



---

Cour III  
C-2557/2010

## **Arrêt du 1<sup>er</sup> mai 2012**

---

Composition

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

---

Parties

A. \_\_\_\_\_,  
représenté par Maître Daniel Meyer, avocat, rue Ferdinand-  
Hodler 7, 1207 Genève,  
recourant,

contre

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

---

Objet

Assurance-invalidité (décision du 11 mars 2010).

**Faits :****A.**

Le ressortissant portugais A.\_\_\_\_\_, né le [...] 1952, travaille en Suisse dès 1977 en tant qu'ouvrier horticole (les trois premières années au noir) puis, à partir de janvier 1990, comme couvreur dans une entreprise de construction (pces 20 p. 3; 83 p. 2). Le 8 juin de la même année, il subit une fracture de la cheville dont le traitement ne parviendra pas à amener les fortes douleurs dont il est victime. Après que deux tentatives de reprise du travail à 50% se soient soldées par un échec (pces 5 p. 1; 10 p. 4 n° 5.6.1), l'office de l'assurance-invalidité du canton de Genève, met l'assuré au bénéfice d'une demi-rente AI dès le 1<sup>er</sup> mai 1992 et d'une rente entière dès le 1<sup>er</sup> novembre 1992 (voire prononcé du 18 novembre 1994 [pces 42] et trois décisions datées du 19 avril 1995 [pces 44 p. 1-5]) pour cause de maladie physique et psychiatrique (cf. notamment expertise psychiatrique du 18 mai 1993 dans laquelle de Dr B.\_\_\_\_\_ retient une incapacité de travail partielle sur la base d'une personnalité compensée, de structure phobique, présentant des éléments sinistrosiques mais frappant surtout par le côté prégénital passif [pce 13 p. 5, 1<sup>er</sup> paragraphe et p. 6 n° 6]; voire aussi expertise psychiatrique datée de juin 1994 [pce 36] respectivement son complément du 30 septembre 1994 [pce 40], dans lesquels le Dr C.\_\_\_\_\_ ne décèle pas de pathologie psychiatrique mais, vu la situation conflictuelle avec l'épouse, estime nécessaire de reconnaître à l'intéressé une incapacité de travail entière dès août 1992 et cela jusqu'à ce que le travail de politique de soins soit mis en place par ses médecins traitant).

**B.**

Par décision du 28 janvier 1991 (pce 91), confirmée par arrêt de la commission fédérale de recours en matière d'assurance-vieillesse, survivants et invalidité pour les personnes résidant à l'étranger (ci-après: Commission AVS/AI) AI 52087 du 11 septembre 2000 (pce 107) et arrêt du Tribunal fédéral I 634/00 du 2 mai 2001 (pce 112), l'Office de l'assurance-invalidité pour les assurés résidant à l'étranger (ci-après: OAIE), désormais compétent, supprime la rente entière d'invalidité à partir du 1<sup>er</sup> avril 1999 en se basant avant tout sur une expertise pluridisciplinaire du 29 mai 1998 (pce 83) effectuée au COMAI D.\_\_\_\_\_ (diagnostics principaux retenus: syndrome algique posttraumatique à la cheville ne permettant plus à l'assuré d'exercer l'ancienne activité de couvreur mais en revanche toute activité de substitution non lourde et exécutée majoritairement en position assise; trouble de la douleur somatoforme engendrant une incapacité de travail de tout au plus 30% dans un travail adapté).

**C.**

Le 11 mars 2009 (pce 116), l'assuré dépose une nouvelle demande de prestations de l'assurance-invalidité. Après avoir recueilli divers documents médicaux et économiques (rapports des 23 avril 2009 [pce 138], 21 mai 2009 [pce 139 {rapport médical E 213}], 29 août 2009 [pce 140], 14 septembre 2009 [pce 141] et 14 novembre 2009 [pce 144 {prise de position du service médical de l'OAIE}]; questionnaire à l'assuré du 7 octobre 2009 [pce 132]), l'administration, par acte du 20 novembre 2009 (pce 145), informe l'intéressé qu'elle entend rejeter sa demande et lui impartit un délai de 30 jours, dès notification dudit acte, pour déposer ses remarques éventuelles.

**D.**

Le 18 décembre 2009 (pces 146-147), l'assuré, représenté par Maître Daniel Meyer, fait part de sa volonté de contester le projet de décision et requiert à cet égard une prolongation du délai, ce à quoi l'administration donne suite en lui impartissant un nouveau délai jusqu'au 19 février 2010 (pce 149).

Par acte du 19 février 2010 (pce 163), l'assuré manifeste son désaccord quand au projet de décision estimant que son état de santé s'est détérioré tant sur le plan somatique que psychique, ce qui, selon lui, ressortirait clairement de la documentation médicale versée au dossier. Il produit des rapports des 13 mars 2000 (pce 155), 2 septembre 2008 (pce 157), 12 septembre 2008 (pce 158), 22 septembre 2009 (pce 156), 9 février 2010 (pce 154 p. 1) et 10 février 2010 (pce 154 p. 2 s.).

**E.**

Se référant à une nouvelle prise de position de son service médical du 5 mars 2010 (pce 165), l'OAIE rejette la demande de l'assuré par décision du 11 mars 2010 (pce 166).

**F.**

Par acte du 15 avril 2010 (pce TAF 1), l'assuré interjette recours auprès du Tribunal administratif fédéral contre la décision précitée en produisant de la documentation médicale déjà versée au dossier. Sous suite de frais et dépens, il invite principalement le Tribunal de céans à admettre le recours, à annuler la décision attaquée, à dire et constater qu'il a droit à une rente d'invalidité fondée sur un degré d'invalidité de  $\frac{3}{4}$  au moins à compter du 1<sup>er</sup> mars 2009, à ordonner le versement des rentes dues à ce titre, à débouter l'OAIE de toute autre, plus ample ou contraire conclu-

sion; subsidiairement à renvoyer la cause à l'administration pour instruction complémentaire sur le plan rhumatologique et psychiatrique.

