Bundesverwaltungsgericht
Tribunal administratif fédéral
Tribunale amministrativo federale
Tribunal administrativ federal



Cour III
C-5618/2012

Arrêt du 31 mars 2014

Composition

Vito Valenti, juge unique,
Yannick Antoniazza-Hafner, greffier.

Parties

A._____,
représenté par José Nogueira Esmorís, Apartamento 2, Cuesta de la Palloza 1-3° dcha., ES-15006 A Coruña,
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 17 septembre 2012).

Faits :

A.
Le recourant A._____, ressortissant espagnol né le […] 1963, travaille de 1982 à 2004 en Suisse dans le domaine de la construction (doc 1 p. 4-5; 6 p. 2 n° 3.4). De retour en Espagne, il oeuvre en dernier lieu à plein temps comme nettoyeur de bâtiments à son compte (doc 18 p. 8-10). Victime d'un ictus ischémique le 19 juillet 2011, il cesse depuis lors l'exercice de toute activité lucrative pour des raisons de santé (doc 18 p. 2 n° 6). En date du 2 mars 2012, il présente une demande de prestations d'invalidité auprès de l'Institut national de la sécurité sociale espagnole (INSS) à l'attention des organes de l'assurance-invalidité suisse (doc 8 p. 7 n° 14). La requête et transmise à l'Office de l'assurance-invalidité pour les assurés résidant à l'étranger (ci-après: OAIE) pour compétence.

B.
Par décision du 17 septembre 2012 (doc 23) faisant suite à un projet de décision du 5 juillet 2012 (doc 22), l'OAIE rejette la demande de prestations en se basant notamment sur une prise de position de son service médical du 29 juin 2012 (doc 21). Selon lui, malgré l'atteinte à la santé, l'exercice d'une activité lucrative est toujours exigible dans une mesure suffisante pour exclure le droit à une rente.

C.
Par acte daté du 17 octobre 2012 (pce TAF 1), l'assuré défère la décision précitée au Tribunal administratif fédéral. Faisant valoir ses affections, il produit 3 documents médicaux nouveaux: une liste de médicaments du 14 février 2012 (pce TAF 1 p. 11), un rapport rhumatologique du 29 mai 2012 (pce TAF 1 p. 13) et un résumé des consultations (pce TAF 1 p. 15-24).

D.
Par décision incidente du 2 novembre 2012 (pce TAF 2), le Tribunal de céans invite le recourant à verser, dans un délai de 30 jours dès notification de ladite décision, une avance sur les frais présumés de procédure de Fr. 400.-. La somme requise est versée sur le compte du Tribunal en date du 20 novembre 2012 (pce TAF 3).

E.
Lors de l'échange d'écriture ultérieur, les parties confirment leurs conclusions antérieures (cf. préavis du 13 février 2013 [pce TAF 6]; réplique datée du 1er avril 2013 [pce TAF 9]).

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), entrée en vigueur le 1er janvier 2007, 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 par les personnes résidant à l'étranger contre les décisions concernant l'octroi de rente d'invalidité prises par l'OAIE.

1.2 En vertu de l'art. 3 let. dbis PA, auquel renvoie l'art. 37 LTAF, 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) est applicable. Selon l'art. 2 LPGA, les dispositions de la présente loi sont applicables aux assurances sociales régies par la législation fédérale, si et dans la mesure où les lois spéciales sur les assurances sociales le prévoient. Or, l'art. 1 al. 1 LAI mentionne que les dispositions de la LPGA s'appliquent à l'assurance-invalidité (art. 1a 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; art. 52 PA), le recours est recevable.

2.

2.1 Le droit matériel applicable est déterminé par les règles en vigueur au moment où les faits juridiquement déterminants se sont produits, le juge n'ayant pas à prendre en considération les modifications du droit ou de l'état de fait postérieures à la date déterminante de la décision litigieuse (ATF 129 V 4 consid. 1.2). Lors d'un changement de législation durant la période déterminante, le droit éventuel à des prestations se détermine selon l'ancien droit pour la période antérieure et selon le nouveau dès ce moment-là (application pro rata temporis; ATF 130 V 445). Ainsi, les modifications consécutives à la 6ème révision de la LAI, entrées en vigueur le

1er janvier 2012, trouvent également application en l'espèce, étant précisé que les nouvelles normes n'ont pas apporté de changements par rapport à l'ancien droit quant à l'évaluation de l'invalidité dont il convient de procéder in casu.

