ne se prononce ainsi pas sur la situation qui prévalait au moment de la décision attaquée du 4 octobre 2023 et sa valeur probante doit, dans ce contexte, être intégralement niée.

Enfin, s'agissant du compte-rendu médical du 13 avril 2024 du Prof. Q. _____, qui fait état d'un « handicap fonctionnel sévère », il convient de constater que cette conclusion ne se fonde pas sur un examen clinique et ne saurait dès lors se voir reconnaître une quelconque valeur probante, étant ajouté que ce rapport est également largement postérieur à la décision attaquée.

15.

Dès lors, le Tribunal se rallie aux considérations émises par l'expert dans

son rapport du 14 mars 2022, confirmées par l'avis SMR du 21 mars 2022 (OAIE p. 528), dont il reconnaît la pleine valeur probante, et la décision attaquée.

Partant, il est dès lors établi au degré de la vraisemblance prépondérante que le recourant est incapable de reprendre son activité habituelle depuis le 3 décembre 2019. A compter du 18 novembre 2021, il présente une capacité de travail de 50% dans une activité adaptée, laquelle doit tenir compte des limitations suivantes : métier sédentaire ou semi-sédentaire avec alternance des positions debout et assise ; éviter les travaux penchés en avant ou en porte-à-faux, le port de charges de plus de 5 kilos, le port de charges avec le membre supérieur gauche et les métiers impliquant des mouvements répétés du poignet gauche ; en raison de l'atteinte aux chevilles, pas de marche prolongée ni en terrain irrégulier, ni de station debout, ni de travail accroupi.

16.

16.1 En ce qui concerne le calcul de la perte de gain et la détermination du degré d'invalidité de 53%, ceux-ci ne sont pas contestés de façon motivée par le recourant, qui se borne à affirmer sans aucune explication que l'autorité inférieure n'aurait pas établi de manière conforme son salaire sans invalidité et l'abattement sur le salaire statistique d'invalidé.

Examinant d'office cette question, le Tribunal peut toutefois confirmer le degré d'invalidité de 53% retenu par l'autorité inférieure (à cet égard, voir la fiche « détermination du degré d'invalidité » : OAIE p. 619), malgré une légère imprécision concernant l'indexation des revenus de valide et d'invalidé.

16.2 S'agissant du revenu d'invalidé, le Tribunal constate que l'autorité inférieure s'est, à juste titre, fondée sur les données statistiques résultant de l'Enquête suisse sur la structure des salaires (ESS) éditée par l'Office fédéral de la statistique (OFS ; ATF 139 V 592 consid. 2.3 et les réf. cit. ; 129 V 472 consid. 4.2.1 ; 126 V 75 consid. 3b/aa), dans son édition la plus récente au moment de la décision (ATF 150 V 67 consid. 4.2 ; 143 V 295 consid. 2.3), à savoir en l'espèce celles de 2020 (https://www.koordination.ch/fileadmin/files/atsg/ivgrad/lse_2020/lse_2020_ta1.pdf). Comme il se doit, l'OAIE s'est ensuite référé aux salaires mensuels ressortant du tableau TA1_tirage_skill_level de l'ESS, relatif au secteur privé, ligne « Total secteur privé », catégorie « Homme » (ATF 129 V 472 consid. 4.2.1 ; 126 V 75 consid. 3b/aa ; 142 V 178

consid. 2.5) ainsi qu'au niveau de compétence 1 – qui recouvre un large éventail d'activités variées et non qualifiées, ne requérant pas d'expérience professionnelle spécifique ni de formation particulière, comme c'est le cas pour le recourant (arrêt du TF 8C_175/2020 du 22 septembre 2020 consid. 4.2).

Sur cette base, l'OAIE a retenu un revenu mensuel de CHF 5'261.-, résultat qui a par la suite été rapporté à la durée hebdomadaire de travail durant l'année considérée (ATF 126 V 75 consid. 3b/bb), à savoir 41.7 heures (<https://www.bfs.admin.ch/bfs/fr/home/statistiques/travail-remuneration/enquetes/dnt.assetdetail.31025818.html>), ce qui aboutit à un montant mensuel de CHF 5484.-, respectivement CHF 65'809.- annuellement.