### **G.**

Par décision incidente du 29 avril 2010 (pce TAF 2), le Tribunal administratif fédéral invite le recourant à s'acquitter d'une avance sur les frais présumés de procédure de Fr. 300.- jusqu'au 31 mai 2010. La somme requise est versée sur le compte du Tribunal le 26 mai 2010 (pce TAF 3 p. 2).

### **H.**

Par la suite, les parties confirment leur conclusions antérieures au cours de l'échange d'écritures (cf. réponse au recours du 12 octobre 2010 [pce TAF 8]; réplique du 13 décembre 2010 [pce TAF 10]; duplique du 18 janvier 2011 [pce TAF 11]. La duplique précitée est transmise au recourant pour connaissance par ordonnance du 3 février 2011 (pce TAF 12).

## **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 1<sup>er</sup> 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. d<sup>bis</sup> 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 26<sup>bis</sup> 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. 38 al. 4 let. b et 60 LPGA; art. 52 PA), le recours est recevable.

**2.**

Le recourant est citoyen d'un Etat membre de la Communauté européenne. Par conséquent est applicable, en l'espèce, l'Accord sur la libre circulation des personnes du 21 juin 1999, entré en vigueur le 1<sup>er</sup> juin 2002, entre la Confédération suisse, d'une part, et la Communauté européenne et ses Etats membres, d'autre part (ALCP, RS 0.142.112.681), dont l'Annexe II règle la coordination des systèmes de sécurité sociale (art. 80a LAI; concernant les nouveaux règlements de l'Union européenne [CEE] n° 883/2004 et 987/2009, on note que ceux-ci sont entrés en vigueur pour la relation avec la Suisse et les Etats de l'Union européenne depuis le 1<sup>er</sup> avril 2012). Conformément à l'art. 3 al. 1 du Règlement (CEE) N° 1408/71 du Conseil du 14 juin 1971, les personnes qui résident sur le territoire de l'un des Etats membres et auxquelles les dispositions du règlement sont applicables, sont soumises aux obligations et sont admises au bénéfice de la législation de tout Etat membre dans les mêmes conditions que les ressortissants de celui-ci, sous réserve de dispositions particulières contenues dans ledit règlement. Comme avant l'entrée en vigueur de l'ALCP, le degré d'invalidité d'un assuré qui prétend à une rente de l'assurance-invalidité suisse est déterminé exclusivement d'après le droit suisse (art. 40 par. 4 du Règlement 1408/71; ATF 130 V 257 consid. 2.4), étant précisé que la documentation médicale et administrative fournie par les institutions de sécurité sociale d'un autre Etat membre doit être prise en considération (art. 40 du règlement [CEE] n° 474/72).

**3.**

Le droit 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). Etant donné que la nouvelle demande a été déposée par le recourant en mars 2009 (pce 116) et que ce dernier fait valoir une péjoration de son état de santé depuis septembre 2008 (pce TAF 1 p. 8 et 11), le droit à une rente de l'assurance-invalidité doit être examiné en fonction de la LAI, dans sa teneur en vigueur dès le 1<sup>er</sup> janvier 2008 (5<sup>ème</sup> révision

de la LAI). Ne sont en revanche pas applicables les dispositions de la 6<sup>ème</sup> révision de ladite loi en vigueur dès le 1<sup>er</sup> janvier 2012.

#### **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. 1 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. La notion d'invalidité est de nature économique/juridique et non médicale (ATF 116 V 246 consid. 1b).

#### **5.**

D'une manière générale, en présence d'avis médicaux contradictoires, le juge doit apprécier l'ensemble des preuves à disposition et indiquer les motifs pour lesquels il se fonde sur une appréciation plutôt que sur une autre. A cet égard, l'élément décisif pour apprécier la valeur probante d'une pièce médicale n'est en principe ni son origine, ni sa désignation sous la forme d'un rapport ou d'une expertise, mais bel et bien son contenu. Il importe, pour conférer pleine valeur probante à un rapport médical, que les points litigieux importants aient fait l'objet d'une étude circonstanciée, que le rapport se fonde sur des examens complets, qu'il prenne également en considération les plaintes exprimées par la personne examinée, qu'il ait été établi en pleine connaissance de l'anamnèse, que la description du contexte médical et l'appréciation de la situation médicale soient claires et enfin que les conclusions de l'expert soient dûment motivées (ATF 125 V 351 consid. 3a et les références).

#### **6.**

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 des parties 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; arrêt du Tribunal fédéral 9C\_106/2011 du 14 octobre 2011 consid. 3.3). 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; UELI KIESER, ATSG-Kommentar, 2<sup>ème</sup> édition, Zurich 2009, art. 42 n° 19 p. 536; ATF 122 II 469 consid. 4a). Une telle manière de procéder ne viole pas le droit d'être entendu selon l'art. 29 al. 2 Cst (Sozialversicherungsrecht [SVR] 2001 IV n° 10 p. 28; arrêt du Tribunal fédéral 9C\_439/2010 du 27 février 2012 consid. 5.2 et les références citées).

