



Cour III
C-2244/2008

{T 0/2}

Arrêt du 22 juillet 2009

Composition

Francesco Parrino (président du collège),
Madeleine Hirsig, Alberto Meuli, juges,
Yann Hofmann, greffier.

Parties

A. _____, _____,
représenté par Maître Michel de Palma,
avenue de Tourbillon 3, case postale 387, 1951 Sion,
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 20 février 2008)

Faits :

A.

Le ressortissant serbe et monténégrin A._____, né le _____, travaille en Suisse de mai 1989 à décembre 1997 en qualité de magasinier pour un grand distributeur (pces 1, 14 ss, 53, 83).

Par décision du 20 janvier 2000, l'Office de l'assurance-invalidité du Canton de Bâle-Campagne lui octroie une demi-rente d'invalidité à compter du 1^{er} décembre 1998, ainsi qu'une rente complémentaire pour les enfants (pce 23). Du point de vue médical, l'instruction de la demande a mis en évidence que l'assuré était atteint d'un syndrome cervico-brachial douloureux avec spondylarthrose, d'un syndrome lombaire douloureux, de tabagisme chronique avec bronchite chronique, d'obésité, ainsi que de troubles somatoformes douloureux (cf. rapport du 19 août 1999 du Zentrum für Medizinische Begutachtung de Bâle, pce 205). Selon les médecins de ce centre, A._____ serait apte à reprendre une activité lucrative légère et adaptée à 50%. La comparaison des revenus avant et après invalidité fait constater une perte de gain de 62,5% (pce 81).

Suite au retour de l'intéressé dans son pays d'origine, le dossier est transmis à l'Office de l'assurance-invalidité pour les assurés résidant à l'étranger (OAIE).

B.

Le mois de septembre 2002, l'OAIE entreprend la révision de la rente d'invalidité (pces 42 s.). A._____ verse alors en cause le certificat du 21 janvier 2003 du Dr Stojanovic qui mentionne une dépression, l'attestation du Dr Petrovic qui a traité à une hospitalisation du 1^{er} au 23 novembre 2001 pour soigner des troubles orthopédiques, deux autres attestations de ce médecin et un rapport d'examen radiologique du 12 octobre 2001. Ces documents ont été soumis au Dr Michoud, du service médical de l'OAIE, qui, dans son avis du 8 mai 2003, expose que l'état de santé de l'assuré est resté stable (pce 224).

Par décision du 12 mai 2003, l'OAIE maintient dès lors le droit de A._____ à une demi-rente d'invalidité (pce 108).

C.

Suite à l'entrée en vigueur de la 4^e révision de la loi sur l'assurance-

invalidité, l'OAIE procède, le 3 février 2004, à une nouvelle révision de la rente (pce 225.1). A._____ transmet à l'Office, entre autres documents déjà versés aux actes, le certificat du 19 juin 2003 de la Dresse Labus, qui l'estime incapable de travailler en raison de hernies des disques L4-L5 et L5-S1, de cervicalgies et d'un trouble anxio-dépressif (pce 226). Le Dr Vonlanthen, de l'OAIE, dans sa prise de position du 11 mai 2004, expose que l'état de santé de A._____ ne s'est pas aggravé (pce 233).

Par décision du 10 juin 2004, confirmée par décision sur opposition du 28 septembre 2004, l'OAIE met A._____ au bénéfice de trois-quarts de rente avec effet au 1^{er} janvier 2004 (pces 70 et 126).

D.

Le 28 octobre 2004, A._____, représenté par Maître Michel De Palma, avocat à Sion, interjette recours à l'encontre de la décision sur opposition du 28 septembre 2004 auprès de la Commission fédérale de recours en matière d'assurance-vieillesse, survivants et invalidité pour les personnes résidant à l'étranger en demandant l'octroi d'une rente entière (ci-après: Commission fédérale de recours) (cf. pce 140).

Par jugement du 19 avril 2006, la Commission fédérale de recours, considérant que la cause n'a pas été instruite à satisfaction de droit, admet partiellement le recours de A._____, annule la décision sur opposition querellée et renvoie la cause à l'OAIE afin qu'il diligente un nouvel examen orthopédique, psychique, neurologique et cardiologique (pce 140).

E.

