



---

Cour III  
C-532/2015

## Arrêt du 5 janvier 2018

---

Composition

Madeleine Hirsig-Vouilloz (présidente du collège)  
Christoph Rohrer, Caroline Bissegger, juges  
Audrey Bieler, greffière.

---

Parties

**A.** \_\_\_\_\_, (Espagne)  
représenté par Maître Benjamín Mayo Martínez,  
recourant,

contre

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

---

Objet

Assurance-invalidité, droit à la rente, décision du 6 janvier  
2015.

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

A.\_\_\_\_\_ (ci-après : l'assuré ou l'intéressé), ressortissant espagnol, né le (...) 1957, a cotisé 276 mois à l'assurance-vieillesse, invalidité et survivants (AVS/AI) suisse en travaillant en Suisse entre 1979 et 2005 comme ouvrier en bâtiment (pces 5,12, 52 p. 8 et pces 56 ss).

De retour en Espagne, il travaille brièvement de juillet à septembre 2006 en tant que coffreur avant de cesser toute activité professionnelle en raison de son état de santé (cf. pces 5 et 52 p. 2 ; les questionnaires pour l'employeur des 13 août 2008 et 14 décembre 2011 [pces 18 pp. 6 s. et pce 62] et le questionnaire pour l'employeur du 6 août 2008 [pce 18 pp. 1 à 5]). En Espagne, l'assuré est mis au bénéfice d'une pension d'invalidité dès le mois de février 2008 (pce 44).

**B.**

Par décision du (...) 2009 (pce 40), l'Office AI pour les assurés résidant à l'étranger (ci-après : l'OAIE) rejette la demande de prestations d'invalidité déposée par A.\_\_\_\_\_ le 25 février 2008, au motif d'une perte de gain inférieure à 40% (pce 4), confirmant ainsi son projet de décision du 30 octobre 2008 (pce 29). Contre cette décision, est interjeté auprès du Tribunal administratif fédéral un recours qui est déclaré irrecevable par arrêt C-1100/2009 du 29 juin 2009 en raison du non-paiement de l'avance de frais.

Il est admis que l'intéressé souffre de troubles lombaires, à savoir de lombosciatalgies gauches, d'hernies discales L3-L4 et L4-L5, ainsi que d'un léger prolapsus discal en L1-L2 et d'un rétrécissement de l'espace intervertébral en L5-S1 et L3-L4 (cf. les résultats radiologiques des 3 octobre 2006, 7 février 2007, 20 septembre 2007 et 11 janvier 2008 [pces 22 à 25] et le formulaire E 213 du 14 mars 2008 [pce 6]). Il ressort des pièces médicales au dossier que les activités moyennes à lourdes sont à proscrire, mais que l'assuré peut encore effectuer des activités légères sédentaires à plein temps (cf. à cet égard également les avis des 8 octobre 2008 et 26 novembre 2008 du Dr B.\_\_\_\_\_, médecin généraliste de l'administration [pces 27 et 34]).

L'assuré quant à lui se prévaut d'une incapacité totale de travail notamment en se référant aux résultats d'électromyographie du 12 juin 2008 (pce 31 p. 12), au rapport du 23 juin 2008 de son médecin traitant le Dr C.\_\_\_\_\_ (pce 31 p. 11), aux résultats de radiographies du 6 juin 2008 faisant état d'atteintes dégénératives au niveau de la colonne cervicale (pce 31 p. 7),

ainsi qu'au rapport du Dr D. \_\_\_\_\_ du 3 novembre 2008 (pce 31 pp. 1 à 5).

### **C.**

Le 31 octobre 2011 (pce 51), A. \_\_\_\_\_ dépose une seconde demande de prestations d'invalidité auprès de l'OAIE invoquant une incapacité totale de travail sur la base des documents suivants :

- un rapport médical manuscrit illisible du 3 juin 2011 établi par le Dr E. \_\_\_\_\_ (pce 65) ;
- des résultats d'électromyographie du 19 septembre 2011 établis par la Dresse F. \_\_\_\_\_ faisant état de signes de dénervation chronique en territoire radiculaire en L4 gauche et en L5 des deux côtés, ainsi qu'en C6 à droite et C7-C8 à gauche (pce 66) ;
- des résultats de radiographie du 11 octobre 2011 de la colonne lombaire indiquant une spondylodiscarthrose avec atteinte importante des trois derniers niveaux, des hernies discales en L1-L2, L3-L4, une protrusion disco-ostéophytique diffuse en L4-L5 avec sténose modérée foraminale en L4-L5 et L5-S1 (pce 68) ;
- un rapport médical du 17 octobre 2011 du Dr D. \_\_\_\_\_, spécialiste en traumatologie et en chirurgie orthopédique, dont il ressort que l'assuré ne peut plus exercer son activité professionnelle habituelle ou les activités nécessitant des efforts physiques, la position accroupie et la position debout prolongée en raison de troubles lombaires et cervicaux et de douleurs généralisées au niveau des mains, poignets, hanches, genoux et chevilles (pce 69).

### **D.**

Le Dr G. \_\_\_\_\_, médecin de l'administration espagnole, considère que l'assuré ne peut plus exercer son activité habituelle en raison de troubles lombaires qui lui permettent d'exercer uniquement des activités professionnelles légères sans port de charges et sans nécessité de monter/descendre les escaliers. Selon lui, une activité sédentaire est possible à 100%. Le recourant se plaint d'irradiations dans les membres inférieurs jusqu'au genou (à droite) et jusque dans le pied (à gauche), mais qui ne ressortent pas de l'examen clinique. Les troubles de la colonne cervicale et l'euthymie non traitée ne sont pas considérés comme invalidants (cf. le formulaire E 213 du 9 novembre 2011 [pce 53]).

