



---

Cour III  
C-8235/2010

## Arrêt du 15 juillet 2013

---

Composition

Madeleine Hirsig-Vouilloz (présidente du collège),  
Beat Weber, Vito Valenti, juges,  
Audrey Bieler, greffière.

---

Parties

**A.** \_\_\_\_\_,  
représenté par Bouza International Lawyers, Me Sandra  
Blanco,  
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

Prestations AI, décision du 15 octobre 2010.

**Faits :****A.**

A.\_\_\_\_\_, ressortissant espagnol, né le [...] 1960, a travaillé comme aide mécanicien en Suisse de 1978 à 1997, années durant lesquelles il a cotisé à l'assurance vieillesse et invalidité suisse (AVS/AI; OAIE pces 6 et 8). L'assuré retourne vivre en Espagne le 31 décembre 2000 pour des raisons familiales (OAIE pces 80 et 83).

**B.**

**B.a** Le 1<sup>er</sup> février 1993, A.\_\_\_\_\_ dépose une première demande de rente auprès de l'Office de l'assurance-invalidité pour le canton de Vaud (ci-après: l'OCAI-VD) indiquant souffrir de problèmes rénaux, de goutte et d'une tension artérielle trop élevée (OAIE pces 2 et 3). Son médecin traitant, le Dr B.\_\_\_\_\_, mentionne que l'intéressé, présentant un important phénomène d'anxiété, souffre principalement de tension artérielle essentielle, avec insuffisance rénale chronique depuis 1983, ainsi que d'hyperuricémie avec goutte articulaire, nécessitant un traitement médicamenteux. Bien que l'intéressé ne présente pas d'invalidité, un travail peu stressant avec des horaires réguliers diurnes serait, selon le médecin, bénéfique à celui-ci (OAIE pce 4).

**B.b** Par décision du 25 avril 1994, l'OCAI-VD rejette la demande de rente d'invalidité de l'assuré, au motif que celui-ci ne présente pas d'incapacité de travail moyenne de 40% durant au moins une année sans interruption (OAIE pces 11 et 16).

**C.**

**C.a** Le 5 février 1996, l'assuré dépose une seconde demande de rente auprès de l'OCAI-VD, indiquant être en arrêt de travail total en raison d'insuffisance rénale présente depuis 1983, nécessitant des dialyses et une future transplantation rénale (OAIE pce 24); les documents suivants sont notamment versés en cause:

- un questionnaire pour l'employeur, rempli le 27 février 1996, dont il ressort que l'assuré travaille à 100% comme aide mécanicien depuis le 1<sup>er</sup> septembre 1989, 41 h/sem. pour un salaire mensuel moyen de Fr. 4'487.70 en 1994 (OAIE pce 25);
- un rapport médical du 24 juin 1996 du Dr C.\_\_\_\_\_, indiquant que l'intéressé est traité depuis le 4 août 1995 par dialyse péritonéale pour

une insuffisance rénale chronique terminale ayant débuté en 1983, ce pour une période indéterminée jusqu'à ce que celui-ci puisse bénéficier d'une transplantation rénale, pour laquelle il est sur liste d'attente. Le médecin déclare l'assuré en incapacité de travail à 50% depuis le 1<sup>er</sup> novembre 1995 (OAIE pce 28);

- deux certificats médicaux des 6 mars et 28 juin 1996 du Dr B.\_\_\_\_\_, médecin traitant, mentionnant que l'assuré, traité par dialyse péritonéale ambulatoire chronique pour insuffisance rénale terminale, suite à une décompensation urémique en mai 1995, est en incapacité de travail à 50% (OAIE pces 26 et 30).

**C.b** Par communication du 28 octobre 1996, confirmée par décision du 25 novembre 1996, l'OCAI-VD octroie une demi-rente d'invalidité à A.\_\_\_\_\_ dès le 1<sup>er</sup> mai 1996 en raison d'une insuffisance rénale terminale, lui permettant toutefois de conserver sa place de travail à mi-temps (OAIE pces 23, 34 et 35).

