



Arrêt du 17 octobre 2012

Composition

Madeleine Hirsig-Vouilloz, juge unique,
Audrey Bieler, greffière.

Parties

A. _____,
représenté par le Comité de protection des travailleurs
frontaliers européens,
recourant,

contre

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

Objet

Assurance-invalidité, décision du 30 août 2011.

Faits :**A.**

A._____, ressortissant français, né le [...] 1952, divorcé, travaille en Suisse et cotise à l'assurance-vieillesse et invalidité suisse (AVS/AI) en tant que maçon de 1982 à 1995. Par la suite, celui-ci oeuvre en France, toujours en tant que maçon, de 1996 au 8 décembre 2008, date à laquelle il cesse totalement son activité professionnelle suite à un accident du travail (OAIE pces 2, 7, 8 12 et 14). L'assuré est au bénéfice d'une pension d'invalidité en France depuis le 1^{er} juillet 2009 en raison d'un état d'invalidité réduisant de 2/3 au moins sa capacité de gain (OAIE pce 3).

B.

Le 17 juillet 2009, A._____ dépose une première demande de rente d'invalidité auprès de l'Office de l'assurance-invalidité pour les assurés résidant à l'étranger (OAIE), transmise le 10 août 2009 par la Caisse primaire d'assurance maladie de X._____ (OAIE pces 4 et 6). Dans le cadre de cette procédure sont notamment versés en cause les documents suivants:

- des résultats de radiographie du 14 décembre 2003 établis par le Dr B._____, dont il ressort que A._____ souffre, au niveau de l'épaule droite, d'ostéoporose diffuse, d'arthrose acromio-claviculaire et, au niveau du genou droit, d'une fracture du coin supéro-externe de la rotule (OAIE pce 19);
- un rapport médical du 13 janvier 2006, établi par le Dr C._____, indiquant des résultats de radiologie de la colonne lombaire, du bassin et des hanches, à savoir une minime bascule pelvienne vers la gauche, associée à une scoliose sinistro-convexe de la charnière dorso-lombaire, des antécédents anciens de traumatisme avec déformation cunéiforme de D12 avec pont ostéophyttaire au niveau de la charnière dorso-lombaire, des discopathies lombaires inférieures étagées en L4/L5 et L5/S1, un petit pincement fémoro-tibial interne droit, ainsi que d'importants remaniements probablement post-traumatiques de la hanche droite, avec prolifération ostéophyttaire au niveau du petit trochanter et lésions dystrophiques inter trochantériennes (OAIE pce 20);
- des résultats de radiographie du 23 janvier 2006, indiquant chez l'assuré un pincement dégénératif débutant du compartiment fémoro-

tibial interne et effilement ostéophytique des épines tibiales (OAIE pce 21);

- des résultats de radiographie du 9 décembre 2008, indiquant une fracture du tiers moyen des 1^{er} et 2^{ème} métatarsiens du pied droit (OAIE pce 22);
- des résultats de radiographie du 6 février 2009, établis par le Dr D._____, faisant état chez l'assuré d'arthrose sous acromiale tout à fait débutante au niveau de l'épaule droite, ainsi que d'arthrose fémoro-patellaire du genou droit, d'arthrose fémoro-tibiale bilatérale minime, d'ossification d'insertion du tendon quadricipital à gauche et d'un aspect épaissi du tendon quadricipital à droite (OAIE pce 23);
- un formulaire E 213 non daté, établi par le Dr E._____ du service médical de la Caisse primaire d'assurance maladie de X._____, dont il ressort que A._____ se plaint de scapulalgies droites, de gonalgies droites, de lombalgies, de douleurs au pied droit et qu'il présente une surdité congénitale appareillée, ainsi que des antécédents traumatiques chargés (fracture fémorale en 1971, un traumatisme crânien en 1990, une fracture de la clavicule et de la rotule droite en 2003, ainsi qu'une fracture des 1^{er} et 2^{ème} métatarsiens du pied droit le 8 décembre 2008). Le médecin, diagnostiquant une polyarthrose (M15) et mentionnant une réelle usure de l'organisme, retient que l'assuré est incapable de travailler dans tout type d'activités, sans toutefois fixer de limitations fonctionnelles spécifiques (OAIE pce 24);
- un questionnaire pour l'employeur du 6 octobre 2009, dont il ressort que l'assuré a travaillé en tant que maçon jusqu'au 8 décembre 2008 35 à 39 heures par semaines pour un salaire mensuel de EUR 1'982.57 en 2008 et qu'il gagnerait en 2009 EUR 2'007.-- par mois (OAIE pce 16);
- un questionnaire à l'assuré du même jour, dont il ressort qu'avant son accident survenu le 8 décembre 2008, il travaillait en tant que maçon 39 heures par semaine et qu'il est suivi par le Dr F._____, qui l'avait déjà traité pour d'anciennes fractures à l'épaule, au genou et au pied en 2003 et 2008 (OAIE pce 17).

