



Cour III
C-1644/2015

Arrêt du 17 octobre 2018

Composition

Caroline Bissegger (présidente du collège),
Beat Weber, Madeleine Hirsig-Vouilloz, juges,
Daphné Roulin, greffière.

Parties

A. _____, (Espagne),
recourant,

contre

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

Objet

Assurance-invalidité, révision de la rente (décision du 2 février 2015)

Faits :**A.**

A._____ (ci-après : l'intéressé, l'assuré ou le recourant) est un ressortissant espagnol, né le (...) 1972, marié et père de deux enfants (nés en 1995 et 1999), sans formation professionnelle certifiée (AI pces 1, 3, 8, 12, 85 et 94). Il a travaillé en Suisse de 2000 à 2006 en qualité de manœuvre / maçon (AI pces 1, 4, 5 et 8).

B.

B.a En incapacité de travail depuis le 2 mai 2006 (AI pce 1 [p. 5] et 4 [p. 2]), A._____ a déposé auprès de l'Office de l'assurance-invalidité du canton de B._____ (ci-après : OAI-B._____) une demande – datée du 6 juin 2006 et reçue le 23 juin 2006 – pour bénéficier des prestations AI en raison d'une insuffisance rénale (AI pces 1 et 33). L'intéressé souffrait d'une insuffisance rénale pré-terminale sur néphropathie à IgA (rapport médical du 13 juillet 2006 du Dr C._____, FMH en médecine interne, AI pce 10) et pour cette raison a été opéré le 13 décembre 2006 (AI pce 14). Sur rapport médical du 11 octobre 2007, le Dr D._____, médecin du service médical régional (ci-après : SMR), a conclu que l'incapacité de travail de l'intéressé était totale dès le 2 mai 2006, le début de l'aptitude à la réadaptation datait de juillet 2007 et à la date de son rapport, la capacité de travail était de 0% dans l'activité habituelle et de 100% dans une activité adaptée (AI pce 17). En janvier 2008, A._____ a repris son travail à 100% avec un rendement de 50% sur un poste aménagé pendant quelques mois évitant des travaux spécifiques (AI pces 18 [p. 1, 4 et 5] et 78 [p. 131-132]). Toutefois, aux termes du rapport de fin d'examen de réadaptation professionnelle du 9 septembre 2008, il travaillait dans des conditions difficiles par rapport à son atteinte à la santé, ce qui ne lui permettait pas de continuer (AI pce 18 [p. 5]).

B.b Par projet de décision du 23 février 2009, l'OAI-B._____ a rejeté la demande de prestations AI de A._____ au motif que, malgré l'incapacité totale de travail dans l'activité habituelle, la capacité de travail était de 100% dès juillet 2007 dans une activité adaptée (taux d'invalidité de 23%). Par courrier du 24 mars 2009, l'intéressé représenté par un mandataire s'est opposé audit projet (AI pces 20, 21, 22 et 73 [p. 18] et 78 [p. 118]) et a soulevé que le rapport médical du 16 mars 2009 du Dr C._____ faisait état d'une dégradation de son état de santé (cf. AI pce 23 [p. 1]).

B.c Outre des rapports médicaux versés à la cause (AI pces 25 [p.6-9], 26 [p. 2 et 4], 28, 29, 31, 34, 35, 38, 47, 49, 50, 51, 53 et 54), une expertise

médicale bidisciplinaire rhumatologique et psychiatrique a été mise en place (AI pce 37). La Dresse E. _____, spécialiste en rhumatologie ainsi qu'en médecine physique et réadaptation, rendit son rapport le 26 avril 2011 (AI pce 40) et le Dr F. _____, psychiatre et psychothérapeute FMH, le 9 mai 2011 (AI pce 56).

Sur le plan rhumatologique, ont été retenus les diagnostics suivants avec répercussions sur la capacité de travail : (i) status après greffe rénale dans la fosse iliaque droite, allogreffe par donneuse vivante en décembre 2006 (ii) douleur de la fosse iliaque droite et pesanteur en présence d'une stéatose hépatique importante et (iii) forte suspicion de syndrome d'apnée du sommeil (AI pce 40 [p. 17]). D'autres diagnostics sans répercussions sur la capacité de travail ont été également retenus (AI pce 40 [p. 17]). L'expert a conclu sur le plan physique à une incapacité de travail à 100% dans l'activité habituelle (ouvrier de chantier) et à une capacité de travail de 100% dans une activité adaptée (AI pce 40 [p. 20]).

Sur le plan psychiatrique, le 9 mai 2011, le Dr F. _____, psychiatre et psychothérapeute FMH, a diagnostiqué, avec répercussions sur la capacité de travail, (i) un épisode dépressif sévère, depuis août 2008, avec symptômes psychotiques depuis décembre 2009 (CIM-10 F32.3) et (ii) un effet indésirable sur traitement psychotrope (antidépresseur et antipsychotique conjoints ; CIM-10 Y49.9 ; AI pce 56 [p. 10]). Il a retenu également d'autres diagnostics sans répercussions sur la capacité de travail (CIM-10 Z56 et CIM-10 Z63.7 ; AI pce 56 [p. 10]). L'expert a conclu à une incapacité de travail dans toute activité professionnelle d'au moins 50% dès le mois d'août 2008 puis de 100% dès le mois de décembre 2008 (AI pce 56 [p. 12-13]).

B.d Une première décision a été rendue le 16 mai 2012 par l'OAI-B. _____ (AI pces 60 et 78 [p. 29]), puis le 9 novembre 2012 par l'Office de l'invalidité pour les assurés résidant à l'étranger (ci-après : l'autorité inférieure ou OAIE ; AI pces 100, 101, 102 et 105) en raison du changement de domicile de l'assuré vers l'Espagne le 1^{er} juillet 2011 (AI pce 67 [p. 1]). En se fondant sur les expertises précitées et les avis médicaux du SMR (cf. AI pces 17 et 59), une rente entière a été accordé à A. _____ du 1^{er} mai 2007 au 30 septembre 2007 pour des raisons somatiques (fin du délai d'attente : 2 mai 2007 ; dès le 1^{er} octobre 2007 : taux d'invalidité de 23%) et dès le 1^{er} décembre 2008 pour des raisons psychiatriques. Il a été également alloué deux rentes complémentaires pour enfant (AI pce 100). Aucun recours n'a été interjeté contre cette décision.