## 7.

Lorsque la rente a été refusée (ou supprimée) parce que le degré d'invalidité était insuffisant, la nouvelle demande au sens de l'art. 87 al. 4 RAI ne peut être examinée que si les conditions prévues à l'alinéa 3 de cette disposition sont remplies (ATF 133 V 263). Ainsi, dans sa nouvelle demande, le recourant doit établir de façon plausible que le taux d'invalidité s'est modifié de manière à influencer ses droits. En cas d'entrée en matière, l'autorité procède de façon analogue à un cas de révision au sens de l'art. 17 LPGA et doit examiner si la modification du degré d'invalidité alléguée s'est effectivement produite depuis la dernière décision déterminante. Si tel n'est pas le cas, elle rejettera le recours. Dans le cas contraire, elle devra encore déterminer si la modification constatée est suffisante pour conclure au droit à une rente d'invalidité et prendre une décision en conséquence. En cas de recours, il incombe au juge de procéder au même examen matériel (ATF 117 V 198 consid. 3a; arrêt du Tribunal fédéral I 490/03 du 25 mars 2004 consid. 3.2).

## 8.

L'objet du litige a trait au point de savoir si le taux d'invalidité du recourant a connu une modification notable depuis la décision de suppression de rente du 28 janvier 1999 et, le cas échéant, au taux d'invalidité à retenir.

**9.**

La décision du 28 janvier 1999 se basait avant tout sur le rapport de synthèse de l'expertise pluridisciplinaire du 29 mai 1998 effectuée au COMAI D.\_\_\_\_\_ (pce 83 comprenant également une expertise partielle orthopédique du 19 mai 1998 [pce 82]). Les experts mandatés posaient les diagnostics principaux (a) de syndrome algique posttraumatique à la cheville sur status après ostéosynthèse d'une fracture type Weber B, sur status après ablation du matériel d'ostéosynthèse et sur limitation fonctionnelle de la flexion dorsale; (b) de douleur somatoforme à couleur dysforico-hypochondriaque avec mécanisme de régression. Ils retenaient également les diagnostics secondaires de dysbalance musculaire de la ceinture pelvienne avec une tension lombaire et une dyslipidémie (pce 83 p. 12). Selon eux, sur le plan orthopédique, l'assuré ne pouvait plus exercer son ancienne profession dans la construction mais était en mesure d'accomplir un travail adapté sédentaire (sans travaux lourds, sans déplacements sur des terrains irréguliers et sans activités avec risques de chute) effectué de façon prépondérante en position assise (pces 82 p. 3; 83 p. 12). En outre, sur le plan psychiatrique, la capacité de travail était évaluée à au moins 70%. Fort de ces conclusions, l'administration avait effectué une comparaison des revenus et conclu que l'assuré présentait un taux d'invalidité de 30% dès le 23 avril 1998 (pce 85). Cette comparaison des revenus avait ensuite été confirmée par les autorités judiciaires (cf. pces 107 p. 10; 112).

**10.**

Dans le cadre de la nouvelle demande déposée par l'assuré en mars 2009, la documentation suivante a notamment été versée au dossier.

**10.1.** Un rapport du 2 septembre 2008, établi suite à la réalisation d'une tomographie axiale calculée par ordinateur, mentionne des troubles dégénératifs de la colonne vertébrale notamment en L4-L5 (pce 157).

**10.2.** Dans un rapport du 12 septembre 2008 (pce 158), la Dresse G.\_\_\_\_\_, médecin de famille (pce 163 p. 2), fait part d'une fracture de la cheville à droite intervenue en 1990 qui provoque toujours des douleurs chez l'assuré, résistantes au traitement, également quant à la mobilisation de l'articulation. Elle relève aussi que le patient souffre de lombalgies à droite qui aggravent le tableau clinique douloureux du membre inférieur droit.

**10.3.** Par ailleurs, le Dr K.\_\_\_\_\_, dans un rapport E 213 du 21 mai 2009 (pce 139), pose les diagnostics de lésions dégénératives moyennes

de la colonne vertébrale et de douleur dans le tibia tarsien à droite et donne un compte-rendu d'un examen personnel effectué sur l'assuré.

**10.4.** Des rapports des 29 août 2009 (pce 140) et 14 septembre 2009 (pce 141) indiquent que l'assuré a été hospitalisé pour cause de douleurs abdominales.

**10.5.** Dans un rapport orthopédique du 22 septembre 2009 (pce 156), le Dr E. \_\_\_\_\_ relève que l'assuré présente un syndrome algodystrophique chronique au membre inférieur droit d'évolution défavorable malgré les traitements en précisant que les imageries médicales mettent en évidence une déformation de la malléole externe. En outre, il indique que le patient se plaint de lombalgies chroniques, mécaniques en relation avec sa pathologie dégénérative lombaire qui ressort de la scanographie effectuée en septembre 2008. Il conclut que la souffrance du patient l'empêche de travailler et a des répercussions également dans sa vie intime (difficultés sur le plan sexuel).

**10.6.** Pour sa part, le Dr F. \_\_\_\_\_, du service médical de l'OAIE, relève, dans une prise de position du 14 novembre 2009 (pce 144), que la nouvelle documentation produite ne fait plus part d'une problématique psychiatrique. Se basant sur les indications fournies dans le rapport médical E 213 du 21 mai 2009, il conclut que l'état de santé s'est plutôt amélioré depuis 1998 de sorte qu'il n'y a plus d'arguments incitant à retenir une incapacité de travail quelconque. Il propose donc de ne pas entrer en matière sur la nouvelle demande.

**10.7.** Suite à l'édition du projet de décision du 20 novembre 2009 indiquant l'intention de l'administration de rejeter la demande de rente (pce 145), le recourant verse notamment à la cause deux prises de position de ses médecins traitant. Ainsi, dans un certificat du 9 février 2010 (pce 154 p. 1), la Dresse G. \_\_\_\_\_ signale que l'assuré souffre d'un syndrome dépressif et suit un traitement à base de Trazodona 100 mg. En outre, le Dr H. \_\_\_\_\_, assistant en médecine générale et familiale, dans un certificat du 10 février 2010 (pce 154 p. 2 ss), pose notamment les diagnostics de syndrome algodystrophique chronique suite à une fracture de la cheville en 1990 à l'évolution défavorable, marquée par d'intenses douleurs, de lombalgies chroniques et récurrentes avec épisodes fréquents de lombosciatalgies qui aggravent de manière prononcée les symptômes douloureux au membre inférieur droit et d'un syndrome dépressif réactionnel à sa situation douloureuse qui s'est péjoré au fil des mois, requérant un traitement médicamenteux à base d'antidépresseurs et incitant à

conseiller au patient de consulter un psychiatre; celui-ci serait actuellement en attente d'une convocation.