L'OAIE reprend l'instruction de la cause mais, nonobstant nombre de lettres et rappels, l'organisme de liaison de Belgrade ne transmet pas les documents médicaux sollicités par l'OAIE (pces 144 à 170). A._____ verse cependant en cause (cf. pce 170):

- l'attestation du 6 ou 16 novembre 2006 du Dr Stojanovic, neuropsychiatre, qui diagnostique une polydiscopathie cervicale et lombaire, ainsi qu'une dépression endoréactive. Le médecin estime que la capacité de travail de l'assuré est sérieusement compromise (pce 255);

- le certificat du 30 novembre 2006 du Dr Madzarevic du service cardiovasculaire, qui dénote une angine de poitrine stable, une obésité, une hyperlipoprotéïnémie, un diabète de type II et une hypertension artérielle (pces 253, 266 à 269);
- le rapport médical du 4 décembre 2006 du Dr Krstic, neurologue, qui diagnostique une radiculopathie lombaire et cervicale, ainsi qu'une polydiscopathie (pces 256 ss);
- l'attestation du 22 décembre 2006 du Dr Djordjevic, qui souligne le caractère dépressif de son patient et l'estime ralenti d'un point de vue psychomoteur (pces 263 ss);
- le certificat orthopédique du 28 décembre 2006 du Dr Zivkovic, qui retient une polydiscopathie cervicale et lombaire, une spondylarthrose, une hernie discale L4-L5 et L5-S1, ainsi qu'une dépression endoréactive (pces 260 s., 274);
- les rapports médicaux des 9 et 11 juillet 2007 du Dr Jovanovic, neurochirurgien, qui ne relève aucune pathologie neurologique invalidante (pces 282 s.);
- d'autres documents médicaux en langue serbe (cf. pces 272 à 280).

Dans sa prise de position du 27 août 2007, le Dr Lüthi du service médical de l'OAIE ne retient aucune aggravation significative de l'état de santé de A._____ et estime dès lors que la capacité de travail résiduelle de celui-ci est toujours de 50% (pce 270). L'OAIE reprend ainsi la comparaison de revenus du 2 mars 1999 qui a abouti à une perte de gain de 63% (pce 81 et 173).

Dans son projet de décision du 17 octobre 2007, l'OAIE expose que, sur la base des nouveaux documents médicaux versés au dossier, l'exercice d'une activité lucrative adaptée à l'état de santé de A._____ serait toujours exigible et permettrait de réaliser plus de 30% du gain qui pourrait être obtenu sans invalidité (pce 174).

Dans le cadre de la procédure d'audition, A._____, représenté par son mandataire, reproche à l'administration d'avoir fait fi de la documentation médicale nouvellement produite et demande à être mis au bénéfice d'une rente entière d'invalidité (pce 176).

Dans son avis médical du 26 décembre 2007, le Dr Lüthi du service médical de l'OAIE, confirme ses précédentes prises de position (pce 271).

Au mois de janvier 2008, le rapport du 9 octobre 2007 du Dr Snjezana Labus-Randjelovic, neuropsychiatre, de la commission serbe est encore versé en cause: Une hernie discale L4-L5 et L5-S1, une polydiscopathie et un syndrome anxio-dépressif sont diagnostiqués. Le médecin conclut à une incapacité de travail complète et à une invalidité de 80% (pces 284 s.).

Le 27 janvier 2008, le Dr Lüthi du service médical de l'OAIE réitère derechef ses précédentes conclusions (pce 286).

Par décision du 20 février 2008, l'OAIE reprend sa motivation du projet de décision et maintient, dès lors, le droit aux trois-quarts de rente de l'assuré (pces 182 s.).

F.

Par acte du 7 avril 2008, A._____, par le truchement de son mandataire, interjette recours à l'encontre de la décision du 20 février 2008 auprès du Tribunal administratif fédéral. Le recourant avance pour l'essentiel que l'OAIE a manqué à son devoir d'instruction et que la décision entreprise est dépourvue de motivation. Il conclut ainsi à l'annulation de la décision attaquée (pce 1 TAF).

G.

Interpelé par le Tribunal de céans, l'OAIE, par réponse du 6 juin 2008, propose le rejet du recours et la confirmation de la décision attaquée (pce 3 TAF). Dans sa réplique du 11 juillet 2008, A._____, par Me De Palma, confirme ses conclusions (pce 5 TAF).

