



Arrêt du 27 septembre 2013

Composition

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

Parties

X. _____,
recourant,

contre

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

Objet

Assurance-invalidité (décision du 1^{er} novembre 2012).

Faits :**A.**

A.a X. _____ est un ressortissant français domicilié à (...). Né le 1^{er} juin 1955, l'intéressé s'est marié en 1978 et a divorcé en 2000; il est lié par un pacte civil de solidarité depuis 2008; il a eu deux enfants, un fils né et décédé en 1989 et une fille née en 1990. Après une formation dans l'hôtellerie, l'intéressé a travaillé comme magasinier et ouvrier dans l'industrie; son dernier emploi était celui d'opérateur dans une fabrique de cylindres pour l'imprimerie (opérateur plasma), du 1^{er} décembre 1997 au 16 septembre 2002. Il ne travaille plus depuis lors (not. pces 2, 3, TAF 9), sauf du 17 au 31 mars 2003 à raison de 50%.

A.b Le 2 octobre 1992, l'intéressé a fait une chute de sa hauteur sur une flaque d'huile. Il souffre depuis lors de lombalgies chroniques, de cervicalgies chroniques avec hernie discale et de rachialgies chroniques; il a été opéré pour une hernie discale le 4 janvier 1993, mais a subi une rechute en 1999 (pce 9).

B.

Le 24 mai 2004, l'Office AI du Canton de Genève a octroyé à l'assuré une rente entière d'invalidité dès le 16 septembre 2003 pour cause de maladie de longue durée. La décision retenait notamment que l'assuré présentait alors un taux d'invalidité de 100%, depuis le 16 septembre 2003. Il ressortait de l'examen du Service médical régional (ci-après SMR) que toute activité était devenue impossible et que des mesures de réadaptation n'étaient pas indiquées. La décision a été prise après échec d'une réadaptation professionnelle (pces 33, 34 et 51) et prévoyait une révision de la rente au 14 mai 2005 (pce 49).

L'Office fondait sa décision notamment sur les expertises suivantes:

- le rapport médical intermédiaire émanant du Dr A. _____ et daté du 19 avril 2004, dont il ressort que l'assuré souffrait d'une ostéonécrose aseptique des deux têtes fémorales (pce 36); ce rapport relevait une aggravation de l'état de santé de l'assuré depuis novembre 2003; il concluait à une incapacité de travail totale pour l'activité antérieure et constatait que l'assuré travaillait alors à temps partiel (12 heures par semaine),
- le rapport médical intermédiaire émanant du Dr B. _____ et daté du 10 mai 2004 dont il ressort, outre les mêmes conclusions que celles

du Dr A. _____, que l'assuré voyait son état de santé évoluer vers une polyarthrose avec lombalgie et ostéonécrose des deux hanches; le rapport renvoyait à un examen médical complémentaire pour évaluer la capacité de travail de l'assuré (pce 43),

- le rapport d'ergothérapie pré-professionnelle daté du 17 mars 2004 et signé par C. _____; de ce rapport, il ressort que les capacités propres de l'assuré étaient alors limitées dans le temps en partie par les pathologies dont il souffrait et qu'il semblait impossible à la praticienne que l'assuré puisse effectuer correctement ses tâches dans le délai imparti et qu'une réadaptation ne pourrait pallier à certaines de ses limitations (pce 32),
- l'avis médical du SMR émanant du Dr D. _____ et daté du 19 mai 2004, dont il ressort que l'incapacité de travail de l'assuré est de 100%; le rapport indique que cette incapacité est évaluée "pour l'instant" et réserve une révision un an plus tard, au motif que l'état de santé de l'assuré pouvait s'améliorer (pce 48).

B.a Le 16 août 2004, l'assuré s'est en outre vu octroyer par l'assurance-accident une indemnité pour atteinte à l'intégrité, suite à son accident du 2 octobre 1992, correspondant à 7.5% de son intégrité pour un montant de 7280 francs (pce 56).

C.

C.a En 2005, l'Office AI du Canton de Genève a ouvert une procédure de révision de la rente de l'assuré.

De cette procédure, il ressort notamment les pièces suivantes:

- le rapport médical intermédiaire émanant du Dr A. _____ et daté du 16 septembre 2005 qui attestait d'un état de santé de l'assuré stationnaire et concluait à une ostéonécrose des deux têtes fémorales depuis novembre 2003, avec des douleurs d'effort dans les deux hanches et excluait la possibilité de mesures de réadaptation (pce 62),
- le rapport radiologique émanant du Dr E. _____ et daté du 26 mai 2005, et annexé à la pièce précédente, qui concluait à l'absence de modification des anomalies structurales (pce 62),
- l'examen clinique orthopédique émanant du Dr F. _____ et daté du 10 juillet 2007 qui retenait que la capacité de travail de l'assuré était

nulle pour son activité habituelle; pour des activités de substitution, à savoir: activités sédentaire ou semi-sédentaire permettant l'alternance des positions debout et assise à la guise de l'assuré, pas de port de charges supérieures à 10 kilos, pas d'activité en porte-à-faux du rachis, les déplacements à plat sont possibles, cette expertise retenait que la capacité de travail de l'assuré dans un travail adapté aux limitations fonctionnelles n'était pas complète en raison de ses multiples atteintes et de ses douleurs, et retenait une diminution de sa productivité d'environ 30% (pce 77),

