



Cour III
C-4691/2008
{T 0/2}

Arrêt du 16 août 2010

Composition

Francesco Parrino (président du collège),
Johannes Frölicher, Franziska Schneider, juges,
Pascal Montavon, greffier.

Parties

A. _____,
représenté par Maître Jean-Marie Allimann,
2800 Delémont 1,
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 13 juin 2008).

Faits :**A.**

Le ressortissant espagnol A. _____, né en 1951, fut mis au bénéfice d'une rente entière d'invalidité à compter du 1^{er} août 1997 pour un taux d'invalidité de 100% pour maladie de longue durée par décision du 18 mai 1998 de l'Office AI du canton du Jura. L'assuré cessa son activité d'opérateur sur machine de moulage dans une fonderie le 19 août 1996 en raison d'un lymphome gastrique non hodgkinien suivi de chimiothérapie et gastrectomie subtotale. Retourné définitivement en Espagne, la Caisse suisse de compensation assura le paiement des prestations d'invalidité à compter du 1^{er} janvier 1999 (cf. pce 13, 14, 16 et 22).

B.

Une révision du droit à la rente fut initiée en août 1999. Il apparut des documents médicaux produits dans le cadre de son instruction la quasi-disparition de l'incapacité de travail liée au lymphome non hodgkinien mais la présence d'une longue réaction dépressive en relation avec une intolérance digestive avec multiples calculs de la vésicule biliaire, une insomnie persistante, des douleurs ostéomusculaires, une perte de poids, de l'anorexie, de l'asthénie, de grandes difficultés au moindre effort physique. Selon un rapport psychiatrique déterminant rendu à la suite d'une expertise pluridisciplinaire effectuée à la Polyclinique universitaire de Bâle le 30 août 2000 (pce 47-49), la réaction dépressive persistante qui avait suivi l'atteinte somatique plus actuelle justifiait une incapacité de travail de 50% dans son activité. Sur cette appréciation et celle de son service médical, l'OAIE réduisit la rente de l'intéressé de moitié par décision du 24 juillet 2001 (pce 59). L'intéressé interjeta recours contre cette décision en concluant au rétablissement du droit à la rente entière. Par jugement du 17 juillet 2002 la Commission fédérale de recours en matière d'assurance-vieillesse, survivants et invalidité pour les personnes résidant à l'étranger (CR-AVS/AI) annula la décision et reconduisit le droit à la rente entière invitant l'administration à soumettre l'assuré dans le cadre d'une prochaine révision à une expertise pluridisciplinaire dans un centre spécialisé en Suisse romande (pce 68). L'OAIE reconduisit en conséquence la rente entière de l'intéressé par décision du 18 octobre 2002 (pce 72).

C.

En date du 9 février 2005 l'Office de l'assurance-invalidité pour les personnes résidant à l'étranger (OAIE) initia une nouvelle révision du droit à la rente. Dans le cadre de l'instruction de cette révision, l'OAIE porta notamment au dossier les documents suivants:

- le questionnaire à l'assuré pour la révision de la rente daté du 28 juin 2005 selon lequel il n'a pas repris d'activité lucrative (pce 76),
- un rapport médical oncologique daté du 2 mars 2005 signé du Dr B._____ faisant état d'une dysthymie persistante et d'un déficit digestif dans le cadre d'altérations de l'état de santé ne s'améliorant pas (pce 78),
- un rapport psychiatrique daté du 30 mars 2005 signé du Dr C._____ faisant état d'évolutions fluctuantes avec d'importants affects cognitifs (déficit d'attention, de mémoire et de concentration), de plaintes hypocondriaques, de dépendance constante à son épouse, de grandes difficultés à faire face aux situations peu stressantes courantes, d'un status clinique conscient et orienté, dépressif avec idée de dévalorisation, d'insomnie, d'asthénie, d'anhédonie, d'une dépression de degré modéré à grave selon l'échelle d'Hamilton, soit le diagnostic de dysthymie (F 34.1 CIM 10) avec pronostic défavorable (pce 79),
- un rapport médical E 20 daté du 31 mars 2005, faisant état d'une constitution forte (78kg), de douleurs abdominales à la palpation, de nervosité, de sentiment de dévalorisation, d'un état hypocondriaque sans symptômes psychotiques ni déficit neurologique significatif, d'un état général n'empêchant pas l'assuré d'exercer un travail quelconque (pce 80),
- une prise de position datée du 6 septembre 2005 du service médical de l'OAIE (Dr D._____) indiquant la nécessité d'une expertise pluridisciplinaire oncologique et psychiatrique en Suisse avec un avis gastroentérologique (pce 82),
- un rapport médical oncologique daté du 27 janvier 2006 signé du Dr B._____ énonçant le diagnostic de lymphome gastrique non hodgkinien de bas degré type MALT et d'arthropathie dégénérative, relevant un traitement pour dysthymie et arthrose chronique, notant une dysthymie persistante et un déficit digestif, une altération de

l'état général, des douleurs et une limitation de la colonne vertébrale avec irradiation à l'extrémité inférieure droite (pce 87),