**10.8.** Dans une nouvelle prise de position du 5 mars 2010 (pce 165), le Dr F.\_\_\_\_\_ estime que la nouvelle documentation produite ne permet pas d'invalider ses conclusions antérieures.

**11.**

Cela étant, il convient de déterminer si les pièces précitées sont suffisantes pour dénier au recourant un droit à des prestations comme l'a retenu l'autorité inférieure.

**12.**

**12.1.** Sur le plan somatique, l'assuré soutient que, depuis 2008, son état de santé se serait significativement détérioré par rapport à la situation ayant existé en 1999, dès lors que "l'imagerie par résonance magnétique" pratiquée le 2 septembre 2008 relèverait nouvellement une protrusion discale postérieure en L4-L5 ainsi que des hernies intra-articulaires en L4-L5, ce qui causerait en particulier d'importantes lombosciatalgies. Selon lui, ces troubles dégénératifs à la colonne vertébrale — inexistantes auparavant — entraîneraient indéniablement la recrudescence des douleurs algiques au niveau du tibia et engendreraient des limitations fonctionnelles dans les mouvements et gestes quotidiens, a fortiori dans toute activité professionnelle (pce TAF 1 p. 11). Il fonde ces affirmations avant tout sur les rapports des 2 septembre 2008, 12 septembre 2008, 22 septembre 2009 et 10 février 2010 mentionnés ci-dessus (cf. consid. 10). Il mentionne également un rapport orthopédique du 13 mars 2000 (pce 155) qui est toutefois trop ancien pour être déterminant dans la présente affaire.

**12.2.** Le Tribunal de céans prend position comme suit.

**12.2.1.** Tout d'abord, il sied de relever que le recourant se plaignait déjà de lombalgies et de lombosciatalgies lors de la suppression de la rente par décision du 29 janvier 1999 et que ces plaintes avaient pu être en partie objectivées par le corps médical (rapport non daté de la Dresse I.\_\_\_\_\_ [pce 1] établi fin 2007 voire début janvier 2008 [cf. à ce sujet pce 76] faisant part d'une symptomatologie à la colonne vertébrale avec irradiation au membre inférieur droit sur hernies intra-somatiques au niveau supérieur et inférieur en L4 et une compromission radiculaire bilatérale en L5; scanographie du 4 septembre 1996 [pce 48]; rapport du 18

novembre 1996 indiquant des douleurs au niveau de la colonne vertébrale avec paresthésie [pce 65 p. 2]; rapport du 25 novembre 1996 faisant part d'une compromission radiculaire L5 bilatérale en accord avec la symptomatologie présentée [pces 67-68]). Le service médical de l'OAIE avait toutefois dénié que les imageries effectuées au Portugal permettaient de conclure à une hernie discale (cf. prise de position du Dr J.\_\_\_\_\_ du 19 septembre 1997 [pce 71]). Cet avis avait ensuite été confirmé par l'expertise effectuée au COMAI D.\_\_\_\_\_ qui avait réfuté la présence d'une radiculopathie en L5 et estimé que l'atteinte lombaire ne faisait pas obstacle à l'exercice d'un travail adapté (cf. expertise partielle orthopédique du 19 mai 1998 [pce 82 p. 1 s.]; rapport de synthèse du 29 mai 1998 de l'expertise du COMAI [pce 83 p. 4, 2<sup>ème</sup> paragraphe, p. 6 n° C.7, p. 7 n° D.4 et p. 10]). Comme le souligne à juste titre l'autorité inférieure dans son préavis du 12 octobre 2010 (pce TAF 8 p. 2) et en contradiction avec les allégations du recourant, il appert donc que la problématique lombaire en L4-L5 n'est aucunement nouvelle et que des troubles dégénératifs existaient déjà à cet endroit en 1999, sans avoir toutefois des répercussions sur la capacité de travail de l'intéressé pour le moins dans une activité de substitution.

**12.2.2.** Cela étant, la scanographie du 2 septembre 2008 (pce 157) — sur laquelle se base avant tout l'argumentation du recourant — fait notamment part d'une protrusion discale postérieure en L4-L5 et de hernies intraspongieuses sur les plateformes articulaires situées en L4 en haut et en L4-L5 en bas. Il s'agit donc de données très techniques qui, en soi, ne permettent pas de tirer des conclusions quant aux limitations fonctionnelles de l'assuré. Certes, on ne peut exclure que cette pièce mette nouvellement en évidence des éléments dégénératifs qui n'existaient pas encore en janvier 1999. On souligne toutefois que, même si tel était le cas, la simple présence de troubles dégénératifs (supplémentaires) de la colonne vertébrale ne saurait automatiquement conduire à une incapacité de travail notable dans une activité de substitution adaptée telle que décrite dans l'expertise du COMAI du 29 mai 1998. Bien plutôt, cette question se détermine à l'aune des estimations médicales versées au dossier quant à la gravité et aux répercussions de cette affection (cf. arrêt du Tribunal fédéral 9C\_895/2011 du 16 janvier 2012 consid. 3.1.2). Or, dans un rapport du 5 mars 2010 (pce 165), le Dr F.\_\_\_\_\_ relève que la scanographie du 2 septembre 2008 montre des troubles dégénératifs simples au niveau de la colonne lombaire qui ne sont pas susceptibles de causer une radiculopathie et qui ne peuvent justifier d'une incapacité de travail de la part de l'assuré. Cette estimation est corroborée par les données fournies par le Dr K.\_\_\_\_\_ dans le rapport médical E 213 du 21 mai 2009 établi

