



Cour III
C-6026/2012

Arrêt du 30 octobre 2014

Composition

Vito Valenti (président du collège),
Daniel Stufetti et Michela Bürki Moreni, juges,
Yannick Antoniazza-Hafner, greffier.

Parties

A. _____,
représenté par Maître Mercedes Salmonte Couso, Avocate,
plaza Roxa n° 6-1° A, ES-15701 Santiago de Compostela,
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.**

Le recourant A. _____, ressortissant espagnol né le [...] 1959, travaille en Suisse pendant plusieurs périodes d'assurances de 1984 à 1996 (dossier OAIE, p. [ci-après: p.] 26). De retour en Espagne, il oeuvre à plein temps en tant que cordonnier indépendant jusqu'au 30 octobre 2007, date à laquelle il doit cesser son activité pour cause de troubles dégénératifs au rachis, de pathologie scapulaire et de fibromyalgie avec douleurs généralisées (questionnaire à l'assuré du 3 décembre 2008 [p. 63 n° 10a]; rapport médical E 213 du 6 octobre 2008 [p. 31 n° 3 et p. 37 n° 7]). Le 4 août 2008, l'assuré dépose une demande de prestations à l'intention des autorités suisses auprès de l'Institut national de sécurité social espagnol (formulaire E 204 du 8 octobre 2008 [p. 12 n° 14]). La requête est transmise à l'Office de l'assurance-invalidité pour les assurés résidant à l'étranger (ci-après: OAIE) pour compétence.

B.

Une première décision de l'autorité inférieure du 3 avril 2009 déniait à l'assuré le droit à une rente (p. 147) est annulée par le Tribunal administratif fédéral par arrêt du 24 août 2011 qui renvoie la cause à l'administration pour instruction complémentaire (p. 208 ss).

C.

Après que l'assuré a été soumis à une expertise médicale en date du 3 avril 2012 (cf. rapport d'expertise du 13 juillet 2012 [p. 279 ss]), l'autorité inférieure conclut derechef, par décision du 8 octobre 2012 (p. 336 s.), que l'assuré ne présente pas un taux d'invalidité suffisant pour prétendre à une rente d'invalidité.

D.

Par acte du 12 novembre 2012 (pce TAF 1), l'assuré interjette recours auprès du Tribunal administratif fédéral contre cette décision en soulignant que la documentation médicale et administrative produite par les autorités espagnoles lui reconnaissent un taux d'invalidité de 66% et que le rapport d'expertise établi en Suisse ne lui a jamais été transmis.

E.

E.a Par décision incidente du 17 décembre 2012 (pce TAF 5), le Tribunal administratif fédéral invite le recourant à s'acquitter d'une avance de frais de Fr. 400.- jusqu'au 16 janvier 2013. Par ailleurs, il lui transmet une copie de l'entier du dossier et, sous réserve du paiement de l'avance de frais

dans le délai requis, lui octroie un délai courant également jusqu'au 16 janvier 2013 pour compléter le recours. Le recourant verse un montant de Fr. 395.50 sur le compte du Tribunal le 4 janvier 2013 (pce TAF 8) et renonce à compléter le recours.

E.b Invité, par décision incidente du 28 janvier 2013 (pce TAF 9), à s'acquitter du solde manquant de l'avance de frais dans un délai de 14 jours dès notification de ladite décision, le recourant verse Fr. 10.- supplémentaires sur le compte de Tribunal le 14 février 2013 (pce TAF 11).

F.

Lors de l'échange d'écritures ultérieur ordonné par le Tribunal de céans, les parties restent sur leurs positions respectives (cf. préavis du 4 avril 2013 [pce TAF 13] et réplique du 20 mai 2013 [pce TAF 16]).

Droit :

1.

1.1 Sous réserve des exceptions – non réalisées en l'espèce – prévues à l'art. 32 de la loi du 17 juin 2005 sur le Tribunal administratif fédéral (LTAF, RS 173.32), entrée en vigueur le 1^{er} janvier 2007, le Tribunal de céans, en vertu de l'art. 31 LTAF en relation avec l'art. 33 let. d LTAF et l'art. 69 al. 1 let. b de la loi fédérale du 19 juin 1959 sur l'assurance-invalidité (LAI, RS 831.20), connaît des recours interjetés par les personnes résidant à l'étranger contre les décisions concernant l'octroi de rente d'invalidité prises par l'OAIE.

1.2 En vertu de l'art. 3 let. d^{bis} PA, auquel renvoie l'art. 37 LTAF, la procédure en matière d'assurances sociales n'est pas régie par la PA dans la mesure où la loi fédérale du 6 octobre 2000 sur la partie générale du droit des assurances sociales (LPGA, RS 830.1) est applicable. Selon l'art. 2 LPGA, les dispositions de la présente loi sont applicables aux assurances sociales régies par la législation fédérale, si et dans la mesure où les lois spéciales sur les assurances sociales le prévoient. Or, l'art. 1 al. 1 LAI mentionne que les dispositions de la LPGA s'appliquent à l'assurance-invalidité (art. 1a à 26^{bis} et 28 à 70), à moins que la LAI ne déroge à la LPGA.

1.3 Selon l'art. 59 LPGA, quiconque est touché par la décision ou la décision sur opposition et a un intérêt digne d'être protégé à ce qu'elle soit annulée ou modifiée a qualité pour recourir. Ces conditions sont remplies en l'espèce.

1.4 Déposé en temps utile et dans les formes requises par la loi (art. 60 LPGA et 52 PA), le recours est recevable.

2.

2.1 Le droit matériel 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). Ainsi, 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 normes 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.