- un rapport médical du 6 février 2006 de la Dresse E. _____ faisant état d'un cadre clinique de lombalgies, de lombarthrose L5-S1 traitée par analgésiques et nécessitant d'éviter les efforts, d'un état général altéré ne s'améliorant pas et d'une incapacité de travail pour toutes activités (pce 88),
- un rapport psychiatrique du 6 février 2006 signé du Dr C. _____ posant le diagnostic de dysthymie, notant une évolution chronifiée, l'incapacité de l'assuré de faire face à des situations de peu de stress rencontrées dans la vie quotidienne, status ne lui permettant pas d'exercer une activité lucrative (pce 90),
- un rapport d'examen pharmacologique des Hôpitaux universitaires de Genève daté du 7 mars 2006 établissant un lien entre des paresthésies ressenties par l'assuré et un traitement à l'interféron alpha (pce 91),
- un rapport d'expertise pluridisciplinaire du 12 avril 2006 des Drs F. _____ et G. _____, selon examen du 16 février 2006, dont il ressort que l'intéressé, dépendant de l'assistance de sa femme, vit dans son cadre familial sans autres activités que de petites promenades quotidiennes accompagné de son épouse, se plaint principalement d'insomnie, de fatigue chronique, d'un moral défaillant et de douleurs abdominales et lombaires. Les douleurs abdominales sont décrites comme une gêne quotidienne (pesanteur, digestion difficile avec météorisme) à laquelle l'intéressé s'est habitué. Les douleurs lombaires sont décrites comme étant parfois juste une gêne et parfois comme insupportables. Il est relevé une constitution robuste (164cm/77kg; IMC de 27), il n'est pas relevé de déconditionnement musculaire. Les examens ostéoarticulaires sont décrits comme laborieux. Le status neurologique est sans déficit. Le status psychologique (Dresse H. _____) est décrit comme orienté dans les trois modes avec un discours cohérent exprimant de l'anxiété quant à l'évolution de la situation somatique et économique. Le diagnostic de dysthymie est retenu. Aucune comorbidité psychiatrique n'est observée ni structure particulière de la personnalité, mais il est établi une désinsertion sociale. Les diagnostics avec répercussion sur la capacité de travail retenus sont: arthrose des facettes articulaires L5-S1, neuropathie périphérique sensorielle discrète et, sans réper-

cussion sur la capacité de travail, de status post lymphome B type Malt traité lege artis en 1997 et dysthymie (CIM 10 F.34.1). En conclusion, les experts ne retinrent sur le plan psychiatrique aucune restriction à la reprise d'une activité et estimèrent que l'intéressé, au bénéfice d'une rémission complète de son cancer, aurait pu reprendre son travail aux exigences physiques lourdes après deux ans et qu'il était actuellement, en raison du déconditionnement résultant de son inactivité, capable d'assumer à plein temps un travail physiquement léger, avec la possibilité d'alternance posturale, sans sollicitation répétées de la colonne lombaire (pce 92).

D.

L'expertise médicale fut soumise à la Dresse D._____. Dans ses rapports des 5 et 15 mai 2006, elle nota que celle-ci était lacunaire du fait qu'elle ne comprenait pas les volets oncologique et gastroentérologique requis (pce 94 et 95). Ces volets firent l'objet d'un rapport complémentaire oncologique et d'un complément d'examen de l'assuré, à savoir:

- un rapport radiologique signé du Dr I._____ daté du 3 juillet 2007 en relation avec les lombalgies chroniques de l'intéressé faisant notamment état de la stabilité de la spondylose déformante lombaire pluriétagée, d'arthrose en L5-S1 et d'une possible coxarthrose gauche supéro-interne débutante (pce 122),
- des examens de laboratoire datés du 6 juillet 2007 dans la norme sous réserve de l'albumine sérique et n'ayant pas détecté d'antidépresseurs non tricycliques (pce 123),
- un rapport oncologique daté du 5 juillet 2007 signé du Dr J._____ relevant à l'examen un excellent état général de l'assuré, aucun signe d'atrophie musculaire, une démonstration douloureuse en L4-L5, une marche sur les pointes et les talons pouvant être considérée comme normale, des réflexes ostéotendineux vifs et symétriques aux 4 membres sans altération de la pallesthésie aux extrémités, sans déficit de la sensibilité aux membres inférieurs; le rapport releva l'absence de tout argument suggérant une récurrence de l'affection tumorale. Le rapport nota également l'absence d'argument objectif formel pour une neuropathie tout en relevant qu'il conviendrait certainement de procéder à une évaluation neurologique approfondie par un spécialiste et une électromyographie bien que les plaintes de l'intéressé soit principalement lombaires diffi-

ciles à comprendre compte tenu de l'examen clinique ostéoarticulaire. Enfin le rapport nota qu'au vu de la stabilité pondérale de l'assuré présentant un discret surpoids il apparaissait que la symptomatologie digestive ne pouvait justifier une incapacité totale d'exercer une activité professionnelle (pce 124),

- un rapport d'expertise daté du 21 novembre 2007 du Dr K. _____, Service de chirurgie viscérale des HUG, évoquant les plaintes de l'assuré, à savoir des régurgitations postprandiales et indiquant que l'atteinte à la santé ne pouvait être un « dumping » syndrome [syndrome de Chasse] du fait que l'intéressé ne se plaignait d'aucun des symptômes vasomoteurs classiquement associés au dumping, à savoir: « flashing », palpitations, tachycardie, diaphorèse, hypotension ou syncope, et n'indiquait aucun signe évocateur d'une hypoglycémie postprandiale. Il nota cependant que les troubles subjectifs présentés étaient en rapport avec l'intervention de 1997, que les régurgitations étaient sévères rendant difficile sa sortie du domicile et donc l'exercice d'une activité professionnelle. Enfin il releva que l'assuré ne présentait apparemment pas de séquelles de l'opération subie entraînant des conséquences nutritionnelles compte tenu du fait que le poids de l'intéressé était à peu près exactement celui qu'il avait avant sa maladie ce qui était plutôt rare après une gastrectomie suivie de conséquences généralement négatives avec une stabilisation du poids à 5-10% en dessous du poids préopératoire (pce 125),
- un complément d'expertise médicale du Dr F. _____ daté du 4 décembre 2007 faisant état d'un poids stabilisé à 76-77 kg (160cm/74kg à l'examen, IMC de 27), d'une importante médication (antidépresseur, analgésique, favorisant le sommeil et de protection de l'estomac), d'une aggravation alléguée de l'état de santé par rapport à février 2006 au niveau de la gêne digestive, des douleurs dorsales, des fourmillements dans les jambes et d'un moindre moral. Il fut relevé un suivi psychiatrique à raison de deux ou trois entretiens par année mais qui avait été arrêté par l'assuré, les séances ayant été jugées non nécessaires. L'examen clinique ne révéla aucune pathologie cardiopulmonaire, abdominale et vasculaire, aucune adénopathie pathologique, aucune tuméfaction ni rougeur, il fut relevé une trophicité musculaire symétrique et normotrophique, des amplitudes articulaires normales, une mobilisation indolore, un rachis bien mobile avec une distance doigts-sol de 29 cm,