**E.**

L'OAIE mandate ainsi une expertise neurologique (pces 72 ss) auprès du Dr H. \_\_\_\_\_ lequel rend un rapport le 29 août 2013 (pce 111) comprenant une anamnèse médicale, une description des plaintes de l'assuré, un examen clinique et des résultats d'IRM de la colonne lombaire et cervicale faites sur place. L'expert pose comme diagnostic ayant une répercussion sur la capacité de travail de l'assuré : lombosciatalgies à prédominance gauche chronicisées associées à des discopathies multi-étagées à prédominance lombaire basse, toutefois sans hernies discales objectivables ou élément de contact ou compression radiculaire à l'IRM. Les cervicalgies sans atteinte radiculaire sont décrites comme fluctuantes et non invalidantes.

L'expert précise également en page 5 qu'il existe « un tableau somatoforme bien détectable lors du status chez un patient qui présente des troubles fonctionnels clairs lors de certaines épreuves touchant les membres inférieurs, sans déficit organique détectable, avec accentuation d'une boiterie lors des tests de la marche, du côté gauche ». Selon lui, il existe très vraisemblablement, malgré le déni du patient, un état anxio-dépressif entretenu dans le cadre du syndrome douloureux chronique et de sa situation sociale. Selon le Dr H. \_\_\_\_\_, la limitation fonctionnelle est essentiellement due à la douleur chronicisée subjective et au tableau somatoforme. L'expert relève peu d'éléments objectifs à l'examen clinique et à l'imagerie (absence de contracture lombaire, pas de déficit sensitivomoteur hormis une discrète parésie de l'extenseur commun des orteils gauches). L'atteinte somatoforme n'est pas considérée comme invalidante en raison d'absence de comorbidité psychiatrique.

L'expert conclut à une incapacité de travail de 70% dans l'activité habituelle depuis le mois d'août 2006, mais à une capacité de travail totale dans une activité de substitution ne mettant pas particulièrement sous tension la région rachidienne, lombaire ou cervicale. Cela dit, le médecin précise que, vu le contexte somatoforme associé et la situation sociale de l'assuré, il paraît peu probable qu'il reprenne une activité professionnelle un jour (pce 111 p. 6).

**F.**

Dans un avis du service médical de l'OAIE du 27 octobre 2013 (pce 115), la Dresse I. \_\_\_\_\_, spécialiste en médecine interne et en néphrologie, estime qu'une aggravation de l'état de santé n'est pas objectivée, malgré une augmentation des symptômes ressortant de l'examen clinique. Tout comme le Dr B. \_\_\_\_\_ en 2008, elle retient une capacité de travail dans

des activités sédentaires légères adaptées, telles que des activités dans l'industrie ou dans les domaines de service.

**G.**

Par projet de décision du 5 novembre 2013 (pce 116), l'OAIE propose le rejet de la seconde demande de rente d'invalidité de l'assuré, au motif que celui-ci ne présente pas une perte de gain suffisante pour ouvrir le droit à une rente.

**H.**

Par acte du 18 décembre 2013 (pce 117), l'assuré s'oppose à ce projet de décision. Il maintient ne plus pouvoir effectuer aucune activité professionnelle et verse, outre plusieurs documents médicaux déjà au dossier, les pièces suivantes :

- un rapport neuro-psychiatrique du Dr J. \_\_\_\_\_ du 9 décembre 2013 lequel déclare l'assuré incapable de travailler à 80% en raison d'un trouble anxio-dépressif sévère, pour lequel il est traité par antidépresseurs, associé à un trouble somatoforme douloureux (pce 121) ;
- un rapport médical du Dr D. \_\_\_\_\_ du 13 décembre 2013 reprenant en grande partie ses précédents rapports, mais indiquant que l'assuré ne peut plus exercer aucune activité professionnelle notamment en se référant au rapport psychiatrique du Dr J. \_\_\_\_\_ (pce 122).

**I.**

Dans un avis du 9 février 2014 (pce 124), la Dresse I. \_\_\_\_\_, médecin de l'administration, prend position sur les nouvelles pièces produites en procédure d'audition, dont elle remet en cause la valeur probante. En particulier, les deux rapports ne contiennent selon elle pas d'anamnèse ni d'examen clinique. Elle ajoute que les diagnostics psychiques comme somatiques ne sont pas objectivés à l'exception des troubles de la colonne lombaire et cervicale. Ainsi, le médecin maintient sa précédente prise de position s'agissant de l'exigibilité d'une activité adaptée légère à plein temps pour l'assuré.

**J.**

Le 13 juillet 2014 (pce 126), le Dr K. \_\_\_\_\_ en tant que spécialiste en psychiatrie et médecin de l'administration prend également position. Il estime que le rapport neuro-psychiatrique du 9 décembre 2013 établi par le Dr J. \_\_\_\_\_ est insuffisant et ne présente pas valeur probante. Dès

lors, avant de pouvoir se prononcer, il requiert la production d'un rapport psychiatrique complet d'un médecin spécialiste ou d'un expert.

**K.**

L'assuré produit ainsi un rapport psychiatrique du 2 septembre 2014 établi par le Dr L. \_\_\_\_\_ (pce 131), lequel retient chez l'assuré le diagnostic de trouble de l'adaptation sous la forme d'une réaction anxieuse et dépressive (F 43.2) chronicisée en lien avec ses douleurs. Il apparaît que l'assuré est suivi régulièrement et prend des antidépresseurs, traitements qui ont amené une amélioration partielle.

**L.**

Dans un avis du 22 décembre 2014 (pce 135), le Dr K. \_\_\_\_\_ retient sur la base du rapport psychiatrique du 2 septembre 2014 du Dr L. \_\_\_\_\_ un diagnostic de trouble de l'adaptation sous la forme d'une réaction anxieuse et dépressive (F 43.2). Selon le spécialiste, cela ne conduit pas à une incapacité de travail durable. Cette approche est également suivie par la Dresse I. \_\_\_\_\_ qui confirme ses précédentes conclusions (cf. l'avis du 26 octobre 2014 [pce 133]).

**M.**

En se basant sur les avis de son service médical, l'OAIE rejette la demande de rente d'invalidité de l'assuré par décision du 6 janvier 2015 (pce 136), au motif que celui-ci ne présente pas un degré d'invalidité suffisant pour ouvrir le droit à une rente d'invalidité.

