Bundesverwaltungsgericht
Tribunal administratif fédéral
Tribunale amministrativo federale
Tribunal administrativ federal



Cour III
C-504/2011

Arrêt du 21 mai 2012

Composition

Vito Valenti (président du collège),
Franziska Schneider et Stefan Mesmer, juges,
Yannick Antoniazza-Hafner, greffier.

Parties

A._____,
recourant,

contre

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

Objet

Assurance-invalidité (décision du 14 décembre 2010).

Faits :

A.
A._____, ressortissant binational suisse et français né le […] 1961, a oeuvré en Suisse pendant plusieurs périodes d'assurance de 1982 à 2001 comme comptable/contrôleur de gestion (pces 4 p. 1 n° 3; 32 p. 2 n° 3.4; 94 p. 1; 102 p. 6; 125 p. 2). En juillet 2001, il déménage en France (pce 102 p. 6). Après avoir suivi la formation requise, il travaille à plein temps en tant qu'ambulancier jusqu'au 17 mars 2005 (pces 102 p. 7; 17), date à laquelle il est victime d'une agression en tentant de raisonner un jeune homme et une jeune femme qui se livraient à une rixe au milieu de la route. Peu après cette interpellation, il se fait attaquer par derrière par ledit jeune homme et subit une fracture grave du tibia (fracture des plateaux tibiaux du genou droit ayant nécessité une ostéosynthèse [pce 62]); par ailleurs deux côtes et un doigt sont cassés (pce 13 p. 1-2; TAF 1 p. 35). N'ayant pu reprendre son activité lucrative depuis lors pour des raisons de santé, il dépose le 6 août 2007 (pces 4 p. 7; TAF 1 p. 1) une demande de prestations de l'assurance-invalidité suisse auprès des institutions de sécurité sociale françaises lesquelles font suivre la demande à l'Office de l'assurance-invalidité pour les assurés résidant à l'étranger (ci-après: OAIE) par le biais du formulaire E 204 reçu par les autorités suisses le 28 décembre 2007 (pce 6 p. 1).

B.
Après avoir recueilli différents documents (cf. notamment questionnaire à l'assuré et questionnaire pour l'employeur datés du 10 août 2008 [pces 17 s.]; rapports orthopédiques des 22 mars 2005 [pce 62], 13 septembre 2005 [pce 63], 20 septembre 2006 [pce 25], 4 octobre 2010 [pce 26] et 12 mars 2008 [pce 38]; rapports psychiatriques des 19 décembre 2007 [pce 78], 16 février 2008 [pce 35] et 12 avril 2009 [pce 88]; rapport psychologique du 3 mai 2009 [pce 89]; rapport ostéopathique du 20 juin 2006 [pce 27]; deux rapports signés par un médecin homéopathe des 15 mai 2006 [pce 23] et 24 octobre 2006 [pce 30]; un rapport médical d'attribution d'invalidité du 22 mars 2007 [pce 29], un rapport médical E 213 du 22 août 2007 [pce 32]), l'OAIE soumet le dossier à l'appréciation de son service médical. Dans une prise de position du 21 mai 2009 (pce 85), la Dresse G._____ conseille à l'administration de procéder à une expertise orthopédique et psychiatrique de l'assuré en Suisse.

C.
Par acte du 3 juillet 2009 (pce 87), l'autorité inférieure demande aux insti-

tutions de sécurité sociale françaises de soumettre l'intéressé à une nouvelle visite médicale et de lui faire parvenir la documentation suivante:

- "Rapport psychiatrique (rapport dactylographié), anamnèse, évolution de la maladie, status actuel, diagnostic, pronostic, durée du traitement, fréquence des séances, thérapie, médication (dosage et dénomination chimique), incapacité de travail (en %);
- Informations sur l'état psychique: aspects extérieurs, comportement, état de conscience quantitatif et qualitatif, orientation spatiotemporelle, fonction de la mémoire, concentration, faculté de compréhension, d'interprétation et de perception;
- Pensée avec contenu et sa forme, dépersonnalisation, état affectif, contact affectif, labilité affective, propension au suicide, troubles circadiens, psychomotricité, langage;
- Examen orthopédique (rapport dactylographié)."