la présence de tous les réflexes ostéotendineux de façon symétrique. Le rapport nota des résultats de laboratoire dans les normes. Les taux sériques des médicaments antidépresseurs (Rivotril^(R) et Floxipral^(R)) étant indétectables, le rapport nota qu'ils n'étaient pas pris au moment de l'examen. Sur le plan psychiatrique il ne fut pas relevé de modification sensible par rapport à l'examen précédent, à savoir un affect normal et approprié, un discours bien organisé et informatif, pas de trouble au niveau de l'attention et de la concentration. Le diagnostic de dysthymie (F 34.1) et de majoration des symptômes physiques pour des raisons psychologiques (F 68.0) fut retenu bien qu'il fut également relevé un décalage entre l'expression verbale de l'assuré exprimant de l'anxiété et des idées suicidaires et son apparence physique, son expression faciale et un affect normal sans signe d'impatience ni d'irritabilité. Selon l'expert-psychiatre, l'intéressé souffrait d'une perturbation thymique de type dysthymique avec une atteinte chronique de l'humeur dont la sévérité était insuffisante pour justifier le diagnostic de trouble dépressif récurrent léger ou moyen bien qu'il soit probable que le trouble ait répondu aux critères d'un épisode dépressif par le passé. Au final l'expert retint le diagnostic, avec répercussion sur la capacité de travail, d'arthrose des facettes articulaires L5-S1 et de neuropathie périphérique sensorielle discrète et, sans répercussion sur la capacité de travail, de lymphome B type MALT en rémission depuis une chimiothérapie et une gastrectomie subtotale en 1996 et 1997, de dysthymie et de majoration des symptômes physiques pour des raisons psychologiques (pce 126),

- un rapport médical du 5 décembre 2007 signé du Dr K._____, Service de chirurgie viscérale, reprenant les développements et conclusions du rapport du 27 novembre 2007 qui n'avait pas été signé (pce 127).

D'autres rapports médicaux furent parallèlement adressés à l'OAIE. Soit:

- un rapport médical oncologique daté du 31 juillet 2006, signé du Prof. méd. J._____, selon lequel le patient pouvait à l'évidence être considéré comme guéri de son affection tumorale diagnostiquée il y a plus de 10 ans et que celle-ci ne justifiait plus en tant que telle le maintien de prestations d'invalidité (pce 118),

- un rapport du 13 octobre 2006 de la Dresse L._____, traumatologue, faisant état de lombarthrose et de discopathie dégénérative L5-S1 impliquant un traitement par analgésiques et le fait d'éviter les efforts et la manutention de poids (pce 119),
- un rapport médical oncologique daté du 7 juin 2006 relatant les antécédents et les atteintes à la santé connues de l'intéressé notant nouvellement une hypertriglicéridémie (pce 120),
- un rapport médical de la Sécurité sociale espagnole daté du 28 juin 2007 faisant état des atteintes à la santé connues et de l'impossibilité pour l'assuré d'exercer une quelconque activité professionnelle (pce 121).

E.

Invitée à se déterminer sur la nouvelle documentation médicale complétée, la Dresse M._____ de l'OAIE, dans son rapport médical du 10 janvier 2008, retint une incapacité de travail de 50% dès le 5 juillet 2007 dans son activité habituelle et dans une activité de substitution. Elle nota une rémission complète durable du lymphome gastrique de bas grade de malignité apparu en 1996 et l'absence de critères d'incapacité de travail en rapport direct avec l'affection tumorale. Relativement aux problèmes gastriques de l'assuré, elle nota qu'il n'existait pas de symptôme évocateur d'un dumping ni de perte pondérale puisque le poids de l'assuré était presque identique à celui qui était le sien avant la survenue de l'affection tumorale. Elle indiqua qu'il y avait dès lors une amélioration durable de la capacité de travail de l'assuré vu qu'il était guéri de son affection tumorale et qu'il ne présentait pas de pathologie psychiatrique. Elle conclut ainsi à la possibilité d'une reprise d'activité de 50% dans l'ancienne activité de l'assuré modérément lourde faisant alterner les positions ou dans une activité de substitution au même taux d'activité dès la date de l'expertise de chirurgie digestive du 5 juillet 2007 (pce 131).

L'OAIE reçut également un rapport médical daté du 29 janvier 2009 signé du Dr N._____ faisant état des atteintes à la santé connues de l'intéressé et que celui-ci en raison desdites atteintes ne pouvait exercer quelque travail que ce soit (pce 133) et un questionnaire pour la révision de la rente daté du 30 janvier 2008 signé de l'assuré selon lequel celui-ci n'avait pas repris d'activité lucrative (pce 134).

F.

Par projet de décision du 14 février 2008, l'OAIE informa l'assuré que sur la base de la nouvelle documentation médicale reçue le concernant il était apparu que l'exercice d'une activité lucrative adaptée à son état de santé était à nouveau exigible dès le 5 juillet 2007 et lui permettrait de réaliser plus de 40% du gain qui pourrait être obtenu sans invalidité et qu'en conséquence la rente payée jusqu'alors devrait être remplacée par une demi-rente (pce 135).