C.

Du 20 janvier au 19 avril 2012, l'intéressé a travaillé en tant que surveillant / assistant dans une exploitation agricole (AI pces 150 et 172 ; cf. contrat de travail de durée déterminée du 20 janvier au 19 avril 2012 à temps complet AI pce 147, questionnaire pour l'employeur du 9 décembre 2013 [AI pce 153 {p. 1-2}] et celui du 2 mai 2014 AI pce 168 [p. 1-2]).

D.

Par courrier du 6 septembre 2013, l'OAIE a entamé une procédure de révision de la rente d'invalidité (AI pce 133), dont l'assuré a été informé par courriers des 6 septembre et 22 octobre 2013 (AI pces 134-135). Le conseil de l'intéressé a informé l'OAIE ne plus être constitué pour la défense de ses intérêts (AI pce 166 [p. 1]).

E.

E.a Dans le cadre de l'instruction de la révision, fut versé au dossier le rapport médical daté du 22 octobre 2013 du Dr G._____, psychiatre (AI pce 141). Celui-ci pose comme diagnostic un trouble de l'adaptation avec perturbation mixte des émotions et des conduites (CIM-10 F43.25). Il constate que ce trouble est chronique et résiste aux différentes thérapies prescrites avec une rémission partielle des symptômes, qui interfèrent significativement dans le fonctionnement quotidien.

E.b Par prise de position médicale du 10 juillet 2014, le service médical de l'OAIE, soit pour lui le Dr H._____, psychiatre et psychothérapeute FMH, a confirmé le diagnostic principal posé par le Dr G._____, psychiatre. Il a estimé que la nouvelle capacité de travail était de 50% dès le 22 octobre 2013 dans l'activité habituelle et dans une activité de substitution, notant néanmoins que l'état de santé n'était pas stabilisé (AI pce 176).

F.

F.a Dans le cadre de l'instruction de la révision, furent versés au dossier notamment les rapports médicaux suivants :

- le rapport médical du 1^{er} septembre 2014 du Dr I._____, de l'unité de santé mentale de K._____, posant comme diagnostic un trouble de l'adaptation chronique avec effet mixte des émotions et du comportement (CIM-10 F43.22) suite notamment à la situation d'incapacité de travail et de problématique socio-économique dérivée en Suisse (AI pce 181),

- le rapport médical du 23 octobre 2014 de la Dresse J. _____ du service de néphrologie de K. _____, diagnostiquant une transplantation rénale d'un donneur vivant ainsi que des microhématurie et protéinurie en probable relation avec la récurrence de néphropathie à IgA (AI pce 182),
- le rapport médical (E213) daté du 5 novembre 2014 du Dr L. _____, spécialisation non indiquée, (AI pce 183) posant comme diagnostics (i) une greffe de rein pour néphropathie à IgA (greffe fonctionnant normalement, rechute du cadre de base) et (ii) un trouble de l'adaptation chronique avec effet mixte des émotions et du comportement (p. 8) ; il renvoie au code 294.8 CIE (à savoir selon cette classification « autres troubles mentaux persistants dus à des maladies classées ailleurs », p. 8) ; il énumère les limitations fonctionnelles (p. 8) et est d'avis que l'intéressé est incapable de travailler dans son activité habituelle (construction) et dans une activité adaptée (p. 10).

F.b Par prise de position médicale du 24 novembre 2014 (AI pce 188), le service médical de l'OAIE, soit pour lui la Dresse M. _____, FMH en médecine générale et FMH en médecine physique et en réadaptation, a rappelé le diagnostic principal, à savoir un trouble de l'adaptation avec perturbation mixte des émotions et des conduites (CIM-10 F43.25), ainsi que les diagnostics actuels associés avec répercussion sur la capacité de travail : (i) une récurrence de la néphropathie sur le greffon, (ii) un statut après transplantation rénale en décembre 2006 (Z94) et (iii) une insuffisance rénale sur néphropathie à IgA. Selon la Dresse M. _____, sur le plan somatique, l'incapacité de travail est totale dans l'activité habituelle mais pour une activité adaptée la capacité de travail est de 80% dès le 22 octobre 2013 en tenant compte des limitations fonctionnelles (limitation de 20% en raison de la récurrence de la maladie de base pour les suivis et traitements après transplantation).

G.

Par projet de décision du 8 décembre 2014 (AI pce 190), l'OAIE a informé A. _____ de son intention de remplacer la rente entière fixée dans sa précédente décision par trois quarts de rente, en se basant sur le rapport psychiatrique du 22 octobre 2013 du Dr G. _____ (incapacité de travail dans une activité adaptée à hauteur de 50% avec une diminution de la capacité de gain de 63%).

H.

Par courrier daté du 7 janvier 2015, l'intéressé s'est opposé à ce projet de

décision (AI pce 192). Il a expliqué en substance qu'en raison de ses nombreuses maladies physiques et psychiatriques (greffe de rein, ostéoporose, hernie inguinale, nodules dans les cordes vocales et l'état dépressif), son état de santé ne s'était pas amélioré. De plus, il continuait à être suivi régulièrement par l'unité de santé mentale de K._____. Il a joint à son opposition une attestation médicale datée du 7 janvier 2015 de cet hôpital du Dr I._____(diagnostic CIM-10 F43.22 ; AI pce 191). Par prise de position du 19 janvier 2015, le service médical de l'OAIE, soit pour lui la Dresse N._____, spécialiste FMH en psychiatrie et psychothérapie, explique que la documentation du 7 janvier 2015 n'est pas en mesure de modifier la précédente appréciation du service rendue par le Dr H._____ le 10 juillet 2014 (AI pce 196).

I.