L'autorité inférieure a adapté ce montant à l'évolution nominale des salaires jusqu'en 2022, en se fondant sur l'indice des salaires nominaux spécifique aux hommes (ATF 129 V 408 consid. 3.1.2 ; cf. <https://www.bfs.admin.ch/bfs/fr/home/statistiques/travail-remuneration/salaires-revenus-cout-travail/indice-salaires.assetdetail.31445479.html>). A partir de l'indice de l'année de référence 2020 (106.8), elle a porté le revenu d'invalidité à 65'969.- pour l'année 2022 (indice de 107.1).

Cela étant, l'autorité aurait dû procéder à l'indexation, non pas uniquement jusqu'à l'année 2022, mais jusqu'à l'année 2023, correspondant au début du droit à la rente (ATF 150 V 67 consid. 4.2). Selon une jurisprudence constante, il convient d'utiliser dans le calcul de l'invalidité les valeurs statistiques les plus récentes au moment où la décision est rendue, y compris les éventuelles estimations trimestrielles de l'OFS (arrêt du TF 8C_659/2022 du 2 mai 2023 consid. 7.2). En l'espèce, la décision attaquée date du 20 décembre 2023. A ce moment-là, les chiffres définitifs pour 2023 n'avaient pas encore été publiés et les données statistiques les plus récentes concernant l'évolution des salaires nominaux étaient celles de la troisième estimation trimestrielle de l'OFS, publiées le 28 novembre 2023 (<https://www.bfs.admin.ch/asset/fr/29525678>). L'OFS prévoyait alors une augmentation des salaires nominaux de 1,8% en 2023. Compte tenu de ces éléments, l'autorité aurait dû ainsi indexer les revenus de valide et d'invalidité de 1,8% pour prendre en compte l'évolution des salaires pour l'année 2023. Ainsi, celui-ci s'élève, pour un équivalent à 100% à CHF 67'156.-, soit CHF 33'578 rapporté au taux d'activité médicalement exigible de 50%.

Enfin, l'OAIE a procédé à un abattement de 10% sur le salaire statistique d'invalidité, ce qui n'apparaît guère critiquable. En effet, compte tenu de la

capacité de travail de 50% dans une activité adaptée, il a été correctement fixé à 10% et satisfait ainsi aux exigences de l'art. 26^{bis} al. 3 RAI (dans sa version en vigueur jusqu'au 31 décembre 2023 ; cf. consid. 5 supra), ainsi qu'à la jurisprudence récente rendue à propos de cette disposition par le Tribunal fédéral (ATF 150 V 410). Concernant cette dernière jurisprudence, il convient de préciser que les autres circonstances personnelles et professionnelles du cas d'espèce (limitations liées au handicap, l'âge, les années de services et la nationalité/catégorie d'autorisation de séjours) ne justifieraient en aucun cas de procéder à un abattement supérieur à 10% dans la situation du recourant, même en tenant compte de l'atteinte à la cheville présentée par le recourant.

Compte tenu de ce qui précède, le Tribunal retient un gain d'invalide de CHF 30'220.-.

16.3 Concernant le revenu sans invalidité, celui-ci a été fixé dans la décision attaquée, une fois indexé jusqu'en 2022, à CHF 63'048.-. L'autorité inférieure s'est fondée sur les données du dernier employeur (OAIE p. 619), soit en fonction du dernier revenu de l'activité lucrative réalisé avant la survenance de l'invalidité, conformément à l'art. 26 al. 1 RAI.

Indexé jusqu'à l'année 2023 selon les mêmes modalités que le revenu d'invalide (+1,8%), le gain de valide s'élève à CHF 64'182.-.

16.4 Comparé au gain d'invalide de CHF 30'220.-, il en résulte un degré d'invalidité de 52.92%, ce qui, arrondi à 53% (arrêt du TF 8C_167/2022 du 18 août 2022 consid. 5.4), correspond au degré d'invalidité figurant dans la décision attaquée, lequel peut dès lors être confirmé.