- l'avis médical du SMR émanant du Dr G. _____ et daté du 5 octobre 2007 qui retenait les atteintes invalidantes suivantes: cervicobrachialgies à répétition sans troubles neurologiques, hernie discale C3-C4, C4-C5 et C6-C7, lombalgies à répétition, status après cure de hernie discale L4-L5, ostéonécrose aseptique, idiopathique des deux têtes fémorales, syndrome du tunnel tarsien et syndrome du tunnel carpien. Ces atteintes justifiaient des adaptations fonctionnelles visées par l'expertise du 10 juillet 2007. L'avis concluait que l'activité habituelle n'était plus exigible depuis septembre 2002 et que, dans une activité ainsi adaptée, la capacité de travail de l'assuré était de 70% (soit à plein temps, mais avec une capacité de rendement de 70%) (pce 76),
- l'avis médical du SMR émanant du Dr H. _____ et daté du 27 août 2009 (pce 85), appelé à clarifier les conclusions éventuellement divergentes des avis des 5 octobre 2007 et 19 mai 2004 (pce 83), selon lequel ces avis n'étaient pas contradictoires; le SMR a fait remarquer que l'avis de 2004 ne se prononçait que sur l'incapacité pour l'activité habituelle et non sur une éventuelle activité de substitution, tout en réservant une révision un an plus tard; le rapport relevait particulièrement qu'il n'y avait pas en soi d'amélioration de l'état de santé de l'assuré,
- l'avis médical du SMR du 10 décembre 2010 (pce 90), appelé une nouvelle fois à clarifier sa position dans le dossier, notamment quant aux conséquences de l'ostéonécrose aseptique (pces 87 et 88), selon lequel au moment où le Dr D. _____ a donné son avis (en 2004), aucune capacité de travail n'était exigible et que la révision tend donc à établir si l'assuré avait dans l'intervalle connu une amélioration de son état de santé ou s'était habitué à son état, ce qui lui aurait permis de recouvrer sa pleine capacité de travail; l'examen orthopédique datant de plus de trois ans, le médecin du SMR demandait une nouvelle

expertise rhumatologique pour déterminer si l'assuré avait vu son état de santé ou sa capacité de travail s'améliorer depuis 2004,

- le rapport du Bureau romand d'expertises médicales (ci-après: BREM) signé par le Dr I. _____ et daté du 12 septembre 2011 (pce 100), dont il ressort que l'assuré souffre de lombalgies chroniques sur arthrose sévère des articulations L4-L5 gauche et L5-S1 droite, ainsi qu'un syndrome du tunnel tarsien bilatéral, provoquant de sévères brûlures sous les deux pieds; toujours selon ce rapport, la nécrose aseptique des deux hanches n'avait pas de répercussions sur l'état clinique de l'assuré, la déformation des deux têtes fémorales interdisant cependant tous les efforts augmentant la charge sur ces articulations; les limitations suivantes étaient posées: pas de port de charges de plus de 5 kilos, pas de mouvements répétés du rachis dorsal et lombaire, pas de position debout de plus de 45 minutes, possibilité de changer de position toutes les 45 minutes, éviter la marche sur les terrains accidentés, ne pas devoir monter ou descendre de manière répétée; l'expertise concluait à une incapacité totale de travail dès septembre 2002 pour le travail en usine; en revanche, s'agissant d'activités de substitution respectant les limites ci-avant énoncées la capacité de travail était entière dès le mois de janvier 2005, soit douze mois après le diagnostic de nécrose aseptique des deux hanches, c'est-à-dire le temps de la guérison,
- l'évaluation des capacités fonctionnelles de l'assuré émanant de Mme J. _____, ergothérapeute, et datée du 14 septembre 2011, dont il ressort qu'un suivi ambulatoire en physiothérapie était recommandé, sans indication quant à la capacité de travail de l'assuré ou à des mesures d'adaptation de son travail (pce 100),
- l'avis médical du SMR daté du 10 octobre 2011 dont il ressort, sur le fondement des expertises précédentes, que la capacité de travail de l'assuré est limitée par l'arthrose sévère des articulations L2-L5 gauche et L5-S1 droite, que la nécrose aseptique des deux hanches n'avait pas de répercussion sur l'état clinique, mais devait être prise en compte dans la définition des limitations fonctionnelles; au surplus, l'avis reprenait la position des expertises précédentes, quant à la capacité de travail à 100% pour les activités de substitution décrites ci-avant (pce 104),
- un certificat médical émanant du Dr A. _____ et daté du 11 septembre 2012 attestant que l'état de santé de l'assuré le place dans

l'incapacité absolue et définitive à occuper un emploi à temps plein, même pour un emploi adapté; il précise que les limitations nécessitent un emploi à temps partiel, ainsi qu'une baisse de rendement à redéfinir par les organismes compétents; il arrête les limitations suivantes: impossibilité de manutentions lourdes ou répétitives, de déplacements fréquents ou prolongés, de stations debout au-delà de 45 minutes, de stations assises au-delà d'une heure trente, et de manière générale d'efforts en tension du tronc; au surplus, cette expertise confirme les pathologies chroniques de l'assuré (pce 116),

- un rapport consécutif à un IRM du rachis cervical émanant du Dr E. _____ et daté du 24 août 2012 qui spécifie qu'après comparaison des résultats d'un IRM antérieur datant d'octobre 2002, il y avait une discrète aggravation de l'uncarthrose (pce 116),
- l'avis médical du SMR émanant du Dr K. _____ et daté du 8 octobre 2012 signalant simplement que, à la lecture des nouveaux documents (notamment du certificat du 11 septembre 2012 et le rapport IRM du 12 août 2012), le SMR ne trouvait aucun élément médical nouveau permettant de s'éloigner de ses conclusions précédentes (pce 119).