#### **D.**

**D.a** A.\_\_\_\_\_ dépose le 19 janvier 1997 une demande de révision de sa demi-rente d'invalidité, indiquant avoir subi depuis peu la greffe rénale attendue et être en incapacité de travail complète depuis le mois de février 1996 en raison de dialyses ayant lieu trois fois par semaine (OAIE pce 38); sont notamment joints les documents suivants:

- un certificat médical du 21 novembre 1997 de la Dresse D.\_\_\_\_\_, psychiatre, mentionnant que l'assuré souffre, outre d'insuffisance rénale et de néphropathie d'origine hypertensive, de névrosite et d'insomnies permanentes; la praticienne souligne que l'intéressé bénéficie d'un suivi psychothérapeutique et médicamenteux et que les aspects psychologiques et psychiatriques de celui-ci sont des co-facteurs importants de ses problèmes somatiques, empêchant une reprise du travail à plus de 50% (OAIE pce 41);
- un rapport médical intermédiaire du 20 janvier 1998 du Dr E.\_\_\_\_\_, dont il ressort que l'assuré, sous dialyse autonome péritonéale depuis 1996, a repris des hémodialyses intermittentes depuis le mois de mars 1997 et qu'il a subi finalement une transplantation rénale le 5 janvier 1998. En incapacité de travail depuis le 1<sup>er</sup> mars 1997, le médecin souligne qu'une amélioration est à prévoir suite à la greffe rénale; il ressort également que l'assuré présente des difficultés

psychologiques d'adaptation à la maladie et qu'il est notamment suivi pour dépression nerveuse (OAIE pce 45);

- un questionnaire pour l'employeur, rempli le 7 avril 1998, dont il ressort que l'assuré, en arrêt de travail à 100% et 50% en alternance depuis le 1<sup>er</sup> janvier 1996, gagne Fr. 4'475.-- par mois à 100%. Depuis le 1<sup>er</sup> janvier 1998, l'assuré est en incapacité de travail totale pour une durée indéterminée (OAIE pce 48);
- un rapport médical du 6 août 1998 de la Dresse D.\_\_\_\_\_, psychiatre, indiquant que l'assuré, dont l'état est stationnaire, subit une incapacité de travail de 60 à 80% dans son activité habituelle en raison d'une insuffisance rénale, d'une néphropathie d'origine hypertensive et de troubles de l'adaptation (réaction mixte, anxieuse et dépressive liée à l'éloignement familial et à sa maladie chronique), nécessitant un traitement médicamenteux et un suivi de psychothérapie de soutien.

La psychiatre estime que, bien que l'état psychologique de l'assuré se soit nettement amélioré depuis sa prise en charge, celui-ci reste très fragile en raison de son problème de personnalité anxieuse; en tous les cas, le travail de l'assuré devrait être adapté à ses troubles somatiques et psychologiques, à savoir dans un milieu calme sans hyperstimulations (OAIE pce 53).

**D.b** Par projet de décision du 22 avril 1999, confirmé par décision du 24 juin 1999, l'OCAI-VD augmente la demi-rente de l'assuré à une rente entière d'invalidité à partir du 1<sup>er</sup> mai 1997, basé sur un taux d'invalidité de 100% en raison d'une aggravation de son état de santé tant d'un point de vue somatique que psychique (OAIE pces 66 et 68).

#### **E.**

Par communication du 2 mai 2000, l'OCAI-VD maintient le droit à une rente entière de l'assuré, suite à une première procédure de révision d'office (OAIE pce 74), en se basant uniquement sur le rapport intermédiaire du 11 avril 2000 du Dr F.\_\_\_\_\_ de l'hôpital orthopédique X.\_\_\_\_\_, indiquant que l'assuré, en incapacité totale de travail, souffre nouvellement de nécrose aseptique des deux têtes fémorales suite à une arthroplastie bilatérale de la hanche subie à gauche le 2 décembre 1999 et à droite le 2 mars 2000 (OAIE pce 72).

**F.**

**F.a** En décembre 2001, l'OAIE entame une seconde procédure de révision d'office (OAIE pce 87), dont il ressort que l'état de santé de l'assuré ne s'est pas amélioré; sont notamment versés en cause les documents suivants:

- un rapport médical du 16 mai 2000 par le Dr B.\_\_\_\_\_, médecin traitant, résumant l'historique médical de l'assuré et indiquant que celui-ci souffre d'un status après transplantation rénale en 1998 pour insuffisance rénale, ainsi que d'un status après arthroplastie totale des hanches en 1999 et 2000 (OAIE pce 76);
- une attestation du 31 mai 2000 du Dr F.\_\_\_\_\_, dont il ressort que l'assuré montre une démarche sans boiterie et des implants en place à six mois d'une arthroplastie bilatérale totale des hanches (OAIE pce 77);
- un rapport médical du 19 juillet 2000 des Drs G.\_\_\_\_\_ et H.\_\_\_\_\_ résumant l'historique médical de l'assuré et diagnostiquant principalement chez celui-ci un status après une greffe rénale en 1998 pour insuffisance rénale terminale, un status après arthroplastie bilatérale totale des hanches en 1999/2000 et un état dépressif réactionnel avec suivi psychiatrique et thérapie d'antidépresseurs tricycliques. Par ailleurs, il ressort également que l'assuré souffre d'hyperlipidémie, de goutte récidivante, d'hypertension artérielle et de problèmes gastriques (ulcère et gastrite), ainsi que d'un status après parathyroïdectomie subtotala en 1998 (OAIE pce 79);
- un rapport psychiatrique du 9 novembre 2000 de la Dresse D.\_\_\_\_\_, indiquant que l'assuré, outre des difficultés psychologiques en relation avec l'éloignement familial, présente une personnalité anxieuse évitante, nécessitant une thérapie comportementale (une séance toutes les deux ou trois semaines) et un traitement médicamenteux (OAIE pce 82);
- un rapport médical du 29 janvier 2002 du Dr I.\_\_\_\_\_, mentionnant que l'assuré souffre d'anxiété, de néphropathie hypertensive depuis 1995, d'hypertrophie du ventricule gauche, d'une névrose fémorale bilatérale opérée, d'insuffisance rénale traitée par dialyse et transplantation en 1998; le médecin estime l'assuré totalement

incapable de travailler dans son activité habituelle ou dans une activité adaptée et ce de manière définitive (OAIE pce 92);

**F.b** Dans un avis médical du 28 mars 2002, le Dr J.\_\_\_\_\_, médecin de l'OAIE, indique que l'assuré souffre d'un status après transplantation rénale, ainsi que d'une nécrose des hanches ayant nécessité la pose de prothèses, de status après parathyroïdectomie, d'ostéoporose et de dépression; le médecin estime que malgré son jeune âge, les nombreuses affections sérieuses de l'assuré ne lui permettent pas de travailler, même à temps partiel (OAIE pce 93).

**F.c** Par communication du 2 avril 2002, l'OAIE informe l'assuré que son droit à une rente entière d'invalidité est maintenu, son état de santé étant resté inchangé (OAIE pce 94).

### **G.**

Par communication du 20 avril 2006 (OAIE pce 107), l'OAIE confirme le droit à une rente entière de l'assuré, suite à une troisième révision d'office, basée uniquement sur un certificat médical du 3 avril 2006 de la Dresse K.\_\_\_\_\_, spécialiste en néphrologie (OAIE pce 105), reprenant l'historique des traitements et des pathologies de l'assuré déjà mentionnés; elle relève par ailleurs une hernie hiatale, une gastrite chronique et un syndrome de Barrett diagnostiqués en mars 2005.

### **H.**

En janvier 2010, l'OAIE entame une quatrième révision d'office de la rente d'invalidité de l'assuré (OAIE pce 111); sont notamment versés en cause les documents suivants:

- un questionnaire pour la révision de la rente, rempli le 16 mars 2010 par l'assuré qui atteste ne pas avoir repris d'activité lucrative (OAIE pce 118);
- des résultats d'examen cardiologique du 1<sup>er</sup> mars 2007 de la Dresse L.\_\_\_\_\_ ne relevant pas d'altérations significatives (OAIE pce 119);
- des résultats d'examen du 2 janvier 2009, effectués par la Dresse K.\_\_\_\_\_, indiquant une masse osseuse dans la normale (OAIE pce 122);
- un rapport néphrologique du 5 février 2010 de la Dresse K.\_\_\_\_\_, mentionnant que l'assuré n'a pas présenté de problèmes particuliers

depuis son dernier examen en janvier 2008, qu'il présente un bon état général, à l'exception de crampes intenses dans l'extrémité inférieure droite en lien avec une hypocalcémie iatrogène post-parathyroïdectomie; en outre la praticienne relève une absence d'œdème des membres inférieurs, l'absence de maux de tête ou de poitrine, de troubles digestifs ou de pathologie en relation avec la transplantation rénale (OAIE pce 123);

