



Arrêt du 19 septembre 2013

Composition

Francesco Parrino (président du collège),
Elena Avenati-Carpani, Beat Weber, juges,
Yann Grandjean, greffier.

Parties

X. _____,
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 8 octobre 2012).

Faits :**A.**

A.a X. _____ est un ressortissant français, né le 14 avril 1954. Marié et père de quatre enfants, l'intéressé est domicilié à (...) (pce 3). Serrurier de formation, il a travaillé en Suisse dès 1981 (pce 8), notamment en qualité de magasinier pour le compte de la société Y. _____ à (...) du 1^{er} novembre 1993 au 31 janvier 2012. Dès le 1^{er} avril 2011, il a été absent pour cause de maladie (pce 6).

A.b L'intéressé souffre d'une maladie artérielle périphérique occlusive qui se traduit par une claudication des membres inférieurs (pce 9).

B.

B.a Par acte daté du 12 septembre 2011 et enregistré le 31 octobre 2011, l'intéressé, par l'intermédiaire de son représentant, a adressé une demande de rente d'invalidité auprès de l'Office AI du Canton de (...) (pce 4).

B.b Dans le cadre de l'instruction de la demande, sont notamment versées au dossier les pièces suivantes:

- un rapport médical relatif à l'état cardiologique de l'assuré, émanant du Dr A. _____ (cabinet médical [...]) et daté du 27 septembre 2011, dont il ressort que l'assuré est atteint d'une maladie artérielle périphérique occlusive de stade IIb (périmètre de marche: 480 mètres), traitée par une angioplastie (PTA) et par la pose de stents dans l'artère iliaque commune gauche et l'artère fémorale superficielle droite le 15 décembre 2010, et dans l'artère iliaque externe gauche le 12 avril 2011, ainsi que dans l'artère iliaque externe gauche le 3 mai 2011 suite à un syndrome ischémique aigu dans la jambe gauche; à la date du rapport, l'assuré souffrait d'une nouvelle récurrence de sa claudication plus à droite qu'à gauche; le rapport relevait que l'assuré ne présentait aucune indication de maladie cardiaque (échographie du 30 novembre 2010) ni aucune artériosclérose des carotides, qu'il présentait des facteurs de risque cardiovasculaire (hypertension artérielle et hypercholestérolémie, status après abus de nicotine et manque d'activité) et une consommation d'alcool; l'expertise concluait que c'était à bon droit que l'assuré avait été mis en incapacité de travail à 100% du début décembre au 25 décembre 2010; le rapport concluait que le travail de l'assuré comme livreur et magasinier était impossible

et lui reconnaissait une incapacité de travail à 100% dès le début avril 2011, au motif que son périmètre de marche l'empêchait d'exercer ces activités et qu'il ne pouvait pas porter de lourdes charges; l'expertise réservait une reprise du travail conditionnée à une opération réussie (by-pass fémoro-poplitée); s'agissant d'une activité professionnelle de substitution, l'expert attestait d'une pleine capacité dès mai 2011 et exposait comme critères décisifs pour une activité de substitution un périmètre de marche de 300 mètres et une limitation des charges à porter à 10 kilos, sans limitation des charges à lever (pce 10),

- un questionnaire à l'employeur daté du 28 octobre 2011 dont il ressort que l'assuré a travaillé pour le compte de la société Y. _____ du 1^{er} novembre 1993 au 31 janvier 2012, que son revenu dès le 1^{er} janvier 2011 était de 60'580 francs annuellement, que son dernier jour de travail effectif remonte au 1^{er} avril 2011 et qu'il a été licencié pour cause d'absence consécutive à son état de santé (pce 6),
- un rapport médical relatif à la réadaptation professionnelle de l'assuré, émanant du Dr B. _____ et daté du 9 novembre 2011, dont il ressort que l'assuré souffre d'une artériopathie des membres inférieurs depuis le 4 octobre 2010, d'une hypertension artérielle depuis 2001 et d'une hypercholestérolémie depuis 2010; du même rapport, il ressort que l'assuré a subi plusieurs hospitalisations à la Clinique (...) des 15 au 18 décembre 2010, 12 au 14 avril 2011 et 3 au 5 mai 2011; l'anamnèse révèle une claudication des membres inférieurs (à 500 m); le praticien relevait une évolution favorable du patient en dépit d'une acceptation difficile de la pathologie ayant rendu nécessaire un suivi psychothérapique; le rapport relevait encore le suivi nécessaire par chirurgie vasculaire, angiologie et cardiologie; le rapport attestait d'une incapacité de travail à 100% du 15 décembre 2010 au 25 janvier 2011 et du 4 avril 2011 au jour de l'expertise; le rapport précisait que le travail était incompatible avec la pathologie et que l'activité de l'assuré était limitée par la capacité de déplacement de l'assuré (artérite) et par la tendance dépressive consécutive; l'expert ne s'attendait pas à une reprise de l'activité professionnelle (pce 9),
- l'extrait de compte AVS/AI daté du 11 novembre 2011 dont il ressort que l'assuré a cotisé aux assurances sociales suisses régulièrement depuis 1981 (pce 8),
- un rapport émanant du Dr C. _____ et daté du 14 novembre 2011 et effectué à la suite d'une aorto-artériographie des membres infé-

rieurs à la recherche de sténose iliaque, dont il ne ressort aucune indication quant à la capacité de travail de l'assuré (pce 29),