D.

Le 1^{er} novembre 2012, l'OAIE a pris une décision supprimant la rente précédemment octroyée (pce 125). L'acte a été notifié à l'assuré le 9 novembre 2012 (pce TAF 1 annexe).

Au motif de sa décision, l'Office AI a fait savoir que selon les données recueillies par le SMR, l'état de santé de l'assuré s'était amélioré depuis la dernière décision et qu'il était dès lors en mesure d'exercer toute activité lucrative à temps complet sur un marché du travail équilibré qui ne nécessite pas de formation complémentaire. Se fondant sur l'évaluation du degré d'invalidité de l'Office AI du Canton de Genève (pce 107), les chiffres suivants ont été retenus: s'agissant du revenu sans invalidité, le dernier questionnaire à l'employeur (de 2003; pce 15) faisait état d'un revenu annuel brut (avec les primes) de 66598 francs payable en 13 fois, indexé pour 2010 à 73129 francs. S'agissant du revenu d'invalidité, l'Office AI s'est fondé sur l'Enquête suisse de la structure des salaires de l'Office fédéral de la statistique pour l'année 2008. L'Office AI a retenu la valeur centrale de la statistique brute des salaires bruts standardisés et un niveau de qualification 4 (activités simples et répétitives). Fort de ces données, et compte tenu d'une capacité de travail à 100%, et d'une activité à raison

de 41.6 heures hebdomadaires, l'Office a retenu un salaire annuel brut de 61642 francs, qu'il a réduit de 15% à 52396 francs pour tenir compte des limitations fonctionnelles, de l'activité légère seule possible et de l'âge de l'assuré. La comparaison des revenus sans invalidité et d'invalidité aboutit à un degré d'invalidité de 28.4% ($[73129 - 52396] / 73129 = 28.4\%$), arrondi à 28%, inférieure à la limite des 40% ouvrant le droit à la rente.

E.

Par acte déposé le 10 décembre 2012, l'assuré, par l'intermédiaire de son représentant, a fait recours contre la décision du 1^{er} novembre 2012 (pce TAF 1). Le recourant invoque plusieurs arguments. Il fait d'abord valoir une violation des dispositions transitoires consécutives à la 6^{ème} révision de la loi fédérale du 19 juin 1959 sur l'assurance-invalidité (LAI, RS 831.20) (premier volet) qui interdiraient de réviser la rente des assurés de plus de 55 ans. Il conteste ensuite toute amélioration de son état de santé, se fondant sur le rapport médical du Dr I. _____ du 12 septembre 2012 dont il ressortirait qu'il n'aurait pas de capacité de travail. Il évoque également la difficulté de réinsertion sur le marché du travail compte tenu de son âge et de la durée de sa période de non-activité. Il critique le mode de calcul du taux d'invalidité au motif que les revenus du recourant n'auraient pas été établis sur la base de données concrètes. Il demande également à bénéficier de mesures professionnelles. A l'appui de ses griefs, le recourant a produit une attestation fiscale de 2010 portant sur le montant de sa rente d'invalidité (pce TAF 1 annexe 3), un décompte de salaire pour juillet 2004, établissant un salaire net mensuel de 3328 francs 40 (pce TAF 1 annexe 4), ainsi que des pièces figurant déjà au dossier.

F.

Le 28 janvier 2013, invité à se déterminer sur le recours par décision du 12 décembre 2012, l'OAIE a produit une réponse de l'Office AI du Canton de Genève (pce TAF 7). Il ressort de cette réponse en substance que la révision se fonde sur l'art. 17 de la loi fédérale du 6 octobre 2000 sur la partie générale du droit des assurances sociales (LPGA, RS 830.1) et non sur les dispositions transitoires relatives à la 6^e révision de la LAI (premier volet). L'Office AI fait également valoir que la comparaison de revenus devait se faire entre août 2004, date de décision initiale et novembre 2012, date de la décision querellée. En outre, c'était la découverte de l'ostéonécrose aseptique qui avait justifié l'incapacité de travail retenue et que l'expertise du Dr I. _____ confirmait que l'incapacité était totale pour l'activité d'ouvrier d'usine, mais qu'il n'y avait aucune incapacité dès janvier 2005, soit un an après le diagnostic d'ostéonécrose asepti-

que, pour les activités respectant les limitations fonctionnelles. Au surplus, l'Office confirmait son évaluation du taux d'invalidité de recourant. S'agissant des mesures professionnelles, l'Office a fait valoir que les limitations fonctionnelles du recourant lui permettaient un accès au marché du travail.

G.

Le 5 avril 2013, invité à répliquer par décision du 6 février 2013, le recourant, par l'intermédiaire de son représentant a déposé une réplique dont il ressort en substance le maintien de ses griefs antérieurs, étant précisé qu'il estimait que sa capacité de gain devait être réduite de 50% pour tenir compte de son incapacité de travail, puis de 60% pour tenir compte des salaires pratiqués sur le marché du travail français pour ne pas dépasser 15717 francs (pce TAF 16).

H.