C.

Dans une prise de position du 4 novembre 2009, le Service médical

régional Rhône (SMR), reprenant le diagnostic de polyarthrose résultant majoritairement de séquelles traumatiques (M15), notamment des suites d'une fracture des 1^{er} et 2^{ème} métatarsiens droits survenue le 8 décembre 2008, retient une incapacité de travail de l'assuré de 80% dans son activité habituelle de maçon depuis le 18 décembre 2008, mais déclare l'intéressé apte à travailler à temps plein dans des activités adaptées, ne nécessitant pas de port de charges de plus de 10 kg ou de travaux lourds, ni de devoir rester debout, de marcher sur des terrains irréguliers ou d'être exposé à des nuisances diverses. La Dresse G._____ estime que l'assuré est apte à reprendre une activité de substitution légère à moyennement lourde, dès la guérison de sa fracture du pied, dans une position assise et/ou avec changement de positions, par exemple en tant qu'ouvrier non qualifié, concierge, gardien, surveillant, magasinier, livreur, vendeur par correspondance, vendeur, réparateur de petits appareils, caissier, ou dans des activités simples de bureau (OAIE pce 28).

D.

D.a Par projet de décision du 30 novembre 2009, l'OAIE propose, sur la base des observations de son service médical, de rejeter la demande de prestations AI de A._____, âgé alors de 57 ans, au motif qu'il reste apte à travailler à temps plein dans une activité adaptée à son état de santé et qu'il présente une perte de gain de seulement 34% suite à la comparaison des salaires avant et après invalidité, y compris un abattement de 20% (OAIE pces 30 et 31).

D.b Par opposition du 22 décembre 2009, A._____ conteste ce projet de décision, transmettant plusieurs documents et rapports médicaux faisant état d'un accident du travail subi le 30 juin 1994, indiquant que l'intéressé a fait une chute sur le dos en tombant d'une échelle et, ayant subi des contusions de la colonne dorsale, est déclaré incapable de travailler durant une quinzaine de jours (OAIE pces 34, 38 à 46). Par ailleurs, le 21 janvier 2010, A._____ fait parvenir un rapport médical du 14 janvier 2010, établi par le Dr F._____, médecin traitant, qui indique que l'intéressé nécessite une expertise médicale (OAIE pces 47 et 53). Sont encore versés en cause les documents suivants:

- des résultats d'examen du 4 janvier 2010 du Dr H._____, dont il ressort que l'assuré souffre d'hyperacousie bilatérale avec perte d'audition (OAIE pce 50);

- un bilan psychométrique de prévention des accidents du 20 janvier 2010, établi par le Dr I._____, psychologue du travail, dont il ressort que l'assuré souffre de surdité de naissance aggravée par une fracture ouverte de la tête en 1987, ainsi que d'une rigidité du pied gauche suite à un accident du travail; le psychologue fait état chez l'assuré d'émotivité et d'imprudence et estime que les postes à forte contrainte physique, nécessitant de conduire des engins de chantiers et d'être debout, sont à éviter (OAIE pce 51);
- un rapport médical du 21 janvier 2010 du Dr J._____, rhumatologue, dont il ressort que l'assuré souffre de multiples tassements vertébraux en région dorsale, aggravés de phénomènes dégénératifs secondaires, à savoir de discarthrose étagée et d'arthrose articulaire postérieure. Le médecin fait état de douleurs récurrentes et invalidantes dans la région rachidienne et les deux membres inférieurs (prédominance à droite), responsables de boiterie et de difficultés à la marche (OAIE pce 52).

D.c Par décision du 22 février 2010, l'OAIE rejette la première demande de rente de A._____, au motif qu'il ne présente pas un taux d'invalidité suffisant pour ouvrir le droit à une rente et qu'il n'a pas amené d'éléments nouveaux permettant de modifier le projet de décision susmentionné (OAIE pce 36).