2.2 Au niveau du droit international, l'accord entre la Suisse et la Communauté européenne et ses Etats membres sur la libre circulation des personnes du 21 juin 1999 (ALCP, RS 0.142.112.681) est entré en vigueur le 1er juin 2002 avec notamment son annexe II qui règle la coordination des systèmes de sécurité sociale par renvoi statique au droit européen. Dans ce contexte, l'ALCP fait référence depuis le 1er 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 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 portant sur la coordination des systèmes de sécurité sociale (RS 0.831.109.268.1 et 0.831.109.268.11). Ces Règlements sont donc applicables in casu (cf. arrêt du Tribunal fédéral 8C_455/2011 du 4 mai 2012; 8C_870/2012 du 8 juillet 2013 consid. 2.2). Conformément à l'art. 4 du règlement (CE) n° 883/2004, les personnes auxquelles ce règlement s'applique bénéficient en principe des mêmes prestations et sont soumises aux mêmes obligations, en vertu de la législation de tout Etat membre, que les ressortissants de celui-ci. On précisera que le règlement (CEE) n° 1408/71 ─ auquel l'ALCP renvoyait pour la période antérieure courant jusqu'au 31 mars 2012 ─ contenait une disposition similaire à son art. 3 al. 1.

2.3 En dérogation à l'art. 24 LPGA, l'art. 29 al. 1 LAI prévoit que le droit à la rente prend naissance au plus tôt à l'échéance d'une période de 6 mois à compter de la date à laquelle l'assuré a fait valoir son droit aux prestations conformément à l'art. 29 al. 1 LPGA. Concrètement le Tribunal peut donc se limiter in casu à examiner si le recourant avait droit à une rente le 2 septembre 2012 (6 mois après le dépôt de la demande) ou si le droit à une rente était né entre cette date et le 17 septembre 2012, date de la décision attaquée marquant la limite dans le temps du pouvoir d'examen de l'autorité de recours (ATF 129 V 1 consid. 1.2; ATF 129 V 222, consid. 4.1; ATF 121 V 362 consid. 1b).

3.

Selon les normes applicables, tout requérant, pour avoir droit à une rente de l'assurance-invalidité suisse, doit remplir cumulativement les conditions suivantes: d'une part être invalide au sens de la LPGA et de la LAI

(art. 8 LPGA; art. 4, 28, 28a, 29 al. 1 LAI); d'autre part compter trois années entières de cotisations (art. 36 al. 1 LAI). En l'espèce, le recourant a versé des cotisations à l'AVS/AI pendant plus de trois ans au total et remplit donc la condition de la durée minimale de cotisations (doc 1 p. 4-5).

4.

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, qui peut résulter d'une infirmité congénitale, d'une maladie ou d'un accident (art. 8 LPGA et 4 al. 1 LAI). Selon l'art. 7 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. Aux termes de l'art. 28 al. 2 LAI l'assuré a droit à un quart de rente s'il est invalide à 40% au moins, à une demi-rente s'il est invalide à 50% au moins, à trois quarts de rente s'il est invalide à 60% au moins et à une rente entière s'il est invalide à 70% au moins. Conformément à l'art. 28 al. 1 LAI, le droit à une rente naît dès que l'assuré ne peut rétablir, maintenir ou améliorer sa capacité de gain ou sa capacité d'accomplir ses travaux habituels au moyen de mesures de réadaptation raisonnablement exigibles (lettre a), présente une incapacité de travail de 40% au moins pendant une année sans interruption notable (lettre b) et, au terme de cette année, est invalide (lettre c).

5.