Contre ce projet de décision, l'intéressé, représenté par Me J.-M. Allmann, contesta être en mesure de reprendre une activité à 50% faisant valoir une aggravation de son état de santé depuis l'octroi de la rente entière. Il joignit à son opposition quelques documents médicaux déjà au dossier dont le rapport du Dr N._____ du 29 janvier 2008 qui n'avait pas été soumis au service médical de l'OAIE (pces 137-143).

Invitée à se déterminer sur la contestation de l'assuré et la documentation médicale jointe, la Dresse M._____, dans son rapport du 30 mai 2008, indiqua que cette documentation n'était pas de nature à remettre en question sa dernière prise de position tenant compte des experts des différentes spécialités (pce 146).

G.

Par décision du 13 juin 2008, l'OAIE remplaça à partir du 1^{er} août 2008 la rente entière versée à l'assuré par une demi-rente faisant valoir la confirmation de la détermination de son service médical suite à la procédure d'audition (pce 148).

H.

Contre cette décision, l'intéressé, représenté par son mandataire, interjeta recours en date du 14 juillet 2008 auprès du Tribunal de céans sollicitant également le bénéfice de l'assistance judiciaire. Il conclut sous suite de frais et dépens à l'annulation de la décision attaquée et au maintien de sa rente entière. Il fit valoir les développements et conclusions contradictoires des divers rapports médicaux au dossier, le fait que finalement selon certains médecins il serait en mesure de travailler à 50% dans sa dernière activité alors que pour d'autres il y aurait lieu de prendre en compte des limitations tels qu'éviter le port de charges lourdes et certains mouvements. Il souligna être dans l'impossibilité de reprendre une activité à 57 ans en raison de ses problèmes de santé très importants tels que régurgitations sévères

(troubles gastriques chroniques), digestion difficile avec météorisme, douleurs lombaires, sommeil non réparateur, fatigue chronique, découragement, nécessité de l'assistance permanente de son épouse. Il souligna être sans formation professionnelle et être hors du monde professionnel depuis plus de dix ans et qu'il ne ressortait pas du dossier quelle activité professionnelle il pourrait concrètement exercer. Sur le plan médical il contesta au surplus toute amélioration de son état de santé. Il joignit à son recours un rapport médical daté du 30 juin 2008 signé de la Dresse O._____ selon lequel il présentait de son affection tumorale des séquelles psychiques, musculaires, neurologiques et digestives telles que dysthymie, neuropathie périphérique, dyspepsie avec météorisme, il souffrait de lombarthrose des facettes L5-S1 nécessitant un traitement conservateur, il devait éviter les efforts et prendre des analgésiques, il était atteint d'un syndrome anxio-dépressif et d'un état de santé général altéré sans perspective d'amélioration ne permettant pas l'exercice de quelque activité lucrative (pce TAF 1).

I.

Invité à se déterminer sur le recours, l'OAIE dans sa réponse du 20 novembre 2008 conclut à son rejet. Il fit valoir qu'il était apparu de la documentation au dossier que l'intéressé aurait pu reprendre l'activité lucrative antérieurement exercée à compter des examens réalisés à Genève en juillet 2007. Il indiqua que sur la base d'une comparaison des situations existantes entre le moment de l'octroi de la rente entière par décision du 18 juillet 1998 – et non la décision du 18 octobre 2002 ayant reconduit le droit à la rente entière – et le moment de la décision attaquée, soit le 13 juin 2008, la situation s'était nettement améliorée et permettait à l'assuré de reprendre son ancienne activité d'opérateur sur machine de moulage ou toute autre activité similaire. Il nota que le rapport médical nouvellement produit le 30 juin 2008 était superposable aux autres certificats du SERGAS et n'apportait rien de nouveau pour l'évaluation du cas. L'OAIE conclut, vu la possibilité pour l'intéressé de reprendre son ancienne activité à 50%, ou toute autre activité similaire, à l'octroi d'une demi-rente (pce TAF 5).

Par réplique du 5 janvier 2009, le recourant contesta le bien-fondé des arguments développés dans la réponse de l'OAIE, faisant valoir l'absence d'amélioration de son état de santé et l'impossibilité à près de 58 ans de reprendre une activité lucrative (pce TAF 7).

J.

Par décision incidente du 4 février 2009, le Tribunal de céans rejeta la demande d'assistance judiciaire à la suite de son instruction et requit de l'intéressé une avance sur les frais de procédure de Fr. 300.-, montant dont il s'acquitta dans le délai imparti (pces TAF 8-14).

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), 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 prises par l'OAIE.

1.2 Selon l'art. 37 LTAF, la procédure devant le Tribunal administratif est régie par la loi fédérale du 20 décembre 1968 sur la procédure administrative (PA, RS 172.021) pour autant que la LTAF n'en dispose autrement. En vertu de l'art. 3 let. d^{bis} PA la procédure en matière d'assurances sociales n'est pas régie par la PA dans la mesure où la loi fédérale du 6 octobre 2000 sur la partie générale du droit des assurances sociales (LPGA, RS 830.1) est applicable. Selon l'art. 2 LPGA, les dispositions de ladite loi sont applicables aux assurances sociales régies par la législation fédérale si et dans la mesure où les lois spéciales sur les assurances sociales le prévoient. En application de l'art. 1 al. 1 LAI, les dispositions de la LPGA s'appliquent à l'assurance-invalidité (art. 1a à 26^{bis} et 28 à 70), à moins que la LAI ne déroge à la LPGA.