D.d Le 24 avril 2010, l'assuré interjette recours auprès du Tribunal administratif fédéral. Cependant, celui-ci est déclaré irrecevable le 19 octobre 2010 en raison de sa tardiveté (OAIE pces 56 à 63; Dossier C-2972/2010). Dans le cadre de cette procédure, le service médical de l'OAIE a pris à nouveau position le 1^{er} août 2010 et estime que les pièces versée en procédure d'opposition et de recours n'amènent pas d'éléments nouveaux et confirment les conclusions de la Dresse G._____, du 4 novembre 2009, à savoir que l'assuré reste apte à travailler dans des activités de substitution légères (OAIE pce 60).

E.

E.a Le 19 mai 2011, A._____ dépose une seconde demande de prestations AI auprès de l'OAIE (OAIE pce 66); sont notamment versés en cause les documents suivants:

- des résultats de scanographie cérébrale du 4 avril 2011, établis par le Dr K._____, indiquant que l'assuré, se plaignant de céphalées

chroniques et d'antécédent de traumatisme crânien pariétal droit, ne présente pas d'anomalie de densité à l'étage sous et sus-tentorial, ni d'œdème ou d'effet de masse (OAIE pce 65);

- un rapport médical du 3 mai 2011 du Dr F._____, requérant que l'assuré soit soumis à une expertise médicale relative à son état psychique et physique (OAIE pce 64);
- la prise de position du SMR du 22 juin 2011, établie par la Dresse G._____, qui renvoie aux précédentes prises de positions de son service et indique que les deux certificats produits par l'assuré n'apportent pas d'éléments nouveaux laissant suspecter une aggravation ou un changement de son état de santé (OAIE pce 68).

E.b Par projet de décision du 29 juin 2011, l'OAIE refuse d'entrer en matière sur la seconde demande de prestations AI de l'assuré, estimant que celui-ci n'a pas rendu plausible une modification de son état de santé permettant d'influencer son taux d'invalidité (OAIE pce 69).

E.c Par opposition du 12 juillet 2011, l'assuré requiert qu'un médecin de l'OAIE l'examine personnellement, afin de juger de son incapacité à exercer une activité professionnelle (OAIE pce 70).

E.d Par décision du 30 août 2011, l'OAIE refuse d'entrer en matière sur la demande de rente de l'assuré et sur sa requête d'être soumis à une expertise en Suisse, au motif que celui-ci n'a pas amené d'éléments nouveaux permettant de remettre en cause son projet de décision (OAIE pce 71).

F.

Le 22 septembre 2011, A._____, par l'intermédiaire de son représentant, interjette recours auprès du Tribunal administratif fédéral, concluant implicitement à l'annulation de la décision entreprise et à l'octroi d'une rente d'invalidité. Il indique en substance que l'autorité inférieure n'a pas tenu compte lors de l'instruction de plusieurs rapports médicaux, pourtant produits par la sécurité sociale française (TAF pce 1); sont notamment joints les documents suivants:

- un rapport médical du 18 mars 2005 du Dr L._____, reprenant les antécédents d'accidents et de fractures de l'assuré, n'entraînant pas de limitations fonctionnelles au niveau de la clavicule, mais faisant

état de persistance de gonalgies droites mécaniques avec léger flexum du genou droit;

- deux rapports médicaux du 5 juin 2009 du Dr E._____, dont il ressort que l'assuré présente des antécédents traumatiques chargés et une réelle usure de l'organisme dans un contexte d'hypoacousie bilatérale appareillée; le médecin note une légère boiterie, une marche sur la pointe des pieds douloureuse et avec forte boiterie, une incapacité à réaliser l'appui monopodal, un accroupissement incomplet, ainsi qu'un déficit important des amplitudes au niveau de la mobilisation de l'épaule droite, du genou droit, de la hanche droite et du rachis lombaire. En outre, le praticien diagnostique une polyarthrose (M15) et déclare l'assuré en incapacité de travail et invalide au 2/3 selon le droit français;
- une fiche médicale du 8 octobre 2009 de l'échelon local du service médical (ELSM) de X._____, reprenant les antécédents d'accidents et de fractures de l'assuré, ainsi que les conclusions des différents médecins ayant traités celui-ci.

G.