Par décision du 2 février 2015, l'OAIE a remplacé la rente entière fixée par décision du 16 mai 2012 par trois quarts de rente dès le 1^{er} avril 2015, concernant également la rente pour enfant liée au père (AI pce 198). L'OAIE a repris les motifs exposés dans son projet de décision du 8 décembre 2014 avec la précision supplémentaire que l'attestation médicale de K._____ du 7 janvier 2015 confirme les atteintes à la santé connues et n'apporte pas d'éléments nouveaux (AI pce 198).

J.

Le 13 février 2015 (timbre postal), A._____ agissant personnellement a interjeté recours contre la décision précitée par-devant le Tribunal administratif fédéral (et le ministère de l'emploi et de la sécurité espagnole qui a transmis pour compétence). Il a conclu en substance à ce que la décision litigieuse soit annulée et que lui soit reconnu un droit à une rente entière AI (TAF pces 1 et 3). Outre des rapports médicaux datant de 2012 (AI pces 206, 207 et 208) et un rapport déjà présent au dossier (AI pce 191), il a joint un rapport médical du 10 février 2015 du Dr O._____ du service de néphropathie de K._____ (AI pce 205 ; annexes TAF pce 1).

K.

K.a Invité à répondre au recours (AI pce 2), l'OAIE a conclu à son rejet et à la confirmation de la décision attaquée (mémoire du 5 mai 2015 [TAF pce 4] et prise de position du médecin de l'OAIE du 17 avril 2015 [AI pce 212]). A._____ a répliqué le 15 juin 2015 (timbre postal) et a confirmé son recours (TAF pce 6 ; réplique également transmise aux autorités espagnoles TAF pce 9). Il a insisté sur le fait que son état de santé s'est aggravé en raison des différentes maladies dont il souffre. En annexe, le recourant a

versé l'attestation de la sécurité sociale espagnole lui reconnaissant une incapacité de travail permanente et un rapport médical du 2 juin 2015 du Dr I. _____ de l'unité de santé mentale de K. _____ dont le contenu est similaire au rapport du 7 janvier 2015 du même médecin produit au moment du recours (cf. Al pce 191 et annexes TAF pce 1). Par acte du 6 juillet 2015, l'autorité inférieure a dupliqué et en tenant compte des rapports psychiatriques récents, a confirmé les conclusions de sa réponse du 5 mai 2015 (TAF pce 11). Invité à faire part de ses remarques éventuelles par le Tribunal (TAF pce 12), A. _____ les a transmis par courrier du 7 septembre 2015 (timbre postal ; TAF pce 14 ; le recourant s'est également adressé au ministère espagnol du travail et de la sécurité sociale, TAF pce 16). Le recourant s'est prévalu en substance du cumul de ses atteintes à la santé et a versé à la procédure la documentation médicale suivante :

- un rapport médical du 18 août 2015 de la Dresse J. _____ du service de néphropathie de P. _____ posant comme diagnostics (i) une transplantation rénale d'un donneur vivant ainsi que des microhématurie et protéinurie en probable relation avec la récurrence de néphropathie à IgA, (ii) un syndrome dépressif et (iii) un diabète sucré de type 2 (traitement avec régime),
- un rapport médical du 19 août 2015 du Dr I. _____ dont le contenu est similaire à ses précédents rapports médicaux (cf. Al pce 191 et annexes TAF pces 1 et 6).

K.b Par ordonnance du 14 septembre 2015, le Tribunal administratif fédéral a transmis à l'autorité inférieure un double des remarques du recourant du 7 septembre 2015 pour connaissance uniquement (TAF pce 15).

K.c A été versé spontanément à la procédure le rapport médical du 22 février 2017 de la Dresse Q. _____ du service de psychiatrie de P. _____ transmis pour compétence par l'autorité inférieure. Ce médecin explique que l'intéressé est suivi depuis octobre 2016 après avoir été admis aux urgences pour abus de médicaments et constate une symptomatologie persistante chronique d'état anxio-dépressif avec une répercussion sur le fonctionnement en général nécessitant un traitement spécialisé et un suivi indéfini, avec possibilité de récurrence à long terme (TAF pce 18).

L.

Invitée à se déterminer sur le rapport médical précité et sur la nouvelle jurisprudence du Tribunal fédéral relative aux troubles psychiques (TAF pce 19 ; cf. infra consid. 7.3), l'autorité inférieure a conclu à l'admission du

recours, à l'annulation de la décision attaquée et au renvoi de la cause à l'administration afin qu'il soit procédé conformément à la prise de position du service médical de l'OAIE du 5 juin 2018 (acte du 12 juin 2018 ; TAF pce 20). Alors qu'il a été invité le 19 juin 2018 à prendre position sur le renvoi envisagé de la cause à l'autorité inférieure pour compléter l'instruction (éventuelle *reformatio in pejus* ; TAF pce 21), le recourant ne s'est pas déterminé.

Droit :

1.

1.1 Le Tribunal administratif fédéral examine d'office sa compétence (art. 7 al. 1 fr la loi fédérale du 20 décembre 1968 sur la procédure administrative [PA, RS 172.021]), respectivement la recevabilité des moyens de droit qui lui sont soumis (art. 31 de la loi fédérale du 17 juin 2005 sur le Tribunal administratif fédéral [LTAF, RS 173.32] ; ATF 133 I 185 consid. 2 et les réf. cit.).

1.2 Sous réserve des exceptions – non réalisées en l'espèce, prévues à l'art. 32 LTAF – le Tribunal de céans connaît, 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), des recours interjetés par des personnes résidant à l'étranger contre les décisions prises par l'OAIE.

1.3 Selon l'art. 37 LTAF, la procédure devant le Tribunal administratif fédéral est régie par la PA pour autant que la LTAF n'en dispose pas autrement. Conformément à l'art. 3 let. d^{bis} PA, la procédure en matière d'assurance sociale 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), à moins que la LAI déroge expressément à la LPGA.