plus de 8 mois après l'imagerie du 2 septembre 2008 et en tenant compte des plaintes émises par l'intéressé (pce 139 p. 2 n° 3.2). Il est vrai que ce praticien ne prend pas directement position quand à la capacité de travail de l'assuré en ne répondant pas aux questions 8 à 12 du formulaire E 213 y afférentes. Il fait cependant part de lésions dégénératives moyennes de la colonne vertébrale qui est douloureuse à la palpitation et à la percussion (pce 139 p. 3 n° 7), de l'absence de plaintes quant aux membres supérieurs (pce 139 p. 3 n° 4.8.2), de douleurs légères au tibia droit sans limitation. Par ailleurs, au niveau neurologique, il indique des mouvements et une marche sans altération de l'assuré avec réflex normaux et symétriques ainsi que l'absence de troubles neurovégétatifs (pce 139 p. 3 n° 4.10-4.11). A l'instar du Dr F. \_\_\_\_\_ dans ses prises de position des 14 novembre 2009 (pce 144) et 5 mars 2010 (pce 165), il y a donc lieu de conclure que les données fournies par le Dr K. \_\_\_\_\_ — qui a examiné personnellement le recourant et dont il n'y a aucune raison de remettre en question les constats univoques et concluants — sont rassurantes et permettent d'exclure que les troubles dégénératifs de la colonne vertébrale conduisent à une incapacité de travail quelconque pour le moins dans un travail de substitution adapté tel que retenu par décision de suppression de rente en janvier 1999, étant relevé qu'une colonne vertébrale douloureuse à la palpitation avait déjà été observée dans l'expertise du COMAI du 29 mai 1998 (pce 83 p. 6 n° C.7).

**12.2.3.** Par ailleurs, les autres certificats médicaux mis en avant par le recourant — qui sont trop succincts et ne contiennent pas d'éléments objectifs suffisamment probants — ne sont pas de nature à remettre en question l'avis du service médical de l'OAIE et les constatations du Dr K. \_\_\_\_\_. Ainsi, dans un rapport du 12 septembre 2008 (pce 158), la Dresse G. \_\_\_\_\_ se limite à retenir de façon vague et peu étayée un tableau clinique empreint de douleur à la cheville droite et de lombosciatalgies aggravant le syndrome douloureux au membre inférieur droit sans prendre position quant à la capacité de travail de l'assuré. Ensuite, dans un certificat du 22 septembre 2009 (pce 156), le Dr E. \_\_\_\_\_, orthopédiste de l'assuré, se borne à décrire que le patient, outre un syndrome algodystrophique chronique, se plaint de lombalgies récurrentes. En ce qui concerne la capacité de travail du recourant, il reste très prudent dans sa formulation en indiquant que l'assuré se sent incapable de réaliser des activités dans l'agriculture ou la construction civile dont dépend la subsistance de son épouse et de lui-même ("Do trabalho de que se sente impedido de fazer [trabalhos agrícolas e construção civil] depende o seu sustento e da sua esposa") et ne retient à aucun endroit que les troubles dégénératifs au rachis mis en évidence par l'imagerie effectuée en septem-

bre 2008 auraient connu une augmentation significative depuis janvier 1999 respectivement qu'ils auraient en soi des conséquences notables sur la capacité de travail dans une activité adaptée. Finalement, dans un rapport du 10 février 2010 (pce 154 p. 2), le Dr H.\_\_\_\_\_ relève que les lombalgies référées par l'assuré aggravent de façon significative le syndrome douloureux au membre inférieur. Ce faisant, il reste très peu précis, se réfère avant tout aux plaintes subjectives de son patient et ne mentionne aucun élément clinique concret qui inciterait à remettre en question l'avis du Dr. F.\_\_\_\_\_ et les constatations claires faites par le Dr K.\_\_\_\_\_ (cf. à ce sujet arrêts du Tribunal fédéral 9C\_715/2011 du 24 octobre 2011 consid. 5.1; 9C\_208/2011 du 21 novembre 2011 consid. 2.2), d'autant que le Dr H.\_\_\_\_\_ estime que l'aggravation de l'état de santé de l'assuré s'est produite depuis septembre 2008, soit à une date antérieure à l'établissement du rapport médical E 213 du 21 mai 2009. Cela ne saurait par conséquent convaincre, ni même jeter un doute, même minime, quant aux conclusions de l'administration, dès lors que, comme on l'a retenu ci-dessus, les constats mentionnés dans le rapport E 213 précité ne permettent pas de retenir une incapacité de travail notable due au lombalgies.

**12.2.4.** Au demeurant, et quoiqu'en dise le recourant, on ne saurait écarter les prises de position du Dr F.\_\_\_\_\_, de l'OAIE, du simple fait qu'il n'a pas examiné lui-même l'assuré. En effet, d'une part, ce praticien bénéficiait d'une formation spécifique en orthopédie et bénéficiait donc des connaissances requises pour juger de l'atteinte à la colonne vertébrale, ce qui renforce la valeur probante de son estimation. D'autre part, il pouvait se baser sur les constats suffisamment précis de son confrère portugais, le Dr K.\_\_\_\_\_, qui, comme on l'a vu, n'étaient pas valablement remis en cause par les certificats postérieurs mis en avant par le recourant. Il y a donc lieu de retenir que, eu égard aux particularités du cas concret, la documentation médicale versée au dossier était suffisamment claire en rapport avec l'affection lombaire, si bien que le service médical de l'OAIE pouvait valablement juger des conséquences de cette atteinte sans procéder à un examen personnel de ce dernier. On rappellera que l'élément déterminant pour la valeur probante n'est ni l'origine du moyen de preuve ni sa désignation comme rapport ou comme expertise, mais bel et bien son contenu (arrêts du Tribunal fédéral 9C\_355/2011 du 8 novembre 2011 consid. 3; 9C\_440/2011 du 12 mars 2012 consid. 2.2.2; 9C\_323/2009 du 14 juillet 2009 consid. 4.3; 8C\_702/2011 du 8 février 2012 consid. 5.2).