2.2 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 statique 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; 8C_870/2012 du 8 juillet 2013 consid. 2.2). 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 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. Selon la jurisprudence, cette disposition — moins avantageuse pour le recourant par rapport à l'ancien droit et entrée en vigueur le 1^{er} janvier 2008 —, s'applique si le délai d'attente d'une année au sens de l'art. 28 al. 2 let. b LAI (cf. supra consid. 4) était déjà arrivé à échéance avant le 31 décembre 2007 (arrêt du Tribunal fédéral 9C_693/2012 du 8 juillet 2013 consid. 3). On précisera que selon l'art. 48 al. 2 aLAI (ancien droit), si l'assuré présentait sa demande plus de 12 mois après la naissance du droit, les prestations ne lui étaient allouées que pour les 12 mois précédant la demande.

Dans ce contexte, il ressort du dossier que l'assuré se trouvait sous traitement médical bien avant le 31 décembre 2007 (cf. infra consid. 8.1) avec de courtes hospitalisations du 25 au 27 octobre 2005 et du 17 au 20 octobre 2006 à la clinique de la douleur du Centre hospitalier B._____ suite à des périodes avec douleurs intenses (p. 67 n° 17). Cela étant, ce n'est que dans un rapport du 17 janvier 2007 (p. 127) qu'il est mentionné pour la première fois par un médecin que l'assuré ne peut plus exercer son activité. Pour sa part, l'intéressé a déposé sa demande de rente d'invalidité auprès des autorités espagnoles le 30 janvier 2007 seulement (p. 102) et indiqué devant les experts du centre C._____ qu'il pensait avoir travaillé peu après 2007 (expertise du 13 juillet 2012 [p. 283]), ce qui est en accord avec les données fournies par les autorités espagnoles (cf. formulaire E 204 du 8 octobre 2008 [p. 7 n° 7.1]; rapport E 205 du 8 octobre 2008 [p. 18]; rapport médical E 213 du 6 octobre 2008 [p. 31 n° 3.1]. En l'état du dossier, il convient donc de conclure que l'éventuelle incapacité de travail de longue durée a débuté en date du 17 janvier 2007 au plus tôt. Le délai d'attente d'une année n'a donc pas pu arriver à terme avant le 18 janvier 2008 de sorte que l'art. 29 al. 1 LAI, dans sa version en vigueur depuis le 1^{er} janvier 2008, trouve application in casu, étant rappelé que le recourant a déposé sa demande de prestation AI à l'attention des autorités suisses le 4 août 2008, soit plus de 7 mois après l'entrée en vigueur du nouveau droit (cf. supra let. A; ATF 138 V 475 consid. 3.4). Il s'ensuit que le Tribunal peut se limiter en l'espèce à examiner si le recourant avait droit à une rente le 4 février 2009 (6 mois après le dépôt de la demande) ou si le droit à une rente était né entre cette date et le 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). A titre superfétatoire, on notera que, comme on le verra ci-après, l'application hypothétique de l'ancien droit (art. 48 al. 2 aLAI) ne modifierait en rien l'issue de la cause (cf. infra consid. 10.3).

3.

Selon les normes applicables, tout requérant, pour avoir droit à une rente de l'assurance-invalidité suisse, doit remplir cumulativement les conditions suivantes: d'une part être invalide au sens de la LPGA et de la LAI (art. 8 LPGA; art. 4, 28, 28a, 29 al. 1 LAI); d'autre part compter trois années entières de cotisations (art. 36 al. 1 LAI). En l'espèce, le recourant a versé des cotisations à l'AVS/AI pendant plus de trois ans au total et remplit donc la condition de la durée minimale de cotisations.

4.

L'invalidité au sens de la LPGA et de la LAI est l'incapacité de gain totale ou partielle qui est présumée permanente ou de longue durée, qui peut résulter d'une infirmité congénitale, d'une maladie ou d'un accident (art. 8 LPGA et 4 al. 1 LAI). Selon l'art. 7 LPGA, est réputée incapacité de gain toute diminution de l'ensemble ou d'une partie des possibilités de gain de l'assuré sur un marché du travail équilibré dans son domaine d'activité, si cette diminution résulte d'une atteinte à sa santé physique, mentale ou psychique et qu'elle persiste après les traitements et les mesures de réadaptation exigibles. Aux termes de l'art. 28 al. 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. Conformément à l'art. 28 al. 1 LAI, le droit à une rente naît dès que l'assuré ne peut rétablir, maintenir ou améliorer sa capacité de gain ou sa capacité d'accomplir ses travaux habituels au moyen de mesures de réadaptation raisonnablement exigibles (lettre a), présente une incapacité de travail de 40% au moins pendant une année sans interruption notable (lettre b) et, au terme de cette année, est invalide (lettre c).

5.

Le taux d'invalidité d'une personne exerçant une activité lucrative est fixé d'après la comparaison des revenus prévue par l'art. 16 LPGA, c'est-à-dire essentiellement selon des considérations économiques. Ainsi 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. Aux termes des art. 8 LPGA et 4 al. 1 LAI, l'objet assuré n'est pas l'atteinte à la santé physique, mais les conséquences économiques de celles-ci, à savoir une incapacité de gain probablement permanente ou de longue durée. Ainsi le taux d'invalidité ne se confond pas nécessairement avec le taux d'incapacité fonctionnelle déterminé par

le médecin; ce sont les conséquences économiques objectives de l'incapacité fonctionnelle qu'il importe d'évaluer (ATF 110 V 273 consid. 4). Le Tribunal fédéral a néanmoins jugé que les données fournies par les médecins constituent un élément utile pour déterminer quels travaux peuvent encore être exigés de l'assuré (ATF 125 V 256 consid. 4).

6.

Selon le principe inquisitoire qui régit la procédure dans le domaine des assurances sociales (art. 43 al. 1 et 61 let. c LPGA), l'administration et, en procédure de recours, le juge constatent les faits d'office, avec la collaboration des parties et administrent les preuves nécessaires (cf. ATF 125 V 193 consid. 2 p. 195). En particulier, une expertise sera mise en œuvre lorsqu'il apparaît nécessaire de clarifier les aspects médicaux du cas (ATF 117 V 282). La portée du principe inquisitoire est cependant restreinte par le devoir des parties de collaborer à l'instruction de l'affaire. Celui-ci comprend en particulier l'obligation de ces dernières d'apporter, dans la mesure où cela peut être raisonnablement exigé d'elles, les preuves commandées par la nature du litige et des faits invoqués, faute de quoi elles risquent de devoir supporter les conséquences de l'absence de preuves (ATF 122 V 157 consid. 1a; arrêts du Tribunal fédéral 9C_106/2011 du 14 octobre 2011 consid. 3.3; 8C_668/2012 du 26 février 2013 consid. 6.2 in fine).