Le dossier de la cause est ainsi complété par une expertise orthopédique du 17 septembre 2009 (pce 101 rédigée par le Dr B._____; diagnostic retenu: fracture de la jambe, y compris de la cheville entraînant une invalidité de catégorie 2) et une expertise psychiatrique du 29 octobre 2009 signée par la Dresse C._____ (pce 102; diagnostic retenu: syndrome post-traumatique sévère totalement incapacitant). En parallèle, sont versés à la cause des certificats médicaux des 25 mai 2009 (pce 90), 3 juillet 2009 (pces 91-92) et 8 juillet 2009 (pce 93).

D.
Appelé à se déterminer sur la nouvelle documentation médicale produite, le service médical de l'OAIE, dans des prises de position des 10 février 2010 (pce 107) et 12 mars 2010 (pce 109), relève que l'expertise psychiatrique ne répond pas aux exigences jurisprudentielles en la matière et juge nécessaire de soumettre l'assuré à une expertise pluridisciplinaire en Suisse.

E.
Par acte du 18 juin 2010 (pce 122), l'OAIE invite l'assuré à se présenter auprès des Drs D._____ et E._____ les 17 et 18 août 2010 à F._____ pour examen médical (cf. pces 114, 115, 117).

F.
Dans une écriture du 5 juillet 2010 (pce 125), le recourant estime que l'administration dispose de tous les documents requis pour prononcer un jugement, d'autant qu'elle a reçu les expertises psychiatrique et orthopédique commandées par ses soins auprès des institutions de sécurité sociale françaises et qu'il a été déclaré incapable de travailler en France avec un taux d'invalidité de 66 à 80%. En outre, selon lui, il y a de sérieuses raisons de douter de la sincérité des démarches de l'administration,

dès lors que l'indépendance des experts mandatés en Suisse est sujette à caution vu le lien de subordination qui les lie à leur mandant. Pour finir, il met en avant divers problèmes liés à un déplacement en Suisse (incompatibilité avec ses problèmes psychiques; difficulté pour sa femme de l'accompagner aux dates retenues; disproportionnalité d'exiger de sa part un voyage en train de 24 heures [allé et retour] pour seulement 2 à 3 heures d'examen médical). Fort de ces constats, il demande à l'OAIE de statuer en l'état du dossier.

G.
Le 16 août 2010 (pce 126), l'assuré informe le Dr E._____ qu'il ne se présentera pas à l'expertise prévue. Par lettre du même jour (pce 129), la femme de l'intéressé indique à l'administration qu'elle trouve inacceptable et intolérable que celle-ci n'ait pas répondu à l'écriture de son mari du 5 juillet 2010.

H.
Dans une mise en demeure du 19 août 2010 (pce 128), l'OAIE informe l'assuré que, selon son service médical, il n'est pas possible de se prononcer définitivement au sens de la loi suisse sur l'invalidité, raison pour laquelle il a été retenu que des examens complémentaires en Suisse étaient nécessaires. Se basant sur l'art. 43 al. 2 et 3 LPGA, il impartit à l'intéressé un délai de 30 jours pour lui faire part de son accord de se faire examiner en Suisse.

I.
Par acte du 14 septembre 2010 (pce 132), l'assuré conteste que la réalisation d'une deuxième expertise en Suisse puisse être raisonnablement exigée de sa part et indique ne pas vouloir donner suite à une telle convocation. En outre, il produit un certificat médical du 8 septembre 2010 (pce 130), dans lequel son médecin traitant fait part d'une incapacité de déplacement.

J.
Après avoir recueilli l'avis de son service médical (rapport du 2 novembre 2010 [pce 135]), l'OAIE informe l'assuré, par une deuxième mise en demeure du 17 novembre 2010 (pce 136), qu'un examen en Suisse s'avère nécessaire malgré la documentation déjà récoltée et que le certificat médical du 8 septembre 2010 n'apporte pas la preuve d'une incapacité de voyager. Se référant aux art. 43 al. 3 LPGA et 13 PA, il impartit à l'intéressé un délai de 30 jours pour lui confirmer son accord par écrit de se soumettre à une expertise en Suisse.

K.
Après que l'intéressé a derechef contesté son obligation de se rendre à un examen médical en Suisse (écriture du 25 novembre 2010 [pce 137]), l'OAIE, par décision du 14 décembre 2010 (pce 138), refuse d'entrer en matière sur la demande de prestations.

L.
Par acte du 12 janvier 2011 (pce TAF 1), l'assuré interjette recours contre la décision précitée auprès du Tribunal administratif fédéral en reprenant les motifs allégués dans ses écrits précédents.