Par décision incidente du 18 juillet 2008, le Tribunal administratif fédéral requiert de A._____ le versement d'une avance de frais de Fr. 300.- (pce 6 TAF). Celle-ci est payée le 30 juillet 2008 (pce 8 TAF).

Droit :

1.

Sous réserve des exceptions – non réalisées en l'espèce – prévues à

l'art. 32 LTAF, le Tribunal administratif fédéral, en vertu de l'art. 31 LTAF, connaît des recours contre les décisions au sens de l'art. 5 de la loi fédérale du 20 décembre 1968 sur la procédure administrative (PA, RS 172.021) prises par les autorités mentionnées à l'art. 33 LTAF. En particulier, les décisions rendues par l'OAIE concernant l'assurance-invalidité peuvent être contestées devant le Tribunal administratif fédéral conformément à l'art. 69 al. 1 let. b de la loi fédérale du 19 juin 1959 sur l'assurance-invalidité (LAI, RS 831.20), celui-ci étant dès lors compétent pour connaître de la présente cause.

2.

2.1 En vertu de 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) est applicable. En application de l'art. 1 al. 1 LAI, les dispositions de la LPGA s'appliquent à l'assurance-invalidité (art. 1a à 26^{bis} et 28 à 70), à moins que la LAI ne déroge à la LPGA.

2.2 Le recourant est particulièrement touché par la décision attaquée et a un intérêt digne de protection à ce qu'elle soit annulée ou modifiée (art. 59 LPGA). Il a, partant, qualité pour recourir.

2.3 Dans la mesure où le recours a été introduit dans le délai et la forme prescrits (art. 60 LPGA et 52 PA), l'avance de frais versée dans le délai imparti (cf. pce 8 TAF), il est entré en matière sur le fond du recours.

3.

Le recourant est ressortissant d'une région de l'ex-Yougoslavie. Conformément à l'art. 2 de la Convention du 8 juin 1962 entre la Suisse et la République populaire de Yougoslavie relative aux assurances sociales, qui reste applicable dans toutes les régions de l'ancienne Yougoslavie, les ressortissants suisses et ceux de l'ex-Yougoslavie jouissent, sous réserve des dispositions de la Convention et de son Protocole final, de l'égalité de traitement quant aux droits et obligations résultant des dispositions des législations énumérées à l'article premier (RS 0.831.109.818.1).

4.

S'agissant du droit applicable, il convient de préciser qu'à partir du

1^{er} janvier 2008 (RO 2007 5129; FF 2005 4215) la présente procédure est régie par la teneur de la LAI modifiée par la nouvelle du 6 octobre 2006 (5^{ème} révision), eu égard au principe selon lequel les règles applicables sont celles en vigueur au moment où les faits juridiquement déterminants se sont produits (ATF 130 V 445 consid. 1.2). Par conséquent, le droit à la rente s'examine pour la période s'étendant jusqu'au 31 décembre 2007 à la lumière des anciennes normes et, à partir de ce moment-là, des nouvelles.

5.

5.1 Aux termes de l'art. 8 LPGA, est réputée invalidité l'incapacité de gain totale ou partielle qui est présumée permanente ou de longue durée. L'art. 4 LAI précise que l'invalidité peut résulter d'une infirmité congénitale, d'une maladie ou d'un accident. L'al. 2 de cette disposition mentionne que l'invalidité est réputée survenue dès qu'elle est, par sa nature et sa gravité, propre à ouvrir droit aux prestations entrant en considération.

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. En cas d'incapacité de travail de longue durée, l'activité qui peut être exigée de lui peut aussi relever d'une autre profession ou d'un autre domaine d'activité (art. 6 LPGA). L'incapacité de gain est définie à l'art. 7 LPGA et consiste dans toute diminution de l'ensemble ou d'une partie des possibilités de gain de l'assuré, sur un marché de travail équilibré, 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.

5.2 Un 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%, à trois-quarts de rente s'il est invalide à 60% et à une rente entière s'il est invalide à 70% au moins (art. 28 al. 1 LAI [art. 28 al. 2 LAI dès le 1^{er} janvier 2008]). Les rentes correspondant à un taux d'invalidité inférieur à 50 % ne sont versées qu'aux assurés qui ont leur domicile et leur résidence habituelle (art. 13 LPGA) en Suisse. Cette condition doit également être remplie par les proches pour lesquels une prestation est réclamée (art. 28 al. 1^{er} LAI [art. 29 al. 4 LAI à partir du 1^{er} janvier 2008]).