7.

7.1 Par un moyen de nature formelle qu'il convient d'examiner en premier, le recourant, dans son mémoire de recours du 12 novembre 2012, relève qu'il n'a jamais reçu l'expertise du 13 juillet 2012 sur laquelle se base l'administration et fait, semble-t-il, valoir une violation de ses droits de procédure à ce titre (cf. pce TAF 1 p. 4 chif. 4). L'administration, pour sa part, n'a aucunement pris position sur ce grief (préavis du 4 avril 2013 [pce TAF 13]).

7.2 La jurisprudence a déduit du droit d'être entendu (art. 29 al. 2 Cst.), en particulier, le droit pour le justiciable de s'expliquer avant qu'une décision ne soit prise à son détriment, celui de fournir des preuves quant aux faits de nature à influencer sur le sort de la décision, celui d'avoir accès au dossier, celui de participer à l'administration des preuves, d'en prendre connaissance et de se déterminer à leur propos. En particulier, une condition nécessaire du droit de consulter le dossier est que l'autorité, lorsqu'elle verse au dossier de nouvelles pièces dont elle entend se prévaloir dans son jugement, soit tenue d'en aviser les parties. Encore qu'elle ne soit pas obligée de les renseigner sur chaque production de pièces, car il suffit qu'elle

tienne le dossier à leur disposition (arrêt du Tribunal fédéral 9C_713/2012 du 28 janvier 2013 consid. 2.2.1 et les références citées; ATF 132 V 387 consid. 6.2).

7.3 En l'espèce, indépendamment de la question de savoir si (de surcroît) il existait in casu une obligation de la part de l'administration de présenter d'office à l'assuré l'expertise du 13 juillet 2012 pour connaissance avant d'entamer la procédure d'audition vu les particularités de la matière (voir à ce sujet, pour comparaison, Circulaire sur la procédure dans l'assurance-invalidité [CPAI], état au 1^{er} mars 2012, n° 2088; URS MÜLLER, Das Verwaltungsverfahren in der Invalidenversicherung, Berne 2010, p. 262 n° 1377; arrêt du Tribunal fédéral 9C_231/2012 du 24 août 2012 consid. 2.1; arrêt du Tribunal administratif fédéral B-2781/2012 du 14 décembre 2012 consid. 8.4.2), il appert que l'intéressé, dans son acte d'opposition du 17 septembre 2012 (p. 333 chif. 4) critiquant le projet de décision du 7 août 2012 (p. 304), avait déjà reproché à l'administration de ne pas lui avoir transmis l'expertise du centre C._____. Selon le principe de la confiance, l'autorité inférieure aurait donc dû considérer ce grief comme une demande de consulter le dossier. Par ailleurs, sous l'angle du droit d'être entendu, elle était tenue de réagir sans délai en transmettant à l'intéressé le document demandé et en lui impartissant un nouveau délai pour déposer ses remarques relatives au projet de décision. En omettant de procéder de la sorte, l'autorité inférieure a donc violé le droit d'être entendu de l'assuré. Ce vice ne saurait toutefois être qualifié de particulièrement grave. En effet, force est de constater que le Tribunal de céans, par ordonnance du 17 décembre 2012 (pce TAF 5), a transmis au recourant l'entier du dossier de l'OAIE en lui indiquant précisément à quelles pages du dossier se trouvait l'expertise et en lui impartissant un délai jusqu'au 16 janvier 2013 pour compléter son recours. L'assuré n'a toutefois pas réagi dans le délai octroyé. Par ailleurs, par ordonnance du 16 avril 2013 (pce TAF 14), le Tribunal administratif fédéral a fait suivre au recourant la réponse au recours de l'autorité inférieure du 4 avril 2013 et l'a invité derechef à déposer des remarques éventuelles. L'intéressé s'est cette fois-ci exécuté par réplique du 20 mai 2013. Dans cet acte, il a estimé que l'expertise médicale transmise contenait des données tout à fait subjectives qui n'étaient pas de nature à remettre en cause les rapports médicaux espagnols qui avaient été versés à la cause (pce TAF 16 p. 2). Il convient donc de conclure que le vice de procédure constaté a pu être réparé en procédure de recours devant le présent Tribunal qui jouit d'une pleine cognition.

7.4 Même si le recourant n'a pas soulevé ce grief, on relèvera également d'office que l'OAIE a mandaté le centre C._____ de mettre sur pied une