**N.**

Le 21 janvier 2015, A. \_\_\_\_\_ (ci-après : le recourant) interjette recours à l'encontre de cette décision au moyen d'un courrier électronique adressé à l'OAIE, lequel est transmis pour compétence au Tribunal administratif fédéral (ci-après : le TAF ou le Tribunal) par courrier du 22 janvier 2015 (TAF pces 1 et 3). Le recourant s'oppose à la décision de l'OAIE lui déniait le droit à une rente d'invalidité et invoque des troubles de santé (hernie discale avec atteinte radiculaire) l'empêchant d'exercer une activité professionnelle quelconque. Par ailleurs, il demande que soit suspendu le délai de recours dans le but de compléter son mémoire, notamment que lui soit transmis un rapport d'IRM du 26 juillet 2013 avec les images sur DVD, ainsi que les tracés d'électromyogramme s'y rapportant.

**O.**

Invité à régulariser le recours par décision incidente du 4 février 2015 (TAF pce 2), le recourant fait parvenir au Tribunal un exemplaire du recours

signé en original par son représentant, ainsi que la procuration justifiant des pouvoirs de celui-ci (cf. l'acte du 11 février 2015 [TAF pce 4] et également le courrier du 12 février 2015 de l'OAIE transmettant le recours signé en original [TAF pce 3]).

**P.**

Par ordonnance du 24 février 2015 (TAF pce 5), le Tribunal rejette la demande de suspension du délai de recours du recourant et lui octroie exceptionnellement un délai de 20 jours dès réception pour compléter son recours. Par ailleurs, le rapport d'expertise neurologique réalisée le 26 juillet 2013 (cf. en page 4 les résultats d'IRM du 26 juillet 2013 [pce 111]), ainsi qu'une copie des prises de position du service médical de l'OAIE (pces 115, 124, 126 et 135) sont transmis au recourant pour information.

**Q.**

Par acte du 19 mars 2015 (TAF pce 8), le recourant complète son recours. Il maintient avoir droit à une rente d'invalidité et conteste l'avis médical de la Dresse I. \_\_\_\_\_ en tant qu'elle n'est pas spécialisée en traumatologie ou en psychiatrie, qu'elle n'a pas examiné le recourant et qu'elle n'est pas objective. De graves douleurs sont invoquées qui empêchent toute activité professionnelle pour l'intéressé qui présente également un syndrome dépressif chronique.

À cette occasion, sont transmis plusieurs documents médicaux faisant état de troubles lombaires et cervicaux, à savoir :

- des résultats radiologiques du 13 mai 2013 de la colonne lombaire indiquant que le recourant présente des altérations dégénératives avec ostéochondrose intervertébrale en L3-L4, L4-L5 et L5-S1, ainsi qu'une rétrolisthésis dégénérative de degré I avec hernies discales en L3-L4 et L4-L5 ;
- des résultats de radiologie du 16 avril 2014, dont il ressort que le recourant souffre de protrusions disco-ostéophytique au niveau C3-C4 et C6-C7 associées à une arthrose des articulations unco-vertébrales causant une sévère sténose foraminale dégénérative gauche en C3-C4 et C4-C5 ;
- des résultats d'électromyographie établis par la Dresse F. \_\_\_\_\_ du 3 février 2015, lesquels indiquent des signes de dénervation chronique

au niveau de la racine C6 droite, C7-C8 gauche, L4 gauche et en L5 des deux côtés.

**R.**

Dans le cadre de la procédure de recours, l'OAIE mandate son service médical pour examiner les nouvelles pièces médicales. Dans une prise de position du 12 mai 2015, la Dresse I. \_\_\_\_\_, médecin généraliste et néphrologue, relève que les documents produits font état de discopathies dégénératives sans atteinte radiculaire connues depuis longtemps. Elle mentionne que les résultats d'électromyographie du 3 février 2015 sont les mêmes que dans les rapports établis par la Dresse F. \_\_\_\_\_ en 2008 et 2011 déjà au dossier et qu'ils ne font pas état d'atteintes neurologiques radiculaires. En l'absence de déficit fonctionnel établi par un examen clinique, les atteintes visibles à l'imagerie ne permettent pas de retenir une incapacité de travail (TAF pce 10).

Invité à se prononcer par ordonnance du 8 avril 2015 (TAF pce 9), l'OAIE, dans sa réponse du 27 mai 2015 (TAF pce 10), conclut ainsi au rejet du recours et à la confirmation de la décision attaquée.

**S.**

Par décision incidente du 1<sup>er</sup> juin 2015 (TAF pce 11), notifiée le 5 juin 2015 (TAF pce 13), le recourant est invité par le Tribunal à verser une avance sur les frais de procédure de 400 francs dans les 30 jours dès réception et à produire sa réplique dans le même délai. Le recourant verse ledit montant le 24 juin 2015 (TAF pce 12).

**T.**

Par acte du 3 juillet 2015 (TAF pce 14), le recourant réplique qu'il est incapable de travailler en raison de lésions de la colonne cervicale et dorsale avec atteinte neurologique, ainsi qu'en raison d'un syndrome anxio-dépressif dans le cadre d'un syndrome douloureux chronique. Il maintient ses précédentes conclusions.

**U.**

Invité à dupliquer par ordonnance du 28 juillet 2015 (TAF pce 15), l'OAIE répond brièvement par acte du 31 juillet 2015 (TAF pce 16) et réitère ses précédentes conclusions.

**V.**

Par ordonnance du 14 juillet 2016, notifiée le 28 juillet 2016, le Tribunal

porte un double de la duplique à la connaissance du recourant et clôt l'échange d'écriture (TAF pces 17 et 18).

Si besoin, il sera revenu plus en détail sur les faits dans les considérants en droit.

## **Droit :**

### **1.**

**1.1** Sous réserve des exceptions – non réalisées en l'espèce – prévues à l'art. 32 LTAF, le Tribunal, en vertu de l'art. 31 LTAF en relation avec l'art. 33 let. d LTAF et l'art. 69 al. 1 let. b LAI (RS 831.20), 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** Conformément à l'art. 3 let. d<sup>bis</sup> PA, la procédure en matière d'assurances sociales n'est pas régie par la PA dans la mesure où la LPGA (RS 830.1) est applicable. Conformément à l'art. 1 al. 1 LAI, 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** Touché par la décision entreprise, le recourant présente un intérêt digne de protection à son annulation ou sa modification et a qualité pour recourir selon l'art. 59 LPGA. Il a déposé son recours en temps utile et dans les formes requises par la loi (art. 60 LPGA et 52 PA). Pour finir, il s'est acquitté de l'avance de frais requise par le Tribunal dans le délai imparti (TAF pce 12).