- un rapport psychiatrique du 30 mars 2010 du Dr M.\_\_\_\_\_, lequel relève que l'assuré, bien orientée et collaborant, ne présentant pas de trouble phobique, ni d'anxiété exacerbée, souffre d'un trouble dépressif avec des symptômes résiduels; le psychiatre estime que l'assuré peut mener sa vie de manière presque autonome, excepté en période de crise ou de décompensation et qu'il présente une incapacité légère de travail de 10% (OAIE pce 124);
- un formulaire E 213 du 14 avril 2010, établi par la Dresse N.\_\_\_\_\_, dont il ressort que l'assuré est totalement incapable de travailler en raison d'une pathologie rénale, traitée par immunosuppression et évoluant de manière chronique, d'une pathologie articulaire suite à la pose de prothèses des deux hanches et d'un syndrome anxio-dépressif léger. La Dresse N.\_\_\_\_\_, déclarant l'assuré totalement incapable de travailler dans toute activité, signale pour finir que celui-ci ne peut pas effectuer des activités physiques nécessitant la station debout prolongée ou surchargeant ses prothèses de hanches (OAIE pce 125).

#### I.

Dans une prise de position médicale du 12 mai 2010, le Dr O.\_\_\_\_\_, médecin de l'OAIE, retient que l'assuré présente un trouble anxio-dépressif en rémission, outre les diagnostics déjà mentionnés, ainsi qu'une maladie ulcéreuse gastroduodénale et une œsophagite peptique.

Se basant principalement sur le rapport néphrologique du 5 février 2010 de la Dresse K.\_\_\_\_\_ et sur le rapport psychiatrique du Dr M.\_\_\_\_\_ du 30 mars 2010, le médecin de l'OAIE retient que l'état de santé général de l'assuré s'est nettement amélioré (bonne fonction rénale, tension artérielle normale et trouble anxio-dépressif en rémission). Dès lors, le Dr O.\_\_\_\_\_ retient pour l'assuré une incapacité de travail entière dans son activité habituelle et une incapacité de travail de 30% dès le 30 mars 2010 dans une activité légère adaptée à ses problèmes rénaux

et fémoraux, notamment en raison de sa longue période d'inactivité professionnelle (OAIE pce 129).

Le médecin déclare l'assuré apte à travailler en tant que surveillant de parking ou de musée, caissier, réceptionniste, téléphoniste ou dans le domaine de l'archivage/saisie de données (OAIE pce 129.1).

**J.**

Par projet de décision du 2 juillet 2010, l'OAIE propose que la rente entière d'invalidité de l'assuré soit remplacée par une demi-rente, au motif que celui-ci a retrouvé depuis le 30 mars 2010 une capacité de 70% dans des activités légères adaptées dans plusieurs domaines, entraînant une perte de gain de 52%. L'autorité inférieure souligne que l'état de santé de l'assuré s'est nettement amélioré selon le certificat médical du 5 février 2010 de la Dresse K.\_\_\_\_\_, notamment que son trouble dépressif a disparu, que son transplant rénal fonctionne bien et que sa tension artérielle est normale (OAIE pces 130 et 131).

**K.**

Par opposition du 15 juillet 2010, l'assuré conteste ledit projet et avance que son état de santé ne lui permet pas de travailler. Il souligne que le rapport néphrologique du 5 février 2010 n'est pas complet (OAIE pces 152 et 153). En outre, l'assuré produit de nombreuses pièces médicales déjà prises en compte lors des précédentes procédures de révision, ainsi que les pièces suivantes:

- un rapport médical du 16 mars 2007 de la Dresse K.\_\_\_\_\_, relevant que l'assuré présente un bon état général (OAIE pce 147);
- un certificat médical du 23 décembre 2008 de la Dresse K.\_\_\_\_\_, dont il ressort que l'assuré présente un bon état général, stationnaire depuis janvier 2008 (OAIE pce 148).

**L.**

Dans une prise de position du 24 septembre 2010, le Dr O.\_\_\_\_\_, médecin de l'OAIE, indique que les nombreux documents produits par l'assuré en procédure d'opposition n'apportent aucuns éléments nouveaux permettant de modifier sa précédente prise de position. Estimant la disparition du trouble psychique comme clairement documentée, le médecin conclut à une nette amélioration de l'état de santé de l'intéressé (OAIE pce 157).

**M.**

Par décision du 15 octobre 2010, notifiée le 2 novembre 2010, l'OAIE diminue la rente entière d'invalidité de l'assuré à une demi-rente dès le 1<sup>er</sup> décembre 2010, au motif que son état de santé s'est notablement amélioré tant d'un point de vue somatique que psychologique (OAIE pce 160).