Dans une prise de position du 11 janvier 2012, la Dresse G._____, médecin SMR, souligne que les documents produits en procédure de recours démontrent que les fractures du pied droit du recourant sont stabilisées au 30 juin 2009, avec pour séquelles des douleurs à la mise en charge limitant les déplacements et entraînant une incapacité à l'appui sur la pointe du pied droit. La praticienne, bien qu'admettant qu'il soit justifié de retenir des limitations fonctionnelles supplémentaires en ce qui concerne les activités à genoux et accroupies et nécessitant d'effectuer beaucoup d'escaliers, estime que les activités de substitution mentionnées lors de ses précédentes prises de positions sont toujours exigibles à temps plein dès le 1^{er} mars 2009 (3 mois après les fractures du pied droit subies par l'assuré) et l'activité de maçon à 20% dès le 18 décembre 2008 (OAIE pce 74).

H.

Par réponse du 30 janvier 2012, l'OAIE conclut au rejet du recours et à la confirmation de la décision entreprise, considérant que l'assuré n'a pas établi de manière plausible que son invalidité s'est modifiée de manière à influencer ses droits depuis la décision du 22 février 2010 (TAF pce 5).

I.

Par décision incidente du 7 février 2012, le Tribunal de céans invite le recourant à verser une avance de frais de Fr. 400.--, ainsi qu'à répliquer dans les 30 jours dès réception, montant dont celui-ci s'est acquitté dans le délai imparti (TAF pces 6 à 8).

Droit :**1.****1.1**

Au vu de l'art. 31 de la loi du 17 juin 2005 sur le Tribunal administratif fédéral (LTAF, RS 173.32), 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), le Tribunal administratif fédéral connaît des recours interjetés par les personnes résidant à l'étranger contre les décisions prises par l'OAIE. Demeurent réservées les exceptions - non réalisées en l'espèce - prévues à l'art. 32 LTAF.

1.2 Selon l'art. 37 LTAF, la procédure devant le Tribunal administratif fédéral est régie par la loi fédérale du 20 décembre 1968 sur la procédure administrative (PA, RS 172.021), pour autant que la LTAF n'en dispose pas autrement. Or, en vertu de l'art. 3 let. d^{bis} PA, la procédure en matière d'assurances sociales n'est pas régie par la PA dans la mesure où la loi fédérale du 6 octobre 2000 sur la partie générale du droit des assurances sociales (LPGA, RS 830.1) est applicable. A cet égard, conformément à l'art. 2 LPGA en relation avec l'art. 1 al. 1 LAI, les dispositions de la LPGA s'appliquent à l'assurance-invalidité (art. 1a à 26^{bis} et art. 28 à 70 LAI), 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 En outre, déposés en temps utile et dans les formes requises par la loi (art. 60 LPGA et art. 52 PA), et l'avance sur les frais de procédure ayant été dûment acquittée, le recours est recevable.

2.

Le TAF applique le droit d'office, sans être lié par les motifs invoqués (art. 62 al. 4 PA), ni par l'argumentation juridique développée dans la décision entreprise (PIERRE MOOR, Droit administratif, vol. II, 3^e éd.,

Berne 2011, ch. 2.2.6.5, pp. 300 s.). La procédure est régie par la maxime inquisitoire, ce qui signifie que le TAF définit les faits et apprécie les preuves d'office et librement (art. 12 PA). Les parties doivent toutefois collaborer à l'établissement des faits (art. 13 PA) et motiver leur recours (art. 52 PA). En conséquence, le Tribunal saisi 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, ATF 121 V 204 consid. 6c; Jurisprudence des autorités administratives de la Confédération [JAAC] 61.31 consid. 3.2.2; ANDRÉ MOSER/MICHAEL BEUSCH/LORENZ KNEUBÜHLER, *Prozessieren vor dem Bundesverwaltungsgericht*, Bâle 2008, p. 22 n. 1.55, ALFRED KÖLZ/ISABELLE HÄNER, *Verwaltungsverfahren und Verwaltungsrechtspflege des Bundes*, 2e édition, Zurich 1998 n. 677).

3.