- un certificat médical émanant du Dr B. _____ et daté du 3 février 2012, attestant que l'état de santé de l'assuré nécessitait un arrêt de travail à 100% du 3 février au 3 mars 2012 (pce 30),
- un rapport émanant de la Dresse D. _____ et daté du 7 février 2012 confirmant les pathologies artérielles de l'assuré et relevant une persistance d'une gêne à la marche à environ 500 mètres, sans se prononcer sur la capacité de travail de l'assuré (pce 26),
- un rapport médical émanant du Dr E. _____ et daté du 20 février 2012 dont il ressort que l'assuré a subi une nouvelle intervention (angioplastie) par voie fémorale rétrograde bilatérale le 21 décembre 2011 avec pose de stents dans les axes iliaques primitif et externe des deux côtés (pce 29),
- un rapport médical émanant du Dr E. _____ et daté du 21 février 2012 et consécutif à l'intervention du 21 décembre 2011; le rapport relève que le périmètre de marche s'est significativement amélioré et à l'examen l'expert a retrouvé une excellente perméabilité des deux axes iliaques restitués; le praticien réservait son pronostic ultérieur au risque de resténose sur les angioplasties longues itératives (pce 29),
- un certificat médical émanant du Dr B. _____ et daté du 2 mars 2012, attestant que l'état de santé de l'assuré nécessitait un arrêt de travail à 100% du 2 au 31 mars 2012 (pce 30),
- des certificats médicaux émanant des Drs E. _____, daté du 28 mars 2012, F. _____, daté du 26 mars 2012, et D. _____, daté du 22 mars 2012, attestant avoir suivi l'assuré; le certificat du Dr F. _____ précise en outre que l'assuré est atteint de troubles psychiques qui l'empêchent d'exercer toute activité professionnelle même à temps partiel (pce 33),
- un certificat médical émanant du Dr B. _____ et daté du 30 mars 2012, attestant que l'état de santé de l'assuré nécessitait un arrêt de travail à 100% du 30 mars au 30 avril 2012 (pce 33),
- un certificat médical émanant du Dr F. _____ et daté du 25 avril 2012, attestant que l'assuré est inapte au travail à 100% de façon définitive (pce 34),

- un certificat médical émanant du Dr B. _____ et daté du 30 avril 2012, attestant que l'état de santé de l'assuré nécessitait un arrêt de travail du 30 avril 2012 au 31 mai 2012 (pce 35),
- un certificat médical émanant du Dr E. _____ et daté du 8 juin 2012, reprenant le contenu du certificat du 21 février 2012 (pce 41),
- un rapport médical relatif à la réadaptation professionnelle de l'assuré, émanant du Dr B. _____ et daté du 29 mai 2012, reprenant largement le contenu du rapport du 9 novembre 2011, à savoir une incapacité de travail à 100% jusqu'au jour de l'expertise et modifiant le périmètre de marche à 600-700 mètres (pce 40),
- un rapport du Service médical régional émanant du Dr G. _____ (SMR/RAD) et daté du 28 juin 2012, dont il ressort que, sur le fondement des rapports et certificats des Drs E. _____, B. _____, D. _____ et en particulier du Dr A. _____, l'assuré était en incapacité de travail du début décembre au 25 décembre 2010 à raison de 100%; il ressort également de ce rapport que l'assuré était apte au travail, pour des activités ne nécessitant ni un périmètre de marche de plus 300 mètres ni de porter des charges de plus de 10 kilos, à raison de 100% dès le 1^{er} mai 2011; le rapport relevait enfin que, après le rapport du Dr A. _____, le Dr B. _____ avait attesté d'une amélioration du périmètre de marche en date du 29 mai 2012 (pce 42),

B.c L'assuré a bénéficié d'indemnités journalières de l'assurance-accident du 26 novembre 2010 au 31 janvier 2012 (pce 10).

C.

C.a Le 6 juillet 2012, l'Office AI du Canton de (...) a fait parvenir à l'assuré un projet de décision tendant à refuser sa demande d'octroi de rente d'invalidité. A l'appui de son projet, l'Office a fait valoir que le taux d'invalidité tel qu'il ressortait de la comparaison des revenus sans invalidité et d'invalidité était de 1%, soit inférieur à la limite minimale de 40% exigée par la loi. S'agissant du revenu sans invalidité, l'Office s'est fondé sur le compte individuel AVS/AI de l'assuré qui laissait apparaître un revenu de 61'980 frs pour 2010, indexés de 1% à 62'600 frs pour tenir compte du renchérissement en 2011. Pour ce qui est du revenu d'invalidité, se fondant sur l'enquête suisse sur la structure des salaires (ESS) de l'Office fédéral de la statistique de 2008 (tablette TA1, total hommes, niveau de qualification 4), compte tenu de 41.6 heures de travail hebdomadaire au lieu de 40 et

d'une indexation de 3.42%, l'Office a retenu (sans présenter de calculs) un revenu hypothétique de 62'028 frs pour une activité à 100%. La différence entre le revenu sans invalidité et le revenu d'invalidité était de 572 frs (62'600-62'028) soit de 1% ($572/62600 \times 100$) (pce 43).

C.b Invité à se déterminer sur le projet du 6 juillet 2012, l'assuré, par l'intermédiaire de son représentant, a produit les pièces suivantes:

- un certificat médical émanant du Dr B. _____ et daté du 27 juillet 2012, attestant que l'état de santé de l'assuré nécessitait un arrêt de travail du 27 juillet au 26 août 2012 (pce 45),
- un certificat médical émanant du Dr B. _____ et daté du 24 août 2012, attestant que l'état de santé de l'assuré nécessitait un arrêt de travail du 24 août au 14 octobre 2012 (pce 45),

D.

Le 8 octobre 2012, l'Office de l'assurance-invalidité pour les assurés résidant à l'étranger (OAIE) a notifié à l'assuré une décision rejetant sa demande d'octroi d'une rente d'invalidité, pour les mêmes motifs que ceux exposés dans le projet de décision du 6 juillet 2012 (pce 47).

E.

Le 18 octobre 2012, l'assuré, par l'intermédiaire de son représentant, a produit un certificat médical émanant du Dr B. _____ et daté du 12 octobre 2012, attestant que son état de santé nécessitait un arrêt de travail du 12 octobre au 18 novembre 2012 (pce 49).