**N.**

Le 24 novembre 2010, A.\_\_\_\_\_, par l'intermédiaire de sa représentante, interjette recours auprès du Tribunal administratif fédéral (ci-après: le TAF ou le Tribunal), concluant au maintien de sa rente entière d'invalidité et à l'annulation de la décision entreprise (TAF pce 1). L'intéressé avance que le rapport médical du 5 février 2010 de la Dresse K.\_\_\_\_\_ n'était pas complet et verse ainsi les documents supplémentaires suivants:

- un certificat médical du 10 novembre 2010 de la Dresse K.\_\_\_\_\_, dont il ressort que l'assuré souffre d'une néphropathie chronique du greffon en probable relation avec une fibrose interstitielle et une atrophie tubulaire de la greffe rénale, ainsi que de fréquentes crampes dans les quatre extrémités en raison de son hyperparathyroïdie, entraînant des troubles psychiques nécessitant la prise d'anxiolytiques;
- un certificat médical du 16 novembre 2010 de la Dresse P.\_\_\_\_\_, psychiatre, indiquant que l'intéressé souffre depuis 1997 d'une dépression réactionnelle à ses problèmes de santé, devenue chronique, avec épisodes d'aggravation devant des situations de stress, caractérisée par un niveau élevé d'angoisses et la survenance de pensées obsessionnelles et phobiques. La psychiatre souligne que le recourant bénéficie d'un traitement psychothérapeutique et psycho pharmaceutique.

**O.**

Dans une prise de position du 8 février 2011, le Dr Q.\_\_\_\_\_, médecin de l'OAIE, souligne que les deux nouveaux certificats produits par le recourant n'apportent pas d'éléments nouveaux et ne sont pas assez précis pour remettre en cause les conclusions du Dr M.\_\_\_\_\_. Le médecin retient dès lors que l'état de santé du recourant s'est notablement amélioré d'un point de vue psychique et permet à celui-ci de reprendre une activité légère adaptée à minimum 70% (OAIE pce 164).

**P.**

Par réponse du 25 février 2011, l'OAIE propose l'admission partielle du recours, en ce sens que le droit à une rente entière d'invalidité est reconnue au recourant jusqu'au 31 décembre 2010 et non pas jusqu'au 1<sup>er</sup> décembre 2010. Pour le surplus, l'autorité inférieure confirme la décision querellée, à savoir la réduction de la rente entière d'invalidité du recourant à une demi-rente pour un taux d'invalidité de 52% calculé sur la base de salaires statistiques. En outre, l'autorité inférieure souligne qu'au vu des documents médicaux versés en cause lors de la procédure de révision, il apparaît que l'état psychique du recourant s'est notablement amélioré et que les pièces produites par ce dernier en procédure d'opposition et en procédure de recours n'apportent pas d'éléments nouveaux susceptibles de modifier les diverses prises positions de son service médical concluant à une capacité de travail de 70% du recourant dans des activités adaptées (TAF pce 5).

**Q.**

**Q.a** Par décision incidente du 19 avril 2011, le Tribunal invite le recourant à payer une avance de frais de Fr. 400.-- dans les 30 jours dès réception, montant dont il s'acquitte le 5 mai 2011 (TAF pces 8 à 10).

**Q.b** Par ordonnance du 22 mai 2012, le Tribunal de céans requiert la production d'une procuration datée et signée autorisant Me Sandra Blanco à représenter le recourant dans la présente procédure, ce dans les 30 jours dès réception (TAF pce 12).

**Q.c** Par courrier du 13 juin 2012, Me Sandra Blanco fait parvenir au Tribunal une procuration du 31 mai 2012, signée devant notaire par le recourant, autorisant celle-ci à le représenter en justice, ainsi qu'une traduction assermentée en français (TAF pce 15).