6.

6.1 Selon l'art. 17 LPGA, qui correspond matériellement à l'ancien art. 41 LAI, si le taux d'invalidité du bénéficiaire de la rente subit une modification notable, la rente est, d'office ou sur demande, révisée pour l'avenir, à savoir augmentée ou réduite en conséquence, ou encore supprimée. Le deuxième alinéa de la même règle prévoit que toute prestation durable accordée en vertu d'une décision entrée en force est, d'office ou sur demande, augmentée ou réduite en conséquence, ou encore supprimée si les circonstances dont dépendait son octroi changent notablement.

Selon la jurisprudence du Tribunal fédéral des assurances, 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 (ATF 130 V 349 consid. 3.5, ATF 113 V 275 consid. 1a; voir également ATF 112 V 372 consid. 2b et 390 consid. 1b). Il n'y a pas matière à révision lorsque les circonstances sont demeurées inchangées et que le motif de la suppression ou de la diminution de la rente réside uniquement dans une nouvelle appréciation du cas (ATF I 755/04 du 25 septembre 2006 consid. 5.1 et réf. cit., ATF 112 V 372 consid. 2b et 390 consid. 1b, RCC 1987 p. 36, SVR 2004 IV n. 5 consid. 3.3.3). Un motif de révision au sens de l'art. 41 LAI (ou de l'actuel art. 17 LPGA) doit clairement ressortir du dossier (par ex. ATF I 559/02 du 31 janvier 2003, consid. 3.2 et réf. cit.; sur les motifs de révision en particulier: URS MÜLLER, *Die materiellen Voraussetzungen der Rentenrevision in der Invalidenversicherung*, thèse Fribourg 2002, p. 133 ss). La réglementation sur la révision ne saurait en effet constituer un fondement juridique à un réexamen sans condition du droit à la rente (RUDOLF RUEDI, *Die Verfügungsanpassung als verfahrensrechtliche Grundfigur namentlich von Invalidenrentenrevisionen*, in: Schaffhauser/Schlauri [Hrsg], *Die Revision von Dauerleistungen in der Sozialversicherung*, Saint-Gall 1999, p. 15).

6.2 L'art. 88a al. 2 du règlement sur l'assurance-invalidité du 17 janvier 1961 (RAI, RS 831.201) prévoit que, si l'incapacité de gain ou l'impotence d'un assuré s'aggrave, il y a lieu de considérer que ce changement accroît, le cas échéant, son droit aux prestations dès qu'il a duré trois mois sans interruption notable. Quant à l'art. 88^{bis} al. 2 let.

b RAI, il dispose que l'augmentation de la rente ou de l'allocation pour impotent prend effet, au plus tôt, dès le mois pour lequel la révision d'office était prévue.

7.

7.1 Pour examiner si dans un cas de révision il y a eu une modification importante du degré d'invalidité au sens de l'art. 17 LPGA, le juge doit prendre généralement en considération l'influence de l'état de santé sur la capacité de gain au moment où fut rendue la décision qui a octroyé ou modifié le droit à la rente, ainsi que l'état de fait existant au moment de la décision attaquée. C'est donc la dernière décision entrée en force, examinant matériellement le droit à la rente, qui constitue le point de départ pour examiner si le degré d'invalidité s'est modifié de manière à influencer le droit aux prestations. La jurisprudence concernant la reconsidération et la révision procédurale demeure réservée (ATF 130 V 71 consid. 3.2.3, ATF 133 V 108 consid. 5.4).

7.2 En l'occurrence, le recourant a bénéficié d'une demi-rente d'invalidité à compter du 1^{er} décembre 1998 et de trois-quarts de rente dès le 1^{er} janvier 2004, ensuite de l'entrée en vigueur de la 4^e révision de la loi sur l'assurance-invalidité. La question de savoir si le degré d'invalidité a subi depuis lors une modification doit être jugée en comparant les faits tels qu'ils se présentaient à l'époque de la décision du 28 septembre 2004, date de la dernière décision entrée en force ayant examiné matériellement le droit à la rente (cf. pce 140), et ceux qui ont existé jusqu'au 4 février 2008, date de la décision litigieuse (pce 182).