**12.2.5.** Compte tenu de l'ensemble de ces circonstances, le Tribunal de céans peut retenir — au niveau de la vraisemblance prépondérante valable en droit des assurances sociales — que l'éventuelle apparition chez l'assuré de troubles dégénératifs supplémentaires au rachis dès septembre 2008 n'a pas eu de répercussion significative sur sa capacité de travail (pour le moins dans des activités de substitution telles que mentionnées lors de la décision de suppression de rente en janvier 1999) avec influence sur le taux d'invalidité retenu en son temps.

**12.2.6.** Il en va de même de l'atteinte au tibia droit, dès lors que le Dr K.\_\_\_\_\_, dans le rapport E 213 du 21 mai 2009, signale des douleurs légères au tibia et précise expressément que ces symptômes n'entraînent pas de limitations fonctionnelles (pce 139 p. 3 n° 4.8.3). En outre, comme l'a relevé à juste titre le service médical de l'OAIE, le diagnostic d'algodystrophie de la cheville posé notamment par le Dr E.\_\_\_\_\_ dans son rapport orthopédique du 22 septembre 2009 avait été écarté par les experts du COMAI dans l'expertise du 29 mai 1998 (cf., parmi d'autres, pces 2 p. 3 in fine; 13 p. 2; 83 p. 11; 107 p. 9 [arrêt de la Commission AVS/AI du 11 septembre 2000]) sans que l'intéressé respectivement le Dr E.\_\_\_\_\_ ne fasse part d'éléments objectifs qui permettraient de revenir sur cette appréciation. Un changement notable de l'état de santé ne peut donc également pas être retenu à ce titre. Finalement, on précisera que le simple fait qu'une déformation de la malléole suite à l'accident de 1990 soit objectivable sur les imageries médicales comme mentionné dans le rapport orthopédique précité du 22 septembre 2009, ne saurait en soi être déterminant puisque qu'un tel état de fait avait déjà été observé en son temps (cf. notamment rapports des 3 février 1993 [pce 2 p. 1-2], 9 septembre 1994 [pces 34] et 20 janvier 1995 [pce 43]).

### **12.3.**

**12.3.1.** Sur le plan psychique, le recourant fait grief à l'administration de ne pas avoir tenu compte du trouble dépressif; plus encore, d'avoir considéré que ce dernier était amendé, alors que, dans les faits, les pièces médicales consignées au dossier faisaient part d'une symptomatologie dépressive grave accompagnée de gestes auto- et hétéro-agressifs, d'un repli social et d'une vie intime très limitée avec difficultés sur le plan sexuel et attestaient d'une évolution défavorable malgré un traitement médicamenteux à base d'antidépresseurs et l'instauration d'un suivi psychiatrique régulier (pces TAF 1 p. 12, TAF 10 p. 4).

**12.3.2.** Le Tribunal de céans constate toutefois que, jusqu'au 19 février 2010, date à laquelle l'assuré a répondu au projet de décision de l'OAIE, ce dernier n'a produit aucun document médical faisant part d'une quelconque problématique psychiatrique, quand bien même l'administration, par acte du 31 août 2009 (pce 131), avait expressément invité celui-ci à lui fournir toute documentation médicale jugée utile à l'examen du bien-fondé de sa demande. Bien plutôt, les actes au dossier concernant les années 2008 et 2009 ne mentionnent pas de troubles psychiatriques. Ainsi, dans un rapport médical du 12 septembre 2008 (pce 158), la Dresse G.\_\_\_\_\_, médecin de famille de l'assuré (cf. pce 163 p. 2 n° 6), a donné un compte-rendu des affections dont était atteint l'intéressé, en mentionnant uniquement des troubles somatiques. Or, on aurait pu attendre de la part de cette praticienne qu'elle indique la présence d'une affection psychiatrique significative si celle-ci avait déjà été présente à ce moment-là (cf. arrêt du Tribunal fédéral 9C\_46/2011 du 26 avril 2011 consid. 2.3), étant relevé que cette même praticienne a indiqué la présence d'un syndrome dépressif en février 2010. Par ailleurs, le rapport E 213 du 21 mai 2009 atteste d'un état mental et émotionnel normal (pce 139 p. 2 n° 4.1) sans prise d'antidépresseur (pce 139 p. 2 n° 3.3), ce dont le recourant a pris acte dans la réponse au projet de décision du 19 février 2010 (pce 163 p. 2 n° 4) sans en contester le bien-fondé. Au demeurant, ni le rapport postérieur du 29 août 2009 [pce 140 portant sur une hospitalisation du recourant suite à des douleurs abdominales], ni celui du 22 septembre 2009 (pce 156 signé par l'orthopédiste de l'assuré) ne mentionnent une quelconque pathologie psychiatrique. Dans ces circonstances, on ne saurait en aucun cas faire grief au service médical de l'OAIE d'avoir exclu, dans le rapport médical du 21 novembre 2009 (pce 144), que l'état de santé du recourant avait connu une péjoration sur le plan psychiatrique par rapport à la situation ayant existé en janvier 1999, dès lors que les pièces médicales établies jusqu'alors incitaient effectivement à tirer une telle conclusion.