M.
Par décision incidente du 28 mars 2011 (pce TAF 6), le Tribunal de céans invite le recourant à verser une avance de frais de Fr. 400.- Jusqu'au 12 mai 2011. Le somme requise est versée sur le compte du Tribunal le 5 avril 2011 (pce TAF 7).

N.
Les parties réitèrent leurs conclusions antérieures par actes des 11 août 2011 (pce TAF 12 [réponse au recours]), 20 septembre 2011 (pce TAF 15 [réplique]), 10 octobre 2011 (pce TAF 17 [duplique]), 23 novembre 2011 (pce TAF 21 [réponse à la duplique]) et 14 décembre 2011 (pce TAF 22 [complément à la réponse à la duplique avec production d'un acte des autorités judiciaires françaises du 14 novembre 2011]).

Par ordonnance du 19 décembre 2011 (pce TAF 23), les mémoires des 23 novembre et 14 décembre 2011 précités sont transmis à l'autorité inférieure pour connaissance.

Droit :

1.

1.1. 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 de céans, 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), connaît des recours interjetés contre les décisions concernant l'octroi de rente d'invalidité prises par l'OAIE.

1.2. Conformément à l'art. 3 let. d^{bis} PA, la procédure en matière d'assurances sociales n'est pas régie par la PA dans la mesure où la loi fédérale

du 6 octobre 2000 sur la partie générale du droit des assurances sociales (LPGA, RS 830.1, entrée en vigueur le 1er janvier 2003) est applicable. En application de l'art. 1 al. 1 LAI (version identique en vigueur jusqu'au 31 décembre 2007 et dès le 1er janvier 2008 [entrée en vigueur de la 5ème révision de cette loi), les dispositions de la LPGA s'appliquent à l'assurance-invalidité (art. 1*a* à 26bis et 28 à 70), à moins que la LAI ne déroge à la LPGA.

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

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

2.
Est litigieux en l'espèce le point de savoir si l'autorité inférieure a agi conformément au droit en refusant d'entrer en matière sur la demande de prestations de l'assuré, motifs pris que celui-ci a refusé de se rendre à une expertise pluridisciplinaire en Suisse.

Aux termes de l'art. 43 al. 1, premier phrase, LPGA, l'assureur examine les demandes, prend d'office les mesures d'instruction nécessaires et recueille les renseignements dont il a besoin. L'assuré doit se soumettre à des examens médicaux ou techniques si ceux-ci sont nécessaires à l'appréciation du cas et qu'ils peuvent être raisonnablement exigés (art. 43 al. 2 LPGA). Si l'assuré ou d'autres requérants refusent de manière inexcusable de se conformer à leur obligation de renseigner ou de collaborer à l'instruction, l'assureur peut se prononcer en l'état du dossier ou clore l'instruction et décider de ne pas entrer en matière. Il doit leur avoir adressé une mise en demeure écrite les avertissant des conséquences juridiques et leur impartissant un délai de réflexion convenable (art. 43 al. 3 LPGA), étant précisé que la réglementation particulière de l'art. 7b al. 2 LAI, selon laquelle il peut-être renoncé à la mise en demeure et au délai de réflexion, n'est pas applicable en l'espèce (cf. arrêt du Tribunal administratif fédéral C-6349/2009 du 30 mai 2011 consid. 6.1 et les références citées). Partant, et selon les circonstances, l'assureur social qui se heurte à un refus de collaborer d'une partie peut, après lui avoir imparti un délai pour respecter ses obligations et l'avoir avertie des conséquences de son attitude, se prononcer en l'état du dossier. Le cas échéant, il peut rejeter la demande présentée par cette partie en considérant que les faits dont