8.

8.1 La notion d'invalidité, dont il est question à l'art. 8 LPGA et à l'art. 4 LAI, est de nature juridique/économique et non pas médicale (ATF 116 V 246 consid. 1b). En d'autres termes, l'assurance-invalidité suisse couvre seulement les pertes économiques liées à une atteinte à la santé physique ou psychique – qui peut résulter d'une infirmité congénitale, d'une maladie ou d'un accident – et non la maladie en tant que telle. Pour évaluer le taux d'invalidité, 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 exigée de lui après les traitements et les mesures de réadaptation, sur

un marché du travail équilibré (art. 16 LPGA).

Selon une jurisprudence constante, les données fournies par le médecin constituent néanmoins un élément utile pour apprécier les conséquences de l'atteinte à la santé et pour déterminer quels travaux on peut encore raisonnablement exiger de l'assuré (ATF 115 V 133 consid. 2, ATF 114 V 310 consid. 3c, RCC 1991 p. 329 consid. 1c).

8.2 L'art. 69 RAI prescrit que l'Office AI réunit les pièces nécessaires, en particulier sur l'état de santé du requérant, son activité, sa capacité de travail et son aptitude à être réadapté, ainsi que sur l'indication de mesures déterminées de réadaptation; à cet effet peuvent être exigés ou effectués des rapports ou des renseignements, des expertises ou des enquêtes sur place, il peut être fait appel aux spécialistes de l'aide publique ou privée aux invalides.

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 (ATF 125 V 352 consid. 3a et réf. cit.).

9.

9.1 En l'espèce, en janvier 2000, le droit à la demi-rente a été reconnu au recourant en raison d'un syndrome cervico-brachial douloureux avec spondylarthrose, d'un syndrome lombaire douloureux, de tabagisme chronique avec bronchite chronique, d'obésité, ainsi que de troubles somatoformes douloureux. L'Office a en effet retenu une incapacité de travail de 50% et une perte de gain de 63%. Par décision du 12 mai 2003, au terme d'une première procédure de révision d'office, l'OAIE a confirmé le droit du recourant à cette prestation.

9.2 Lors de la seconde procédure de révision initiée en février 2004, le certificat du 19 juin 2003 de la Dresse Labus, qui estime que le recourant est incapable de travailler en raison d'une hernie du disque L4-L5 et L5-S1, de cervicalgies et d'un trouble anxio-dépressif, a notamment été versé en cause. L'OAIE a, ensuite, octroyé au recourant trois-quarts de rente d'invalidité, en raison de l'entrée en vigueur de la 4^e révision AI. La Commission fédérale de recours a toutefois estimé que le dossier n'avait pas été instruit à satisfaction, a annulé la décision sur opposition litigieuse et renvoyé la cause à

l'Office afin qu'il effectue un nouvel examen orthopédique, psychique, neurologique et cardiologique. Celui-ci n'est jamais parvenu à obtenir les documents médicaux nécessaires de l'organisme de liaison de Belgrade. Le recourant lui-même a toutefois déposé au dossier les rapports des Drs Stojanovic, Madzarevic, Krstic, Djordjevic, Zivkovic et Jovanovic. Se fondant sur ces actes, l'OAIE a estimé que la capacité de travail de l'assuré est restée inchangée et qu'il présente toujours une invalidité de 63%. Au mois de janvier 2008, le rapport du Dr Labus-Randjelovic a encore été produit. L'Office, par décision du 4 février 2008, a confirmé le droit du recourant aux trois-quarts de rente.

Le recourant a, pour sa part, avancé que l'OAIE a manqué à son devoir d'instruction et que la décision entreprise est dépourvue de motivation. Il a ainsi conclu à l'annulation de la décision attaquée.