expertise médicale par acte du 19 décembre 2011 (p. 248). Or, comme ce mandat a été donné après le prononcé de l'arrêt de principe du Tribunal fédéral 9C_243/2010 du 28 juin 2011 (= ATF 137 V 210) introduisant de nouveaux droits de procédure en faveur des assurés, l'Office aurait notamment dû transmettre à l'intéressé les questions à l'intention de l'expert en lui donnant la possibilité de poser des questions complémentaires ou de faire des propositions quant à d'autres spécialités médicales à inclure dans l'expertise en vue (cf. à ce sujet ULRICH MEYER, *Entwicklung von Rechtsprechung und Verwaltungspraxis seit BGE 137 V 210 – Zwischenbilanz nach zwei Jahren* in: UELI KIESER [éd.], *Sozialversicherungsrechtstagung 2013, St-Gall 2014*, p. 57 s.; arrêts du Tribunal fédéral 9C_769/2013 du 1^{er} avril 2014 consid. 2 s.; 9C_475/2014 du 31 juillet 2014, consid. 2 2^{ème} paragraphe). Ici également, cette omission ne saurait être déterminante dans la présente affaire. En effet, comme on l'a vu (cf. supra consid. 7.3 ci-dessus), l'expertise du centre C._____ a été transmise à l'assuré par ordonnance du Tribunal du 17 décembre 2012 (pce TAF 5). Le recourant était donc tout à fait à même de connaître les questions à l'expert qui figuraient aux pages 15 à 17 de ce document (p. 293-295). Or, dans sa réplique du 20 mai 2013 (pce TAF 16), il n'a soulevé aucun grief concret à cet égard. Il en va de même en rapport avec les spécialités médicales ayant été retenues pour l'expertise. Au demeurant, comme cela sera exposé ci-après (cf. infra consid. 10.3), la documentation médicale versées aux actes de la cause ne jette pas de doute quant au bien-fondé de l'expertise du centre C._____ du 13 juillet 2012. Dans de telles circonstances, il sied donc de conclure que la violation du droit d'être entendu a pu être réparée en procédure de recours (cf. arrêt du Tribunal fédéral 8C_339/2014 du 20 août 2014 consid. 3; 8C_700/2013 du 2 décembre 2013 consid. 3.1; 8C_904/2012 du 28 mars 2013 consid. 4.2; ATF 136 V 113 consid. 5 et 6). A titre superfétatoire, on relèvera que même si l'on devait retenir une violation grave de l'art. 29 Cst. en l'espèce, il faudrait s'abstenir exceptionnellement de renvoyer l'affaire à l'autorité inférieure pour instruction complémentaire, dès lors qu'une telle manière de procéder reviendrait à une veine formalité (arrêt du Tribunal fédéral U 145/06 du 31 août 2007 consid. 5.1 et infra consid. 10.3).

8.

Sur le plan matériel est litigieux le point de savoir si le recourant présente un taux d'invalidité suffisant pour ouvrir le droit à une rente.

8.1 En substance, il ressort du dossier que l'assuré fait l'objet depuis environ 1995 de troubles dégénératifs du rachis entraînant des cervicalgies auxquelles se sont rapidement ajoutées des lombalgies (cf. expertise du

13 juillet 2012 [p. 282]; rapport du 22 septembre 2009 [p. 182 s. chif. 1-7]). Cette symptomatologie ne l'a toutefois pas empêché d'exercer son activité de cordonnier sans restriction jusqu'en 2005 (questionnaire pour indépendants du 3 décembre 2008 [p. 65 n° 3]). Cette année-là, les douleurs augmentent et irradient pratiquement la totalité de la structure articulaire et musculaire. L'assuré se plaint de polyarthralgie/myalgie généralisée, de rachialgie de prédominance cervicale et lombaire, d'une douleur intense affectant la ceinture scapulaire de prédominance gauche et de gonalgie bilatérale (rapport du 25 octobre 2005 [p. 115]; certificat du 22 septembre 2009 [p. 183 chif. 8-9]; rapport du 12 août 2009 [p. 188]). L'assuré indique avoir été hospitalisé à la Clinique de la douleur du Centre hospitalier B._____ du 25 au 27 octobre 2005 (questionnaire pour indépendants du 3 décembre 2008 [p. 67 n° 13]). Une échographie de l'épaule gauche du 21 mars 2006 démontre une rupture de la coiffe des rotateurs (p. 116). Ensuite de cela, une nouvelle hospitalisation à la clinique de la douleur sera derechef nécessaire du 17 au 20 octobre 2006 (questionnaire pour indépendants du 3 décembre 2008 [p. 67 n° 13]), dans laquelle l'intéressé suivra par la suite un traitement pendant plusieurs années (rapport du 12 août 2009 [p. 188 s.]; rapport du 22 septembre 2009 [p. 183 chif. 10-17]). Un certificat du 17 janvier 2007 conclut que la symptomatologie constatée empêche l'assuré d'accomplir son activité habituelle (p. 127). Dès lors, celui-ci travaillera encore un peu dans le courant de l'année pour finalement interrompre toute activité fin octobre 2007 pour des raisons de santé (questionnaire à l'assuré du 3 décembre 2008 [p. 62 n° 7a]; expertise du 13 juillet 2012 [p. 283, 3^{ème} paragraphe]). En 2009 et 2010 une suture de la coiffe des rotateurs et une acromioplastie à l'épaule gauche sont réalisées sans résultat concluant (expertise du 13 juillet 2012 [p. 283, 7^{ème} paragraphe]). Parallèlement, l'assuré — qui signale souffrir d'un état dépressif depuis 2008 — reçoit de la médication prescrite par un psychiatre (ordonnance médicale du 11 mars 2009 [p. 203]) et se soumet à un suivi psychiatrique en 2011 (expertise du 13 juillet 2012 [p. 283, 8^{ème} paragraphe et p. 290, 10^{ème} paragraphe]; rapport psychiatrique du 20 septembre 2011 [p. 230]).

8.2 Ces grandes lignes ayant été tracées, il sied de mettre en évidence les rapports médicaux suivants.

8.2.1 Lors d'une consultation au service de traumatologie du Centre hospitalier B._____, semble-t-il au début 2007, il est fait part d'un assuré souffrant de hyperostose vertébrale ankylosante et de douleurs osseuses généralisées avec possible rupture du tendon sous-épineux. Un geste chirurgical étant éventuellement nécessaire, il est demandé des examens

complémentaires (rapport médical non daté [p. 127, 1^{er} partie]; rapport du 22 septembre 2009 [p. 184 chif. 18]).

8.2.2 Dans un rapport rhumatologique du 17 janvier 2007 (p. 127, 2^{ème} partie), le Dr D. _____ retient que l'assuré présente un tableau clinique de hyperostose vertébrale ankylosante avec syndrome de fibromyalgie et impossibilité d'abduction des deux épaules pour cause de tendinopathie et rupture de la coiffe des rotateurs. Il est précisé que le patient se trouve actuellement en traitement dans une clinique de la douleur, qu'il est dans l'incapacité d'accomplir son activité et qu'une réhabilitation est de mise. Dans un second rapport du 3 juin 2008 de ce même médecin (p. 55), il est fait part de résultats électromyographiques (dénervation chronique de C-6-C7-C8 et L5), de résultats d'IRM cervicales où il est question de protrusions disco-ostéophytaires à différents niveaux et de résultats d'IRM lombaire où il est question de protrusion discale L4-L5 avec rétrécissement du canal rachidien.