1.3 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 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. A cette date sont également entrés en vigueur son annexe II qui règle la coor-

dination des systèmes de sécurité sociale, le règlement (CEE) n° 1408/71 du Conseil du 14 juin 1971 relatif à l'application des régimes de sécurité sociale aux travailleurs salariés, aux travailleurs non salariés et aux membres de leur famille qui se déplacent à l'intérieur de la Communauté (RS 0.831.109.268.1), s'appliquant à toutes les rentes dont le droit prend naissance au 1^{er} juin 2002 et ultérieurement et se substituant à toute convention de sécurité sociale liant deux ou plusieurs Etats (art. 6 du règlement), et enfin le règlement (CEE) n° 574/72 du Conseil du 21 mars 1972 relatif à l'application du règlement (CEE) n° 1408/71 (RS 0.831.109.268.11). Selon l'art. 3 du règlement (CEE) n° 1408/71 les ressortissants des Etats membres de la Communauté européenne et les ressortissants suisses bénéficient de l'égalité de traitement. Selon l'art. 20 ALCP, sauf disposition contraire découlant de l'annexe II, les accords de sécurité sociale bilatéraux entre la Suisse et les Etats membres de la Communauté européenne sont suspendus dès l'entrée en vigueur du présent accord, dans la mesure où la même matière est régie par le présent accord. Dans la mesure où l'accord, en particulier son annexe II qui régit la coordination des systèmes d'assurances sociales (art. 8 ALCP) ne prévoit pas de disposition contraire, l'organisation de la procédure de même que l'examen des conditions à l'octroi d'une rente d'invalidité suisse ressortissent au droit interne suisse.

2.2 L'art. 80a LAI rend expressément applicables dans la présente cause, s'agissant d'un ressortissant de l'Union européenne, l'ALCP et les règlements (CEE) n° 1408/71 du Conseil du 14 juin 1971 et (CEE) n° 574/72 du Conseil du 21 mars 1972 relativement à l'application du règlement (CEE) n° 1408/71.

2.3 De jurisprudence constante l'octroi d'une rente étrangère d'invalidité ne préjuge pas l'appréciation de l'invalidité selon la loi suisse (arrêt du Tribunal fédéral I 435/02 du 4 février 2003 consid. 2; Revue à l'intention des caisses de compensation [RCC] 1989 p. 330). Même après l'entrée en vigueur de l'ALCP, le degré d'invalidité d'un assuré qui prétend une rente de l'assurance-invalidité suisse est déterminé exclusivement d'après le droit suisse (ATF 130 V 253 consid. 2.4).

3.

L'examen du droit à des prestations selon la LAI s'agissant d'une révision du droit à la rente en application de l'art. 17 LPGA est régi par la teneur de la LAI au moment de la décision entreprise eu égard au

principe selon lequel les règles applicables sont celles en vigueur au moment où les faits juridiquement déterminants se sont produits (ATF 131 V 9 consid. 1, 130 V 445 et les références). En l'occurrence, les dispositions de la 5^{ème} révision de la LAI entrée en vigueur le 1^{er} janvier 2008 sont applicables.

4.

4.1 L'invalidité au sens de la LPGA et de la LAI est l'incapacité de gain totale ou partielle qui est présumée permanente ou de longue durée, qui peut résulter d'une infirmité congénitale, d'une maladie ou d'un accident (art. 8 LPGA et 4 al. 1 LAI). Selon l'art. 7 LPGA, est réputée incapacité de gain toute diminution de l'ensemble ou d'une partie des possibilités de gain de l'assuré sur un marché du travail équilibré dans son domaine d'activité, si cette diminution résulte d'une atteinte à sa santé physique, mentale ou psychique et qu'elle persiste après les traitements et les mesures de réadaptation exigibles. En cas d'incapacité de travail de longue durée, l'activité qui peut être exigée de lui peut aussi relever d'une autre profession ou d'un autre domaine d'activité (art. 6 LPGA).

4.2 Aux termes de l'art. 28 al. 2 LAI, l'assuré a droit à un quart de rente s'il est invalide à 40% au moins, à une demi-rente s'il est invalide à 50% au moins, à trois quarts de rente s'il est invalide à 60% au moins et à une rente entière s'il est invalide à 70% au moins. Toutefois, les rentes correspondant à un degré d'invalidité inférieur à 50% ne sont versées qu'aux assurés qui ont leur domicile et leur résidence habituelle en Suisse (art. 29 al. 4 LAI). Depuis l'entrée en vigueur des Accords sur la libre circulation des personnes, les ressortissants suisses et de l'Union européenne qui présentent un degré d'invalidité de 40% au moins ont droit à un quart de rente en application de l'art. 28 al. 1 LAI s'ils ont leur domicile et leur résidence habituelle dans un Etat membre de l'UE.

5.

5.1 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 la même règle 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.

5.2 La révision a lieu d'office lorsqu'en prévision d'une modification importante possible du taux d'invalidité, du degré d'impotence ou du besoin de soins découlant de l'invalidité, un terme a été fixé au moment de l'octroi de la rente ou de l'allocation pour impotent, ou lorsque des organes de l'assurance ont connaissance de faits ou ordonnent des mesures qui peuvent entraîner une modification importante du taux d'invalidité, du degré d'impotence ou du besoin de soins découlant de l'invalidité (art. 87 al. 2 du règlement du 17 janvier 1961 sur l'assurance-invalidité [RAI, RS 831.201]).

5.3 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. Quant à l'art. 88^{bis} al. 2 let. a RAI, il 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.

5.4 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 (arrêt 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).

5.5 Le Tribunal fédéral a par ailleurs 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 degré de l'invalidité s'est modifié de manière à influencer le droit aux prestations (ATF 133 V 108 consid. 5.4; ATF 125 V 369 consid. 2 et ATF 112 V 372 consid. 2).