9.3 En l'espèce, l'autorité inférieure n'a pas obtenu la documentation médicale qu'elle avait sollicitée de l'organisme de liaison en Serbie. Il s'agit dès lors de savoir si les documents fournis par le recourant permettent, comme le soutient l'OAIE, de se forger une opinion d'une vraisemblance suffisante. Or, avant de conférer pleine valeur probante à un rapport médical, l'administration et le juge des assurances sociales s'assureront 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 réf. cit.). L'autorité de céans estime que la documentation médicale déposée au dossier par le recourant après le jugement de la Commission fédérale de recours est extrêmement succincte, qu'elle ne comporte en particulier pas d'anamnèse, que le contexte médical de l'assuré n'y est que peu décrit et que les appréciations médicales fournies des médecins sollicités sont ténues et très peu motivées. Seule l'attestation du 22 décembre 2006 du Dr Djordjevic est plus complète, mais celui-ci a expressément refusé de se déterminer sur la capacité de travail résiduelle de l'assuré (cf. pces 263 ss). Il convient de relever, au demeurant, que certains médecins ont explicitement retenu le diagnostic de hernie discale, contrairement à l'opinion soutenue par le service médical de l'OAIE (cf. pces 260 s., 274, 284 s.). Ce dernier ne

s'est, par ailleurs, déterminé que laconiquement sur le certificat du Dr Labus-Randjelovic, qui a pourtant conclu à une incapacité de travail de 80% du recourant. La documentation médicale sur laquelle s'est fondé l'OAIE est donc non seulement succincte mais aussi contradictoire. Au vu de ce qui précède, force est pour l'autorité de céans de constater qu'en l'état du dossier il ne saurait être valablement statué sur la situation clinique du recourant et l'incapacité de travail qui en découle.

9.4 Le recours doit, partant, être partiellement admis, la décision du 4 février 2008 annulée et la cause renvoyée à l'autorité inférieure pour instruction complémentaire. L'autorité inférieure diligentera, en particulier, une expertise orthopédique, neurologique, cardiologique et psychiatrique, qui pourra, en tant que de besoin, être effectuée en Suisse.

Compte tenu de l'issue du litige, il n'est pas nécessaire d'examiner le grief du recourant concernant la motivation de la décision attaquée, qui, à son avis, serait insuffisante.

10.

10.1 Selon la jurisprudence, la partie qui a formé recours est réputée avoir obtenu gain de cause lorsque la cause est renvoyée à l'administration pour instruction complémentaire et nouvelle décision (ATF 132 V 215 consid. 6.2).

Il n'est donc pas perçu de frais de procédure (art. 63 al. 2 PA, applicable par le truchement de l'art. 37 LTAF) et l'avance de frais versée par le recourant lui est remboursée.

10.2 L'art. 7 al. 1^{er} du règlement du 21 février 2008 concernant les frais, dépens et indemnités fixés par le Tribunal administratif fédéral (FITAF, RS 173.320.2) permet au Tribunal d'allouer à la partie ayant obtenu gain de cause une indemnité pour les frais nécessaires causés par le litige.

La mandataire du recourant conclut, en cas d'admission du recours, à l'allocation d'une indemnité de dépens de Fr. 3'000.- Il ne produit toutefois pas de note d'honoraires. Le Tribunal de céans peut dès lors statuer sur la base de son appréciation.

En l'espèce, eu égard au travail accompli par le mandataire du recourant – qui a principalement consisté dans un recours de 9 pages –, l'autorité de céans alloue à la partie recourante une indemnité de Fr. 2'000.-, à la charge de l'autorité inférieure.

Par ces motifs, le Tribunal administratif fédéral prononce :

1.

Le recours est partiellement admis et la décision du 4 février 2008 annulée. La cause est renvoyée à l'Office de l'assurance-invalidité pour les assurés résidant à l'étranger pour instruction complémentaire au sens du considérant 9.4.

2.

Il n'est pas perçu de frais de procédure. L'avance de frais de Fr. 300.- versée par A. _____ lui est remboursée.

3.

Une indemnité de dépens de Fr. 2'000.- est allouée à la partie recourante à charge de l'Office de l'assurance-invalidité pour les assurés résidant à l'étranger.

4.

Le présent arrêt est adressé :

- au recourant (Acte judiciaire)
- à l'autorité inférieure (n° de réf. _____)
- à l'Office fédéral des assurances sociales

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

Le président du collège :

Le greffier :

Francesco Parrino

Yann Hofmann

Indication des voies de droit :

Pour autant que les conditions au sens des art. 82 ss, 90 ss et 100 de la loi du 17 juin 2005 sur le Tribunal fédéral (LTF, RS 173.110) soient remplies, 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. 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 (voir art. 42 LTF).

Expédition :