8.2.3 Le Dr E. _____, dans un rapport rhumatologique du 28 janvier 2007 (p. 54), indique qu'il suit le patient depuis le 26 novembre 2005 pour cause de douleurs multiples. Celui-ci souffre d'idiopathique diffuse du squelette hyperostosis, de maladie discale dégénérative, de fibromyalgie, d'une rupture du tendon sous-scapulaire, bilatérale, et d'une rupture du tendon sus-épineux gauche avec rétraction. Le traitement est conservateur, étant relevé que le tableau clinique du patient a évolué de manière torpide et que les anti-inflammatoires non stéroïdiens et les analgésiques (y compris les opiacés) ont cessé de faire de l'effet. Selon ce médecin, le patient est manifestement incapable de réaliser une quelconque activité supposant un effort modéré qui entraîne une tension mécanique.

8.2.4 Dans un rapport E 213 du 6 octobre 2008 (p. 30 ss), la Dresse F. _____ reprend les diagnostics connus et conclut que l'intéressé ne peut plus exercer son activité de cordonnier mais qu'il est en mesure, avec des pauses supplémentaires, d'accomplir des activités de substitution qui ne causent pas de surcharge du rachis.

8.2.5 Le Dr E. _____, dans un nouveau rapport rhumatologique du 12 août 2009 (p. 188), indique que les diagnostics sont restés inchangés avec une évolution négative. Il constate une chronicisation et exacerbation de la symptomatologie entraînant une incapacité physique (il présente une limitation pour les manœuvres les plus élémentaires de l'hygiène personnelle) et psychique (il souffre d'un trouble dépressif chronique respectivement

d'un syndrome anxio-dépressif avec traits paranoïdes actuellement traités dans l'unité psychiatrique du Complexe hospitalier B._____).

8.2.6 Dans un rapport du 22 septembre 2009 (p. 181; cf. également le rapport du 28 juin 2007 [p. 119] de ce même médecin), le Dr G._____, spécialiste des dommages corporels, pose les diagnostics de (1) de hyperostose vertébrale ankylosante; (2) de syndrome de fibromyalgie et dysthymie et (3) de syndrome anxio-dépressif chronique avec traits paranoïdes et associé à un trouble somatoforme, pour douleur chronique persistante et intense. Soulignant que l'assuré est également limité dans l'accomplissement de ses tâches quotidiennes, il conclut que celui-ci présente un degré d'incapacité de 98%.

8.2.7 Dans un rapport psychiatrique du 20 septembre 2011 (p. 230), le Dr H._____ indique que le patient souffre de fibromyalgie et, en parallèle, d'un trouble adaptatif: réaction mixte (CIM-10 F43.22) avec tristesse, désespoir, anxiété, anhédonie et insomnie.

8.2.8 Appelé à donner son avis sur la documentation médicale versée au dossier, le service médical de l'OAIE est d'avis que l'ensemble des affections mises en évidence n'est pas de nature à provoquer une invalidité au sens de la LAI (cf. rapports des 3 janvier 2009 [p. 133] et 24 octobre 2009 [p. 192]).

8.2.9 Le Tribunal administratif fédéral ayant ordonné la mise en œuvre d'une expertise médicale (cf. arrêt C-3124/2009 du 24 août 2011 [p. 208 ss]), l'assuré est examiné par les Drs I._____, psychiatre, et J._____, rhumatologue, au centre C._____ le 3 avril 2012. Dans leur rapport du 13 juillet 2012 (p. 279 ss), ces praticiens posent les diagnostics ayant une répercussion sur la capacité de travail d'épaules douloureuses sur omarthrose et déchirure de la coiffe des rotateurs bilatérale après conflit sous-acromial des deux côtés, suture tendineuse et acromioplastie gauche sans succès et les diagnostics sans répercussion sur la capacité de travail de (1) rachialgies communes sur spondylarthrose ankylosante de Forestier avec modification dégénérative; (2) de trouble somatoforme indifférencié (F45.1) depuis 2007 et (3) de dysthymie (F34.1) depuis 2007 (p. 293 n° 4). Ils concluent que l'assuré n'a jamais présenté une incapacité de travail de longue durée dans son activité de cordonnier (p. 293 n° 5a et p. 294 n° 2a).

8.2.10 L'administration est d'avis que l'expertise précitée constitue un moyen de preuve suffisant pour dénier tout droit à une rente à l'assuré. Le

recourant conteste cette appréciation en renvoyant aux rapports médicaux contraires rédigés par les médecins espagnols et à l'appréciation de son taux d'invalidité effectuée par les autorités de son pays.

9.

A titre liminaire, il sied de souligner que, selon les dispositions topiques et la jurisprudence, l'octroi d'une rente étrangère d'invalidité ne préjuge pas l'appréciation de l'invalidité selon la loi suisse (cf. supra consid. 2.2; 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; 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). Le fait que les institutions de sécurité sociale d'un pays membre de l'Union Européenne mettent un assuré au bénéfice de certaines prestations sociales n'est donc en soi pas de nature à lier les organes de l'assurance-invalidité suisse. En l'occurrence, il n'est donc pas déterminant que les institutions de sécurité sociale espagnole aient mit l'intéressé au bénéfice de prestations d'assurance sur la base d'un taux invalidité élevé (cf. jugements des 24 septembre 2007 [p. 101 ss] et 30 mai 2008 [p. 106 ss] ainsi que les actes administratifs datés du 30 mars 2009 [p. 152-153; p. 202]).

10.