En l'espèce, il se pose la question de savoir quelle est la dernière décision ayant examiné le droit aux prestations avant la décision du 13 juin 2008. D'une part, l'OAI-JU a reconnu le droit à la rente entière par décision du 18 mai 1998. D'autre part, dans le cadre d'une première procédure de révision, le jugement du 17 juillet 2002 de l'ancienne Commission fédérale a annulé la décision du 24 juillet 2001 de l'OAIE et rétabli le droit à la rente entière (cf. décision formelle du 18 octobre 2002). Force est de constater que lors de cette première procédure de révision, il a été procédé à un examen matériel, les juges ayant relevé la survenance d'une pathologie psychique qui justifiait le rétablissement du droit à la rente entière. L'OAIE dans sa réponse du 20 novembre 2008 expose que l'examen du droit aux prestations devrait plutôt se faire par rapport à la décision du 18 mai 1998. L'OAIE mentionne que l'instruction de la procédure de révision avait été jugée insuffisante par la Commission fédérale de recours et qu'il convenait de réexaminer le droit aux prestations lors d'une nouvelle procédure de révision. Selon l'OAIE, les décisions relatives à la première procédure de révision ne devraient pas être prises en compte pour examiner l'évolution du degré d'invalidité parce qu'elles n'ont pas abouti à un résultat définitif. Cette appréciation ne résiste toutefois pas à l'examen. Lors de la première procédure de révision, l'appréciation de la capacité de travail résiduelle de l'intéressé s'est faite par rapport à sa pathologie psychique qui était quasi inexistante lors de l'octroi de la rente entière. Il s'agit donc d'un nouvel examen matériel qui a abouti à la confirmation du droit à la rente. Conformément à la jurisprudence mentionnée dans ce considérant, il faut donc se référer à la situation existante lors de la première procédure de révision.

6.

6.1 La notion d'invalidité, dont il est question à l'art. 8 LPGA et à l'art. 4 LAI est de nature économique/juridique, établissant une incapacité de gain permanente ou probablement de longue durée, et non médicale (ATF 127 V 294 consid. 4b/bb). En d'autres termes, l'assurance-invalidité suisse couvre seulement les pertes économiques liées à une atteinte à la santé physique ou psychique, qui peut résulter d'une infirmité congénitale, d'une maladie ou d'un accident, et non la maladie en tant que telle. Pour évaluer le taux d'invalidité, le revenu que l'assuré aurait pu obtenir s'il n'était pas invalide est comparé avec celui qu'il pourrait obtenir en exerçant l'activité qui peut raisonnablement être exigée de lui après les traitements et les mesures de réadaptation sur

un marché du travail équilibré (art. 16 LPGA). La notion du marché équilibré du travail est une notion théorique et abstraite, qui sert de critère de distinction entre les cas tombant sous le coup de l'assurance-chômage et ceux qui relèvent l'assurance-invalidité. Elle implique, d'une part, un certain équilibre entre l'offre et la demande de main d'œuvre et, d'autre part, un marché du travail structuré de telle sorte qu'il offre un éventail d'emplois diversifiés.

6.2 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 on peut encore raisonnablement exiger de l'assuré (ATF 125 V 256 consid. 4; 115 V 133 consid. 2, 114 V 310 consid. 3c; arrêt du Tribunal fédéral I 599/2004 du 28 juillet 2005 consid. 1.2).

7.

L'art. 69 RAI prescrit que l'office de l'assurance-invalidité réunit les pièces nécessaires, en particulier sur l'état de santé du requérant, son activité, sa capacité de travail et son aptitude à être réadapté, ainsi que sur l'indication de mesures déterminées de réadaptation; à cet effet peuvent être exigés ou effectués des rapports ou des renseignements, des expertises ou des enquêtes sur place, il peut être fait appel aux spécialistes de l'aide publique ou privée aux invalides.

Le tribunal des assurances 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 réf. cit.).

8.

8.1 Le litige porte sur la question de savoir si l'OAIE était fondé, par sa décision du 13 juin 2008, à diminuer à partir du 1^{er} août 2008 la rente entière d'invalidité dont bénéficiait le recourant depuis le 1^{er} août

1997 à une demi-rente au motif d'une amélioration manifeste de son état de santé.

8.2 Lors de l'octroi de la rente entière par décision du 18 mai 1998, l'OAI-JU a pris en compte la nécessité de l'assuré de cesser toute activité en raison d'un lymphome gastrique non hodgkinien qui a été traité par une lourde chimiothérapie et une gastrectomie subtotale. Toute activité lucrative même légère ne pouvait entrer en ligne de compte du fait du cancer de l'estomac et de son traitement. A l'époque il fut considéré par l'OAI-JU que l'incapacité de travail de l'assuré allait être probablement définitive et que des mesures professionnelles n'étaient en conséquence pas indiquées (pce 11 datée du 3 septembre 1997). Le service médical de cet office nota cependant que le pronostic de la tumeur n'était pas nécessairement mauvais, mais en raison d'un envahissement du mésocolon le droit à la rente fut reconnu sans autres investigations (cf. pces 12-14 datées de fin 1997). Or fin 1998 l'assuré rentra en Espagne et ce n'est qu'à l'occasion de la révision du droit à la rente initiée en 1999, qui s'est conclue par la confirmation du maintien du droit à une rente entière par un jugement de la CR-AVS/AI du 17 juillet 2002, qu'il est apparu que sur le plan somatique l'intéressé bénéficiait d'une complète et durable rémission de son cancer de l'estomac dont les séquelles ne justifiaient pas dans tous les cas le maintien d'une rente entière. Toutefois, un status psychologique affaibli par une longue réaction dépressive en relation avec une intolérance digestive, de l'insomnie persistante, des douleurs ostéomusculaires, une perte de poids, de l'anorexie, de l'asthénie, de grandes difficultés au moindre effort physique alléguées par l'assuré, et qui ne purent être correctement évaluées dans le cadre de l'expertise psychiatrique effectuée à Bâle en juillet 2000, ne permirent pas à la CR-AVS/AI de confirmer une amélioration de la capacité de travail comme retenu par l'OAIE. D'où la reconduction de la rente entière qui s'ensuivit par décision du 18 octobre 2002.