Le taux d'invalidité d'une personne exerçant une activité lucrative est fixé d'après la comparaison des revenus prévue par l'art. 16 LPGA, c'est-à-dire essentiellement selon des considérations économiques. Ainsi le revenu que l'assuré aurait pu obtenir s'il n'était pas invalide est comparé avec celui qu'il pourrait obtenir en exerçant l'activité qui peut raisonnablement être exigé de lui après les traitements et les mesures de réadaptation sur un marché du travail équilibré. Aux termes des art. 8 LPGA et 4 al. 1 LAI, l'objet assuré n'est pas l'atteinte à la santé physique, mais les conséquences économiques de celles-ci, à savoir une incapacité de gain probablement permanente ou de longue durée. Ainsi le taux d'invalidité ne se confond pas nécessairement avec le taux d'incapacité fonctionnelle déterminé par le médecin; ce sont les conséquences économiques objectives de l'incapacité fonctionnelle qu'il importe d'évaluer (ATF 110 V 273 consid. 4). Le Tribunal fédéral a néanmoins jugé que les données fournies par les médecins constituent un élément utile pour déterminer quels travaux peuvent encore être exigés de l'assuré (ATF 125 V 256 consid. 4,

ATF 115 V 133 consid. 2, ATF 114 V 310 consid. 3c, ATF 105 V 156 consid. 1; RCC 1991 p. 331 consid. 1c).

6.
Le juge des assurances sociales doit examiner de manière objective tous les moyens de preuve, quelle que soit leur provenance, puis décider si les documents à disposition permettent de porter un jugement valable sur le droit litigieux. Avant de conférer pleine valeur probante à un rapport médical, il s'assurera que les points litigieux 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 de l'expert sont dûment motivées (ATF 125 V 352 consid. 3a et les références).

7.
Selon le principe inquisitoire qui régit la procédure dans le domaine des assurances sociales (art. 43 al. 1 et 61 let. c LPGA), l'administration et, en procédure de recours, le juge constatent les faits d'office, avec la collaboration des parties et administrent les preuves nécessaires (cf. ATF 125 V 193 consid. 2 p. 195). En particulier, une expertise sera mise en œuvre lorsqu'il apparaît nécessaire de clarifier les aspects médicaux du cas (ATF 117 V 282). La portée du principe inquisitoire est cependant restreinte par le devoir des parties de collaborer à l'instruction de l'affaire. Celui-ci comprend en particulier l'obligation de ces dernières d'apporter, dans la mesure où cela peut être raisonnablement exigé d'elles, les preuves commandées par la nature du litige et des faits invoqués, faute de quoi elles risquent de devoir supporter les conséquences de l'absence de preuves (ATF 122 V 157 consid. 1a; arrêts du Tribunal fédéral 9C_106/2011 du 14 octobre 2011 consid. 3.3; 8C_668/2012 du 26 février 2013 consid. 6.2 in fine).

8.

8.1 En l'espèce, il ressort du dossier que ─ hormis un syndrome d'apnée du sommeil léger (cf. rapport du 7 juin 2011 [doc 14]) ─ l'assuré se trouvait en bonne santé jusqu'au 19 juillet 2011, date à laquelle il s'est réveillé avec une sensation inconstante de picotement de la lèvre supérieure gauche et des difficultés pour parler. Pour cette raison, il s'est rendu le jour même aux urgences où les médecins consultés constatent qu'il a fait l'objet d'un ictus ischémique avec infarctus dans le territoire de l'artère cé-

rébrale médiane gauche. Ils décident de l'hospitaliser pour examens et observation jusqu'au 23 juillet 2011 (rapport neurologique du 22 juillet 2011 et un rapport d'hospitalisation du 23 juillet 2011, tous deux établis au Centre B._____ [doc 2 et 3]). L'évolution de l'atteinte est décrite comme stable avec persistance de difficultés dans l'émission du langage à la sortie de l'hôpital et prescription d'une médication pour parer à toute récidive de l'atteinte (AAS 100 Mg; Atorvastatina 80 et Enalapril 5).

8.2 Par la suite, l'intéressé se rendra à plusieurs reprises en consultation médicale. La documentation recueillie par l'OAIE jusqu'au prononcé de la décision entreprise est la suivante.

8.2.1 Dans un rapport médical du 27 octobre 2011 (doc 5 p. 1-2), la Dresse C._____ mentionne que l'assuré se présente aux urgences en se plaignant d'être de mauvaise humeur et d'avoir mal dans tout le corps. Elle conclut que le patient souffre des séquelles de l'ictus ischémique et d'un syndrome dépressif réactif. Elle signale qu'elle complète la médication prescrite avec Xeristar 60.