10.1 D'une manière générale, en présence d'avis médicaux contradictoires, le juge doit apprécier l'ensemble des preuves à disposition et indiquer les motifs pour lesquels il se fonde sur une appréciation plutôt que sur une autre. A cet égard, l'élément décisif pour apprécier la valeur probante d'une pièce médicale n'est en principe ni son origine, ni sa désignation sous la forme d'un rapport ou d'une expertise, mais bel et bien son contenu. Il importe, pour conférer pleine valeur probante à un rapport médical, que les points litigieux importants aient fait l'objet d'une étude circonstanciée, que le rapport se fonde sur des examens complets, qu'il prenne également en considération les plaintes exprimées par la personne examinée, qu'il ait été établi en pleine connaissance de l'anamnèse, que la description du contexte médical et l'appréciation de la situation médicale soient claires et enfin que les conclusions de l'expert soient dûment motivées (ATF 134 V 231 consid. 5.1 et les références citées).

La jurisprudence a toutefois posé des lignes directrices en ce qui concerne la manière d'apprécier certains types d'expertise ou de rapports médicaux. Ainsi, le juge ne s'écarte en principe pas sans motifs impératifs des conclusions d'une expertise médicale, la tâche de l'expert étant précisément de mettre ses connaissances spéciales à la disposition de la justice afin de l'éclairer sur les aspects médicaux d'un état de fait donné (ATF 125 V 351 cons. 3b/aa; 118 V 290 consid. 1b et les références). Il n'en va différemment que si les médecins consultés par l'assuré font état d'éléments objectivement vérifiables ayant été ignorés dans le cadre de l'expertise et qui sont suffisamment pertinents pour remettre en cause les conclusions de l'expert.

10.2 En l'occurrence, le rapport d'expertise du 13 juillet 2012 a été établi sur la base d'un examen de l'assuré en date du 3 avril 2012 par un rhumatologue et un psychiatre qui ont procédé à une discussion interdisciplinaire et demandé des examens complémentaires (cf. rapport d'analyses médicales du 5 avril 2012 [p. 297] et rapport d'imagerie du 3 avril 2012 [p. 298 s.]). Par ailleurs, ce document a été relu par un médecin expert qui n'a pas examiné l'intéressé afin de juger de la clarté du texte et de la pertinence des conclusions (p. 280). Cela étant, force est de constater que le rapport d'expertise en question est très fouillé, se base sur une anamnèse complète et des examens circonstanciés, dresse un tableau global cohérent et contient des conclusions dûment motivées. En particulier, il appert que les experts ont pris position sur toutes les affections mises en évidence par les praticiens espagnols ayant examiné le recourant et motivent de façon tout à fait convaincante leur point de vue.

10.2.1 Tout d'abord, on observe que le corps médical a mis en évidence chez l'assuré une pathologie à l'épaule et des troubles dégénératifs du rachis avec présence d'une maladie de forestier (aussi connue sous le nom d'idiopathie diffuse du squelette hyperostosis ou de hyperostose vertébrale ankylosante). Les Dr. I. _____ et J. _____ – qui ne contestent nullement la présence de ces affections – s'expriment comme suit (p. 290 s.): "Sur le plan rhumatologique, la présente expertise n'apporte rien de concret, hormis l'atteinte des épaules. Lors de l'examen clinique, les performances rachidiennes ne sont pas anormales, mais on constate la présence de signes de non organicités. Les éventuels déficits neurologiques périphériques, radiculaires et tronculaires, ont été systématiquement recherchés et il n'y en a pas. L'imagerie du rachis (seule des radiographies ont été effectuées) ne montre pas de lésions susceptibles d'expliquer les plaintes. La colonne cervicale est bien le siège d'une spondylar-

throse ankylosante de Forestier, avec une limitation d'amplitudes des mouvements. L'examen clinique est bien en relation avec l'imagerie, pour ce qui concerne les limitations. Cependant, l'observation et les palpations ciblées n'ont pas retrouvé les douleurs dont se plaint l'assuré. La présente expertise reconnaît donc la présence d'une maladie de Forestier avec atteinte pelvi-rachidienne et périphérique (des hanches et des épaules). Le diagnostic différentiel, à savoir la pelvispondylite rhumatismale, a été préalablement investigué en Espagne et exclu. La Maladie de Forestier ou hyperostose squelettique diffuse (diffuse idiopathic skeletal hyperostosis [DISH]), est une hyperostose vertébrale exubérante des faces antérolatérales des corps vertébraux, qui entraîne des raideurs du dos au du cou et parfois une dysphagie. Cette maladie se traduit par des ponts osseux, initialement entre les vertèbres dorsales, s'étendant progressivement aux vertèbres lombaires et aux vertèbres cervicales. Elle touche parfois les articulations des hanches et peut provoquer un rétrécissement du canal rachidien, qui peut comprimer les racines des nerfs sciatiques. La plupart du temps elle est bien tolérée et n'entraîne qu'une limitation peu douloureuse des articulations et de la mobilité de la colonne vertébrale. Toutefois, des formes compliquées et douloureuses ont été décrites. Chez Monsieur A. _____, ces complications ont été systématiquement recherchées et exclues: en particulier, un canal lombaire étroit, qui aurait pu comprimer les racines sciatiques; un canal cervical étroit, qui aurait pu altérer la moelle épinière ou des racines nerveuses; la compression d'autres structures (oesophage, larynx et trachée, veine cave inférieure...). En conséquence, la maladie de Forestier dont souffre cet assuré, ne se solde que par des limitations fonctionnelles peu importantes, ne pouvant pas expliquer toutes les plaintes émises, ni en nombre ni en intensité. On retient une dissociation entre l'importance des plaintes et les observations objectives (pas de lésion médullaire, pas de compression radiculaire, pas de déficit neurologique périphérique, pas de lésion osseuse majeure); dissociation dont témoignent les réactions de défense lors de l'examen clinique et les signes de non organicité de Waddell. Qui plus est, l'assuré qui ne pouvait garder la position assise lors de l'interrogatoire de l'expert rhumatologue, est resté parfaitement tranquille et sans plainte avec l'expert psychiatre." Sur le vu de ces explications très bien étayées, le Tribunal de céans ne voit pas de raisons suffisamment pertinentes pour remettre en question les conclusions des experts, d'autant que l'assuré n'a aucunement mis en évidence des éléments objectifs qui auraient été omis par les spécialistes mandatés (cf. supra consid. 6 et 10.1).