**1.4** Ainsi, le recours est recevable et il est entré en matière sur le fond du recours.

### **2.**

Le TAF définit les faits et apprécie les preuves d'office et librement (art. 12 PA). En outre, il applique le droit sans être lié par les motifs invoqués (art. 62 al. 4 PA) ou par l'argumentation juridique développée dans la décision entreprise (PIERRE MOOR/ETIENNE POLTIER, Droit administratif, vol. II, Les actes administratifs, 3<sup>e</sup> éd. 2011, pp. 300 s. ; JÉRÔME CANDRIAN, Introduction à la procédure administrative fédérale, La procédure devant les autorités administratives fédérales et le Tribunal administratif fédéral, 2013, n° 176). Cependant, l'autorité saisie se limite en principe aux griefs soulevés et n'examine les questions de droit non invoquées que dans la mesure où les arguments des parties ou le dossier

l'y incitent (ATF 122 V 157 consid. 1a, 121 V 204 consid. 6c ; MOSER/BEUSCH/KNEUBÜHLER, Prozessieren vor dem Bundesverwaltungsgericht, 2<sup>ème</sup> éd. 2013, p. 25 n. 1.55).

### **3.**

**3.1** S'agissant du droit applicable dans le temps, il convient de rappeler le principe selon lequel les règles applicables sont celles en vigueur au moment où les faits juridiquement déterminants se sont produits (ATF 139 V 297 consid. 2.1, 132 V 215 consid. 3.1.1, 130 V 445 consid. 1.2.1).

**3.2** L'affaire présente un aspect transfrontalier dans la mesure où le requérant est un ressortissant espagnol domicilié en Espagne ayant versé des cotisations sociales en Suisse et en Espagne. La cause doit donc être tranchée non seulement au regard des normes du droit suisse mais également à la lumière des dispositions de 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) et des règlements auxquels il renvoie. L'ALCP et ses règlements sont entrés en vigueur pour la relation entre la Suisse et les Etats de l'Union européenne le 1<sup>er</sup> juin 2002. Dans le cadre de l'ALCP la Suisse est aussi un "Etat membre" au sens des règlements de coordination (art. 1<sup>er</sup> al. 2 de l'Annexe II de l'ALCP).

**3.3** Depuis le 1<sup>er</sup> avril 2012 les parties contractantes appliquent entre elles le règlement (CE) n°883/2004 du Parlement européen et du Conseil du 29 avril 2004 portant sur la coordination des systèmes de sécurité sociale, modifié par le règlement (CE) n°988/2009 du Parlement européen et du Conseil du 16 septembre 2009 (RS 0.831.109.268.1) et le 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 (RS 0.831.109.268.11; art. 1 al. 1 de l'Annexe II de l'ALCP en relation avec sa section A). Selon l'art. 4 du règlement (CE) n°883/2004, les personnes auxquelles ce règlement s'applique (cf. art. 2 du règlement) bénéficient a priori des mêmes prestations et sont soumises aux mêmes obligations, en vertu de la législation de tout Etat membre, que les ressortissants de celui-ci.

**3.4** Dans la mesure où l'accord, en particulier son Annexe II qui régit la coordination des systèmes d'assurances sociales (art. 8 ALCP) ne prévoit pas de disposition contraire, l'organisation de la procédure de même que l'examen des conditions à l'octroi d'une rente d'invalidité suisse

ressortissent au droit interne suisse (ATF 130 V 253 consid. 2.4). Cela étant, la documentation médicale et administrative fournie par les institutions de sécurité sociale d'un autre Etat membre doit être prise en considération (art. 49 al. 2 du règlement n°987/2009).

**3.5** Ainsi, ce sont les dispositions légales suisses qui s'appliquent à la présente cause, à savoir les dispositions de la 6<sup>ème</sup> révision de la LAI (premier volet) en vigueur depuis le 1<sup>er</sup> janvier 2012 (RO 2011 5659, FF 2010 1647).

#### **4.**

En l'espèce, la question litigieuse est le bien-fondé de la décision du 6 janvier 2015 par laquelle l'OAIE a rejeté la seconde demande de rente d'invalidité déposée le 31 octobre 2011 par le recourant, au motif que celui-ci, malgré l'atteinte à sa santé reconnue, présente toujours une capacité de travail suffisante pour exclure le droit à une rente d'invalidité (perte de gain de 27%).

#### **5.**

**5.1** Selon les normes applicables, tout requérant, pour avoir droit à une rente de l'assurance-invalidité suisse, doit remplir cumulativement les conditions suivantes : être invalide au sens de la LPGA et de la LAI (art. 8 LPGA ; art. 4, 28 et 29 al. 1 LAI) et compter au moins trois années de cotisations (art. 36 al. 1 LAI). Il est précisé que les cotisations versées à une assurance sociale assimilée d'un Etat membre de l'Union européenne (UE) ou de l'Association européenne de libre-échange (AELE) peuvent également être prises en considération, à condition qu'une année au moins de cotisations puisse être comptabilisée en Suisse [art. 6 et 45 du règlement n°883/2004]).

Or, en l'espèce, le recourant remplit la condition de la durée minimale de cotisations au moment de l'ouverture éventuelle du droit à la rente (cf. *supra* Faits let. A) et il ne reste qu'à examiner s'il est invalide au sens de la LAI.