**12.3.3.** Ce n'est que dans un rapport du 9 février 2010 (pce 154 produite par le recourant le 19 février 2010 en réponse au projet de décision du 20 novembre 2009) que la Dresse G.\_\_\_\_\_ a indiqué que l'assuré présentait un tableau clinique correspondant à un syndrome dépressif et qu'un traitement avait été mis en place avec du Trazodona 100 mg. En outre, dans un certificat plus détaillé du 10 février 2010 (pce 154 p. 2), le Dr H.\_\_\_\_\_ indique que le recourant présente un syndrome dépressif réactionnel à ses douleurs. Il précise que le tableau clinique dépressif a augmenté au fil des mois avec altération très marquée de l'humeur comprenant également des épisodes d'auto-agression, et, de façon sporadi-

que, d'hétéro-agression envers son épouse; le recourant a ainsi eu besoin d'un traitement médicamenteux à base d'antidépresseurs avec effet insatisfaisant; pour cette raison, il a été décidé d'envoyer le recourant à un service hospitalier externe de psychiatrie et l'assuré se trouverait actuellement en attente d'un rendez-vous pour consultation. Cette nouvelle documentation appelle les remarques qui suivent.

**12.3.4.** Tout d'abord, le Tribunal administratif fédéral relève que, lors de la procédure ayant conduit à la suppression de la rente, le Dr L. \_\_\_\_\_ avait retenu le diagnostic de dépression prolongée entraînant une incapacité de travail légère à modérée et indiqué que le patient suivait un traitement psychiatrique médicamenteux (rapport psychiatrique du 17 décembre 1996 [pce 69 p. 2]). Dans l'expertise du 29 mai 1998, les experts du COMAI avaient également relevé une symptomatologie dépressive chez un assuré agité, nerveux et, selon les dires de ce dernier, perdant facilement le contrôle lors de disputes avec sa femme avec réactions motrices pas toujours contrôlées et alléguant que si la rente devait être supprimée "tout serait fini" (pce 83 p. 8-9). Ils avaient posé le diagnostic de trouble somatoforme à couleur dysforico-hypochondriaque avec mécanisme de régression provoquant une incapacité de travail de tout au plus 30% (pce 83 p. 10). Dans ce contexte, les diagnostics mentionnés par les Drs G. \_\_\_\_\_ et H. \_\_\_\_\_ en février 2010 et leurs indications cliniques très peu étayées — qui sont notamment vagues quant à la durée effective du traitement pour troubles psychiques (étant précisé que celui-ci ne pouvait avoir été instauré depuis une longue période comme cela a été relevé ci-dessus [cf. consid. 12.3.2]) — ne permettent pas de mettre en évidence un changement notable par rapport à la situation ayant existé en 1999, d'autant que ces praticiens ne sont pas psychiatres, comme cela ressort clairement des indications contenues sur les rapports médicaux y relatifs et des allégations du recourant (cf. pce 163 p. 4, 2<sup>ème</sup> paragraphe) et que, comme cela sera exposé plus précisément ci-après (cf. consid. 12.3.5), ce n'est qu'en février 2010 qu'ils ont jugé utile de confier leur patient à un spécialiste en psychiatrie (cf. arrêts du Tribunal fédéral 8C\_83/2010 du 22 mars 2010 consid. 3.2.3; 9C\_374/2009 du 15 avril 2010 consid. 3.3). On précisera que le simple fait que les médecins traitant (non psychiatres) prescrivent à un assuré des antidépresseurs — en l'occurrence: du Trazodona également utilisé pour le traitement des fibromyalgies (cf. <http://es.wikipedia.org/wiki/Trazodona>) — ne suffit pas pour conclure à une pathologie psychiatrique grave, entraînant à tout le moins une incapacité de travail supérieure à 30% (cf. arrêt du Tribunal fédéral 9C\_221/2011 du 3 février 2012 consid. 2.2; 9C\_604/2011 du 30 septembre 2011 consid. 2.2).

**12.3.5.** Contrairement à ce que voudrait le recourant, il n'y a notamment pas lieu d'attacher une importance déterminante au fait que, selon le Dr H. \_\_\_\_\_ dans son rapport du 10 février 2010 (pce 154 p. 3), le patient présenterait des gestes auto- et hétéro-agressifs (dans un contexte de réaction dépressive à la douleur). En effet, d'une part, il appert qu'un tel comportement de la part de l'assuré avait déjà été relevé en son temps (cf. rapport de réadaptation de l'OAI GE du 7 mars 1994 relevant des idées de meurtre et de suicide chez l'assuré [pce 20]; certificat du 19 mars 1994 dans laquelle la Dresse M. \_\_\_\_\_ indique que, selon le patient, une des solutions à son problème pourrait être une amputation [pce 21]) sans que les psychiatres consultés n'aient toutefois pu objectiver une psychopathologie d'importance ni même émis une quelconque préoccupation sur ce point (cf. complément d'expertise du 13 septembre 1994 signé par le Dr C. \_\_\_\_\_ [pce 40]; voire aussi expertise du 18 mai 1993 établie par le Dr B. \_\_\_\_\_ [pce 13]). Ces précédents incitent donc à une certaine retenue avant de conclure à une péjoration notable de la symptomatologie dépressive, ce d'autant plus que le médecin traitant reste particulièrement vague à cet effet et que le recourant évolue dans le cadre d'une situation psychosociale difficile (conflit avec l'épouse; difficultés financières), ce qui constitue une circonstance étrangère à l'invalidité. D'autre part, ces relevés cliniques doivent également être relativisés du fait que ce n'est qu'en février 2010 (soit un mois avant que la décision entreprise ait été prononcée) que les médecins traitant de l'assuré ont indiqué pour la première fois qu'ils estimaient nécessaire (vu les constats observés) qu'un traitement régulier auprès d'un psychiatre soit mis en place et signalé avoir pris des mesures y afférentes (cf. rapport du 10 février 2010 [pce 154 p. 2]; écriture de l'assuré du 19 février 2010 [pce 163 p. 4, 2<sup>ème</sup> paragraphe]). Cependant, en procédure de recours, l'assuré s'est limité à de simples allégations quant à un suivi psychiatrique sans verser à la cause de la documentation psychiatrique pour étayer ses dires. Or, on voit mal pour quelles raisons il n'aurait pas été en mesure de produire de telles pièces en annexe à son mémoire de recours du 15 avril 2010 (pce TAF 1). En outre, par ordonnance du 12 novembre 2010 (pce TAF 9) — soit plus de 10 mois après que l'assuré, selon les dires du Dr H. \_\_\_\_\_, se soit appliqué à obtenir une première consultation auprès d'un psychiatre —, le Tribunal de céans a expressément demandé au recourant de répliquer en produisant les moyens de preuve jugés utiles. Or, à nouveau, l'assuré a renoncé à produire un rapport psychiatrique, quand bien même on pouvait s'attendre à un tel acte de sa part, vu que ce n'est que peu avant le prononcé de la décision entreprise qu'une prise en charge par un psychiatre avait été jugée nécessaire par ses médecins traitant. Dans ce contexte, on rappellera que le principe inquisitoire, vala-