H.a Le recourant a demandé, dans son recours, à être mis au bénéfice de l'assistance judiciaire, ce qui lui a été refusé par décision incidente du 10 avril 2013 (pce TAF 17).

H.b Invité à faire une avance de frais par décision incidente du 10 avril 2013 (pce TAF 17), le recourant s'en est acquitté dans le délai imparti.

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), l'autorité de recours, en vertu de l'art. 31 LTAF en relation avec l'art. 33 let. d LTAF et l'art. 69 al. 1 let. b LAI, connaît des recours interjetés par les personnes résidant à l'étranger contre les décisions prises par l'OAIE.

1.2 Selon l'art. 37 LTAF, la procédure devant le Tribunal administratif fédéral est régie par la loi fédérale du 20 décembre 1968 sur la procédure administrative (PA, RS 172.021) pour autant que la LTAF n'en dispose 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 LPGA est applicable. Selon l'art. 2 LPGA, les dispositions de ladite loi sont applica-

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

1.4 Déposé en temps utile et dans les formes requises par la loi (art. 60 LPGA et 52 PA) et l'avance de frais ayant été fournie, le recours est recevable.

2.

2.1 Le droit applicable est déterminé par les règles en vigueur au moment où les faits juridiquement déterminants se sont produits, le juge n'ayant pas à prendre en considération les modifications du droit ou de l'état de fait postérieures à la date déterminante de la décision litigieuse (ATF 129 V 4 consid. 1.2). Lors d'un changement de législation durant la période déterminante, le droit éventuel à des prestations se détermine selon l'ancien droit pour la période antérieure et selon le nouveau dès ce moment-là (application *pro rata temporis*; ATF 130 V 445, voir aussi arrêt du Tribunal fédéral 8C_870/2012 du 8 juillet 2013 consid. 2.2).

2.2 Au niveau du droit international, l'accord entre la Suisse et la Communauté européenne et ses Etats membres sur la libre circulation des personnes du 21 juin 1999 (ALCP, RS 0.142.112.681) est entré en vigueur le 1^{er} juin 2002 avec notamment son annexe II qui règle la coordination des systèmes de sécurité sociale par renvoi au droit européen. Dans ce contexte, l'ALCP fait référence depuis le 1^{er} avril 2012 au Règlement (CE) n° 883/2004 du Parlement européen et du Conseil du 29 avril 2004 portant sur la coordination des systèmes de sécurité sociale ainsi qu'au Règlement (CE) n° 987/2009 du Parlement européen et du Conseil du 16 septembre 2009 fixant les modalités d'application du règlement (CE) n° 883/2004 portant sur la coordination des systèmes de sécurité sociale (RS 0.831.109.268.1 et 0.831.109.268.11). Ces Règlements sont donc applicables *in casu* (cf. arrêt du Tribunal fédéral 8C_455/2011 du 4 mai 2012). Conformément à l'art. 4 du règlement (CE) n° 883/2004, les personnes auxquelles ce règlement s'applique bénéfici-

cient en principe des mêmes prestations et sont soumises aux mêmes obligations, en vertu de la législation de tout Etat membre, que les ressortissants de celui-ci. On précisera que le règlement (CEE) n° 1408/71 – auquel l'ALCP renvoyait pour la période antérieure courant jusqu'au 31 mars 2012 – contenait une disposition similaire à son art. 3 al. 1.

2.3 Il sied en outre de souligner que l'octroi d'une rente étrangère d'invalidité ne préjuge pas l'appréciation de l'invalidité selon la loi suisse (arrêt du Tribunal fédéral I 435/02 du 4 février 2003). Ainsi, même après l'entrée en vigueur de l'ALCP, le degré d'invalidité d'un assuré qui prétend à une rente de l'assurance-invalidité suisse est déterminé exclusivement d'après le droit suisse (art. 46 al. 3 du règlement [CE] n° 883/2004, en relation avec l'annexe VII dudit règlement respectivement, pour le droit en vigueur jusqu'au 31 mars 2012, art. 40 al. 4 en relation avec l'annexe V du Règlement n° 1408/71; voir aussi ATF 130 V 253 consid. 2.4; arrêt du Tribunal fédéral I 376/05 du 5 août 2005 consid. 3.1), étant précisé que la documentation médicale et administrative fournie par les institutions de sécurité sociale d'un autre Etat membre doit être prise en considération (art. 49 al. 2 du règlement [CE] n° 987/2009).

2.4 Pour ce qui est du droit interne, les modifications consécutives à la 6^{ème} révision de la LAI, entrées en vigueur le 1^{er} janvier 2012, trouvent également application en l'espèce.

3.

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

3.2 Un assuré a droit à un quart de rente s'il est invalide à 40% au moins, à une demi-rente s'il est invalide à 50% au moins, à trois-quarts de rente s'il est invalide à 60% au moins et à une rente entière s'il est invalide à 70% au moins (art. 28 al. 2 LAI). Suite à l'entrée en vigueur le 1^{er} juin 2002 de l'accord bilatéral entre la Suisse et la Communauté européenne, la restriction prévue à l'art. 29 al. 4 LAI – selon laquelle les rentes correspondant à un taux d'invalidité inférieur à 50% ne sont versées qu'aux assurés qui ont leur domicile et leur résidence habituelle en Suisse (art. 13 LPGA) – n'est plus applicable lorsqu'un assuré est un ressortissant suis-

se ou de l'UE et y réside (ATF 130 V 253 consid. 2.3). Depuis l'entrée en vigueur des nouveaux règlements n° 883/2004 et n° 987/2009, les ressortissants suisses et de l'Union européenne qui présentent un taux d'invalidité de 40% au moins, ont droit à un quart de rente en application de l'art. 28 al. 1 LAI indépendamment de leur domicile et résidence (art. 4 du règlement 883/04).