3.1 Le recourant, de nationalité française, est citoyen d'un Etat membre de la Communauté européenne. Par conséquent, est applicable en l'espèce l'accord du 21 juin 1999, entré en vigueur le 1^{er} juin 2002, sur la libre circulation des personnes, conclu 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). Est également applicable le règlement (CEE) n° 1408/71 du Conseil du 14 juin 1971 relatif à l'application des régimes de sécurité sociale aux travailleurs salariés, aux travailleurs non salariés et aux membres de leur famille qui se déplacent à l'intérieur de la Communauté (RS 0.831.109.268.1). Les nouveaux règlements (CE) n° 883/2004 du Parlement européen et du Conseil du 29 avril 2004 portant sur la coordination des systèmes de sécurité sociale et (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, valables dans les relations entre la Suisse et les Etats de l'Union européenne dès le 1^{er} avril 2012, avec l'entrée en vigueur de l'annexe II révisée de l'ALCP, et qui remplacent les règlements (CEE) n° 1408/71 et 574/72, ne sont pas applicables dans la présente procédure.

Conformément à l'art. 3 al. 1 du règlement (CEE) n° 1408/71, les personnes qui résident sur le territoire de l'un des Etats membres et auxquelles les dispositions dudit 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 (CEE) n° 1408/71; ATF 130 V 253 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° 574/72 du Conseil du 21 mars 1972 fixant les modalités d'application du règlement (CEE) n° 1408/71 [RS 0.831.109.268.11]).

4.

S'agissant du droit applicable, il convient de préciser que le 1^{er} janvier 2008 les modifications de la LAI introduites par la 5^{ème} révision AI sont entrées en vigueur (RO 2007 5129). Eu égard au principe selon lequel les règles applicables sont celles en vigueur au moment où les faits juridiquement déterminants se sont produits (ATF 130 V 445 consid. 1.2), la présente procédure est régie par les nouvelles dispositions. Ne sont en revanche pas applicables en l'espèce, les dispositions de la 6^e révision de la LAI (premier volet) en vigueur dès le 1^{er} janvier 2012 (RO 2011 5659, FF 2010 1647).

5.

En l'espèce est litigieuse la question de savoir si l'autorité intimée était fondée à refuser d'entrer en matière sur la nouvelle demande de rente d'assurance-invalidité du 19 mai 2011, après avoir refusé la première demande du recourant du 17 juillet 2009 par décision du 22 février 2010.

5.1 Lorsque l'autorité examine une nouvelle demande de la personne assurée après un premier refus de prestations, elle n'entrera en matière que s'il apparaît établi de façon plausible que l'invalidité s'est modifiée de manière à influencer ses droits (art. 87 al. 3 et 4 du Règlement sur l'assurance-invalidité, RAI, RS 831.201). 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; arrêt du Tribunal fédéral I 607/04 du 6 décembre 2005 consid. 3). A défaut d'apporter cette preuve préalable au nouvel examen du droit aux prestations, l'affaire est liquidée sans autre examen par une décision de non-entrée en matière sujette à recours devant le tribunal compétent. On entend ainsi éviter que l'administration ne doive s'occuper continuellement des mêmes cas, soit des cas où la situation n'a pas subi de modification déterminante (ATF 125 V 410 consid. 2b, VSI 2000 242).

5.2 Le degré de la preuve exigée par l'art. 87 al. 3 RAI n'est pas celui de la haute vraisemblance prépondérante généralement exigée en matière d'assurance sociale. Il suffit que certains indices (simple vraisemblance) militent en faveur d'une aggravation de l'état de santé, même si subsiste la possibilité que la modification invoquée soit démentie par un examen plus approfondi (cf. arrêt du Tribunal fédéral 9C_881/2007 du 22 février 2008 consid. 2.2. et 9C_708/2007 du 11 septembre 2008 consid. 2.2). Par ailleurs, si l'administration entre en matière sur la demande - ce qu'elle n'a pas fait en l'espèce - 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).

5.3 Dans l'examen des allégations de la personne assurée quant à la péjoration de son état de santé, l'administration doit se montrer d'autant plus exigeante pour apprécier le caractère plausible des allégations de l'assuré que le laps de temps qui s'est écoulé depuis sa décision antérieure est bref. Elle jouit sur ce point d'un certain pouvoir d'appréciation que le juge doit en principe respecter. 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. 4 RAI et que l'assuré a interjeté recours pour ce motif (ATF 109 V 114 consid. 2b; arrêt du Tribunal fédéral I 597/05 du 8 janvier 2007).

6.