8.3 Dans le cadre de la présente révision, il y a lieu de relever que, comme lors de la première procédure de révision, il est établi une complète et durable rémission du lymphome gastrique non hodgkinien, mais la gastrectomie subtotale n'est pas sans séquelles persistantes. L'assuré présente en effet des douleurs abdominales et des difficultés digestives qui se traduisent notamment par un météorisme et des régurgitations qui l'affectent après les repas. A ce sujet, des examens complémentaires ont permis d'exclure un syndrome de Chasse (dum-

ping syndrome) du fait que les sensations exprimées par l'intéressé ne correspondaient pas à cette pathologie. Le Tribunal de céans ne peut dès lors que confirmer l'appréciation du Dr K._____, du service de chirurgie viscérale des HUG, selon lequel il appartient à l'assuré de réguler son alimentation afin de diminuer les effets secondaires après les repas, étant par ailleurs relevé, selon le rapport du Dr J._____, oncologue, que les troubles anorexiques ont disparu compte tenu du poids recouvré par l'assuré correspondant à celui qui était le sien avant sa maladie et compte tenu également des examens de laboratoire ne démontrant pas de carences sanguines.

Sur le plan psychiatrique, s'il appert du dossier qu'en 2000 il pouvait y avoir un doute sur la capacité de travail résiduelle de l'intéressé compte tenu de la persistance d'une longue réaction dépressive, il sied de relever que l'intéressé a cessé de lui-même un suivi psychiatrique léger jugé inutile et que les examens psychiatriques effectués tant en 2006 qu'en 2007 dans le cadre de l'expertise pluridisciplinaire ont établi uniquement une dysthymie avec une majoration des symptômes physiques avec un décalage entre l'expression verbale de l'assuré exprimant de l'anxiété et des idées suicidaires et son apparence physique, son expression faciale et un affect normal, soit, selon l'expert, une perturbation thymique de type dysthymique avec une atteinte chronique de l'humeur dont la sévérité est insuffisante pour justifier le diagnostic de trouble dépressif récurrent léger ou moyen. Par ailleurs, il y a lieu de relever que les examens sériques n'ont pas permis de confirmer la prise d'antidépresseurs. Sur le plan psychologique il y a donc lieu de retenir la pleine capacité de l'intéressé à exercer une activité lucrative sous réserve d'un déconditionnement ne lui permettant pas d'exercer à plein temps une activité adaptée, voire son ancienne activité dans la mesure où celle-ci ne doit pas être qualifiée de lourde.

Sur le plan rhumatologique, le rapport radiologique du Dr I._____ daté du 3 juillet 2007 relève en relation avec les lombalgies de l'intéressé une stabilité de la spondylose déformante lombaire pluri-étagée, de l'arthrose L5-S1 et une possible coxarthrose gauche supéro-interne débutante. Ces constatations radiologiques doivent être mises en rapport avec les examens de 2006 et 2007 du Dr F._____ qui a relevé des mouvements ostéoarticulaires laborieux générant grimaces et plaintes mais aussi un status sans déconditionnement musculaire, une trophicité musculaire symétrique et normotrophique,

un rachis bien mobile, une distance doigts-sol de 29 cm, la présence de tous les réflexes ostéotendineux de façon symétrique. Il ne saurait dès lors être retenues d'importantes limitations fonctionnelles.

Sur le plan neurologique le Dr J._____, oncologue, outre d'avoir relevé dans son rapport du 5 juillet 2007 un excellent état général de l'assuré et aucun signe d'atrophie musculaire avec une marche sur les talons et les pointes considérée comme normale, nota, en marge de sa spécialisation médicale, des réflexes ostéotendineux vifs et symétriques aux 4 membres sans altération de la pallesthésie aux extrémités, sans déficit de la sensibilité aux membres inférieurs. A son avis, une incapacité de travail totale ne se justifie pas.

8.4 Vu ce qui précède le Tribunal de céans partage dès lors la conviction du service médical de l'OAIE selon lequel l'intéressé aurait pu reprendre à 50% une activité adaptée, voire une activité modérément lourde, dès le 5 juillet 2007.

8.5 Le recourant, né en 1951, était âgé de presque 57 ans lorsque l'autorité inférieure a pris la décision entreprise le 13 juin 2008. Il ne présentait ainsi pas un âge avancé au sens de la jurisprudence relativisant la capacité de travail des assurés âgés, de sorte qu'il y a pas lieu de prendre en considération ce facteur pour déterminer si l'assuré pouvait raisonnablement trouver une place de travail sur un marché de l'emploi équilibré (cf. les arrêts du Tribunal fédéral I 61/05 du 27 juillet 2005 consid. 5; I 819/04 du 27 mai 2005 consid. 2.2; I 401/01 du 4 avril 2002 consid. 4c; I 617/02 du 10 mars 2003 consid. 3.2.3). Il convient de relever que, au moment de la décision attaquée, un éventuel rapport de travail aurait pu durer potentiellement quelque sept ans, ce qui n'est pas un laps de temps négligeable pour l'exercice d'un travail qui ne nécessite pas de formation particulière.

9.

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

Selon la Dresse M._____, du service médical de l'OAIE, le recourant aurait pu reprendre son activité, qualifiée de modérément lourde,

d'opérateur sur machine de moulage dans une fonderie faisant alterner les positions à 50% ou une activité similaire à compter du 5 juillet 2007. Le Tribunal de céans ne peut retenir sans autre que l'activité de l'intéressé qui était la sienne dans une fonderie puisse être qualifiée de modérément lourde. En effet, au dossier cette activité a déjà été décrite comme étant lourde et ne peut vraisemblablement plus être effectuée par l'intéressé (pce 92 page 13). Il convient dès lors d'évaluer la perte de gain subie par l'intéressé du fait de son invalidité et de procéder à une comparaison de revenus sans et avec invalidité.