10.2.2 Pour ce qui est de symptomatologie dépressive et du trouble de l'adaptation également évoqués dans les actes de la cause, les experts du

centre C. _____ s'expriment comme suit (p. 291 s.): "Sur la base des éléments anamnestiques et de notre observation, nous ne retenons pas actuellement de trouble de l'humeur. Monsieur A. _____ a probablement présenté un épisode dépressif par le passé. Il est difficile d'évaluer l'intensité de cet épisode sur la base des renseignements anamnestiques fournis. Dans le dossier figure la notion de dysthymie. Cet épisode dépressif n'a pas nécessité de prise en charge intensive et il n'y a pas eu d'hospitalisation en milieu psychiatrique. Monsieur A. _____ n'a certainement pas présenté d'épisode dépressif sévère par le passé. [...] Actuellement, on peut tout au plus retenir une dysthymie en fonction de quelques signes résiduels, tels qu'une tension psychique et des troubles du sommeil. En revanche, nous ne retenons pas les troubles cognitifs que décrit Monsieur A. _____, ni un état de fatigue ou un ralentissement psychomoteur. Ils n'ont pas été observés durant l'entretien. De plus les indications fournies sur d'éventuelles troubles cognitifs étaient peu précises. L'évolution clinique est favorable malgré la non compliance à la duloxétine, et ceci malgré l'effet bénéfique du traitement ressenti pas l'assuré." Ici également, l'avis des experts convainc, d'autant qu'on cherche en vain au dossier un rapport émanant d'un psychiatre qui viendrait contredire l'opinion des Drs I. _____ et J. _____. En effet, le seul rapport psychiatrique versé à la cause date du 20 septembre 2011 (p. 230). Or, ce document est très peu motivé, prend nullement position quant à la capacité de travail du recourant et souligne l'interaction entre la fibromyalgie et les atteintes psychiques constatées. Il n'est donc d'aucun secours au recourant qui n'a produit aucun autre document psychiatrique antérieur ou postérieur à la date de l'expertise qui permettrait d'ébranler l'avis des experts. Dans ce contexte, on notera que les rapport du 28 juin 2007 (p. 124) et 22 septembre 2009 (p. 186) rédigés par le Dr G. _____ retenaient effectivement un trouble dysthymique et somatoforme (cf. p. 187). Or, même si ce praticien n'est pas psychiatre, il n'aurait certainement pas utilisé l'adjectif "dysthymique" en présence d'un assuré souffrant d'une dépression sévère à ce moment-là.

10.2.3 La documentation médicale versée au dossier met aussi en évidence une fibromyalgie respectivement un trouble somatoforme douloureux (cf., parmi d'autres, rapport du 28 janvier 2007 [p. 54] et rapport du 22 septembre 2009 [p. 186]). Selon le Tribunal fédéral, il s'agit de deux notions qui présentent de nombreux points communs et sont même parfois utilisées comme synonyme par le corps médical (ATF 132 V 65 consid. 3). Il convient donc de déterminer le caractère invalidant de ces atteintes selon des principes identiques, étant précisé qu'en présence d'une fibromyalgie

une expertise avec le concours au moins d'un rhumatologue et d'un psychiatre est en principe nécessaire (ATF 132 V 65 consid. 4). Ainsi, il existe une présomption que les effets de la fibromyalgie respectivement du troubles somatoformes douloureux persistant peuvent être surmontés par un effort de volonté raisonnablement exigible. Le caractère non exigible de la réintégration dans le processus de travail peut résulter de facteurs déterminés qui, par leur intensité et leur constance, rendent la personne incapable de fournir cet effort de volonté. Dans un tel cas, en effet, l'assuré ne dispose pas des ressources nécessaires pour vaincre ses douleurs. La question de savoir si ces circonstances exceptionnelles sont réunies doit être tranchée de cas en cas à la lumière de différents critères. Au premier plan figure la présence d'une comorbidité psychiatrique importante par sa gravité, son acuité et sa durée. D'autres critères peuvent être déterminants. Ce sera le cas des affections corporelles chroniques, d'un processus malade s'étendant sur plusieurs années sans rémission durable (symptomatologie inchangée ou progressive), d'une perte d'intégration sociale dans toutes les manifestations de la vie, d'un état psychique cristallisé, sans évolution possible au plan thérapeutique, résultant d'un processus défectueux de résolution du conflit, mais apportant un soulagement du point de vue psychique (profit primaire tiré de la maladie, fuite dans la maladie), de l'échec de traitements ambulatoires ou stationnaires conformes aux règles de l'art (même avec différents types de traitement), cela en dépit de l'attitude coopérative de la personne assurée. Plus ces critères se manifestent et imprègnent les constatations médicales, moins on admettra l'exigibilité d'un effort de volonté. Si les limitations liées à l'exercice d'une activité résultent d'une exagération des symptômes ou d'une constellation semblable, on conclura, en règle ordinaire, à l'absence d'une atteinte à la santé ouvrant le droit à des prestations d'assurance. Au nombre des situations envisagées figurent la discordance entre les douleurs décrites et le comportement observé, l'allégation d'intenses douleurs dont les caractéristiques demeurent vagues, l'absence de demande de soins, les grandes divergences entre les informations fournies par le patient et celles ressortant de l'anamnèse, le fait que des plaintes très démonstratives laissent insensible l'expert, ainsi que l'allégation de lourds handicaps malgré un environnement psychosocial intact (cf. ATF 130 V 352 consid. 3.3.2).