**5.2** En application de l'art. 87 al. 2 et 3 du règlement du 17 janvier 1961 sur l'assurance-invalidité (RAI, RS 831.201), lorsque la rente (...) a été refusée parce que le degré d'invalidité était insuffisant, la nouvelle demande de l'assuré ne peut être examinée que si elle établit de façon plausible que l'invalidité s'est modifiée de manière à influencer ses droits. Il appartient au demandeur d'apporter cette preuve. Le principe inquisitoire ne s'applique

pas à la procédure prévue par l'art. 87 al. 3 RAI (ATF 130 V 68 consid. 5.2.5). Cette exigence de preuve doit permettre à l'administration, qui a précédemment rendu une décision de refus de prestations entrée en force, d'écarter sans plus ample examen de nouvelles demandes dans lesquelles l'assuré se borne à répéter les mêmes arguments, sans alléguer une modification des faits déterminants (ATF 130 V 71, consid. 3 ; ATF 125 V 410 consid. 2b, ATF 117 V 198 consid. 4b et les références). Le juge ne doit examiner comment l'administration a tranché la question de l'entrée en matière que lorsque ce point est litigieux, c'est-à-dire uniquement quand l'administration a refusé d'entrer en matière en se fondant sur l'art. 87 al. 3 RAI et que l'assuré a interjeté recours pour ce motif. Ce contrôle par l'autorité judiciaire n'est en revanche pas effectué lorsque l'administration est entrée en matière sur la nouvelle demande (ATF 109 V 262 consid. 3 ; ATF 109 V 114 consid. 2b ; arrêt du TF I 597/05 du 8 janvier 2007).

**5.3** Si l'administration entre en matière sur la demande, elle doit instruire la cause et déterminer si la modification du degré d'invalidité rendue plausible par l'assuré s'est effectivement produite (ATF 130 V 71 consid. 2.2). Dans un tel cas, selon l'art. 87 al. 3 RAI en lien avec son alinéa 2, il convient d'examiner, par analogie avec l'art. 17 al. 1 LPGA relatif à la révision du droit à la rente (ATF 130 V 71 consid. 3.2 ; arrêt du TF 9C-246/2013 du 20 septembre 2013 consid. 2.2), si entre la décision de refus de prestations entrée en force et la décision litigieuse, un changement important des circonstances propre à influencer le degré d'invalidité, et donc le droit à la rente, s'est produit (ATF 133 V 108, ATF 130 V 71).

**5.4** En l'espèce, l'administration est entrée en matière sur la nouvelle demande. Par conséquent, le Tribunal doit examiner, en se référant à la dernière décision entrée en force s'étant prononcée matériellement sur le droit de l'assuré à une rente, si le recourant remplit nouvellement les conditions d'octroi d'une rente au moment du dépôt de sa seconde demande (art. 29 al. 1 LAI, cf. la nouvelle demande déposée le 31 octobre 2011 [pce 51]).

## **6.**

**6.1** L'invalidité au sens de la LPGA et de la LAI est l'incapacité de gain totale ou partielle qui est présumée permanente ou de longue durée, 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. 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).

**6.2** La notion d'invalidité, dont il est question à l'art. 8 LPGA et à l'art. 4 LAI est de nature économique/juridique et non 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 exigé de lui après les traitements et les mesures de réadaptation sur un marché du travail équilibré (art. 16 LPGA ; MICHEL VALTÉRIO, Droit de l'assurance-vieillesse et survivants [AVS] et de l'assurance-invalidité [AI], 2011, pp. 547 ss, n°2060 ss).

**6.3** Selon une jurisprudence constante, bien que l'invalidité soit une notion juridique et économique, les données fournies par les médecins constituent néanmoins un élément utile pour apprécier les conséquences de l'atteinte à la santé et pour déterminer quels travaux peuvent être encore raisonnablement exigés de l'assuré (ATF 115 V 133 consid. 2, 114 V 310 consid. 3c ; RCC 1991 p. 329 consid. 1c).

## 7.

**7.1** Selon l'art. 28 al. 1 LAI, l'assuré a droit à une rente si : (a) sa capacité de gain ou sa capacité d'accomplir ses travaux habituels ne peut pas être rétablie, maintenue ou améliorée par des mesures de réadaptation raisonnablement exigibles (b) il a présenté une incapacité de travail (art. 6 LPGA) d'au moins 40 % en moyenne durant une année sans interruption notable et (c) au terme de cette année, il est invalide (art. 8 LPGA) à 40 % au moins.

**7.2** 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.

**7.3** Le droit à la rente prend naissance au plus tôt à l'échéance d'une période de six 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, mais pas avant le mois qui suit le 18e anniversaire de l'assuré (art. 29 al.1 LAI).

## **8.**

**8.1** Pour pouvoir déterminer la capacité de travail d'un assuré et évaluer son invalidité, l'administration, ou le juge en cas de recours, a besoin de documents que le médecin ou éventuellement d'autres spécialistes doivent lui fournir (ATF 117 V 282 consid. 4a) et sur lesquels elle s'appuiera, sous peine de violer le principe inquisitoire (arrêts du Tribunal fédéral 8C\_623/2012 du 6 décembre 2012 consid. 1 et I 733/06 du 16 juillet 2007 consid. 4.2.1). Le Tribunal fédéral a jugé en effet que les données fournies par les médecins constituent un élément utile pour déterminer quels travaux peuvent encore être exigés de l'assuré, quand bien même la notion d'invalidité est de nature économique/juridique et non médicale (ATF 125 V 256 consid. 4, ATF 115 V 133 consid. 2, ATF 114 V 310 consid. 3c, ATF 105 V 156 consid. 1 ; voir supra consid. 6.3).

**8.2** L'art. 69 RAI prescrit que l'office de l'assurance-invalidité 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.

**8.3** Le juge des assurances sociales doit, pour sa part, 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. 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.

Avant de conférer pleine valeur probante à un rapport médical, le Tribunal s'assurera que les points litigieux importants ont fait l'objet d'une étude circonstanciée. Le rapport doit se fonder sur des examens complets, prendre en considération les plaintes exprimées par la personne examinée et avoir été établi en pleine connaissance de l'anamnèse. Pour finir, la description du contexte médical et l'appréciation de la situation médicale

se doivent d'être claires et les conclusions de l'expert dûment motivées (ATF 125 V 351 consid. 3a et les réf. cit.).