Le 12 novembre 2012, l'assuré, par l'intermédiaire de son représentant, a produit un certificat émanant de la Dresse D. _____ et daté du 29 octobre 2012, dont il ressort que l'angioplastie iliaque est perméable avec persistance d'oblitération des deux artères fémorales superficielles, avec un index de pression systolique stable à 0.7 et un athérome débutant sans conséquence sur le plan hémodynamique (pce 50),

Le 20 novembre 2012, l'assuré, par l'intermédiaire de son représentant a produit un certificat médical émanant du Dr B. _____ et daté du 16 novembre 2012, attestant que l'état de santé de l'assuré nécessitait un arrêt de travail du 16 novembre au 16 décembre 2012, sans se prononcer sur la capacité de travail de l'assuré (pce 51).

F.

Par acte daté du 25 octobre 2012, expédié ce même jour (voir lettre de

transmission du 7 novembre 2012 [pce TAF 2]) et enregistré le 12 novembre 2012, l'assuré, par l'intermédiaire de son représentant, a déposé un recours contre la décision du 8 octobre 2012.

A l'appui de son recours, le recourant ne développe pas d'argumentation, mais produit des copies de divers certificats médicaux figurant déjà au dossier (pces 29, 33 et 41).

G.

Invité à se déterminer par ordonnance du 14 novembre 2012 (pce TAF 3), l'OAIE a, par acte du 9 janvier 2013, produit la prise de position de l'Office AI du Canton de (...) du 20 décembre 2012 et conclu au rejet du recours et à la confirmation de la décision querellée (pce TAF 4).

De la prise de position de l'Office AI du Canton de (...) du 20 décembre 2012, il ressort en substance que l'Office a retenu les conclusions de l'expertise émanant du Dr A. _____ (cabinet médical [...]) et datée du 27 septembre 2011. L'Office relevait également que le rapport du SMR ne notait aucune modification significative de l'état de santé du recourant, voire une légère amélioration. L'Office relevait la valeur probante de l'expertise retenue, motif pris de la connaissance reconnue de l'expert, et de la qualité de son expertise (examen du patient, anamnèse, connaissance des antécédents, prise en compte de l'avis subjectif du patient, examens cliniques, électrocardiogramme). L'Office relevait ensuite que l'électrocardiogramme de novembre 2010 n'avait rien révélé d'anormal. L'Office a relevé également qu'aucun argument de nature à renverser son appréciation ne ressort des certificats médicaux produits par le recourant. Il relevait notamment que le Dr D. _____ avait relevé, le 7 février 2012, une augmentation du périmètre de marche et que le Dr E. _____ avait attesté, le 21 février 2012, du succès de l'opération du 21 décembre 2011 et du fait que le recourant avait pu quitter le cabinet le lendemain de l'opération. L'Office relevait également que les Drs E. _____, le 8 juin 2012, et B. _____, le 29 mai 2012, avaient attesté de l'incapacité de travail également en position assise sans justifier leur appréciation. Le même reproche était adressé au certificat du Dr F. _____ du 25 (recte: 26) mars 2012; il était relevé que l'éventuelle pathologie du recourant n'avait été qualifiée médicalement et que pour cette raison le diagnostic de maladie psychique ne pouvait être retenu.

H.

H.a Invité à répliquer par ordonnance du 15 janvier 2013 (pce TAF 5), le recourant, par l'intermédiaire de son représentant, a produit le 24 janvier 2013 les documents suivants (pce TAF 7):

- un rapport médical, déjà versé au dossier, émanant de la Dresse D. _____ et daté du 29 octobre 2012, mettant en évidence un athérome débutant, sans sténose significative sur la plan hémodynamique,
- une lettre émanant du Dr H. _____ et datée du 4 janvier 2013 relatif à l'état de santé du recourant et à l'adaptation de ses traitements sans indication sur sa capacité de travail,
- un certificat médical émanant du Dr B. _____ et daté du 21 janvier 2013, attestant que son état de santé nécessitait un arrêt de travail du 21 janvier au 24 février 2013.

H.b Le 28 février 2013, le recourant, par l'intermédiaire de son représentant, a produit un certificat médical émanant du Dr B. _____ et daté du 25 février 2013, attestant que son état de santé nécessitait un arrêt de travail du 25 février au 31 mars 2013 (pce TAF 9).

I.

Invité à se déterminer par décision du 4 février 2013 (pce TAF 8), l'OAIE a, par acte du 20 mars 2013, produit la prise de position de l'Office AI du Canton de (...) du 18 mars 2013 et conclu au rejet du recours et à la confirmation de la décision querellée (pce TAF 10).

En substance, l'Office AI a réitéré ses appréciations précédentes quant à la relative amélioration de l'état de santé du recourant et le fait que le rapport médical émanant de la Dresse D. _____ et daté du 29 octobre 2012 était sans conséquence sur le flux sanguin. Il a relevé que les certificats médicaux postérieurs à la date de la décision ne relevaient plus de la présente procédure.

J.

J.a Le 2 avril 2013, le recourant, par l'intermédiaire de son représentant, a produit un certificat médical émanant du Dr B. _____ et daté du 28 mars 2013, attestant que son état de santé nécessitait un arrêt de travail du 28 mars au 30 avril 2013 (pce TAF 13).

J.b Le 6 mai 2013, le recourant, par l'intermédiaire de son représentant, a produit un certificat médical émanant du Dr B. _____ et daté du 29 avril 2013, attestant que son état de santé nécessitait un arrêt de travail du 29 avril au 31 mai 2013 (pce TAF 18).

J.c Le 3 juin 2013, le recourant, par l'intermédiaire de son représentant, a produit un certificat médical émanant du Dr B. _____ et daté du 30 mai 2013, attestant que son état de santé nécessitait un arrêt de travail du 30 mai au 30 juin 2013 (pce TAF 22).

K.