4.

4.1 En application de l'art. 53 al. 1 LPGA, par analogie avec la révision des décisions rendues par les autorités judiciaires, l'administration est tenue de procéder à la révision d'une décision entrée en force lorsque sont découverts des faits nouveaux ou de nouveaux moyens de preuve, susceptibles de conduire à une appréciation juridique différente. Conformément à l'art. 53 al. 2 LPGA, l'administration (ou l'assureur) peut reconsidérer une décision formellement passée en force de chose décidée et sur laquelle une autorité judiciaire ne s'est pas prononcée quant au fond, à condition qu'elle soit sans nul doute erronée et que sa rectification revête une importance notable (cf. ATF 127 V 466 consid. 2c et les références; MICHEL VALTERIO, Droit de l'assurance-vieillesse et survivants [AVS] et de l'assurance-invalidité [AI], Zurich 2011, n° 3125 ss). Pour des motifs de sécurité juridique, l'irrégularité doit être manifeste, de manière à éviter que la reconsidération devienne un instrument autorisant sans autre limitation un nouvel examen des conditions de base des prestations de longue durée. En particulier, les organes d'application ne sauraient procéder en tout temps à une nouvelle appréciation de la situation après un examen approfondi des faits. Si la décision initiale paraît admissible compte tenu de la situation antérieure de fait et de droit, il n'y a pas place pour une reconsidération; s'il subsiste des doutes raisonnables sur le caractère erroné de la décision initiale, les conditions de la reconsidération ne sont pas remplies (arrêts du Tribunal fédéral 9C_71/2008 du 14 mars 2008 consid. 2; 9C_575/2007 du 18 octobre 2007 consid. 2.2; I 907/2006 du 7 mai 2007 consid. 3.2.1).

4.2 La procédure de reconsidération de l'art. 53 al. 2 LPGA l'emporte d'ailleurs sur la révision de l'art. 17 LPGA. L'administration peut ainsi reconsidérer une décision manifestement erronée sans avoir à recourir à des mesures d'instruction complexes et coûteuses (VALTERIO, n° 3128). Le juge peut d'ailleurs confirmer une décision de révision (art. 17 LPGA) rendue à tort par substitution de motif lorsque la décision relative à la rente était sans nul doute erronée et que sa correction revêt une importance notable (ATF 110 I 291 consid. 3c).

5.

5.1 Si les conditions de l'art. 53 LPGA ne sont pas réalisées, une décision peut être modifiée en vertu des règles applicables à la reconsidération prévues à l'art. 17 LPGA.

5.2 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. L'al. 2 de la 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 (par ex. ATF I 559/02 du 31 janvier 2003 consid. 3.2). 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, n° 3054 ss, 3065; RUDOLF RUEDI, Die Verfügungsanpassung als verfahrensrechtliche Grundfigur namentlich von Invalidenrentenrevisionen, in: Schaffhauer/Schlauri [édit.], Die Revision von Dauerleistungen in der Sozialversicherung, Saint-Gall 1999, p. 15).

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; VALTERIO, n° 3063). 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).

5.3 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]).

5.4 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 et 112 V 372 consid. 2).

5.5 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; VALTERIO, 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).

6.

6.1 Il y a lieu d'abord d'examiner si la décision peut remplir les conditions d'une reconsidération au sens de l'art. 53 LPGA, dès lors que cette voie est prioritaire sur celle de la révision (consid. 4). En l'espèce, la reconsidération de l'art. 53 al. 2 LPGA supposerait que la décision d'octroi de la rente de 2004 soit manifestement erronée.

6.2 Le rapport du SMR du 19 mai 2004 (pce 48) sur lequel reposait la décision d'octroi de la rente était censé répondre à la question expressément formulée d'une éventuelle capacité résiduelle de travail. A cette question, le rapport répondait "pour l'instant [incapacité de travail] 100%" et réservait une révision un an plus tard. On peut certes reprocher à ce rapport de ne pas étayer son appréciation, et de ne pas différencier son opinion pour l'activité habituelle et une éventuelle activité de substitution. Cependant, l'autorité inférieure s'était directement fondée sur l'appréciation du SMR. Dans sa décision du 24 mai 2004 (pce 49), elle affirme que "il ressort des renseignements recueillis dans le cadre de l'instruction de

vosre demande [... que] vous présentez une incapacité de travail totale, continue, et ce, dans toutes les activités entrant en considération pour vous". Elle ajoute plus loin que "après examen par notre Service médical régional, il apparaît que toute activité étant devenue impossible, des mesures de réadaptation ne sont pas indiquées". En l'occurrence, l'autorité inférieure s'était expressément prononcée sur la question d'une éventuelle activité de substitution en précisant, par deux fois, qu'elle excluait toute autre activité. En outre, du point de vue de l'administré, après avoir subi des examens médicaux, ce dernier était en droit de penser que cette appréciation et la décision qui en découlait avait été prise à la suite d'une instruction complète. Il s'ensuit que la décision de 23 mai 2004 n'est pas manifestement erronée et ne peut pas faire l'objet d'une reconsidération au sens de l'art. 53 al. 2 LPGA.