8.2.2 Dans un rapport neurologique du 30 octobre 2011 (doc 1 p. 1-3), la Dresse G._____ relève que l'assuré s'est présenté aux urgences pour diminution transitoire du niveau de conscience (''disminuciòn transitoria de nivel de consciencia''). Elle pose le diagnostic différentiel entre crise d'épilepsie et épisode syncopal prolongé en relation avec une labilité des valeurs tensionnelles et une manifestation de caractère compulsif.

8.2.3 Dans un rapport neurologique du 12 décembre 2011 (doc 5 p.1), le Dr H._____ mentionne que l'assuré s'est à nouveau rendu aux urgences pour diminution transitoire du niveau de conscience.

8.2.4 La Dresse C._____ , dans un nouveau rapport du 26 janvier 2012 (doc 5 p. 2), relève que l'assuré se plaint de douleurs généralisées, notamment aux épaules et chevilles, qu'il présente des difficultés pour s'habiller et qu'il souffre d'insomnie.

8.2.5 Dans un rapport succinct du 28 janvier 2012 (doc 5 p. 3), il est mentionné que l'assuré se plaint d'une perte de force et de douleurs au membre supérieur droit, plus accentuées au niveau du coude et de la cheville gauche.

8.2.6 Dans un rapport rhumatologique du 14 février 2012 (doc 4), la Dresse D._____ pose les diagnostics de tendinopathie de la manchette

des rotateurs, calcifiante à droite, et de gonalgie suggérant la présence d'une gonarthrose.

8.2.7 La Dresse E._____, dans un rapport E 213 du 14 mars 2012, relève que la patiente se plaint de maux de têtes fréquents, de douleurs aux genoux, chevilles et épaules de caractère mécanique et d'une fatigue lorsqu'il doit parler longtemps (doc 6 p. 2 n° 3.2). Retenant les diagnostics d'ictus ischémique en date du 19 juillet 2011, d'infarctus en territoire de l'artère cérébrale médiane gauche et de tendinopathie de la manchette des rotateurs, calcifiante à droite, elle est d'avis que l'assuré ne présente pas d'incapacité de travail dans son activité habituelle ou dans tout autre travail de substitution (doc 6 p. 10 n° 11.4-11.6).

8.2.8 Dans une prise de position du 29 juin 2012 (doc 21), le Dr F._____, du service médical de l'OAIE, se rallie à l'appréciation de la Dresse E._____.

8.3 L'OAIE s'est fondé avant tout sur les avis précités des Drs E._____ et F._____ pour rejeter la demande de prestations. L'assuré conteste cette appréciation en mettant en avant ses affections.

9.
Cela étant, sur le vu de la documentation recueillie jusqu'au prononcé de l'acte entrepris, le Tribunal de céans ne peut que se rallier aux conclusions de l'autorité inférieure.

9.1 En premier lieu, il appert que l'assuré a été examiné par la Dresse E._____ en date du 5 mars 2012 (rapport E 213 du 14 mars 2012 [doc 6 p. 2 n° 2.1]). Cette praticienne, qui disposait d'imageries médicales et de différents rapports de spécialistes en neurologie et rhumatologie (doc 6 p. 6-7 et p. 13), a procédé à un examen clinique détaillé de l'intéressé en pleine connaissance de l'anamnèse et des plaintes émises par celui-ci. Ces conclusions quant à la capacité de travail de l'assuré (100% dans l'activité habituelle et dans tout autre travail de substitution) se fondent sur des constats médicaux circonstanciés et sont d'autant plus convaincants qu'aucun médecin n'a émis un avis contraire jusqu'à ce jour. Bien plutôt, dans sa prise de position du 29 juin 2012 (doc 21), le Dr F._____ se rallie expressément à l'appréciation de sa consoeur espagnole. Il convient donc de reconnaître pleine valeur probante au rapport médical E 213 du 14 mars 2012.