K.a Par actes des 22 avril et 16 mai 2013 (pce TAF 15 et 19), le recourant a formulé une demande d'assistance judiciaire. Par décision incidente du 27 mai 2013, le juge instructeur a rejeté la demande d'assistance judiciaire au motif que le recourant ne saurait être qualifié d'indigent (pce TAF 20).

K.b Invité à faire une avance de frais de 400 francs par la décision incidente du 27 mai 2013, le recourant s'en est acquitté dans le délai imparti (pce TAF 23).

K.c Par courriers des 4 juillet, 1^{er} août et 5 septembre 2013, le recourant a produit trois nouveaux certificats du Dr B. _____ (pce TAF 24-27).

Droit :

1.

1.1 Sous réserve des exceptions – non réalisées en l'espèce – prévues par l'art. 32 de la loi du 17 juin 2005 sur le Tribunal administratif fédéral (LTAF, RS 173.32), le Tribunal administratif fédéral, 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 prises par l'OAIE.

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. 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. Selon l'art. 2 LPGA, les dispositions de ladite 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. En application de l'art. 1 al. 1 LAI, les dispositions de la LPGA s'appliquent à l'assurance-invalidité (art. 1a à 26^{bis} et 28 à 70 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 Déposé en temps utile et dans les formes requises par la loi (art. 60 LPGA et 52 PA), le recours est recevable.

2.

2.1 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). Lors d'un changement de législation durant la période déterminante, le droit éventuel à des prestations se détermine selon l'ancien droit pour la période antérieure et selon le nouveau dès ce moment-

là (application *pro rata temporis*; ATF 130 V 445, voir aussi arrêt du Tribunal fédéral 8C_870/2012 du 8 juillet 2013 consid. 2.2).

2.2 Au niveau du droit international, l'accord entre la Suisse et la Communauté européenne et ses Etats membres sur la libre circulation des personnes du 21 juin 1999 (ALCP, RS 0.142.112.681) est entré en vigueur le 1^{er} juin 2002 avec notamment son annexe II qui règle la coordination des systèmes de sécurité sociale par renvoi au droit européen. Dans ce contexte, l'ALCP fait référence depuis le 1^{er} avril 2012 au Règlement (CE) n° 883/2004 du Parlement européen et du Conseil du 29 avril 2004 portant sur la coordination des systèmes de sécurité sociale ainsi qu'au Règlement (CE) n° 987/2009 du Parlement européen et du Conseil du 16 septembre 2009 fixant les modalités d'application du règlement (CE) n° 883/2004 portant sur la coordination des systèmes de sécurité sociale (RS 0.831.109.268.1 et 0.831.109.268.11). Ces Règlements sont donc applicables *in casu* (cf. arrêt du Tribunal fédéral 8C_455/2011 du 4 mai 2012). Conformément à l'art. 4 du règlement (CE) n° 883/2004, les personnes auxquelles ce règlement s'applique bénéficient en principe des mêmes prestations et sont soumises aux mêmes obligations, en vertu de la législation de tout Etat membre, que les ressortissants de celui-ci. On précisera que le règlement (CEE) n° 1408/71 — auquel l'ALCP renvoyait pour la période antérieure courant jusqu'au 31 mars 2012 — contenait une disposition similaire à son art. 3 al. 1.

2.3 Il sied en outre de souligner que l'octroi d'une rente étrangère d'invalidité ne préjuge pas l'appréciation de l'invalidité selon la loi suisse (arrêt du Tribunal fédéral I 435/02 du 4 février 2003). Ainsi, même après 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. 46 al. 3 du règlement [CE] n° 883/2004, en relation avec l'annexe VII dudit règlement respectivement, pour le droit en vigueur jusqu'au 31 mars 2012, art. 40 al. 4 en relation avec l'annexe V du Règlement n° 1408/71; voir aussi ATF 130 V 253 consid. 2.4; arrêt du Tribunal fédéral I 376/05 du 5 août 2005 consid. 3.1), 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. 49 al. 2 du règlement [CE] n° 987/2009).

2.4 Pour ce qui est du droit interne, les modifications consécutives à la 6^{ème} révision de la LAI, entrées en vigueur le 1^{er} janvier 2012, trouvent également application en l'espèce, étant précisé que les nouvelles nor-

mes n'ont pas apporté de changements par rapport à l'ancien droit quant à l'évaluation de l'invalidité dont il convient de procéder *in casu*.

2.5 En dérogation à l'art. 24 LPGa, l'art. 29 al. 1 LAI prévoit que le droit à la rente prend naissance au plus tôt à l'échéance d'une période de 6 mois à compter de la date à laquelle l'assuré a fait valoir son droit aux prestations conformément à l'art. 29 al. 1 LPGa.

2.6 Concrètement le Tribunal peut se limiter à examiner si le droit à une rente était né jusqu'au 8 octobre 2012, date de la décision attaquée marquant la limite dans le temps du pouvoir d'examen de l'autorité de recours (ATF 129 V 1 consid. 1.2; 129 V 222, consid. 4.1; 121 V 362 consid. 1b).

3.

3.1 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, 29 al. 1 LAI);
- compter au moins trois années de cotisations (art. 36 al. 1 LAI). Dans ce cadre, 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 (cf. art. 45, 51 et 57 du règlement n° 883/2004).

3.2 En l'espèce, le recourant a versé des cotisations à l'AVS/AI pendant plus de trois ans (pce 8) et remplit donc la condition de durée minimale de cotisation. Il reste à examiner s'il est invalide.

4.