7.

7.1 Dans le cadre de l'examen des conditions de la révision, il convient de déterminer les moments décisifs pour juger de l'évolution de l'état de santé de l'assuré dans la présente affaire.

7.2 En l'espèce, la dernière décision entrée en force, examinant matériellement le droit à la rente était celle par laquelle une rente entière a été octroyée au recourant, c'est-à-dire la décision du 24 mai 2004. Bien que la procédure de révision ait été ouverte en 2005, elle n'a donné lieu à aucune décision formelle avant celle, querellée en l'espèce, du 1^{er} novembre 2012. Cet état de fait devra ainsi être comparé à celui au moment où a été prise la décision querellée, soit le 1^{er} novembre 2012.

8.

8.1 Il convient ensuite d'examiner si la décision de l'autorité inférieure était conforme à l'art. 17 LPGA.

8.2 Préalablement, il convient d'écarter l'argument du recourant selon lequel les dispositions finales de la modification du 18 mars 2011 (6^{ème} révision de l'AI, premier volet) feraient obstacle à la révision de la rente précédemment octroyée. Il suffit de relever que l'al. 1 de ces dispositions fixe leur champ d'application aux rentes octroyées en raison d'un syndrome sans pathogenèse ni étiologie claires et sans constat de déficit organique. Or cette définition ne couvre pas les pathologies du recourant dès lors que leur origine a été identifiée et qu'elles ont été dûment diagnostiquées, de sorte que ce premier argument peut être écarté.

8.3

8.3.1 S'agissant d'abord de l'activité antérieure, force est de constater qu'il n'y a pas eu d'amélioration de l'état de santé du recourant. Ce dernier reste incapable de reprendre son métier d'opérateur dans une fabrique de cylindres pour l'imprimerie. Ce point n'est pas contesté.

8.3.2 Pour ce qui est d'une activité de substitution, l'avis médical du SMR émanant du Dr H. _____ et daté du 27 août 2009 (pce 85) affirmait certes qu'"il n'y a donc en soi pas d'amélioration". Appelé une seconde fois à préciser son appréciation quant aux conséquences de l'ostéonécrose aseptique sur la capacité de travail (pce 88), le SMR a toutefois précisé que "au moment où le Dr D. _____ a donné son avis [en 2004], aucune capacité de travail n'était exigible. Il s'agit donc de déterminer si l'assuré a présenté une amélioration de son état de santé ou s'est habitué à son état de santé, ce qui permettrait maintenant pour cet assuré de recouvrer une capacité de travail dans une activité adaptée. L'examen orthopédique date de plus de trois ans, raison pour laquelle il m'est impossible de déterminer l'évolution de l'état de santé depuis mai 2004" (pce 90). L'autorité de recours relève qu'il ressort de ces échanges entre l'autorité inférieure et le SMR (pces 85 et 90) que les expertises de 2004 et 2007 n'étaient pas contradictoires. L'apparente divergence ne venait que du fait que le SMR ne s'était pas prononcé sur l'évolution de la capacité de travail dans des activités de substitution lors de la procédure d'octroi de la rente. Les expertises de 2004 n'excluaient en réalité pas une amélioration pour l'avenir.

Le rapport du BREM, signé par le Dr I. _____ et daté du 12 septembre 2011 (pce 100), après avoir analysé les différents diagnostics et rapports médicaux figurant au dossier, et après avoir fait l'anamnèse complète du recourant, a conclu que "dans un travail respectant [les limitations proposées] la capacité de travail est entière à partir de janvier 2005, soit 12 mois après le diagnostic de nécrose aseptique des deux hanches" (p. 30). Le praticien considérait ce laps de temps comme nécessaire pour la guérison. Comme le recourant le souligne, le rapport, à la question de la description précise de la capacité de travail mentionne effectivement: "pas de capacité résiduelle de travail" (p. 31). A la question "Depuis quand, au point de vue médical, y a-t-il une incapacité de travail de 20% au moins ?", l'expert répond: "Septembre 2002". A la question "Comment le degré d'incapacité de travail a-t-il évolué depuis lors?", il répond: "Le degré d'incapacité est resté à 100%". Ces apparentes contradictions, relevées par le recourant, sont dues à la structure du questionnaire – il faut

comprendre que l'appréciation négative relative à la capacité de travail concerne l'activité habituelle – et ne sauraient remettre en cause les conclusions claires et précisément formulées exposées plus haut sur une capacité de travail entière à partir de janvier 2005.

8.3.3 De plus, dans le dossier relatif à la procédure de l'octroi de la rente, deux éléments plaident en faveur du fait que l'autorité inférieure avait alors pris en compte une possible amélioration de l'état de santé du recourant. D'une part, l'avis médical du SMR émanant du Dr D. _____ et daté du 19 mai 2004 réservait une révision une année plus tard après avoir souligné que la situation pouvait s'améliorer (pce 48). D'autre part, la décision d'octroi du 24 mai 2004 prévoyait elle-même sa révision en mai 2005 (pce 49). L'autorité de recours ne voit donc aucune raison de ne pas retenir que la nécrose aseptique des deux hanches du recourant était guérie en janvier 2005.