9.2 Par ailleurs, force est de constater que les atteintes mises en évidence dans la documentation médicale récoltée ne permettent pas de conclure que l'assuré avait droit à des prestations AI lors du prononcé de l'acte entrepris.

9.2.1 En ce qui concerne l'ictus ischémique intervenu le 19 juillet 2011, les rapports médicaux des 22 et 23 juillet 2011 (doc 2 et 3) retiennent expressément que cette atteinte n'a pas eu pour conséquence une perte de force aux extrémités. Le rapport E 213 du 14 mars 2012 confirme l'absence de tout défit neurologique chez l'assuré en soulignant que celui-ci a gardé sa dextérité dans les deux mains. Par ailleurs, la marche est décrite comme étant normale et indépendante (doc 6 p. 5). Il y a donc lieu de conclure que la seule séquelle encore perceptible consiste en une dysphasie motrice, décrite comme subtile respectivement minime (doc 1 p. 2; doc 6 p. 8 n° 8 et p. 9 n° 10.3). On ne saurait donc retenir que le statut après ictus ischémique engendre une quelconque incapacité de travail dans la profession de nettoyeur ou autre travail adapté.

9.2.2 Il en va de même des "diminutions transitoires du niveau de conscience" qui ont été rapportées à deux reprises (rapports des 30 octobre et 12 décembre 2011 [doc 1 et doc 5 p. 1]), des céphalées dont se plaint l'assuré ainsi que de la tendinopathie de la manchette des rotateurs et de la gonalgies mises en évidence dans le rapport rhumatologique du 14 février 2012 (doc 4). En effet, les Drs E._____ et F._____ retiennent que ces atteintes ne revêtent pas un caractère incapacitant durable. Or, aucune pièce médicale ne permet de remettre valablement en cause cette évaluation (cf. aussi consid. 9.3 ci-après). En particulier, on relève que selon l'examen clinique effectué par la Dresse E._____ l'assuré ne présente pas de limitation fonctionnelle de l'appareil locomoteur (doc 6 p. 5 n° 4.8). Finalement pour ce qui est des douleurs dans tout le corps (rapport du 27 octobre 2011 [doc 5 p. 1]) ainsi que des pertes de force et des douleurs à la cheville ou au coude (rapport du 28 janvier 2012 [doc 5 p. 3]), ces manifestations ne peuvent être expliquées par un substrat médical suffisant, de sorte qu'une incapacité de travail à ce titre ne saurait être retenue.

9.2.3 Au niveau psychique, on observe que le corps médical a certes fait part d'un syndrome anxio-dépressif réactionnel chez l'assuré (rapports des 27 octobre 2011 [doc 5 p. 1] et 30 octobre 2011 [doc 1], raison pour laquelle une médication y afférente a été prescrite. Le traitement est manifestement efficace, puisque l'assuré, dans un rapport du 26 janvier 2012 (doc 5 p. 2), est décrit comme étant exempte de trouble de l'humeur. Par

ailleurs, dans le rapport E 213 du 14 mars 2013, la Dresse E._____ constate l'absence de psychopathologies aiguës et incapacitantes chez l'intéressé en soulignant que celui-ci ne présente pas de déficits cognitifs ou d'altérations de la mémoire ou de la pensée (doc 6 p. 3 n° 4.1). Rien n'incite donc à retenir une incapacité de travail sur le plan psychiatrique, étant au surplus précisé que le recourant lui-même ne se prévaut pas d'une telle atteinte dans ses différents mémoires.