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

4.2 Un assuré a droit à un quart de rente s'il est invalide à 40% au moins, à une demi-rente s'il est invalide à 50% 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 (art. 28 al. 2 LAI). Suite à l'entrée en vigueur le 1^{er} juin 2002 de l'accord bilatéral entre la Suisse et la Communauté européenne, la restriction prévue à l'art. 29 al. 4 LAI – selon laquelle les rentes correspondant à un taux d'invalidité inférieur à 50% ne sont versées qu'aux assurés qui ont leur domicile et leur résidence habituelle en Suisse (art. 13 LPGa) – n'est plus applicable lorsqu'un assuré est un ressortissant suisse ou de l'UE et y réside (ATF 130 V 253 consid. 2.3). Depuis l'entrée en vigueur des nouveaux règlements n° 883/2004 et n° 987/2009, les ressortissants suisses et de l'Union européenne qui présentent un taux d'invalidité de 40% au moins, ont droit à un quart de rente en application de l'art. 28 al. 1 LAI indépendamment de leur domicile et résidence (art. 4 du règlement 883/04).

4.3 Selon l'art. 28 al. 1 LAI l'assuré a droit à une rente aux conditions suivantes: 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; c. au terme de cette année, il est invalide (art. 8 LPGa) à 40 % au moins. Une incapacité de travail de 20% doit être prise en compte pour le calcul de l'incapacité de travail moyenne selon la let. b de l'art. 28 al. 1 LAI (cf. chiffre 2010 de la Circulaire concernant l'invalidité et l'impotence; Jurisprudence et pratique administrative des autorités d'exécution de l'AVS/AI [VSI] 1998 p. 126 consid. 3c).

4.4 Par incapacité de travail on entend toute perte, totale ou partielle, résultant d'une atteinte à la santé physique, mentale ou psychique, de l'aptitude de l'assuré à accomplir dans sa profession ou son domaine d'activité le travail qui peut raisonnablement être exigé de lui. En cas d'incapacité de travail de longue durée, l'activité qui peut être exigée de lui peut aussi relever d'une autre profession ou d'un autre domaine d'activité (art. 6 LPGa). L'incapacité de gain est définie à l'art. 7 LPGa et consiste dans toute diminution de l'ensemble ou d'une partie des possibilités de gain de l'assuré, sur un marché du travail équilibré, si cette diminution résulte d'une atteinte à sa santé physique, mentale ou psychique et qu'elle persiste après les traitements et les mesures de réadaptation exigibles. Seules les conséquences de l'atteinte à la santé sont prises en compte pour juger de la présence d'une incapacité de gain. De plus, il n'y a incapacité

de gain que si celle-ci n'est pas objectivement surmontable (art. 7 al. 2 LPGa).

5.

5.1 Le recourant a travaillé en Suisse dès 1981 (pce 8), notamment en qualité de magasinier pour le compte de la société Y. _____, à (...), du 1^{er} novembre 1993 au 31 janvier 2012. Dès le 1^{er} avril 2011, il a été absent pour cause de maladie (pce 6).

5.2 La notion d'invalidité telle qu'elle résulte de l'art. 8 LPGa et de l'art. 4 LAI est de nature économique et juridique, et non médicale (ATF 116 V 246 consid. 1b). Autrement dit, l'assurance-invalidité couvre seulement les pertes économiques liées à une atteinte à la santé, résultant d'une infirmité congénitale, d'une maladie ou d'un accident, et non l'atteinte à la santé en tant que telle. Le taux d'invalidité d'une personne exerçant une activité lucrative est ainsi fixé d'après la comparaison des revenus prévue par l'art. 16 LPGa aux termes duquel le revenu que l'assuré aurait pu obtenir s'il n'était pas invalide est comparé avec celui qu'il pourrait obtenir en exerçant l'activité qui peut raisonnablement être exigée de lui après les traitements et les mesures de réadaptation, sur un marché du travail équilibré.

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

6.

6.1 L'art. 69 RAI prescrit que l'Office AI réunit les pièces nécessaires, en particulier sur l'état de santé du requérant, son activité, sa capacité de travail et son aptitude à être réadapté, ainsi que sur l'indication de mesures déterminées de réadaptation; à cet effet, peuvent être exigés ou effectués des rapports ou des renseignements, des expertises ou des enquêtes sur place, il peut être fait appel aux spécialistes de l'aide publique ou privée aux invalides. Pour accomplir leurs tâches les offices AI sont tenus, au stade de la procédure administrative, de confier une expertise à un médecin indépendant lorsqu'elle se révèle nécessaire pour clarifier les aspects médicaux du cas (MICHEL VALTERIO, Droit de l'assurance-vieillesse et survivants [AVS] et de l'assurance-invalidité [AI], Berne 2011, n° 2891). Il ne faut cependant recourir à une expertise que si des moyens

plus simples et économiques ne suffisent pas à se prononcer (rapports médicaux, renseignements), ou encore en présence de controverses médicales sur le cas concret (STÉPHANE BLANC, La procédure administrative en assurance-invalidité, Fribourg 1999, p. 142).

6.2 Le juge des assurances sociales doit examiner de manière objective tous les moyens de preuve, quelle que soit leur provenance, puis décider si les documents à disposition permettent de porter un jugement valable sur le droit litigieux. Avant de conférer pleine valeur probante à un rapport médical, il s'assurera que les points litigieux ont fait l'objet d'une étude circonstanciée, que le rapport se fonde sur des examens complets, qu'il prend également en considération les plaintes exprimées par la personne examinée, qu'il a été établi en pleine connaissance de l'anamnèse, que la description du contexte médical et l'appréciation de la situation médicale sont claires et enfin que les conclusions de l'expert sont dûment motivées (ATF 125 V 351 consid. 3a et les références). Il est à relever dans ce cadre, en ce qui concerne la valeur probante des rapports établis par les médecins traitants, que le juge peut et doit tenir compte du fait que, selon l'expérience, le médecin traitant est enclin, en cas de doute, à prendre parti pour son patient en raison de la relation de confiance qui l'unit à ce dernier (ATF 125 V 351 consid. 3a, 122 V 160 consid. 1c et les références). Cette réserve s'applique également aux rapports médicaux que l'intéressé sollicite de médecins non traitants spécialement mandatés pour étayer un dossier médical (cf. dans ce sens relativement aux expertises de parties: arrêt du Tribunal fédéral 8C_558/2008 du 17 mars 2009 consid. 2.4.2). Toutefois le simple fait qu'un certificat médical est établi à la demande d'une partie et est produit pendant la procédure ne justifie pas en soi des doutes quant à sa valeur probante (ATF 125 V 351 consid. 3b/dd et les références citées). Quant aux documents produits par le service médical d'un assureur étant partie au procès, le Tribunal fédéral n'exclut pas que l'assureur ou le juge des assurances sociales statuent en grande partie, voire exclusivement sur la base de ceux-ci. Dans de telles constellations, il convient toutefois de poser des exigences sévères à l'appréciation des preuves. Une instruction complémentaire dans le cadre de la procédure inquisitoire sera ainsi requise s'il subsiste des doutes, même minimes, quant au bien-fondé des rapports et expertises médicaux versés au dossier par l'assureur (cf. ATF 122 V 157, 162 consid. 1d; ATF 123 V 175, 176 s consid. 3d; ATF 125 V 351, 353 s consid. 3b ee; cf. aussi les arrêts du Tribunal fédéral I 143/07 du 14 septembre 2007 consid. 3.3 et 9C_55/2008 du 26 mai 2008 consid. 4.2 avec références, concernant les cas où le service médical n'examine pas l'assuré mais se limite à apprécier la documentation médicale déjà versée au dossier). Le