1.4 En l'occurrence, interjeté en temps utile (art. 20, 21, 22a, 50 PA et art. 60 LPGA), dans les formes légales (art. 52 PA) auprès de l'autorité judi-

ciaire compétente (art. 33 let. d LTAF et art. 69 al. 1 lit. b LAI), par un administré directement touché par la décision attaquée (art. 48 PA et 59 LPGA), le recours du 13 février 2015 est recevable quant à la forme.

2.

2.1 Le droit matériel applicable est déterminé par les règles en vigueur au moment où les faits juridiquement déterminants ou ayant des conséquences juridiques 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 attaquée (ATF 140 V 70 consid. 4.2, 136 V 24 consid. 4.3, 130 V 355 consid. 1.2, 129 V 4 consid. 1.2).

2.2 Au niveau du droit international, est applicable le règlement (CE) n°1408/71 du Conseil du 14 juin 1971 relatif à l'application des régimes de sécurité sociale aux travailleurs salariés, aux travailleurs non-salariés et aux membres de leur famille qui se déplacent à l'intérieur de la Communauté (RS 0.831.109.268.1). De plus, l'accord entre la Confédération suisse d'une part, et la Communauté européenne et ses Etats membres, d'autre part, 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 réglant 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 (RS 0.831.109.268.1) 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 0.831.109.268.11 ; cf. arrêts du TF 8C_455/2011 du 4 mai 2012 consid. 2.1, 8C_870/2012 du 8 juillet 2013 consid. 2.2). Conformément à l'art. 4 du règlement (CE) n° 883/2009, 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. En outre, dans la mesure où l'ALCP et son annexe II ne prévoient pas de disposition contraire, la procédure ainsi que les conditions à l'octroi d'une rente d'invalidité suisse sont déterminées exclusivement d'après le droit suisse (art. 8 ALCP ; ATF 130 V 257 consid. 2.4).

2.3 En l'occurrence, le recourant est un ressortissant espagnol résidant depuis le 1^{er} juillet 2011 en Espagne, soit un Etat membre de l'Union européenne (cf. AI pce 67 [p. 1]). La décision attaquée ayant été rendue le 2 février 2015, les dispositions légales de droit suisse en vigueur jusqu'à cette date sont applicables. La date de la décision attaquée marque la limite dans le temps du pouvoir d'examen de l'autorité de recours (ATF 129 V 4 consid. 1.2 et 121 V 366 consid. 1b).

3.

Le Tribunal administratif fédéral établit les faits et apprécie les preuves d'office et librement (cf. art. 12 PA). En outre, il applique le droit d'office, sans être lié par les motifs invoqués à l'appui du recours (art. 62 al. 4 PA), ni par l'argumentation développée dans la décision attaquée (BENOÎT BOVAY, Procédure administrative, 2^{ème} éd., 2015, p. 243 ; JÉRÔME CANDRIAN, Introduction à la procédure administrative fédérale, 2013 n° 176). Cependant, l'autorité saisie se limite en principe aux griefs soulevés par le recourant et n'examine les questions de droit non invoquées que dans la mesure où les arguments des parties ou le dossier l'y incite (ATF 122 V 157 consid. 1a, 121 V 204 consid. 6c ; MOSER/BEUSCH/KNEUBÜHLER, Prozessieren vor dem Bundesverwaltungsgericht, 2^{ème} éd., 2013, p. 25, n° 1.55).

4.

En l'espèce, l'objet du recours est le bien-fondé de la décision de l'OAIE du 2 février 2015 ayant diminué la rente entière d'invalidité en trois quarts de rente d'invalidité dès le 1^{er} avril 2015 (AI pce 198).

5.

5.1 L'invalidité au sens de la LPGA et de la LAI est l'incapacité de gain totale ou partielle qui est présumée permanente ou de longue durée, qui peut résulter d'une infirmité congénitale, d'une maladie ou d'un accident (art. 8 LPGA et art. 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 réadaptations exigibles. En cas d'incapacité de travail de longue durée, l'activité qui peut être exigée de lui peut aussi relever d'une autre profession ou d'un autre domaine d'activité (art. 6 LPGA).

Aux termes de l'art. 28 al. 1 LAI, l'assuré a droit à un quart de rente s'il est invalide à hauteur de 40% au moins, à une demie rente s'il est invalide à

50% au moins, à trois quarts de rente s'il est invalide à hauteur de 60% au moins et à une rente entière s'il est invalide à hauteur de 70% au moins. Les rentes correspondant à un degré d'invalidité inférieur à 50% sont versées aux ressortissants suisses et aux ressortissants d'un Etat membre de l'Union européenne s'ils ont leur domicile et leur résidence habituelle sur le sol de l'un deux (art. 29 al. 4 LAI ; art. 7 du règlement (CE) n° 883/2004).

5.2 La notion d'invalidité dont il est question à l'art. 8 LPGA et à l'art. 4 LAI est de nature économique/juridique et non médicale (ATF 116 V 246, consid. 1b). En d'autres termes, l'assurance-invalidité suisse couvre uniquement les pertes économiques liées à une atteinte à la santé physique et psychique, qui peut résulter d'une infirmité congénitale, d'une maladie ou d'un accident, et non d'une maladie en tant que telle. Selon la jurisprudence constante, bien que l'invalidité soit une notion juridique et économique, les données fournies par les médecins constituent néanmoins un élément utile pour apprécier les conséquences de l'atteinte à la santé et pour déterminer quels travaux peuvent être encore raisonnablement exigés de l'assuré (ATF 115 V 133 consid. 2, 114 V 310 consid. 3c ; RCC 1991 p. 329 consid. 1c).

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 352 consid. 3a et les réf. cit.). Ces principes valent également en procédure de révision (SVR 2012 IV Nr 81).

6.