9.3 Finalement on note qu'en procédure de recours, le recourant a produit un rapport rhumatologique du 29 mai 2012 (pce TAF 1 p. 13) qui n'avait jusqu'alors pas été versé au dossier. Dans ce document, la Dresse D._____ pose les diagnostics de tendinite calcifiante bilatérale avec douleur lors d'abduction des deux épaule au-delà de 90° ainsi qu'en rotation externe et de gonalgie mécanique suggestive d'une gonarthrose débutante. Il appert donc qu'en mai 2012 la tendinopathie de la manchette des rotateurs présentait des nodules de calcification non seulement à droite comme cela avait été observé dans le rapport antérieur du 14 février 2012 (doc 4 faisant part d'une tendinopathie de la manchette des rotateurs, calcifiante du côté droit) mais également à gauche. Ce moyen de preuve succinct n'est toutefois pas de nature à remettre en cause a posteriori les avis des Drs E._____ et F._____. En effet, on relève que la tendinopathie de manchette des rotateurs était déjà connue lors de l'examen effectué en mars 2012 par le médecin de l'INSS. Par ailleurs, dans une prise de position du 29 juin 2012 (pce 21), le Dr F._____ avait souligné que cette affection pouvait généralement être traitée de manière favorable. Or, l'assuré ─ qui a renoncé a déposer ses objections à la suite du projet de décision du 5 juillet 2012 et qui, par ordonnance du 26 février 2013 (pce TAF 7), a reçu la prise de position du Dr F._____ pour connaissance et a été invité à répliquer avec production des moyens de preuve idoines ─ n'a versé à la cause aucune pièce médicale actuelle démontrant que, contre toute attente, la médication prescrite pour l'atteinte à l'épaule n'avait pas suffi à venir à bout des douleurs rapportées et que le corps médical envisageait de procéder à des traitements médicaux plus lourds tels que des injections ou une arthroscopie. Or, on pouvait s'attendre que le recourant produise de tels document en cas de détérioration significative de son état de santé (sur le principe inquisitoire et ses limites cf. supra consid. 7). Dans ces circonstances, le Tribunal de céans ne voit pas de motifs suffisants pour remettre en cause les avis concordants des Drs E._____ et F._____. Au surplus, on relèvera que, quoiqu'il en soit, le rapport précité du 29 mai 2012 ─ qui, comme on l'a vu, n'était pas connu de l'administration lorsqu'elle a rendu la décision attaquée ─ pourrait tout au plus permettre de conclure à une atteinte inca-

pacitante à l'épaule depuis fin mai 2012. Or, même dans ce cas de figure tout à fait hypothétique, l'assuré n'aurait pas pu présenter à ce titre une incapacité de travail de 40% au moins pendant une année au moment du prononcé de la décision entreprise (cf. supra consid. 4). Le rapport du 29 mai 2012 ne peut donc de toute façon pas être décisif in casu.

10.
Eu égard à tout ce qui a été dit, il appert que la décision entreprise doit être confirmée et le recours rejeté. Celui-ci devant être considéré comme manifestement infondé, il convient de statuer sur le présent litige dans une procédure à juge unique (art. 69 al. 2 LAI; art. 85bis de la loi fédérale du 20 décembre 1946 sur l'assurance-vieillesse et survivants [LAVS, RS 831.10]).

11.

11.1 Vu l'issue de la cause, les frais de procédure, fixés par le Tribunal de céans à Fr. 400.-, sont mis à la charge du recourant débouté (art. 69 al. 2 LAI et art. 3 let. b du règlement du 21 février 2008 concernant les frais, dépens et indemnités fixés par le Tribunal administratif fédéral [FITAF, RS 173.320.2]). Ce montant est compensé par l'avance de frais du même montant fournie par l'assuré.

11.2 Il n'est pas alloué de dépens (art. 64 al. 1 PA a contrario en relation avec les art. 7 ss FITAF).

Par ces motifs, le Tribunal administratif fédéral prononce :

1.
Le recours est rejeté.

2.
Les frais de procédure, d'un montant de Fr. 400.-, sont mis à la charge du recourant. Ce montant est compensé par l'avance de frais déjà versée de Fr. 400.-.

3.
Il n'est pas alloué de dépens.

4.
Le présent arrêt est adressé :

– au recourant (Recommandé avec avis de réception)

– à l'autorité inférieure (n° de réf. ; Recommandé)
– à l'Office fédéral des assurances sociales (Recommandé).

Le juge unique : Le greffier :

Vito Valenti Yannick Antoniazza-Hafner

Indication des voies de droit :

Le présent arrêt peut être attaqué devant le Tribunal fédéral, Schweizerhofquai 6, 6004 Lucerne, par la voie du recours en matière de droit public, dans les trente jours qui suivent la notification (art. 44 ss, 82 ss, 90 ss et 100 de la loi 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 de la partie recourante (voir art. 42 LTF).

Expédition :