simple fait qu'un avis médical divergent - même émanant d'un spécialiste - ait été produit ne suffit toutefois pas à lui seul à remettre en cause la valeur probante d'un rapport médical (arrêt du Tribunal fédéral U 365/06 du 26 janvier 2007 consid. 4.1).

7.

7.1

7.1.1 En l'espèce, l'autorité inférieure s'appuie sur une expertise complète réalisée par le Dr A. _____, cardiologue, le 29 septembre 2011. Cette expertise rappelle le diagnostic et les opérations subies par le recourant, elle fait l'anamnèse professionnelle du recourant, son anamnèse sociale et extracardiaque, elle tient compte des plaintes subjectives du recourant. Il en ressort que le recourant est atteint d'une maladie artérielle périphérique occlusive de stade IIb (périmètre de marche: 480 mètres), traitée par une angioplastie (PTA) et par la pose de stents dans l'artère iliaque commune gauche et l'artère fémorale superficielle droite le 13 décembre 2010, et dans l'artère iliaque externe gauche le 12 avril 2011, ainsi que dans l'artère iliaque externe gauche le 3 mai 2011 suite à un syndrome ischémique aigu dans la jambe gauche; à la date du rapport, le recourant souffrait d'une nouvelle récurrence de sa claudication plus à droite qu'à gauche; le rapport relevait que le recourant ne présentait aucune indication de maladie cardiaque (échographie du 30 novembre 2010) ni aucune artériosclérose des carotides, qu'il présentait des facteurs de risque cardiovasculaire (hypertension artérielle et hypercholestérolémie, status après abus de nicotine et manque d'activité) et une consommation d'alcool; l'expertise concluait que c'était à bon droit que le recourant avait été mis en incapacité de travail à 100% du début décembre au 25 décembre 2010; le rapport concluait que le travail de recourant comme livreur et magasinier était impossible et lui reconnaissait une incapacité de travail à 100% dès le début avril 2011, au motif que son périmètre de marche l'empêchait d'exercer ces activités et qu'il ne pouvait pas porter de lourdes charges; l'expertise réservait une reprise du travail conditionnée à une opération réussie (by-pass fémoro-poplité); s'agissant d'une activité professionnelle de substitution, l'expert attestait d'une pleine capacité dès mai 2011 et exposait comme critères décisifs pour une activité de substitution un périmètre de marche de 300 mètres et une limitation des charges à porter à 10 kilos, sans limitation des charges à lever (pce 10).

Le rapport du Service médical régional émanant du Dr G. _____ (SMR/RAD) et daté du 26 juin 2012 (pce 42), les rapports et certificats

des Drs E. _____, B. _____, D. _____ et en particulier du Dr A. _____ mentionnent que le recourant était en incapacité de travail du début décembre 2010 au 25 décembre 2010 à raison de 100%; il ressort également de ce dernier rapport que le recourant était apte au travail, pour des activités ne nécessitant ni un périmètre de marche de plus 300 mètres ni de porter des charges de plus de 10 kilos, à raison de 100% dès le 1^{er} mai 2011; le rapport relevait enfin que, après le rapport du Dr A. _____, le Dr B. _____ avait attesté d'une amélioration du périmètre de marche en date du 29 mai 2012 (pce 42). A titre de commentaire, le rapport du SMR souligne que le périmètre de marche s'était porté à 600-700 mètres alors que le rapport du Dr A. _____ ne retenait que 300 mètres. Cette amélioration est constatée postérieurement à l'opération de décembre 2011, dont le rapport du Dr A. _____ espérait des effets positifs.

7.1.2 Divers rapports médicaux ont été ajoutés au dossier postérieurement à l'expertise de référence. Il apparaît cependant qu'aucun d'entre eux ne procède à une analyse aussi poussée que l'expertise du Dr A. _____ et tous se contentent de faire un très bref descriptif des pathologies du recourant et de ses traitements, sans se prononcer sur sa capacité de travail que ce soit pour son activité antérieure ou pour une activité de substitution. Cette observation est valable pour le rapport médical émanant de la Dresse D. _____ et daté du 7 février 2012, le rapport médical émanant du Dr C. _____ et daté du 14 novembre 2011, le rapport médical émanant du Dr E. _____ et daté du 21 février 2012 et consécutif à l'intervention du 21 décembre 2011 (pce 29) ainsi que les certificats médicaux émanant des Drs E. _____, daté du 28 mars 2012, et D. _____, daté du 22 mars 2012 (pce 33). Parmi tous ceux-ci, le rapport médical émanant du Dr E. _____ et daté du 21 février 2012 et consécutif à l'intervention du 21 décembre 2011 attestait en revanche du succès de cette intervention et du fait que le recourant avait pu quitter la clinique dès le lendemain de l'opération. Quant au certificat médical émanant du Dr F. _____, daté du 26 mars 2012, il faisait état de "troubles psychiques secondaires à ses graves soucis de santé". Au passage, c'est à tort que l'autorité inférieure qualifie ces troubles de "marginal" ("nachrangig"); "secondaire" ici signifie "consécutif". Cela étant, cette précision n'est pas de nature à modifier l'appréciation de l'autorité de recours, dès lors que le praticien se garde de qualifier médicalement ces troubles et d'apprécier en quoi et dans quelle mesure ils impacteraient la capacité de travail du recourant.