## **9.**

**9.1** Le recourant invoque être incapable d'exercer son activité habituelle de coffreur ou toute autre activité professionnelle même sédentaire en raison de troubles de la colonne cervicale et lombaire, ainsi qu'en raison d'une dépression chronique dans le cadre d'un trouble somatoforme douloureux. Il se réfère notamment au rapport neuro-psychiatrique du Dr J. \_\_\_\_\_ du 9 décembre 2013 (pce 121) et à celui du Dr D. \_\_\_\_\_ du 13 décembre 2013 (pce 122), ainsi qu'au rapport psychiatrique du 2 septembre 2014 établi par le Dr L. \_\_\_\_\_ lequel fait plutôt référence à un trouble de l'adaptation (pce 131).

**9.2** De son côté l'autorité inférieure se réfère à l'expertise neurologique au dossier (pce 111) et aux prises de position de son service médical des 27 octobre 2013, 9 février 2014, 13 juillet 2014, 26 octobre 2014, 22 décembre 2014 et 12 mai 2015 (pces 115, 124, 126, 133 et 135 ; TAF pce 10). Elle considère que le recourant, malgré la reconnaissance de son incapacité de travail à 70% en tant que coffreur, est toujours apte à exercer une activité adaptée légère sédentaire à plein temps au vu de ses limitations fonctionnelles.

## **10.**

**10.1** En l'espèce, les troubles de la colonne lombaire et cervicale visibles à l'imagerie sont avérés. Ceux-ci sont connus depuis 2008 et empêchent le recourant d'exercer son ancienne activité de coffreur ou toute autre activité moyenne à lourde. D'un autre côté, des activités légères sédentaires sont encore considérées comme possibles au moment de la seconde demande de rente d'invalidité par tous les médecins consultés tant par le recourant que par l'administration (cf. le rapport du 17 octobre 2011 du Dr D. \_\_\_\_\_ [pce 69], le formulaire E 213 du 9 novembre 2011 [pce 53] et le rapport d'expertise neurologique du Dr H. \_\_\_\_\_ du 29 août 2013 [pce 111]). Toutefois à partir de la fin de l'année 2014, il ressort des rapports des médecins traitants (cf. les rapports précités *supra* sous consid. 9.1) que le recourant serait en totale incapacité de travail en raison d'un trouble somatoforme douloureux associé à un trouble dépressif/trouble de l'adaptation. Les médecins de l'administration ne suivent pas cette appréciation, remettant en cause la valeur probante des rapports médicaux des Dr J. \_\_\_\_\_ et D. \_\_\_\_\_. En se référant

notamment au rapport psychiatrique du 2 septembre 2014 établi par le Dr L.\_\_\_\_\_, les médecins de l'administration, le Dr I.\_\_\_\_\_ et le Dr K.\_\_\_\_\_, considèrent que ni les troubles lombaires et cervicaux sans atteinte radiculaire, ni le trouble de l'adaptation n'empêchent le recourant d'exercer une activité sédentaire adaptée à ses limitations fonctionnelles et ceci à temps complet. Le trouble somatoforme n'est pas examiné par les médecins de l'administration, sauf pour la Dresse I.\_\_\_\_\_ de mentionner dans son avis du 9 février 2014 (pce 124) que le trouble somatoforme diagnostiqué par le neuro-psychiatre le Dr J.\_\_\_\_\_ ne repose pas sur un examen *lege artis* et est allégué sans aucune base solide.

**10.2** Le Tribunal ne saurait toutefois suivre les médecins de l'administration sur ce dernier point. En effet, si l'on peut effectivement considérer les rapports des Dr J.\_\_\_\_\_ et D.\_\_\_\_\_ comme insuffisants au vu de la jurisprudence précitée sous le consid. 8.3, l'existence d'un trouble somatoforme douloureux a été établie par le Dr H.\_\_\_\_\_, dans le cadre de l'expertise neurologique au dossier. En effet, en page 3, l'expert décrit « un patient assez algique et démonstratif accentuant une boiterie gauche lorsqu'on lui demande de démontrer sa marche, cette boiterie augmentant d'une façon encore plus spectaculaire à l'épreuve du funambule ». Il ajoute qu'il n'existe pas de déficit organique détectable justifiant des limitations fonctionnelles du recourant. Finalement, en page 6 de l'expertise, il écrit : « on doit donc considérer que la limitation est essentiellement due à la douleur chronifiée, ainsi qu'au tableau somatoforme (...) ». Toutefois, une telle atteinte n'a pas été considérée comme invalidante en raison de l'absence de comorbidité psychiatrique (cf. p. 7 de l'expertise).

**10.3** L'expert neurologue s'est prononcé dans le contexte de l'ancienne jurisprudence du Tribunal fédéral qui présumait que les troubles somatoformes douloureux, la fibromyalgie ainsi que d'autres affections psychosomatiques similaires pouvaient être surmontés par un effort de volonté raisonnablement exigible. Ce n'est que dans des cas exceptionnels qu'on reconnaissait une invalidité à ce titre et qu'il était admis qu'un assuré était incapable de fournir cet effort de volonté nécessaire à surmonter sa maladie. L'assuré devait alors présenter une comorbidité psychiatrique importante et/ou remplir quatre autres critères définis, appelés critères de Foerster (ATF 132 V 65 consid. 4, 131 V 49 et 130 V 352 consid. 2.2.3).

**10.4** Par son ATF 141 V 281, le Tribunal fédéral a cependant modifié sa pratique en profondeur. Un point central du changement concerne l'abandon de la présomption du caractère surmontable de la douleur par un effort de volonté raisonnablement exigible (consid. 3.5 de l'arrêt) et la

renonciation à l'exigence de la présence d'une comorbidité psychiatrique et de son rôle prépondérant (consid. 4.1.1 et 4.3.1.1). Dorénavant la capacité de travail exigible des assurés souffrant de troubles somatoformes douloureux doit être évaluée sur la base d'une vision d'ensemble. Est nécessaire une procédure d'établissement des faits structurée et normative, permettant de mettre en lumière des facteurs d'incapacités d'une part et les ressources de la personne assurée d'autre part (consid 3.5 et 3.6 de l'arrêt ; arrêts du Tribunal fédéral 8C\_569/2015 du 17 février 2016 consid. 4.1 et 9C\_615 du 12 janvier 2016 consid. 6.3 et références).