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

La comparaison de revenus doit s'effectuer sur le même marché du travail (ATF 110 V 273 consid. 4b; arrêt du Tribunal fédéral I 222/05 du 13 octobre 2005 consid. 6.1). S'agissant d'assurés résidant à l'étranger, en raison de la disparité des niveaux de rémunération et des coûts de la vie généralement entre la Suisse et leur pays de résidence, on ne saurait retenir le montant du dernier salaire obtenu par l'intéressé dans son Etat de résidence pour être comparé avec un revenu théorique statistique suisse. Dans ces situations, les rémunérations retenues par l'enquête suisse sur la structure des salaires peuvent aussi servir à fixer le montant des revenus que l'assuré aurait pu obtenir s'il n'était pas invalide.

L'administration doit de plus tenir compte pour le salaire d'invalidité de référence d'une diminution de celui-ci, cas échéant, pour raison d'âge, de limitations dans les travaux dits légers ou de circonstances particu-

lières. La jurisprudence n'admet à ce titre pas de déduction globale supérieure à 25% (ATF 126 V 75 consid. 5).

10.

10.1 En l'espèce il y a lieu de procéder à une évaluation de l'invalidité selon la méthode générale par une comparaison de revenus sur la base de l'Enquête suisse sur la structure des salaires 2007 car il doit être admis que c'est à compter de 2007 que l'état de santé du recourant doit être considéré comme stabilisé, celui-ci n'ayant pas évolué de façon déterminante depuis cette année jusqu'au 13 juin 2008. En effet, selon la jurisprudence, les salaires avant et après invalidité doivent être pris en compte / indexés jusqu'à la date de la survenance du droit éventuel à la rente, c'est-à-dire lorsque les conditions de santé peuvent être considérées comme stabilisées (ATF 128 V 174 et 129 V 222).

10.2 En ce qui concerne le salaire avant invalidité, il appert que le revenu de l'assuré se montait de base selon l'employeur en 1996 à Fr. 4'820.- par mois x 13 (cf. pce 5), soit Fr. 62'660.- par année ou Fr. 5'221.66 par mois (base 1939: 1910 pts), part au 13^{ème} salaire compris. Indexé valeur 2007 (base 1939: 2275 pts) ce revenu se monte à Fr. 6'219.52 par mois.

10.3 Le salaire après invalidité doit être fixé sur la base des données statistiques résultant de l'Enquête suisse sur les salaires 2006 (table TA1), en l'occurrence pour des activités simples et répétitives tous secteur confondus (niveau 4) à 100% pour 40 h./sem., le revenu mensuel est de Fr. 4'732.- et pour 41.7 h./sem. selon l'horaire de travail moyen de Fr. 4'933.11, sous déduction de 20% pour tenir compte de l'âge de l'assuré et de ses restrictions personnelles aux activités légères, soit Fr. 3'946.48 et Fr. 1'973.24 pour une activité exercée à 50%. Indexé valeur 2007 (+1.6%), ce revenu est de Fr. 2'004.81.

Un nombre suffisant d'entre elles peuvent être qualifiées de légères à modérément lourdes et autorisent le changement de position, de sorte que ces activités sont adaptées au handicap du recourant. De plus, la majeure partie des postes envisageables notamment dans le commerce et l'industrie légère ne nécessite pas de formation particulière autre qu'une mise au courant initiale.

10.4 En comparant le salaire avant invalidité de Fr. 6'219.52 avec celui après invalidité de Fr. 2'004.81, on obtient une perte de gain de 67.76% arrondie à 68% ($[6'219.52 - 2'004.81] : 6'219.52 \times 100$). Même indexées valeur 2008, année de la décision dont est recours, les revenus de référence précités et leur comparaison ne permettent pas d'atteindre un taux d'invalidité de 70% au moins.

Il appert de ce qui précède que le recours doit être partiellement admis et la décision attaquée réformée dans le sens de l'octroi de trois quarts de rente à compter du 1^{er} août 2008.

11.

11.1 Le recourant ayant eu partiellement gain de cause, les frais de procédure sont établis à Fr. 150.-. Le montant perçu de Fr. 300.- à titre d'avance sur les frais de procédure lui est restitué à hauteur de Fr. 150.-.

11.2 Le recourant ayant agi en étant représenté, il lui est alloué une indemnité globale de dépens à charge de l'autorité inférieure de Fr. 1'250.- (art. 64 al. 1 PA et art. 7 ss du règlement du 21 février 2008 concernant les frais, dépens et indemnités fixés par le Tribunal administratif fédéral [FITAF, RS 173.320.2]), compte tenu de l'issue du recours, de la difficulté de la cause ainsi que du travail effectué par l'avocat.

Par ces motifs, le Tribunal administratif fédéral prononce :

1.

Le recours est partiellement admis et la décision réformée dans le sens de l'octroi de trois quarts de rente d'invalidité à compter du 1^{er} août 2008.

2.

Il est perçu des frais de procédure d'un montant de Fr. 150.-. L'avance sur les frais de procédure de Fr. 300.- versée est partiellement restituée au recourant à hauteur de Fr. 150.-.

3.

Il est allouée une indemnité de dépens au recourant de Fr. 1'250.- à charge de l'autorité inférieure.

4.

Le présent arrêt est adressé :

- au recourant (Acte judiciaire)
- à l'autorité inférieure (n° de réf.)
- à l'Office fédéral des assurances sociales

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

Le président du collège :

Le greffier :

Francesco Parrino

Pascal Montavon

Indication des voies de droit :

La présente décision peut être attaquée devant le Tribunal fédéral, Schweizerhofquai 6, 6004 Lucerne, par la voie du recours en matière de droit public, dans les trente jours qui suivent la notification (art. 82 ss, 90 ss et 100 de la loi 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 :