7.2 De son côté, le recourant prétend, sans le formuler expressément d'ailleurs, que l'autorité inférieure a mal évalué son état de santé; il a produit à l'appui de son allégué divers certificats médicaux qu'il convient de détailler ici.

D'une part, il convient d'écarter toutes les pièces postérieures à la prise de décision qui ne sauraient entrer en ligne de compte. Cela concerne les certificats médicaux émanant du Dr B. _____ dès le 8 octobre 2012 (pces 49, 51, TAF 7, 9, 14, 18, 22 et 24 à 27). Le même constat peut être fait à l'égard de la lettre émanant du Dr H. _____ et datée du 4 janvier 2013 relative à l'état de santé du recourant et à l'adaptation de ses traitements (pce TAF 7). De surcroît, ce document qualifie même le bilan cardiaque du recourant de normal chez un patient asymptomatique.

D'autre part, les certificats produits par le recourant ne sont quoi qu'il en soit pas de nature à emporter la conviction de l'autorité de recours. Les certificats établis mensuellement par le Dr B. _____ pour la période allant du mois de février 2012 au mois d'octobre 2012 ne font que prolonger l'incapacité de travail attestée par le Dr B. _____ depuis le mois de février 2012; ils ne mentionnent aucun diagnostic et ne justifient en rien l'incapacité totale de travail du recourant (pce 30, 33, 35 et 40). Ne correspondant pas aux exigences de la jurisprudence rappelées au consid. 6, ils ne sont pas de nature à être retenus.

Le SMR a d'ailleurs examiné ces certificats et a relevé que le Dr B. _____ avait, dans son rapport, fait état d'un périmètre de marche de 600-700 mètres supérieur aux 300 mètres retenus par le Dr A. _____. L'autorité de recours relève que ce rapport ne se prononce que relativement à l'activité antérieure du recourant et non sur une éventuelle activité de substitution. Ainsi, ce rapport, qui n'est d'ailleurs pas nécessairement contradictoire avec l'expertise du Dr A. _____, ne saurait appuyer la thèse du recourant.

Il en est de même pour le certificat médical émanant de la Dresse D. _____ et daté du 29 octobre 2012. Ce document dresse un bilan de l'état de santé du recourant, mais ne met en évidence ni évolution de celui-ci, ni impact sur sa capacité de travail. La seule évolution détectée, l'athérome débutant, est présenté d'ailleurs comme sans conséquence sur le flux sanguin (pce 50).

7.3 Compte tenu de ce qui précède, l'autorité de recours ne voit aucune raison de ne pas retenir les conclusions conjointes du rapport du Dr

A. _____ et du rapport du SMR, à savoir une pleine capacité de travail pour une activité adaptée.

8.

8.1 Selon l'art. 16 LPGA, pour évaluer le taux d'invalidité, le revenu que l'assuré aurait pu obtenir s'il n'était pas invalide (revenu sans invalidité) est comparé avec celui qu'il pourrait obtenir en exerçant l'activité qui peut raisonnablement être exigée de lui, après les traitements et les mesures de réadaptation, sur un marché du travail équilibré (revenu d'invalide).

8.2 Le revenu d'invalide est une donnée théorique, même s'il est évalué sur la base de statistiques. Ces données servent à fixer le montant du gain que l'assuré pourrait obtenir, sur un marché équilibré du travail, en mettant pleinement à profit sa capacité résiduelle de travail dans un emploi adapté à son handicap (arrêt du Tribunal fédéral I 85/05 du 5 juin 2005 consid. 6 et arrêt du Tribunal fédéral I 222/05 du 13 octobre 2005 consid. 6). Ce gain doit être comparé au moment déterminant avec celui que la personne valide aurait effectivement pu réaliser au degré de la vraisemblance prépondérante si elle était en bonne santé (ATF 129 V 222 consid. 4.3.1). Le gain de personne valide doit être évalué de manière aussi concrète que possible si bien qu'il convient, en règle générale, de se référer au dernier salaire que l'assuré a obtenu avant l'atteinte à la santé, ou, à défaut de salaire de référence, au salaire théorique qu'il aurait pu obtenir selon les salaires théoriques statistiques disponibles.

8.3 Le revenu d'invalide doit être évalué avant tout en fonction de la situation professionnelle concrète de l'intéressé. En l'absence d'un revenu effectivement réalisé, la jurisprudence considère que le revenu d'invalide peut être évalué sur la base des statistiques salariales (ATF 126 V 75 consid. 3b/aa et bb). La mesure dans laquelle les salaires ressortant des statistiques doivent être réduits dépend de l'ensemble des circonstances personnelles et professionnelles du cas particulier (limitations liées au handicap, âge, années de service, nationalité/catégorie d'autorisation de séjour et taux d'occupation) et résulte d'une évaluation dans les limites du pouvoir d'appréciation. Une déduction globale maximum de 25% sur le salaire statistique permet de tenir compte des différents éléments qui peuvent influencer le revenu d'une activité lucrative (ATF 126 cité consid. 5b/aa-cc). La déduction, qui doit être effectuée globalement, résulte d'une évaluation et doit être brièvement motivée par l'administration. Le juge des assurances sociales ne peut, sans motif pertinent, substituer son appréciation à celle de l'administration (ATF 126 cité consid. 6).