**R.**

Par réplique du 25 août 2012, le recourant, par l'intermédiaire de sa représentante, avance être en incapacité totale de travail en raison de ses problèmes somatiques et psychiques (TAF pce 17). Il joint notamment les documents suivants:

- des résultats de gastroscopie du 18 avril 2011, faisant état d'un œsophage de Barrett sans complications et d'une gastrite (PJ 5);

- deux rapports dermatologiques des 8 juin et 16 novembre 2011 établis par le Dr R. \_\_\_\_\_ (PJ 4);
- un rapport médical du 8 juillet 2011 de la Dresse S. \_\_\_\_\_, dont il ressort que l'assuré souffre d'hypoparathyroïdie sous contrôle malgré une hypomagnésémie fréquente; en outre, il est fait mention de crampes/contractures dans les pieds et les mains, toutefois antérieures à la para thyroïdectomie effectuée en 1998 (PJ 2);
- un rapport neurophysiologique du 1<sup>er</sup> mars 2012 de la Dresse S. \_\_\_\_\_, dont il ressort que l'assuré présente un modèle chronique neurogène d'intensité modérée à droite et légère à gauche, en territoire dépendant du myotome de la racine L4 de l'extrémité inférieure droite, sans aucun signe de dénervation active (PJ 3);
- des résultats IRM de la colonne vertébrale lombosacrée du 17 avril 2012, dans le cadre d'une neuropathie chronique en territoire dépendant en L4, relevant chez l'intéressé une hypo-intensité en T2 et une protrusion globale du disque L5-S1 en contact avec la face antérieure du sac dural, suggérant une dégénération discale (PJ 3);
- un rapport médical du 6 août 2012 de la Dresse K. \_\_\_\_\_, basé sur des examens effectués le 10 février 2012, dont il ressort que l'intéressé présente une incapacité totale de travail eu égard au fait qu'il souffre de troubles digestifs épigastriques, d'otites et de problèmes cutanés, ainsi que principalement de néphropathie chronique et d'hyperparathyroïdie iatrogène entraînant des troubles musculaires et neurologiques (PJ 1).

## **S.**

Par complément à la réplique du 28 septembre 2012, le recourant, par l'intermédiaire de sa représentante, invoque souffrir, outre les affections somatiques déjà connues, de troubles psychiatriques importants depuis 1997. Suivi par la Dresse P. \_\_\_\_\_ depuis 2000, l'intéressé argue présenter un trouble du comportement et de la mémoire empêchant tout rapport professionnel. Il joint notamment un bref rapport psychiatrique du 27 septembre 2012 de la praticienne susmentionnée qui diagnostique chez le recourant un trouble dépressif chronique (F 34.9 CIE 10<sup>a</sup>) avec des épisodes d'aggravation devant des situations de stress, caractérisées par un niveau d'anxiété élevé et des pensées catastrophiques liées à ses problèmes de santé; celle-ci fait en outre état d'un traitement

psychothérapeutique et pharmacologique de soutien ayant soulagé en partie les symptômes (TAF pce 19).

## **T.**

**T.a** Dans un avis SMR du 22 octobre 2012, le Dr Q.\_\_\_\_\_, médecin interniste, retient que les nouveaux documents versés par le recourant, n'amenant aucuns éléments nouveaux, ne permettent pas de revenir sur l'appréciation de l'état somatique de l'intéressé ou sur l'évaluation de sa capacité résiduelle de travail. En outre, du point de vue psychique, le médecin propose qu'un médecin spécialisé en psychiatrie prenne position sur la gravité des troubles de l'assuré et sur sa capacité de travail. Il indique toutefois que le rapport médical du 27 septembre 2012 de la Dresse P.\_\_\_\_\_, par ailleurs peu précis, ne permet pas de jeter le doute sur les conclusions du Dr M.\_\_\_\_\_, du 30 mars 2010, ce d'autant que l'appréciation de la praticienne contredit tous les autres éléments au dossier et que la praticienne n'a pas elle-même suivi le recourant (OAIE pce 166).

**T.b** Dans un avis SMR du 14 novembre 2012, le Dr T.\_\_\_\_\_, psychiatre et psychothérapeute, estime qu'il n'y a aucune raison de ne pas suivre le rapport psychiatrique du Dr M.\_\_\_\_\_ qui est de bonne qualité, circonstancié et convainquant. Dès lors, il retient comme diagnostic n'ayant pas de répercussion sur la capacité de travail du recourant des traits de dysthymie (CIM.10 F 34.9), eu égard à la dépression en rémission avec quelques symptômes résiduels et l'incapacité de travail de 10% retenue par le Dr M.\_\_\_\_\_. Il signale par ailleurs, que les rapports psychiatriques des 16 novembre 2010 et 27 septembre 2012 de la Dresse P.\_\_\_\_\_ décrivent clairement le même état psychique, même si la terminologie diffère légèrement, la dépression névrotique (CIM-10 F 34.9) étant une catégorie résiduelle de la dysthymie (F 34.1) pour des cas qui n'en remplissent même pas les critères (OAIE pce 168).