En l'espèce, les Dr C. I. _____ et J. _____ relèvent que la dysthymie constatée chez l'assuré ne peut pas être associée à une comorbidité psychiatrique sévère (p. 292). Cette opinion est conforme à la jurisprudence et ne saurait être remise en question par le Tribunal de céans (cf. arrêt du Tribunal fédéral 8C_842/2011 du 16 octobre 2012 consid. 4.3.1). En outre, comme le relèvent à juste titre les experts précités (p. 292 et 295 let. C) et

le service médical de l'OAIE (rapport du 28 juillet 2012 [p. 302 s.]), les autres critères permettant de conclure – à titre exceptionnel – que la fibromyalgie ou le trouble somatoforme douloureux persistant ne seraient pas surmontables par un effort de volonté raisonnablement exigible ne sont manifestement pas donnés avec une intensité suffisante dans la présente affaire. Certes, il existe un processus maladif de très longue date avec mise en place de divers traitements. Toutefois, les atteintes corporelles objectivement vérifiables avec influence sur la capacité de travail se limitent à des épaules douloureuses sur omarthrose et déchirure de la coiffe des rotateurs bilatérale qui sont compatibles avec une activité légère n'exigeant que des travaux en-dessous du plan des épaules (p. 291, avant dernier paragraphe; p. 293 chif. 4a et chif. 5a). De surcroît, il n'y a pas de perte d'intégration sociale dans toutes les manifestations de la vie, vu que le recourant continue d'avoir une certaine activité et a des contacts avec sa famille proche, ce qui, selon ses propres dires, lui suffit (p. 286, rubrique "vie sociale"; p. 292). On ne saurait non plus retenir que toutes les voies thérapeutiques ont été épuisées, dès lors que les experts ont relevé chez l'assuré un manque de compliance à la médication psychiatrique prescrite (p. 295 chif. C.1). Finalement, les Drs I. _____ et J. _____ retiennent expressément une dissociation entre l'importance des plaintes et les observations objectives (p. 291, 10^{ème} paragraphe), ce qui plaide également à l'encontre d'une affection invalidante au sens de la LAI.

10.3 Compte tenu de tout ce qui précède, il y a lieu de reconnaître pleine valeur probante à l'expertise du 13 juillet 2012 et de lui reconnaître la préséance par rapport aux autres documents médicaux versés à la cause qui doivent être clairement écartés compte tenu de la jurisprudence particulière en rapport avec le diagnostic de fibromyalgie ou de trouble somatoforme douloureux persistant. Le Tribunal administratif fédéral peut donc conclure, à l'instar des Drs I. _____ et J. _____ et du service médical de l'OAIE, que l'assuré n'a jamais présenté une incapacité de travail suffisante pour ouvrir le droit à une rente (cf. supra consid. 8.2.9). Ce faisant – et contrairement à ce que semble croire le recourant (cf. réplique du 20 mai 2013, avant dernier paragraphe) –, le Tribunal de céans ne remet pas en cause l'authenticité des rapports médicaux espagnols versés à la cause. Bien plutôt, il se borne à appliquer la jurisprudence topique en cas d'avis médicaux divergents (cf. supra consid. 10.1) et de la retenue des diagnostics de fibromyalgie ou de trouble somatoforme. Par conséquent, il appert que la décision entreprise doit être confirmée et le recours rejeté.

11.

11.1 Vu l'issue de la cause, les frais de procédure, fixés par le Tribunal de céans à Fr. 400, sont mis à la charge du recourant débouté (art. 69 al. 2 LAI et art. 3 let. b du règlement du 21 février 2008 concernant les frais, dépens et indemnités fixés par le Tribunal administratif fédéral [FITAF, RS 173.320.2]) et compensé avec l'avance de frais déjà versée de Fr. 405.50. Le solde restant de 5.50 sera restitué au recourant. On précisera que, compte tenu des particularités de l'affaire (cf. notamment supra let. E.a in fine), le simple fait que l'autorité de céans ait constaté dans le présent arrêt que l'autorité inférieure a violé le droit d'être entendu de l'assuré (cf. supra consid. 7) n'est pas suffisant pour justifier une réduction des frais dus ainsi qu'un droit à des dépens. En particulier, il appert que même après avoir consulté le dossier en décembre 2012 (pces TAF 5 et TAF 6) et reçu le préavis de l'autorité inférieure du 4 avril 2013 (pce TAF 13), l'assuré a maintenu ses conclusions antérieures dans sa réplique du 20 mai 2013 (pce TAF 16). Dans ces conditions, on ne saurait conclure que la violation du droit d'être entendu a conduit à des frais supplémentaires de la part de l'assuré (cf. dans ce sens arrêt du Tribunal fédéral 9C_429/2010 du 9 juillet 2010 consid. 2.3; 8C_322/2010 du 9 août 2010 consid. 3 et dispositif n° 2).

11.2 Il n'est pas alloué de dépens (art. 64 al. 1 PA a contrario en relation avec les art. 7 ss FITAF).

Par ces motifs, le Tribunal administratif fédéral prononce :

1.

Le recours est rejeté.

2.

Les frais de procédure, d'un montant de Fr. 400 sont mis à la charge du recourant. Ce montant est compensé par l'avance de frais déjà versée de Fr. 405.50. Le solde restant de Fr. 5.50 sera restitué au recourant dès l'entrée en force du présent arrêt.

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 :

Vito Valenti

Yannick Antoniazza-Hafner

Indication des voies de droit :

Le présent arrêt peut être attaqué devant le Tribunal fédéral, Schweizerhofquai 6, 6004 Lucerne, par la voie du recours en matière de droit public, dans les trente jours qui suivent la notification (art. 44 ss, 82 ss, 90 ss et 100 de la loi du 17 juin 2005 sur le Tribunal fédéral [LTF, RS 173.110]). Le mémoire doit indiquer les conclusions, les motifs et les moyens de preuve, et être signé. La décision attaquée et les moyens de preuve doivent être joints au mémoire, pour autant qu'ils soient en mains de la partie recourante (voir art. 42 LTF).

Expédition :