Le Tribunal a décrit les catégories suivantes :

### 1. Catégorie "degré de gravité fonctionnel"

#### 1.1. Complexe "atteinte à la santé"

1.1.1. Expressions des éléments pertinents pour le diagnostic

1.1.2. Succès du traitement ou résistance à cet égard

1.1.3. Succès de la réadaptation ou résistance à cet égard

1.1.4. Comorbidités

1.2. Complexe "personnalité" (diagnostic de la personnalité, ressources personnelles)

1.3. Complexe "contexte social".

### 2. Catégorie "cohérence" (point de vue du comportement)

2.1 Limitation uniforme du niveau des activités dans tous les domaines comparables de la vie

2.2 Poids des souffrances relevé par l'anamnèse établie en vue du traitement et de la réadaptation.

Le Tribunal fédéral a exposé qu'eu égard aux indicateurs retenus, il convient, plus qu'avant, de tenir compte des effets de l'atteinte à la santé sur les aptitudes de la personne concernée à exercer son travail et les tâches de sa vie quotidienne (répercussions fonctionnelles). La phase diagnostique, à la base de l'examen (consid. 2 et 6 de l'arrêt), doit mieux prendre en considération le fait qu'un diagnostic présuppose une certaine gravité de l'affection (consid. 2.1.1 et 4.3.1.1 de l'arrêt ; cf. aussi ATF 141 V 574 consid. 4.2 ; arrêt du Tribunal fédéral 8C\_344/2016 du 23 février 2017 consid. 5.2.1). Le Tribunal fédéral a encore précisé que les indicateurs se rapportant au degré de gravité fonctionnel (cf. catégorie 1 ci-dessus) forment le socle de l'examen du caractère invalidant du trouble somatoforme (ATF 141 V 281 consid. 4.3). Les conséquences tirées de cet examen doivent ensuite être examinées à l'aune des indicateurs se

rapportant à la cohérence (cf. catégorie 2 ci-dessus ; ATF 141 V 281 consid. 4.1.3).

Le Tribunal fédéral a aussi expliqué que le résultat de l'examen doit être ouvert (consid. 3.6 de l'arrêt), qu'il sied de toujours tenir compte des circonstances du cas concret et que ce catalogue d'indicateurs n'a pas la fonction d'une simple check-list. Il a aussi souligné que ce catalogue n'est pas immuable, devant au contraire évoluer avec les connaissances scientifiques (consid. 4.1.1).

Le Tribunal fédéral a considéré que les expertises médicales effectuées selon les anciens standards jurisprudentiels ne perdent pas de fait leur valeur probante. Il sied d'examiner, compte tenu du cas particulier et des griefs soulevés, si les documents versés au dossier permettent une appréciation convaincante selon les nouveaux indicateurs déterminants. Cas échéant, un complément ponctuel peut s'avérer suffisant (ATF 141 V 281 consid. 8; arrêt du Tribunal fédéral 9C\_716/2015 du 30 novembre 2015 consid. 4.1).

Cependant, une expertise psychiatrique est en principe nécessaire quand il s'agit de se prononcer sur l'incapacité de travail que les troubles douloureux somatoformes (CIM-10 F45.4) sont susceptibles d'entraîner (ATF 137 V 54 consid. 4 et 5 et 130 V 352 consid. 2.2.2). Les experts doivent justifier le diagnostic de telle manière que l'administration puisse vérifier que les critères diagnostics ont été observés (ATF 142 V 106 consid. 3.3 ; cf. aussi arrêt du Tribunal fédéral 9C\_634/2015, 9C\_665/2015 du 15 mars 2016 consid. 6.1). En particulier l'exigence d'une douleur persistante, intense et s'accompagnant d'un sentiment de détresse doit être remplie. Le diagnostic de syndrome douloureux persistant suppose l'existence de limitations fonctionnelles dans tous les domaines de la vie (tant professionnelle que privée). Les critères d'exclusion de ce diagnostic doivent en outre être pris en considération par les médecins (ATF 141 V 281 consid. 2).

**10.5** En l'espèce, force est de constater que le rapport d'expertise neurologique du Dr H.\_\_\_\_\_ ne permet pas une appréciation globale et ouverte du trouble somatoforme douloureux dont le recourant souffre en tant qu'il se concentre principalement sur la présence d'une comorbidité psychiatrique. De plus, la gravité du trouble dépressif du recourant n'est pas clairement définie, ni dans quelle mesure il influence la capacité de travail du recourant, pour lui-même ou dans le cadre du syndrome somatoforme douloureux. D'une part, le Dr J.\_\_\_\_\_, neuro-psychiatre,

décrit le recourant comme sévèrement dépressif, d'autre part, le psychiatre L. \_\_\_\_\_, dans un bref rapport du 2 septembre 2014 relève un trouble de l'adaptation anxio-dépressif (F 43.2). Le premier évoque une atteinte somatoforme et déclare le recourant en incapacité totale de travail, alors que le second ne se prononce pas et fait uniquement état de douleurs chroniques et persistantes. En tous les cas, les rapports de ces médecins sont lacunaires et ne présentent pas une valeur probante suffisante au sens de la jurisprudence (cf. *supra* consid. 8.3).

**10.6** Ainsi, il n'est pas possible pour le Tribunal de se prononcer en l'état sur le degré d'invalidité du recourant. Le syndrome somatoforme douloureux et l'état psychique du recourant n'ont pas été suffisamment investigués et les pièces au dossier ne permettent pas d'établir leur existence, leur degré de gravité et leur influence sur la capacité de travail du recourant.

Dans ce contexte, le Tribunal fédéral a précisé que lorsque l'administration devait se prononcer sur la capacité de travail d'un assuré, elle devait appuyer son évaluation sur des rapports médicaux concluants qui permettraient de confirmer que l'appréciation des preuves avait été faite de manière globale et objective. Dans la mesure où de tels documents font défaut ou sont contradictoires, des investigations complémentaires s'avèrent indispensables, faute de quoi il y a lieu de conclure à une violation du principe inquisitoire (arrêts du Tribunal fédéral 8C\_672/2010 du 27 septembre 2010 consid. 1.3 et 9C\_818/2010 du 5 novembre 2010 consid. 2.2 in fine).