## **U.**

Par duplique du 9 janvier 2013, l'OAIE maintient ses précédentes conclusions, renvoyant pour le surplus à la dernière prise de position de son service médical (TAF pce 23).

## **V.**

Par observations du 27 février 2013, le recourant réitère ne plus pouvoir exercer aucunes activités professionnelles en raison de ses troubles

physiques déjà explicités dans ses précédents courriers et, surtout, en raison de ses troubles psychiques ressortant des rapports de la Dresse P.\_\_\_\_\_, psychiatre, attestant chez lui d'un trouble dépressif chronique avec épisodes d'aggravation et trouble du comportement. Le recourant souligne à nouveau la gravité de ses troubles psychiques et dépressifs, l'empêchant de suivre une conversation simple et d'interagir avec d'autres personnes (personnalité obsédante-phobique, problèmes d'agressivité et de comportement, etc.). Il souligne que son état de santé psychique ne s'est pas amélioré depuis 2000 et transmet un nouveau rapport du 22 février 2013 de la Dresse P.\_\_\_\_\_, laquelle, reprenant son dernier certificat, ajoute que l'intéressé, dont l'état de santé psychique ne connaît pas d'amélioration notable depuis des années, n'est pas capable d'avoir une vie socioprofessionnelle normale. Il conteste que les rapports de son médecin psychiatre soient superposables à celui du Dr M.\_\_\_\_\_ (TAF pce 26).

**W.**

Par observations du 7 mai 2013 (TAF pce 31), l'autorité inférieure maintient ses conclusions, se référant pour le surplus à la prise de position de son service médical du 30 avril 2013, dont il ressort que le nouveau rapport médical du 22 février 2013 de la Dresse P.\_\_\_\_\_ n'apporte aucun élément nouveau par rapport à ses précédents certificats. Le Dr T.\_\_\_\_\_ relève que la psychiatre mentionne chez l'assuré un état dépressif fluctuant, réagissant assez bien aux antidépresseurs et un état de santé sans changements essentiels au fil des années. Ainsi, il considère que l'appréciation du Dr M.\_\_\_\_\_ peut être suivie au vu de sa très bonne qualité médico-clinique (OAIE pce 170).

**X.**

Par ordonnance du 3 juin 2013, le Tribunal transmet au recourant un double des pièces susmentionnées et clôt l'échange d'écriture, sous réserve d'autres mesures d'instruction (TAF pce 32).

**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 TAF, en vertu de l'art. 31 LTAF en relation avec l'art. 33 let. d LTAF et l'art. 69 al. 1 let. b de la loi fédérale du 19 juin 1959 sur l'assurance-invalidité (LAI; RS 831.20), connaît des recours interjetés par les personnes résidant à l'étranger contre les décisions concernant l'octroi de rente d'invalidité prises par l'OAIE.

**1.2.** En vertu de l'art. 3 let. d<sup>bis</sup> PA, auquel renvoie l'art. 37 LTAF, la procédure en matière d'assurances sociales n'est pas régie par la PA dans la mesure où la loi fédérale du 6 octobre 2000 sur la partie générale du droit des assurances sociales (LPGA; RS 830.1) est applicable. Selon l'art. 2 LPGA, les dispositions de la présente loi sont applicables aux assurances sociales régies par la législation fédérale, si et dans la mesure où les lois spéciales sur les assurances sociales le prévoient. Or, l'art. 1 al. 1 LAI mentionne que les dispositions de la LPGA s'appliquent à l'assurance-invalidité (art. 1a à 26<sup>bis</sup> 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.** Pour le surplus, déposé en temps utile et dans les formes requises par la loi (art. 60 LPGA et 52 PA), le recours est donc recevable quant à la forme.