6.1 A._____ apporte à l'appui de sa nouvelle demande de prestations de l'assurance-invalidité – déposée un peu plus d'une année après le rejet de sa première demande – un rapport médical du 3 mai 2011 du Dr F._____, par lequel le médecin traitant déclare que l'état de l'assuré physique et psychique nécessite la mise en place d'une expertise (OAIE pce 64). Or, force est au Tribunal de constater que ce rapport extrêmement succinct n'apporte aucun élément nouveau, ni ne contient aucune appréciation de l'état de santé du recourant, diagnostic ou observations cliniques. En outre, un rapport très similaire du 14 janvier 2010 de ce même médecin (OAIE pce 53) avait déjà été versé en cause dans le cadre de la première demande de rente. Concernant les céphalées chroniques dont se plaint le recourant, il ressort des résultats de scanographie du 4 avril 2011, établis par le Dr K._____ (OAIE pce 65), que l'assuré ne présente pas d'anomalie particulière. Quant aux autres documents versés en procédure de recours (cf. les

rapports médicaux du 5 juin 2009 du Dr E._____, le rapport médical du 18 mars 2005 du Dr L._____ et la fiche médicale du 8 octobre 2009 établie par l'ELMS de X._____; TAF pces 1, 8 et 18), le Tribunal remarque qu'ils sont antérieurs à la décision initiale du 22 février 2010 et concernent tous l'état de santé de l'assuré au moment de sa première demande de rente, sans apporter aucunement la preuve d'une aggravation de son état de santé ou d'éléments nouveaux. Au vu de ce qui précède, le Tribunal ne saurait dès lors suivre les conclusions du recourant, qui requiert implicitement l'octroi d'une rente d'invalidité et à être examiné personnellement par un médecin de l'OAIE, celui-ci n'ayant manifestement pas rendu vraisemblable une aggravation de ses atteintes. Tout au plus, les arguments avancés par le recourant - évoquant une décision initiale erronée - pourraient être utiles dans le cadre d'une requête de reconsidération de la première décision de rejet de sa demande de rente du 22 février 2010 au sens de l'art. 53 LPGA.

6.2 Au vu de ce qui précède, le Tribunal, à l'instar du service médical de l'OAIE (cf. les prises de position des 22 juin 2011 et 11 janvier 2012; OAIE pces 68 et 74), retient que le recourant n'a pas pu établir de façon plausible une aggravation de son état de santé, selon le degré de preuve exigé par la jurisprudence citée sous considérant 5.

7.

Partant, le recours du 22 septembre 2011 étant manifestement infondé, il doit être rejeté dans une procédure à juge unique en application de l'art. 85^{bis} al. 3 de la loi fédérale du 20 décembre 1946 sur l'assurance-vieillesse et survivants (LAVS, RS 831.10) auquel renvoie l'art. 69 al. 2 LAI en relation avec l'art. 23 al. 2 LTAF.

8.

Les frais de procédure par Fr. 400.-- sont mis à la charge du recourant (art. 63 al. 1 PA, applicable par le truchement de l'art. 37 LTAF). Ils sont compensés par l'avance de frais déjà fournie le 12 mars 2012 (TAF pce 8).

Vu l'issue du litige, il n'est pas alloué d'indemnité de dépens (art. 7 al. 1 et 3 du règlement du 21 février 2008 concernant les frais et indemnités fixés par le Tribunal administratif fédéral [FITAF, RS 173.320.2]).

Par ces motifs, le Tribunal administratif fédéral prononce :

1.

Le recours est rejeté.

2.

Les frais de procédure, fixés à Fr. 400.--, sont mis à la charge du recourant et compensés avec l'avance de frais déjà versée.

3.

Il n'est pas alloué de dépens.

4.

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)

La juge unique :

La greffière :

Madeleine Hirsig-Vouilloz

Audrey Bieler

Indication des voies de droit:

La présente décision peut être attaquée devant le Tribunal fédéral, Schweizerhofquai 6, 6004 Lucerne, par la voie du recours en matière de droit public, dans les trente jours qui suivent la notification (art. 82 ss, 90 ss et 100 de la loi fédérale du 17 juin 2005 sur le Tribunal fédéral [LTF, RS 173.110]). Le mémoire doit indiquer les conclusions, les motifs et les moyens de preuve, et être signé. La décision attaquée et les moyens de preuve doivent être joints au mémoire, pour autant qu'ils soient en mains du recourant (art. 42 LTF).

Expédition :