ble en droit des assurances sociales, n'est pas absolu et est limité par le devoir des parties de collaborer à l'établissement des faits dans la mesure où cela peut être raisonnablement exigé d'elles, faute de quoi elles risquent de supporter les conséquences de l'absence de preuve (cf. arrêts du Tribunal fédéral 9C\_106/2011 du 14 octobre 2011 consid. 3.3). Partant, au vu des particularités du cas concret, on peine à discerner un motif qui inciterait le Tribunal de céans à ne pas appliquer cette jurisprudence en défaveur du recourant (cf. arrêt du Tribunal administratif fédéral C-3080/2009 du 20 juin 2011 consid. 2.1.2).

Quoiqu'il en soit, le fait que des auto- et hétéro-agressions aient été observées par les médecins traitant chez l'assuré ne saurait être déterminant pour l'issue de la cause également pour une autre raison. En effet, il appert que, dans un premier temps, les Drs G.\_\_\_\_\_ et H.\_\_\_\_\_ n'ont manifestement pas considéré que ces constats étaient particulièrement préoccupants, puisque, comme on l'a déjà vu, ce n'est qu'en février 2010 qu'ils ont évoqué la mise sur pied d'un suivi par un spécialiste en psychiatrie (cf. également en ce sens les allégations du recourant dans son mémoire du 19 février 2010 [pce 163 p. 4, 2<sup>ème</sup> paragraphe]). Or, il va de soi que ces praticiens auraient incité leur patient à une telle démarche bien plus tôt (respectivement immédiatement) s'ils avaient estimé que celui-ci représentait effectivement un danger d'une certaine importance pour lui-même ou à l'égard de tiers. Ainsi, même si par hypothèse l'on devait retenir que la symptomatologie psychiatrique a pris une ampleur beaucoup plus prononcée en février 2010, cela ne suffirait pas pour conclure à une modification de l'état de santé suffisamment longue, pendant la période déterminante courant jusqu'au 11 mars 2010, pour avoir des répercussions sur le droit aux prestations. A cet égard, on rappellera que dans les cas de nouvelles demandes comme en l'espèce, le droit de la révision s'applique par analogie (cf. supra consid. 7), ce qui a pour conséquence qu'une modification de l'état de santé du recourant — qui présente déjà une incapacité de travail ininterrompue depuis plusieurs années dans son activité habituelle comme cela ressort du préavis de l'administration du 12 octobre 2010 (pce TAF 8; voire aussi supra consid. 9) — n'est pertinente que si celle-ci a duré au minimum trois mois (art. 88a al. 2 RAI). Or, force est de constater que ce laps de temps n'aurait de toute façon pas été écoulé in casu, vu que seulement un mois avait couru entre l'établissement des certificats des 9 et 10 février 2010 précités et le prononcé de la décision attaquée délimitant le pouvoir d'examen du Tribunal de céans.

**12.4.** Eu égard à tout ce qui a été dit et ce même en prenant en considération l'imbrication des affections somatiques et psychiatriques dans le

cas concret ainsi que la modification de l'état de fait alléguée par le recourant (cf. supra consid. 6; voire aussi arrêt du Tribunal fédéral 8C\_821/2009 du 23 mars 2010 consid. 4.2), le Tribunal de céans peut conclure que la documentation médicale versée au dossier est suffisante pour exclure au niveau de la vraisemblance prépondérante une modification de l'état de santé de l'assuré — à tout le moins d'une durée suffisamment longue dans la période déterminante — qui aurait une influence notable sur le taux d'invalidité retenu en janvier 1999.

### 13.

Vu l'absence d'une modification significative du taux d'invalidité, il n'y a pas lieu de procéder à une nouvelle comparaison des revenus (cf. arrêts du Tribunal fédéral 9C\_94/2010 du 26 mai 2010 consid. 3.2; 8C\_526/2010 du 15 septembre 2010 consid. 4; en rapport avec la jurisprudence concernant l'âge avancé voire arrêt 9C\_50/2010 du 6 août 2010 consid. 5).

### 14.

Compte tenu de l'issue de la cause, les frais de procédure, fixés par le Tribunal de céans à Fr. 300.-, 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. 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. 300.-, sont mis à la charge du recourant. Ce montant est compensé par l'avance de frais déjà fournie de Fr. 300.-.

#### 3.

Il n'est pas alloué de dépens.

#### 4.

Le présent arrêt est adressé :

– au recourant (Acte judiciaire)

- 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 :**

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 :