Enfin, comme mentionné ci-dessus (cf. consid. 5.1 supra), la jurisprudence du Tribunal fédéral dispose que le droit à la rente ne prend naissance qu'une fois les mesures de réadaptation achevées, même si celles-ci sont octroyées après l'échéance du délai d'attente d'une année, au sens des art. 28 al. 1 let. b et 29 al. 1 LAI (arrêt du TF 9C_380/2021 consid. 5 et 5.1). C'est dès lors à juste titre que l'autorité inférieure a fixé le début du droit à la rente du recourant à l'échéance des mesures de réadaptation mises en œuvre en faveur du recourant, soit à compter du 1^{er} juin 2023.

17.

17.1 Si l'administration ou le juge, se fondant sur une appréciation consciencieuse des preuves fournies par les investigations auxquelles ils doivent procéder d'office, sont convaincus que certains faits présentent un degré de vraisemblance prépondérante et que d'autres mesures probatoires ne pourraient plus modifier cette appréciation, il est superflu d'administrer d'autres preuves (appréciation anticipée des preuves ; ATF 131 I 153 consid. 3 ; 125 I 127 consid. 6c/cc ; arrêt du TF 8C_660/2015 du 24 février 2016 consid. 4.1). Une telle manière de procéder ne viole pas le droit d'être entendu selon l'art. 29 al. 2 Cst. (SVR 2001 IV n° 10 p. 28 consid. 4b ; ATF 124 V 90 consid. 4b, 122 V 157 consid. 1d, 119 V 335 consid. 3c ; 104 V 209 consid. a ; arrêt du TF 8C_372/2014 du 12 mai 2015 consid. 4.3).

17.2 En l'espèce, le dossier est complet et permet au Tribunal administratif fédéral de statuer en pleine connaissance de cause. Il n'y a dès lors pas lieu de donner suite aux mesures d'instruction requises par le recourant, à savoir de procéder à l'audition de ses médecins et des parties, ou encore d'ordonner une expertise. En effet, de telles mesures ne seraient pas de nature à modifier les considérations qui précèdent, les faits pertinents ayant pu être constatés à satisfaction de droit. Les requêtes du recourant en ce sens doivent ainsi être rejetées.

18.

En définitive, le recours, mal fondé, doit être rejeté et la décision attaquée confirmée.

19.

19.1 Selon l'art. 63 PA, les frais de procédure comprenant l'émolument d'arrêté, les émoluments de chancellerie et les débours sont en général mis à la charge de la partie qui succombe (al. 1). Ils peuvent être mis à la charge de la partie qui a gain de cause que si elle les a occasionnés en violant des règles de procédure (al. 3). Aussi la procédure de recours en matière de contestations portant sur l'octroi ou le refus de prestations de l'AI devant le Tribunal administratif fédéral est-elle en principe soumise à des frais de justice (art. 69 al. 1^{bis} et 2 LAI ; cf. arrêt du TF 9C_639/2011 du 30 août 2012 consid. 3.2).

19.2 Le recourant, qui succombe, doit s'acquitter des frais de justice fixés, compte tenu de la charge liée à la procédure, à CHF 800.- (art. 63 al. 1

PA ; voir également art. 69 al. 1^{bis} et 2 LAI). Ils sont compensés par l'avance de frais du même montant dont il s'est acquitté au cours de l'instruction.

19.3 En outre, vu l'issue du litige, il n'est pas alloué de dépens (art. 64 al. 1 PA, art. 7 al. 1 et al. 3 du règlement du 21 février 2008 concernant les frais, dépens et indemnités fixés par le Tribunal administratif fédéral [FITAF, RS 173.320.2]).

(le dispositif figure sur la page suivante)

Par ces motifs, le Tribunal administratif fédéral prononce :

1.

Le recours est rejeté.

2.

Les frais de procédure de CHF 800.- sont mis à la charge du recourant. Ce montant est compensé par l'avance de frais déjà versée au cours de l'instruction.

3.

Il n'est pas alloué de dépens.

4.

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

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

La présidente du collège :

Le greffier :

Caroline Bissegger

Séverin Tissot-Daguette

Indication des voies de droit :

La présente décision peut être attaquée devant le Tribunal fédéral, Schweizerhofquai 6, 6004 Lucerne, par la voie du recours en matière de droit public, dans les trente jours qui suivent la notification (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 :