elle entendait tirer un droit ne sont pas démontrés. Au lieu de se prononcer sur le fond, en l'état du dossier, l'assureur peut également, selon les circonstances, rendre une décision de non-entrée en matière de la demande dont il est saisi. Il ne doit cependant faire usage de cette possibilité qu'avec la plus grande retenue, autrement dit lorsqu'un examen sur le fond n'est pas possible sur la base du dossier (ATF 108 V 229 consid. 2; arrêt du Tribunal fédéral I 906/05 du 23 janvier 2007 consid. 5.4). Mais l'assureur ne peut se prononcer en l'état du dossier ou refuser d'entrer en matière que s'il ne lui est pas possible d'élucider les faits sans difficultés ni complications spéciales, malgré l'absence de collaboration de l'assuré (cf. ibidem). Cela étant, le pouvoir d'appréciation de l'administration dans la mise en oeuvre d'une expertise médicale n'est pas illimité; elle doit se laisser guider par les principes de l'état de droit, tels les devoirs d'objectivité et d'impartialité et le principe d'une administration rationnelle (arrêt du Tribunal fédéral 9C_1012/2008 du 30 juin 2009 consid. 3.2.1, 2ème paragraphe, et les références citées). Selon la jurisprudence, le devoir de prendre d'office les mesures d'instruction nécessaires à l'appréciation du cas au sens de l'art. 43 al. 1 LPGA ne comprend pas le droit de l'assureur de recueillir une "second opinion" sur les faits déjà établis par une expertise, lorsque celle-ci ne lui convient pas. La nécessité de mettre sur pied une nouvelle expertise découle du point de savoir si les rapports médicaux au dossier remplissent les exigences matérielles et formelles auxquelles sont soumises les expertises médicales. Cela dépend de manière décisive de la question de savoir si le rapport médical traite de manière complète et circonstanciée des points litigieux, se fonde sur des examens complets, prend également en considération les plaintes exprimées par la personne examinée, a été établi en pleine connaissance de l'anamnèse et contient une description du contexte médical et une appréciation de la situation médicale claires, ainsi que des conclusions dûment motivées de l'expert (arrêts du Tribunal fédéral 9C_1012/2008 du 30 juin 2009 consid. 3.2.2; U 571/06 du 29 mai 2007 consid. 4). Par ailleurs, avant de se déterminer en faveur d'une nouvelle (deuxième) expertise médicale, l'administration doit tout d'abord examiner, si un complément d'instruction moins onéreux, dans le cas d'espèce par exemple auprès des médecins français qui ont rédigés les rapports/expertises des 17 septembre 2009 et 29 octobre 2009 (pces 101 et 102), aurait pu satisfaire l'exigence d'une constatation des faits suffisante, avant d'avoir recours, de facto, à une nouvelle expertise médicale, cette fois-ci en Suisse (principes d'une administration rationnelle et de la proportionnalité). Ensuite, elle aurait dû indiquer les raisons du choix à l'assuré, afin que celui-ci puisse agir en pleine connaissance de cause.

3.

3.1. L'assuré indique avoir expliqué en détails à l'administration, dans ses écrits des 5 juillet 2010 (pce 125), 14 septembre 2010 (pce 132) et 25 novembre 2010 (pce 137), les raisons pour lesquelles il estimait que celle-ci n'était pas habilitée à le convoquer à un nouvel examen médical en Suisse, à savoir, d'une part qu'il avait déjà été expertisé en France à la demande de l'OAIE, de sorte que les actes de la cause étaient suffisants pour se prononcer sur son droit aux prestations et que, d'autre part, un déplacement en Suisse n'était médicalement pas exigible au vu de ses affections. Or, l'autorité inférieure aurait tout simplement ignoré son premier écrit, ce qui était inadmissible, et n'aurait par la suite nullement pris position quant à son argumentation.

3.2. Le recourant fait valoir dans son recours, entre autres, un défaut de renseignement/conseil de la part de l'OAIE. Le devoir de conseil de l'assureur social au sens de l'art. 27 al. 2 LPGA comprend l'obligation d'attirer l'attention de la personne intéressée sur le fait que son comportement pourrait mettre en péril la réalisation de l'une des conditions du droit aux prestations (ATF 131 V 472 consid. 4.3). Les conseils ou renseignements portent sur les faits que la personne en cause doit connaître pour pouvoir correctement user de ses droits et obligations dans une situation concrète face à l'assureur. Le devoir de conseil s'étend non seulement aux circonstances de fait déterminantes, mais également aux circonstances de nature juridique (cf. arrêt du Tribunal fédéral K 7/06 du 12 janvier 2007 consid. 3.3). Son contenu dépend entièrement de la situation concrète dans laquelle se trouve l'assuré, telle qu'elle est reconnaissable pour l'administration. Le défaut de renseignement dans une situation où une obligation de renseigner est prévue par la loi (comme par exemple l'art. 43 al. 3 LPGA), ou lorsque les circonstances concrètes du cas particulier auraient commandé une information de l'assureur (comme de tout façon dans le cas d'espèce), est assimilé à une déclaration erronée. Celle-ci peut même, sous certaines conditions, obliger l'autorité à consentir à un administré un avantage auquel il n'aurait pu prétendre (ATF 131 V 472 consid. 5).