9.

9.1 En l'espèce, l'autorité inférieure a retenu la méthode générale de comparaison des revenus, le recourant ayant exercé une activité professionnelle à plein temps qu'il a dû interrompre en raison de son état de santé et aurait certainement continué à exercer cette activité sans ces problèmes médicaux. Il s'agit donc de comparer les revenus que le recourant percevait au moment où il a cessé de travailler avec ceux que l'on pourrait raisonnablement attendre de sa part au moment de la naissance du droit à la rente, un an après le début de son arrêt de travail (art. 28 al. 1 let. b LAI).

9.2 En l'occurrence, l'extrait du compte AVS/AI du recourant pour l'année 2010, soit la dernière année de travail complète, affiche un revenu annuel brut de 61'980 francs (pce 16). Ce montant doit être indexé au moment auquel le droit à la rente aurait pu naître, soit en 2011, d'un taux de 1.0% (OFS, Evolution des salaires nominaux, des prix à la consommation et des salaires réels, 1976-2012 [2151 points pour 2010 et 2171 points pour 2011, soit une hausse de 1.0%; indice 100 = 1939) afin de tenir compte de l'évolution des salaires, pour atteindre 62'600 francs.

9.3 Pour ce qui est du revenu d'invalidité, l'autorité de recours peut suivre la démarche de l'autorité inférieure, à savoir de recourir à l'Enquête suisse des salaires (ESS). L'autorité inférieure a retenu le revenu médian pour un travailleur masculin de 62'028 francs. Cette différence par rapport au montant de 62'600 francs n'a pas d'incidence sur l'issue du litige. Sur la base des données de l'ESS de 2008, indexées jusqu'au moment de la décision (tableau TA1 relatif le secteur privé, pour un homme, revenu médian, tous secteurs confondus, niveau de qualification 4 "Activités simples et répétitives"), le revenu d'invalidité est de 4806 francs bruts annuellement, indexé de 3.77% pour 2011 (OFS, Evolution des salaires nominaux, des prix à la consommation et des salaires réels, 1976-2012 [2171 points pour 2011 et 2092 points en 2008, soit une hausse de 3.77%; indice 100 = 1939), à 4987 francs 20 pour 40 heures hebdomadaires de travail. Après adaptation au temps de travail hebdomadaire tout secteur confondu en 2011 (41.7 heures hebdomadaires; Table B 9.2 in: La Vie économique 9-2011, p. 94), il convient de retenir un revenu d'invalidité de 5'199 francs 14, soit 62'389 francs 70 annuellement. L'autorité inférieure avait retenu une indexation de 3.42% et non 3.77% et une durée du temps de travail de 41.6 heures et non de 41.7 heures, sans que cela n'influence cependant l'issue de la cause.

En l'espèce, l'autorité inférieure n'a pas pratiqué de réduction du revenu d'invalidité. Le juge des assurances sociales ne peut, sans motif pertinent, substituer sa propre appréciation à celle de l'administration; il doit s'appuyer sur des circonstances de nature à faire apparaître sa propre appréciation comme la mieux appropriée (ATF 137 V 71 consid. 5.2). Compte tenu de l'âge du recourant (59 ans), l'on aurait pu s'attendre à une réduction de ce revenu. Cependant, l'autorité de recours note, d'une part, que la capacité de travail du recourant est pleine pour les activités de substitution évoquées et, d'autre part, que même une réduction maximale autorisée de 25% n'aurait pas donné droit à une rente et n'aurait ainsi pas eu d'incidence sur l'issue du litige.

9.4 La comparaison du revenu sans invalidité de 62'600 francs avec celui d'invalidité de 62'389 francs 70, fait apparaître une perte de gain de 1.4% $([62389.70 - 62600.00] \times 100 / 62389.70)$. Ce taux étant inférieur à 40%, il n'ouvre pas le droit à une rente, conformément à ce qui a été retenu par l'autorité inférieure.

Partant, le recours du 25 octobre 2012 contre la décision du 8 octobre 2012 doit être rejeté; la décision est confirmée.

10.

Dans ce cadre, il est utile de relever que, selon un principe général valable en assurances sociales, l'assuré a l'obligation de diminuer le dommage et doit entreprendre de son propre chef tout ce qu'on peut raisonnablement attendre de lui afin d'atténuer autant que possible les conséquences de son invalidité (ATF 123 V 96 consid. 4 c, 115 V 53, 114 V 285 consid. 3, 11 V 239 consid. 2a; ULRICH MEYER BLASER, *Zum Verhältnismässigkeitsgrundsatz im staatlichen Leistungsrecht*, thèse, Berne 1985, p. 131). Il convient notamment de souligner que ni l'âge, ni la situation familiale ou économique, en particulier un marché de l'emploi local restreint, un arrêt prolongé de l'activité professionnelle ne constituent un critère relevant pour l'octroi d'une rente d'invalidité. Ces circonstances bien que pouvant compromettre la reprise d'une activité ne peuvent être prises en considération dans l'évaluation de l'invalidité (arrêt du Tribunal administratif fédéral I 175/04 du 28 janvier 2005 consid. 3; Jurisprudence et pratique administrative des autorités d'exécution de l'AVS/AI (VSI) 1999 p. 247 consid. 1, 1998 p. 296 consid. 3b).

11.

11.1 Les frais de procédure par 400 francs 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.

11.2 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]).

(Le dispositif se trouve à la page suivante.)

Par ces motifs, le Tribunal administratif fédéral prononce :

1.

Le recours est rejeté.

2.

Les frais judiciaires, fixés à 400 francs, sont 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 avec avis de réception)
- à l'autorité inférieure (n° de réf. _____ ; Recommandé)
- à l'Office fédéral des assurances sociales (Recommandé)

Le président du collège :

Le greffier :

Francesco Parrino

Yann Grandjean

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 :