6.1 Selon l'art. 17 LPGA si le taux d'invalidité du bénéficiaire de la rente subit une modification notable, la rente est, d'office ou sur demande, révisée pour l'avenir, à savoir augmentée ou réduite en conséquence, ou encore supprimée. Le deuxième alinéa de cette même disposition prévoit que toute prestation durable accordée en vertu d'une décision entrée en force est, d'office ou sur demande, augmentée ou réduite en conséquence, ou encore supprimée si les circonstances dont dépendait son octroi changent

notablement. Un motif de révision au sens de l'art. 17 LPGA doit clairement ressortir du dossier. La réglementation sur la révision ne saurait en effet constituer un fondement juridique à un réexamen sans condition du droit à la rente (arrêt du Tribunal fédéral I 8/04 du 12 octobre 2005 consid. 2.1 ; VALTERIO, Droit de l'assurance-vieillesse et survivants [AVS] et de l'assurance-invalidité [AI], 2011, n° 3054 ss, 3065). Selon la jurisprudence du Tribunal fédéral, la rente peut être révisée non seulement en cas de modification sensible de l'état de santé, mais aussi lorsque celui-ci est resté le même, mais que ses conséquences sur la capacité de gain ont subi un changement important (ATF 130 V 343 consid. 3.5). Une simple appréciation différente d'un état de fait qui, pour l'essentiel, est demeuré inchangé, n'appelle en revanche pas à une révision au sens de l'art. 17 LPGA (arrêts du Tribunal fédéral I 532/05 du 13 juillet 2006 consid. 3, I 561/05 du 31 mars 2006 consid. 3.3 ; ATF 112 V 371 consid. 2b).

6.2 Le Tribunal fédéral a précisé que la dernière décision entrée en force, examinant matériellement le droit à la rente, fondée sur une instruction des faits, une appréciation des preuves et une comparaison des revenus conforme au droit constitue le point de départ pour examiner si le taux d'invalidité s'est modifié de manière à influencer le droit aux prestations (ATF 133 V 108 consid. 5.4, 125 V 369 consid. 2, 112 V 372 consid. 2). En l'espèce, la question de savoir si le taux d'invalidité du recourant a subi une modification notable doit être jugée en comparant les faits tels qu'ils se présentaient le 9 novembre 2012, au moment de la décision initiale, et ceux qui ont existé le 2 février 2015, au moment de la décision querellée.

6.3 L'art. 88a al. 1 RAI prévoit que si la capacité de gain de l'assuré s'améliore ou que son impotence s'atténue, il y a lieu de considérer que ce changement supprime, le cas échéant, tout ou partie de son droit aux prestations dès que l'on peut s'attendre à ce que l'amélioration constatée se maintienne durant une assez longue période. Il en va de même lorsqu'un tel changement déterminant a duré trois mois déjà, sans interruption notable et sans qu'une complication prochaine soit à craindre. Une suppression de rente avec effet immédiat, soit à la fin du mois où l'amélioration de santé est constatée, ne peut intervenir qu'exceptionnellement en cas d'état de santé durablement stabilisé (cf. l'arrêt du Tribunal fédéral I 569/06 du 20 novembre 2006 consid. 3.3 ; MICHEL VALTERIO, op. cit., p. 837, n° 3085). L'art. 88^{bis} al. 2 let. a RAI dispose que la diminution ou la suppression de la rente ou de l'allocation pour impotent prend effet, au plus tôt, le premier jour du deuxième mois qui suit la notification de la décision. La règle indique les effets temporels de la révision sur le plan du droit à la rente (ATF 135 V 306 consid. 7.2).

7.

7.1 *In casu*, par décision du 9 novembre 2012 rendue par l'OAIE, une rente entière d'invalidité a été allouée au recourant du 1^{er} mai 2007 au 30 septembre 2007 (AI pces 60 et 100) puis dès le 1^{er} décembre 2008 (AI pces 60, 101 et 102). Alors que la rente pour une période limitée a été octroyée pour des motifs somatiques, la rente illimitée dans le temps l'a été en raison d'atteintes psychiatriques causant une incapacité de travail.

7.1.1 Sur le plan somatique, selon les rapports médicaux présents au dossier, l'intéressé a souffert d'un syndrome du tunnel carpien à gauche (AI pces 50 et 54), d'une opération de strabisme de l'œil droit en raison du diagnostic principal d'esotropie de l'œil droit (AI pces 29 et 49), d'une hernie inguinale (AI pces 29 et 47), de cervicalgies (AI pces 29, 34, 35 et 38) et d'une stéatose hépatique (AI pces 51 et 53). Dans le cadre de l'expertise du 26 avril 2011 (AI pce 40), la Dresse E. _____, spécialiste en rhumatologie ainsi qu'en médecine physique et réadaptation, a retenu les diagnostics suivants avec répercussions sur la capacité de travail : (i) status après greffe rénale dans la fosse iliaque droite, allogreffe par donneuse vivante en décembre 2006 (ii) douleur de la fosse iliaque droite et pesanteur en présence d'une stéatose hépatique importante et (iii) forte suspicion de syndrome d'apnée du sommeil (AI pce 40 [p. 17]). Des diagnostics sans répercussions sur la capacité de travail ont été également retenus, à savoir (i) hypertension artérielle traitée, (ii) cervicalgies sur discopathies C4-C5, C5-C6 et C6-C7, avec débord discal paramédian gauche pour cette dernière, (iii) lombalgies L3-L4 bilatérales, sur troubles dégénératifs et statiques : discrète scoliose en S, discopathies L3-L4 et L4-L5 et ostéophytose marginale antérieure des corps vertébraux adjacents, (iv) perte de sensibilité dans le territoire cubital gauche de la main, (v) obésité, ostéopénie, (vi) status post opératoire d'un tunnel carpien bilatéral, (vii) gastralgies et reflux gastro-oesophagien (AI pce 40 [p. 17]). L'experte a conclu sur le plan physique à une incapacité de travail à 100% – au moins à 20% dès mai 2006 – dans l'activité habituelle (ouvrier de chantier) et à une capacité de travail de 100% dans une activité adaptée. En se fondant sur l'expertise développée ci-dessus et l'avis médical du SMR du 11 octobre 2007 (cf. AI pce 17), une rente entière a été accordé à l'intéressé du 1^{er} mai 2007 au 30 septembre 2007 pour des raisons somatiques (fin du délai d'attente : 2 mai 2007 ; dès le 1^{er} octobre 2007 : taux d'invalidité de 23%).