3.3. Dans ce contexte, le Tribunal de céans constate préliminairement que le sens et le but des procédures de mise en demeure (cf. notamment art. 21 al. 4 et 43 al. 3 LPGA) est de rendre l'assuré attentif aux conséquences négatives possibles d'une attitude rénitente à collaborer, afin qu'il soit à même de prendre une décision en pleine connaissance de cause, et, le cas échéant, de modifier sa conduite. Une telle procédure

doit s'appliquer même si l'assuré a manifesté de manière claire et incontestable qu'il entendait pas, par exemple, se soumettre à une expertise médicale (cf. arrêt du Tribunal fédéral I 552/06 du 13 juin 2007 consid. 4.1 et références).

3.4. Force est de constater que l'administration, dans les mises en demeure des 19 août 2010 (pce 128) et 17 novembre 2010 (pce 136), s'est contentée d'indiquer au recourant que, selon son service médical, il était nécessaire de se soumette à une nouvelle expertise médicale et que l'assuré était en mesure, à cet effet, d'effectuer un déplacement en Suisse. Or, une telle manière de procéder, faisant usage d'une formulation aussi générique, si peu adaptée au cas d'espèce et ne répondant pas aux demandes/griefs soulevés par le recourant (notamment quant à la problématique de la "second opinion"), ne permettait pas à l'intéressé, entre autres, de comprendre suffisamment les réflexions à la base de la décision de l'OAIE qui prévoyait de soumettre l'assuré à une nouvelle expertise en Suisse. En effet, il appartenait à l'autorité inférieure de renseigner le recourant sur les motifs qui l'incitaient à ne pas reconnaître une pleine valeur probante aux expertises des 17 septembre 2009 (pce 101) et 29 octobre 2009 (pce 102), d'autant qu'elle avait elle-même mandaté les institutions de sécurité sociale françaises de les réaliser et que la Dresse G._____, de l'OAIE, avait conseillé, depuis le début, de procéder à une expertise pluridisciplinaire de l'assuré en Suisse (cf. rapport du 21 mai 2009 [pce 85]). Par ailleurs, elle n'a même pas signalé à l'assuré que son service médical avait établi des prises de position écrites quant à la nécessité d'un complément de l'instruction et à l'exigibilité du déplacement en Suisse (cf. certificats des 10 février 2010 [pce 107], 12 mars 2010 [pce 109] et 2 novembre 2010 [pce 135]). On ne saurait donc reprocher au recourant de ne pas avoir requis la production de ces pièces auprès de l'autorité inférieure dès lors qu'il n'avait pas été suffisamment informé quant à leur existence (cf. arrêt du Tribunal fédéral 8C_125/2011 du 14 juin 2011 consid.3), étant précisé que, de toute façon, il est douteux qu'un simple renvoi à ces documents ─ qui avaient tous été rédigés en allemand et donc dans une langue autre que celle de la procédure ─ ait été suffisant dans le cas d'espèce, vu l'absence de toute indication en français (même brève) quant au contenus de ces pièces. Certes, on note que l'autorité inférieure a par la suite, dans son préavis du 11 août 2011 (pce TAF 12), indiqué plus en détails les motifs l'ayant amenée à rendre la décision dont est recours et fait références aux rapports médicaux pertinents. Au vu des particularités de la présente affaire, il n'y a toutefois pas lieu de retenir que ce manque de renseignements déterminants avant la prise de décision puisse être réparé dans la présente procédure de re-