## 11.

**11.1** Dans ces circonstances, il se justifie de renvoyer la cause à l'autorité inférieure pour qu'elle procède à des mesures d'instruction complémentaires en application de l'art. 61 al. 1 PA, étant précisé que, dans ce cadre, le recourant pourra bénéficier des garanties de procédures introduites par l'ATF 137 V 210.

**11.2** En application de l'art. 61 al. 1 PA, l'autorité de recours statue elle-même sur l'affaire ou, exceptionnellement, la renvoie avec des instructions impératives à l'autorité inférieure. Selon la jurisprudence, un renvoi à l'administration, lorsqu'il a pour but d'établir l'état de fait, ne viole ni le principe de simplicité de la procédure et de diligence, ni le principe inquisitoire. Le renvoi à l'administration apparaît en général justifié si celle-ci a constaté les faits de façon sommaire, dans l'idée que le tribunal les

éclaircirait comme il convient en cas de recours (arrêt du Tribunal fédéral 9C\_162/2007 du 3 avril 2008 consid. 2.3 et les références citées).

Un renvoi est également justifié lorsqu'il s'agit d'enquêter sur une situation médicale qui n'a pas encore fait l'objet d'un examen, respectivement lorsque l'autorité inférieure n'a nullement instruit une question déterminante pour l'examen du droit aux prestations ou lorsqu'une précision ou un complément d'expertise s'avère nécessaire (cf. ATF 137 V 210 consid. 4.4.1.4 ; arrêt du TF 8C\_633/2014 cité consid. 3.2). Tel est le cas en l'occurrence, le dossier ne contenant pas une expertise médicale neurologique et psychiatrique répondant aux exigences de la jurisprudence sur les troubles somatoformes douloureux.

**11.3** Partant, le recours du 21 janvier 2015 est partiellement admis, la décision attaquée du 6 janvier 2015 annulée et la cause renvoyée à l'autorité inférieure pour complément d'instruction et nouvelle décision. En particulier, l'autorité inférieure veillera à requérir des rapports récents des médecins traitants du recourant et ordonnera à tout le moins une expertise pluridisciplinaire psychiatrique, neurologique et orthopédique en Suisse. Lors de l'examen du syndrome somatoforme douloureux, les experts devront déterminer une éventuelle capacité résiduelle de travail sur la base des indicateurs standards permettant d'évaluer le caractère invalidant des affections psychosomatiques selon la nouvelle jurisprudence du Tribunal fédéral (ATF 141 V 281, consid. 4.3). L'ensemble du dossier devra, par la suite, être soumis au service médical de l'OAIE pour examen. Enfin, une nouvelle décision devra être prise.

## **12.**

**12.1** Vu l'issue de la présente procédure, le recourant ne doit pas participer aux frais de procédure (cf. art. 63 al. 1 PA). En effet, selon la jurisprudence, une partie est considérée comme ayant obtenu entièrement gain de cause lorsque l'affaire est renvoyée - comme en l'espèce - à l'autorité pour des instructions complémentaires et nouvelle décision (ATF 132 V 215 consid. 6). En conséquence, l'avance de frais de 400 francs versée (cf. TAF pce 12), sera restituée au recourant une fois le présent arrêt entré en force.

**12.2** L'art. 64 al. 1 PA et l'art. 7 du règlement concernant les frais, dépens et indemnités fixés par le Tribunal administratif fédéral (FITAF, RS 173.320.2) permettent au Tribunal d'allouer à la partie ayant entièrement ou partiellement obtenu gain de cause une indemnité pour les

frais indispensables et relativement élevés qui lui ont été occasionnés. À défaut d'autres indications, les honoraires du représentant sont fixés sur la base du dossier, soit, selon l'appréciation de l'autorité, en raison de l'importance et de la difficulté du litige, ainsi que d'après le travail et le temps que le représentant a dû y consacrer (art. 10 et 14 al. 2 FITAF).

En l'espèce, le recourant a agi par l'intermédiaire d'un mandataire professionnel n'ayant pas produit de note d'honoraires. Au vue de l'issue de la procédure, le Tribunal lui alloue, à charge de l'autorité inférieure, une indemnité de dépens qu'il est équitable de fixer à 2'800 francs. Il est rappelé que, dans le cas d'une défense privée, la TVA n'est pas due sur des prestations d'avocat fournies à un assuré résidant à l'étranger (art. 9 al. 1 let. c FITAF ; art. 1 al. 2 let. a en relation avec l'art. 8 al. 1 de la loi fédérale du 12 juin 2009 régissant la taxe sur la valeur ajoutée [RS 641.20 ; LTVA] ; cf. également ATF 141 III 560 consid. 2 et 3, 141 IV 344 consid. 4 *a contrario*).

(Le dispositif se trouve à la page suivante).

**Par ces motifs, le Tribunal administratif fédéral prononce :**

**1.**

Le recours est partiellement admis et la décision du 6 janvier 2015 annulée.

**2.**

La cause est renvoyée à l'autorité inférieure pour complément d'instruction au sens des considérants et pour nouvelle décision.

**3.**

Il n'est pas perçu de frais de procédure. L'avance de frais de 400 francs versée par le recourant lui sera restituée dès l'entrée en force du présent arrêt.

**4.**

Il est alloué une indemnité de dépens au recourant d'un montant de 2'800 francs à charge de l'autorité inférieure.

**5.**

Le présent arrêt est adressé :

- au recourant (Recommandé + AR)
- à l'autorité inférieure (n° de réf. [...] ; Recommandé)
- à l'Office fédéral des assurances sociales (Recommandé)

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

La présidente du collège :

La greffière :

Madeleine Hirsig-Vouilloz

Audrey Bieler

**Indication des voies de droit :**

Pour autant que les conditions des articles 82 ss, 90 ss et 100 de la loi fédérale 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 (art. 42 LTF).

Expédition :