7.1.2 Sur le plan psychiatrique, il ressort des rapports versé au dossier un trouble dépressif qualifié de moyen à sévère dès août 2008 ou décembre 2008, notamment un trouble dépressif actuel qualifié de moyen à sévère

(CIM-10 F32.1 ; AI pces 25 [p. 6-9], 26 [p. 2 et 4], 28, 29 et 31). En outre, du 27 janvier au 31 mars 2009 (AI pce 26 [p. 2]) puis du 22 janvier au 20 février 2010 (AI pce 28), l'assuré a suivi au centre de thérapie brève un traitement de type hôpital de jour. Dans l'expertise du 9 mai 2011 menée par le Dr F._____, psychiatre et psychothérapeute FMH, sont posés les diagnostics suivants ayant des répercussions sur la capacité de travail : (i) épisode dépressif sévère, depuis août 2008 (CIM-10 F32.2), avec symptômes psychotiques, depuis décembre 2009 (CIM-10 F32.3) et (ii) effet indésirable sur traitement psychotrope (antidépresseur et antipsychotique conjoints ; CIM-10 Y 49.9, AI pce 56 [p. 10]). Les limitations fonctionnelles constatées par l'expert sont les suivantes : tristesse constante, pleurs fréquents, irritabilité constante, aboutie, idées suicidaires, fatigabilité, idées obsédantes et hallucinantes auditives occasionnelles (AI pce 56 [p. 12]). L'expert explique que ces troubles interfèrent avec les capacités de contact de l'assuré et ne lui permettent pas non plus de mener une activité professionnelle ni même de s'occuper correctement de lui dans sa vie quotidienne (AI pce 56 [p. 12]). Selon cet expert, ces deux diagnostics et les limitations fonctionnelles liées causent une incapacité de travail dans toute activité professionnelle de 50% dès le mois d'août 2008 et de 100% dès décembre 2008 (AI pce 56 [p. 13]). En se fondant sur l'expertise mentionnée ci-dessus et l'avis médical du SMR du 11 juillet 2011 (cf. AI pce 59), une rente entière a été accordée à l'intéressé dès le 1^{er} décembre 2008 pour des raisons psychiatriques.

7.2 Par décision du 2 février 2015, l'OAIE a remplacé la rente entière par trois quarts de rente dès le 1^{er} avril 2015 en raison d'une rémission partielle de l'atteinte psychiatrique (AI pce 198). Il sied d'examiner si la capacité de travail du recourant s'est modifiée de manière notable par une amélioration de l'état de santé d'un point de vue psychique.

Pour fonder sa décision (cf. AI pce 198), l'OAIE s'est essentiellement basé sur le rapport médical du 22 octobre 2013 du Dr G._____ (AI pce 141, cf. supra let. E.a). Dans sa prise de position du 10 juillet 2014 (AI pce 176), le service médical de l'OAIE, soit pour lui le Dr H._____, psychiatre et psychothérapeute FMH, a confirmé le diagnostic principal posé par le Dr G._____, à savoir un trouble de l'adaptation avec perturbation mixte des émotions et des conduits (CIM-10 43.25). Le Dr H._____ a noté qu'il n'y a plus de ralentissement psychomoteur ainsi que l'absence de sentiments de culpabilité, l'absence de sentiments de ruine et l'absence d'hallucinations auditives (AI pce 176 [p. 29]). Il a estimé que la nouvelle capacité de travail était de 50% dès le 22 octobre 2013 dans l'activité habituelle

et dans une activité de substitution. D'autres rapports médicaux font également état de la situation psychique de l'intéressé, à savoir les rapports des 1^{er} septembre 2014 et 19 août 2015 du Dr I. _____ de l'unité de santé mentale de K. _____ (AI pces 181 et 191) et le formulaire E213 du 5 novembre 2014 du Dr L. _____, spécialisation non indiquée (AI pce 183). Il ressort de ces rapports les diagnostics suivants : un trouble de l'adaptation chronique avec effet mixte des émotions et du comportement (CIM-10 F43.22 ; AI pce 181) et un trouble de l'adaptation chronique avec effet mixte des émotions et du comportement avec renvoi au code 294.8 CIE (à savoir « autres troubles mentaux persistants dus à des maladies classées ailleurs », AI pce 183 [p. 8]). Les rapports du Dr I. _____ ne se prononcent pas sur la capacité de travail de l'intéressé ni sur ses limitations fonctionnelles. En outre, le rapport médical E213 explique que les limitations fonctionnelles sont importantes dans l'environnement de travail, à la fois en raison de son état de greffe et de la récurrence de sa néphropathie et à la fois en raison du manque de contrôle de l'image adaptative. Selon le rapport E213, l'intéressé est incapable de travailler dans son activité habituelle (construction) et dans une activité adaptée (AI pce 183 [p. 10]).

7.3

7.3.1 Durant la présente procédure de recours, le Tribunal fédéral a modifié en profondeur sa jurisprudence relative aux troubles somatoformes douloureux et aux troubles psychiques. En premier lieu, en juin 2015 le Tribunal fédéral a modifié sa pratique liée à l'examen des troubles somatoformes douloureux (ATF 141 V 281). Puis en second lieu, il est arrivé à la conclusion en novembre 2017 que l'approche développée pour clarifier le droit à une rente d'invalidité en cas de troubles somatoformes douloureux doit s'appliquer également à toutes les affections d'ordre psychique, en particulier aussi aux dépressions légères à moyennes (ATF 143 V 409, 143 V 418). Bien plus que le diagnostic, c'est la question des effets fonctionnels d'un trouble qui importe, aucune déclaration fiable sur les limitations fonctionnelles de la personne concernée ne pouvant être déduites du seul diagnostic. Dorénavant, la capacité de travail exigible des personnes souffrant d'un trouble somatoforme douloureux, d'une atteinte psychosomatique semblable ou d'une atteinte psychique doit être évaluée sur la base d'une vision d'ensemble, globale et ouverte, sans résultat prédéfini, dans le cadre d'une procédure d'établissement des faits structurée et normative. Le Tribunal fédéral a décrit les indicateurs standards (ATF 141 V 281 consid. 4.1.3), qui permettent de mettre en lumière les facteurs incapacitants d'une part et les ressources de la personne d'autre part, tout en soulignant

que ce catalogue d'indicateurs n'a pas la fonction d'une simple check-list et qu'il faut toujours tenir compte des circonstances du cas concret.