cours devant un Tribunal bénéficiant d'un plein pouvoir de cognition. En effet, le fait que l'assuré ait refusé de se rendre à l'expertise était compréhensible vu les réponses insuffisantes de l'administration à ses demandes/critiques. Par ailleurs, il ne paraît pas exclu qu'il se serait comporté différemment, respectivement qu'il se serait rendu à l'expertise en Suisse, s'il avait été suffisamment informé avant le prononcé de l'acte entrepris (UELI KIESER, ATSG-Kommentar, 2ème éd., Zürich Bâle, Genève 2009, ad art. 43 n° 51). Comme rappelé précédemment (cf. supra consid. 3.3), le sens et le but de la procédure de mise en demeure est justement de rendre l'assuré attentif aux conséquences négatives possibles d'une attitude rénitente à collaborer, afin qu'il soit en mesure d'agir en pleine connaissance de cause et, le cas échéant, de modifier sa conduite (cf. arrêt du Tribunal fédéral I 552/06 du 13 juin 2007 consid. 4.1). Il y a donc lieu de conclure que ─ vu notamment l'absence d'indications suffisantes dans les mises en demeure notifiées au recourant ─ le manque de collaboration de la part du recourant (non coupable) ne peut engendrer aucune conséquence juridique défavorable à son égard, en particulier, comme en l'espèce, une décision de non entrée en matière sur sa demande d'octroi d'une rente de l'assurance invalidité suisse. Pour cette raison déjà, la décision attaquée doit être annulée.

3.5. En outre, l'OAIE n'a pas non plus indiqué dans la décision attaquée pour quelles raisons une autre mesure d'instruction moins onéreuse qu'une nouvelle expertise en Suisse, comme par exemple un complément d'instruction auprès des médecins français qui ont rédigé les rapports des 17 septembre et 29 octobre 2009, n'aurait pas pu satisfaire à l'exigence d'une instruction suffisante des faits déterminants. En d'autres termes, dans l'affaire en question, l'OAIE n'a pas non plus démontré qu'il ne lui était pas possible d'élucider les faits déterminants sans difficultés ni complications spéciales, malgré l'absence de collaboration de l'assuré (cf. sur la question ATF 108 V 229 et arrêt du Tribunal fédéral I 906/05 du 23 janvier 2007 consid. 5.4). Vu justement l'absence totale de motivation à ce sujet dans la décision attaquée ou dans des actes antérieurs adressés au recourant (ce qui constitue une violation grave de l'obligation de motiver [cf. sur la question ATF 129 I 232 consid. 3.2 et 127 V 431 consid. 3d/aa]), et compte tenu aussi des circonstances particulières du cas d'espèce, il ne saurait être statué sur la question sur la seule base des actes de la cause, en privant de plus le recourant d'une éventuelle possibilité de recours devant une instance bénéficiant d'un plein pouvoir de cognition.

4.

Il s'ensuit que le recours doit être admis et l'acte attaqué annulé. Le dos-

sier de la cause est donc renvoyé à l'autorité inférieure afin qu'elle se détermine à nouveau dans la présente affaire en veillant à respecter son obligation de renseigner le recourant (en fournissant à l'assuré les pièces et informations nécessaires pour qu'il puisse prendre une décision en pleine connaissance de cause), en principe dans la langue de la procédure, et en prenant garde de respecter le droit d'être entendu de l'assuré. Par ailleurs, elle devra aussi se conformer aux nouvelles garanties de procédure introduites par l'ATF 137 V 210 consid. 3.4.2 avant de rendre une nouvelle décision.

5.
Vu l'issue de la cause, il n'est pas perçu de frais de procédure (art. 63 PA). L'avance sur les frais présumés de procédure de Fr. 400.- déjà fournie par le recourant lui est restituée.

6.
Le recourant ayant agi sans avoir recours à un représentant et n'ayant pas démontré avoir eu à supporter des frais indispensables et relativement élevés, il ne lui est pas alloué une indemnité à titre de dépens (art. 64 al. 1 PA et art. 7 ss du règlement du 21 février 2008 concernant les frais, dépens et indemnités fixés par le Tribunal administratif fédéral [FITAF, RS 173.320.2]).

Par ces motifs, le Tribunal administratif fédéral prononce :

1.
Le recours est admis, la décision attaquée annulée et la cause renvoyée à l'autorité inférieure pour complément d'instruction au sens des considérants.

2.
Il n'est pas perçu de frais de procédure. L'avance de frais de Fr. 400.- déjà fournie par le recourant lui est restituée.

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.)
– à l'Office fédéral des assurances sociales.

Le président du collège : Le greffier :

Vito Valenti Yannick Antoniazza-Hafner

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 de la loi fédérale du 17 juin 2005 sur le Tribunal fédéral [LTF, RS 173.110]). Le mémoire doit indiquer les conclusions, les motifs et les moyens de preuve, et être signé. La décision attaquée et les moyens de preuve doivent être joints au mémoire, pour autant qu'ils soient en mains du recourant (art. 42 LTF).

Expédition :