8.4 De son côté, le recourant a produit un certificat médical émanant du Dr A. _____ et daté du 11 septembre 2012 aux termes duquel le praticien atteste certes de l'incapacité absolue et définitive du recourant à occuper un emploi à temps plein, même pour un emploi adapté, mais il précise dans la foulée que les limitations justifient une baisse de rendement à redéfinir par les organismes compétents, ne se prononçant pas directement sur la question. Le praticien arrête les limitations suivantes: impossibilité de manutentions lourdes ou répétitives, de déplacements fréquents ou prolongés, de stations debout au-delà de 45 minutes, de stations assises au-delà d'une heure trente, et de manière générales d'efforts en tension du tronc. Au surplus, cette expertise confirme les pathologies chroniques du recourant (pce 116). A l'instar du SMR (pce 119), l'autorité de recours ne voit pas en quoi ce certificat contredit les conclusions du BREM s'agissant de la limitation des charges à porter, des limitations de mouvement ou des stations assises ou debout. Au contraire, s'agissant de la station assise, le rapport du Dr A. _____ parle d'une durée d'une heure trente, supérieure aux 45 minutes retenues par le rapport du BREM.

Le rapport consécutif à un IRM du rachis cervical émanant du Dr E. _____ et daté du 24 août 2012 spécifie qu'après comparaison des résultats d'un IRM antérieur datant d'octobre 2002, il y avait une discrète aggravation de l'uncarthrose (pce 116). L'autorité de recours souligne d'abord que le recourant dans ses écritures se garde de retenir la qualification de "discrète" de ladite aggravation. Ensuite, ce rapport ne dit pas en quoi cette aggravation serait de nature à modifier la capacité de travail

du recourant. Enfin, le rapport du SMR a examiné cette pièce et n'y a rien vu de médicalement pertinent (pce 119).

L'autorité de recours constate donc que l'amélioration de l'état de santé du recourant n'est pas mise en doute par ces documents.

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 (revenu sans invalidité) est comparé avec celui qu'il pourrait obtenir en exerçant l'activité qui peut raisonnablement être exigée de lui, après les traitements et les mesures de réadaptation, sur un marché du travail équilibré (revenu d'invalide).

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

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

évaluation et doit être brièvement motivée par l'administration. Le juge des assurances sociales ne peut, sans motif pertinent, substituer son appréciation à celle de l'administration (ATF 126 cité consid. 6, voir aussi ATF 137 I 71 consid. 5.2).

9.4 En l'espèce, s'agissant d'abord du revenu sans invalidité, le dernier questionnaire à l'employeur (de 2003; pce 15) faisait état d'un revenu annuel brut (avec les primes) de 66598 francs payable en 13 fois. L'autorité inférieure a appliqué, conformément à la jurisprudence précitée, la méthode ordinaire de comparaison des revenus (pce 107). Toutefois, selon la jurisprudence, les salaires avant et après invalidité doivent être indexés jusqu'à la date de la survenance du droit éventuel à la rente, à savoir dans le cas d'espèce au moment de la décision entreprise. Il s'agit ainsi de comparer les revenus du recourant en fonction de ce qu'ils étaient, ou auraient pu être en 2012, soit au moment de la décision, et non en 2010 comme l'a fait l'autorité inférieure (ATF 134 V 322 consid. 4.1; 129 V 222 consid. 4.3.1 et 4.4; 128 V 174). Dès lors, après indexation à l'année 2012, le revenu sans invalidité du recourant se monte à 74421 francs 05 ($[(66598 \times 2188) / 1958] = 74421.05$; indice 100 = 1939; OFS, Evolution des salaires nominaux, des prix à la consommation et des salaires réels, 1976-2012).

9.5

9.5.1 S'agissant du revenu d'invalidé, l'autorité inférieure s'est fondée sur l'Enquête suisse de la structure des salaires de l'Office fédéral de la statistique. Elle a retenu la valeur centrale de la statistique brute des salaires bruts standardisés et, compte tenu des pistes de réinsertion suivies auparavant, la ligne "total" relative à un homme exerçant des activités simples et répétitives (niveau de qualification 4). L'autorité de recours peut suivre cette appréciation, en se référant cependant aux dernières statistiques disponibles (ESS 2010) au moment de la décision attaquée.

Dès lors, pour un homme en 2010 dans le secteur privé, Table A1, niveau 4, ligne "total", selon l'Enquête sur les salaires suisses 2010 (ESS 2010), il y a lieu de retenir un revenu mensuel médian de 4901 francs. Il convient enfin d'indexer ce montant en 2012, date de la décision, à 4985 francs 30 ($[(4901 \times 2188) / 2151] = 4985.30$; indice 100 = 1939; OFS, Evolution des salaires nominaux, des prix à la consommation et des salaires réels, 1976-2012). Ce montant est valable pour 40 heures hebdomadaires et est de 5197 francs 18 pour 41.7 heures hebdomadaires, temps hebdomadaire normal de travail en 2012 dans ce domaine (cf. Table B 9.2, in:

La Vie économique 7/8-2013, p. 94). Annuellement, ce revenu représente une somme de 62366 francs 14 (5197.18 x 12).

9.5.2 Dans ses écritures, le recourant affirme que ses revenus d'invalidé devraient être établis compte tenu d'une double réduction de 50% pour tenir compte de son incapacité de travail, puis de 60% pour tenir compte des salaires pratiqués sur le marché du travail français. L'argument relatif à la réduction consécutive à l'incapacité de travail tombe à faux dès lors que, précisément, les expertises médicales lui ont reconnu une pleine capacité de travail. De même, l'autorité de recours ne peut suivre le recourant lorsqu'il affirme qu'il y a lieu de tenir compte du fait que celui-ci est actif sur le marché du travail français. Précisément parce que les conditions salariales d'un marché du travail à l'autre sont très différentes, des évaluations statistiques suisses ont été utilisées en l'espèce.