7.3.2 Il convient encore de préciser que le changement de jurisprudence opéré à l'ATF 141 V 281 ne justifie pas, en soi, de retirer toute valeur probante aux expertises rhumatologiques et psychiatriques rendues à l'aune de l'ancienne jurisprudence. Ainsi que le Tribunal fédéral l'a précisé, il convient bien plutôt de se demander si, dans le cadre d'un examen global et en tenant compte des spécificités du cas d'espèce et des griefs soulevés, le fait de se fonder sur les éléments de preuve existants est conforme au droit fédéral (ATF 141 V 281 consid. 8 ; arrêts du TF 9C_615/2015 du 12 janvier 2016 consid. 6.3 et 9C_716/2015 du 30 novembre 2015 consid. 4.1 ; arrêt du TAF C-543/2014 du 13 juin 2016 consid. 8.4 et les réf. cit.).

7.4 Invité à se déterminer sur la nouvelle jurisprudence précitée, le service médical de l'OAIE, soit pour lui la Dresse N. _____, FMH en psychiatrie et psychothérapie, est d'avis qu'en l'état du dossier il n'est pas possible d'étudier les nouveaux indicateurs standards et que le dernier rapport date de plus d'une année. Dans ces conditions, elle propose d'organiser une expertise psychiatrique en Suisse (prise de position du 5 juin 2018, TAF pce 20). Le Tribunal ne voit pas de raison de s'écarter de la proposition de la Dresse N. _____, reprise par l'OAIE. En effet, le diagnostic d'épisode dépressif sévère avec symptômes psychotiques s'est modifié, selon les rapports médicaux produits lors de la révision, en un trouble de l'adaptation avec perturbations mixtes des émotions et des conduites (CIM-10 F43.25), soit un diagnostic d'une gravité allégée. Toutefois ce diagnostic n'a pas été dûment motivé *lege artis* et selon la nouvelle jurisprudence ce seul diagnostic ne permet pas de conclure à une amélioration de l'état de santé de l'assuré. Les médecins n'ont pas donné des indications sur le degré de gravité des symptômes et des limitations fonctionnelles inhérents au diagnostic en expliquant concrètement la nature de ceux-ci. En outre, le Dr G. _____ fait état certes d'une rémission partielle des symptômes mais indique que ceux-ci interfèrent encore significativement dans le fonctionnement quotidien de l'assuré (rapport médical du 22 octobre 2013, AI pce 141). Cette description est générale et insuffisante pour rapporter les limitations dans les domaines de la vie (ATF 141 V 281 consid. 4.1.1). En outre, une appréciation de l'état de santé de l'assuré à la lumière des autres indicateurs standards déterminants ne peut être menée en l'espèce (succès du traitement, comorbidités, ressources personnelles). Ne peuvent ainsi être examinés d'une part les facteurs d'incapacités de l'assuré et d'autre part les ressources qui peuvent compenser le poids de la douleur

et favoriser ainsi la capacité d'exécuter une tâche ou une action (ATF 141 V 281 consid. 4.1.1). Par ailleurs, il sied de considérer que les rapports médicaux produits au stade de la révision n'ont pas valeur probante dès lors qu'ils ne sont pas suffisamment documentés par rapport aux plaintes subjectives, aux examens cliniques, au contexte médical, la médication actuelle et les conclusions des médecins. Enfin, le Dr H. _____, FMH en psychiatrie et en psychothérapie, du service médical de l'OAIE, avait indiqué dans sa prise de position du 10 juillet 2014 que l'état de santé de l'assuré n'était pas stabilisé (Al pce 176 [p. 2]). La situation de santé est ainsi au moment de la décision attaquée (2 février 2015) d'autant moins claire qu'un rapport produit au stade du recours fait état d'une aggravation de l'état de santé ; ainsi, selon le rapport médical du 22 février 2017 de la Dresse Q. _____ du service de psychiatrie de P. _____ » (TAF pce 18), l'assuré est suivi depuis octobre 2016 après avoir été admis aux urgences pour abus de médicaments. Le médecin constate une symptomatologie persistante chronique d'état anxio-dépressif avec une répercussion sur le fonctionnement en général. Selon lui, le cadre symptomatique chronique nécessite un traitement spécialisé et un suivi indéfini, avec possibilité de récurrence à long terme (TAF pce 18). Au vu de ce qui précède, les rapports médicaux au dossier ne permettent pas sur la base de leur contenu à établir – y compris à la lumière d'un examen global – une appréciation conforme aux critères de l'ATF 141 V 281 nouvellement exigée par les ATF 143 V 409 et 418 s'agissant de troubles dépressifs légers à moyens posés par un médecin psychiatre. Le service médical de l'OAIE ne pouvait pas évaluer, au regard des nouveaux principes applicables en la matière, la pertinence du diagnostic posé et son caractère invalidant.

7.5 En l'espèce, compte tenu de la greffe de rein ainsi que les atteintes à la santé et les limitations fonctionnelles y relatif, il appartiendra à l'OAIE de mettre en œuvre une expertise également sur le plan de la médecine interne. A ce stade, l'état de santé du recourant n'a pas fait l'objet d'une évaluation globale et approfondie. En effet, la personne assurée doit être évaluée sur une base interdisciplinaire et non isolément si elle est atteinte de troubles physiques et psychiques. Il faut tenir compte des interactions entre les différents diagnostics posés et leurs conséquences sur les limitations fonctionnelles (ATF 139 V 349 consid. 3.2 ; arrêt du TAF C-302/2016 du 4 juin 2018 consid. 8.4).

Il sied de préciser qu'il est de la compétence propre de l'expert de décider quels examens, tests ou autres disciplines sont à intégrer pour établir un état de santé complet à la base d'une appréciation médicale probante. De

même, lorsque les instructions données par un Tribunal quant à l'établissement d'une expertise ne semblent pas opportunes, les experts restent libres de discuter des disciplines retenues par le Tribunal avec l'OAIE, mandataire de l'expertise (ATF 139 V 349 consid. 3.3).

8.

8.1 Il se justifie en conséquence d'annuler la décision entreprise et de renvoyer la cause à l'autorité inférieure pour complément d'instructions en application de l'art. 61 al. 1 PA et nouvelle décision. L'autorité inférieure ordonnera en Suisse une expertise bidisciplinaire comportant les volets psychiatrique et de médecine interne permettant d'établir l'état de santé actuel de l'intéressé, ses limitations fonctionnelles, sa capacité de travail résiduelle et indiquant également l'évolution de l'état de santé, les limitations fonctionnelles en tenant compte de l'interaction des atteintes dans une appréciation globale. Dans le cadre de l'examen psychiatrique les experts devront déterminer la capacité de travail résiduelle sur la base des indicateurs standards permettant d'évaluer le caractère invalidant des affections psychiatriques selon la nouvelle jurisprudence du Tribunal fédéral selon laquelle, en règle générale, toutes les affections psychiques doivent faire l'objet d'une procédure probatoire structurée au sens de l'ATF 141 V 281 (ATF 143 V 118).

8.2 Selon l'art. 61 al. 1 PA l'autorité de recours statue elle-même sur l'affaire ou exceptionnellement la renvoie avec des instructions impératives à l'autorité inférieure. Le renvoi est indiqué en l'espèce, bien qu'il doive rester exceptionnel compte tenu de l'exigence de la célérité de la procédure (cf. art. 29 de la Constitution fédérale (Cst., RS 101; arrêt du TF 8C_633/2014 du 11 décembre 2014 consid. 2.2). Le Tribunal fédéral a précisé que le renvoi de l'affaire à l'autorité inférieure se justifie si l'autorité a constaté les faits de façon sommaire, dans l'idée que le tribunal les éclaircirait comme il convient en cas de recours (arrêt du TF 9C_162/2007 du 3 avril 2008 consid. 2.3 et les réf. cit.) ou notamment lorsqu'il s'agit d'enquêter sur une situation médicale qui n'a pas encore fait l'objet d'un examen, respectivement lorsque l'autorité inférieure n'a nullement instruit une question déterminante pour l'examen du droit aux prestations ou lorsque un éclaircissement, une précision ou un complément d'expertise s'avère nécessaire (cf. ATF 137 V 210 consid. 4.4.1.4 ; arrêt du TF 8C_633/2014 du 11 décembre 2014 consid. 3.2 et 3.3). En l'occurrence, le renvoi se justifie dès lors qu'une expertise bidisciplinaire s'avère nécessaire.

8.3 Partant, le recours doit être admis, la décision du 2 février 2015 annulée et le dossier renvoyé à l'OAIE pour complément d'instruction et nouvelle décision.

9.

9.1 En règle générale, les frais de procédure sont en principe mis à la charge de la partie qui succombe (art. 63 al. 1 première phrase PA). D'après la jurisprudence, la partie qui a formé recours contre une décision en assurances sociales est réputée avoir obtenu gain de cause lorsque l'affaire est renvoyée à l'administration pour instruction complémentaire et nouvelle décision (ATF 132 V 215 consid. 5.6 et 6.2). Aucun frais de procédure n'est mis à la charge des autorités inférieures, ni des autorités fédérales recourantes et déboutées (art. 63 al. 2 première phrase PA). En l'occurrence, il n'y a pas lieu de percevoir de frais de procédure, dès lors que le recourant a obtenu gain de cause par le renvoi de l'affaire à l'OAIE et qu'aucun frais de procédure n'est mis à la charge de l'autorité inférieure.

9.2 Conformément aux art. 64 al. 1 PA et 7 al. 1 du règlement du 21 février 2008 concernant les frais, dépens et indemnités fixés par le Tribunal administratif fédéral (FITAF, RS 173.320.2), le Tribunal alloue à la partie ayant obtenu gain de cause une indemnité pour les frais indispensables et relativement élevés qui lui ont été occasionnés par le litige. En matière d'assurances sociales a obtenu gain de cause la partie dont l'issue de la procédure de recours l'a placée dans une situation de droit préférable à celle résultant de la fin de la procédure administrative ou dont l'issue du recours est un renvoi à l'autorité inférieure pour complément d'instruction et nouvelle décision (ATF 117 V 401 consid. 2c, 132 V 215 consid. 6.2 ; voir aussi arrêts du TF 9C_846/2015 consid. 3 et 9C_654/2009 consid. 5.2). En l'espèce, le recourant a interjeté recours lui-même et il n'appert pas qu'il ait eu des frais nécessaires particulièrement élevés. Dès lors, il ne se justifie pas de lui accorder une indemnité de dépens.

(le dispositif figure à la page suivante)

Par ces motifs, le Tribunal administratif fédéral prononce :

1.

Le recours est admis et la décision du 2 février 2015 est annulée.

2.

La cause est renvoyée à l'autorité inférieure qui rendra une nouvelle décision après avoir complété l'instruction du dossier dans le sens des considérants.

3.

Il n'est pas perçu de frais de procédure ni 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).

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

La présidente du collège :

La greffière :

Caroline Bissegger

Daphné Roulin

Indication des voies de droit :

Pour autant que les conditions décrites aux art. 82 ss, 90 ss et 100 LTF soient réunies, la présente décision peut être attaquée devant le Tribunal fédéral, Schweizerhofquai 6, 6004 Lucerne, par la voie du recours en matière de droit public, dans les trente jours qui suivent la notification. Le mémoire doit indiquer les conclusions, les motifs et les moyens de preuve, et être signé. La décision attaquée et les moyens de preuve doivent être joints au mémoire, pour autant qu'ils soient en mains du recourant (art. 42 LTF).

Expédition :