En revanche, l'autorité inférieure a réduit de 15% le salaire pour tenir compte des limitations fonctionnelles, de l'activité légère seule possible et de l'âge du recourant. Lorsque l'autorité de recours examine l'usage qu'a fait l'administration de son pouvoir d'appréciation pour fixer l'étendue de l'abattement sur le revenu d'invalidé, elle doit porter son attention sur les différentes solutions qui s'offraient à l'autorité inférieure et voir si un abattement plus ou moins élevé (mais limité à 25 %) serait mieux approprié et s'imposerait pour un motif pertinent, sans toutefois substituer sa propre appréciation à celle de l'administration (ATF 137 I 71 consid. 5.2). Ainsi, l'autorité de recours estime qu'il n'est pas nécessaire de discuter de l'opportunité de ce taux de réduction. Quoi qu'il en soit, un taux maximal de 25% n'aurait pas eu d'incidence sur l'issue du litige. Appliquée au chiffre calculé plus haut, la réduction de 15% aboutit à un revenu d'invalidé de 53011 francs 22.

9.5.3 La comparaison des revenus sans invalidité et d'invalidé aboutit à un taux d'invalidité de 28.8% ($(74421.05 - 53011.22) / 74421.05 \times 100 = 28.8$), arrondi à 29%, inférieur à la limite des 40% ouvrant le droit à la rente.

9.5.4 L'autorité de recours ne peut que constater que le taux d'invalidité a connu une amélioration notable au sens de l'art. 17 LPGA (consid. 5). Partant, la décision de l'autorité inférieure doit être confirmée et le recours rejeté.

10.

10.1 Selon la jurisprudence, une rente AI octroyée à un assuré âgé de plus de 55 ans ou pendant plus de 15 ans ne saurait être réduite ou supprimée sans que la capacité de travail résiduelle médico-théorique mise en évidence sur le plan médical soit objectivement confirmée. Il est en particulier nécessaire d'examiner si la réintégration dans le marché du travail doit être précédée d'une mesure de réintégration et/ou de réadaptation, sauf s'il apparaît que la personne assurée serait capable de réintégrer le marché du travail par ses propres moyens (arrêt du Tribunal fédéral 9C_152/2013 du 3 septembre 2013 consid. 3 avec les réf.).

10.2 En l'espèce, le recourant a atteint l'âge de 55 ans et compte une période de bénéfice d'une rente entière inférieure à 15 ans. Un des critères fixés par la jurisprudence ci-dessus est donc rempli. Il convient néanmoins de relever qu'il appartient en principe à la personne assurée d'entreprendre de son propre chef tout ce qu'on peut raisonnablement attendre d'elle pour tirer profit de l'amélioration de sa capacité de travail médicalement documentée (réadaptation par soi-même; ULRICH MEYER, Bundesgesetz über die Invalidenversicherung, 2^{ème} éd. 2010, p. 383). Autrement dit, une amélioration de la capacité de travail médicalement documentée permet, nonobstant une durée prolongée de la période durant laquelle la rente a été allouée, d'inférer une amélioration de la capacité de gain et, partant, de procéder à une nouvelle comparaison de revenus (arrêt du Tribunal fédéral 9C_254/2011 consid. 7.1.2.1), à moins d'un déconditionnement pathologique grave.

En l'espèce, selon le rapport du BREM signé par le Dr I. _____ et daté du 12 septembre 2011, le recourant bénéficie de ressources lui permettant de se réintégrer sans l'exécution préalable de mesures de réadaptation (pce 100). Le recourant ne présente nullement un déconditionnement pathologique qui devrait entraîner de la part de l'autorité inférieure un examen spécial de sa capacité de réintégration. Du point de vue médical, ces mesures ne sont donc pas nécessaires. L'éventail des professions qui lui sont accessibles est en outre très large, ce qui permet de retenir que l'octroi d'une mesure de réadaptation professionnelle ne s'impose pas en l'espèce avant d'exiger la reprise d'une activité de substitution.

11.

11.1 Vu l'issue de la procédure, les frais de celle-ci, fixés à 400 francs, sont mis à la charge du recourant (art. 63 al. 1 PA, applicable par le tru-

chement de l'art. 37 LTAF). Ils sont compensés par l'avance de frais du même montant dont il s'est acquitté au cours de l'instruction.

11.2 Il n'est pas alloué de dépens (art. 7 al. 1 *a contrario* et 3 du règlement du 21 février 2008 concernant les frais, dépens et indemnités fixés par le Tribunal administratif fédéral [FITAF, RS 173.320.2]).

Par ces motifs, le Tribunal administratif fédéral prononce :

1.

Le recours est rejeté.

2.

Les frais de procédure de 400 francs sont mis à la charge du recourant et sont compensés avec l'avance de frais de même montant déjà fournie.

3.

Il n'est pas alloué de dépens.

4.

Le présent arrêt est adressé :

- au recourant (Acte judiciaire)
- 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.

Le président du collège :

Le greffier :

Francesco Parrino

Yann Grandjean

Indication des voies de droit :

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

Expédition :