**2.**

Le Tribunal administratif fédéral applique le droit d'office, sans être lié par les motifs invoqués (cf. art. 62 al. 4 PA) ni par l'argumentation juridique développée dans la décision entreprise (cf. PIERRE MOOR, Droit administratif, vol. II, 3<sup>e</sup> éd., Berne 2011, ch. 2.2.6.5, p. 300 s.). La procédure est régie par la maxime inquisitoire, ce qui signifie que le Tribunal administratif fédéral définit les faits et apprécie les preuves d'office et librement (cf. art. 12 PA). Les parties doivent toutefois collaborer à l'établissement des faits (art. 13 PA) et motiver leur recours (art. 52 PA). En conséquence, l'autorité saisie se limite en principe aux griefs soulevés et n'examine les questions de droit non invoquées que

dans la mesure où les arguments des parties ou le dossier l'y incitent (ATF 122 V 157 consid. 1a, ATF 121 V 204 consid. 6c; Jurisprudence des autorités administratives de la Confédération [JAAC] 61.31 consid. 3.2.2; ANDRÉ MOSER/MICHAEL BEUSCH/LORENZ KNEUBÜHLER, *Prozessieren vor dem Bundesverwaltungsgericht*, Bâle 2008, p. 22 n. 1.55, ALFRED KÖLZ/ISABELLE HÄNER, *Verwaltungsverfahren und Verwaltungsrechtspflege des Bundes*, 2e éd. Zurich 1998 n. 677).

### 3.

En l'espèce, le recourant, ressortissant espagnol, est domicilié dans un Etat membre de la communauté européenne. Par conséquent, 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), 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 (RO 2005 3909, RO 2009 621, RO 2009 4845), et enfin le règlement (CEE) n° 574/72 du Conseil du 21 mars 1972 relatif à l'application du règlement (CEE) n° 1408/71 (RO 2004 121, RO 2008 4219, RO 2009) sont applicables (art. 80a LAI; concernant les nouveaux règlements de l'Union européenne [CEE] n° 883/2004 et 987/2009 [RS 0.831.109.268.1 et RS 0.831.109.268.11], on note que ceux-ci sont entrés en vigueur pour la relation avec la Suisse et les Etats de l'Union européenne depuis le 1<sup>er</sup> avril 2012 et ne trouvent ainsi pas application dans la présente affaire).

### 4.

**4.1.** 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; ATF 130 V 445 consid. 1.2. et les références). La décision litigieuse étant datée du 15 octobre 2010, les dispositions de la 5<sup>ème</sup> révision de la LAI entrées en vigueur le 1<sup>er</sup> janvier 2008 (RO 2007 5129) sont applicables à la présente cause. Ne sont en revanche pas applicables les dispositions de la 6<sup>e</sup> révision de la LAI (premier volet) en vigueur dès le 1<sup>er</sup> janvier 2012 (RO 2011 5659, FF 2010 1647).

**4.2.** En ce qui concerne les faits déterminants, selon la jurisprudence, le Tribunal de céans doit se limiter à examiner la situation de fait existant jusqu'à la date de la décision attaquée (ATF 130 V 445 consid. 1.2). Dans ce contexte, il convient de mentionner que, de jurisprudence constante, les faits qui se sont produits postérieurement à une décision et qui ont une influence sur l'état de santé de l'assuré doivent normalement ouvrir une nouvelle procédure d'examen d'un éventuel droit aux prestations (ATF 129 V 4 consid. 1.2, 127 V 467 consid. 1, 121 V 366 consid. 1b). Toutefois, exceptionnellement, les autorités d'assurance-invalidité peuvent – pour des raisons d'économie de procédure – aussi prendre en considération les événements survenus après le prononcé d'une décision, à condition qu'ils soient établis de manière suffisamment précise et dans la mesure où ils servent à la constatation rétrospective de la situation antérieure à la décision elle-même (ATF 130 V 138 consid. 2.1 et réf. cit.).

## **5.**

**5.1.** L'invalidité au sens de la LPGA et de la LAI est l'incapacité de gain totale ou partielle qui est présumée permanente ou de longue durée, qui peut résulter d'une infirmité congénitale, d'une maladie ou d'un accident (art. 8 LPGA et 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).

**5.2.** 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 d'un Etat de la Communauté 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. 2 LAI s'ils ont leur domicile et leur résidence habituelle dans un Etat membre.

## 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 et non médicale (ATF 116 V 246 consid. 1b). 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 exigé de lui après les traitements et les mesures de réadaptation sur un marché du travail équilibré (art. 16 LPGA).

**6.2.** Selon une jurisprudence constante, bien que l'invalidité soit une notion juridique et économique les données fournies par les médecins constituent néanmoins un élément utile pour apprécier les conséquences de l'atteinte à la santé et pour déterminer quels travaux peuvent être encore raisonnablement exigés de l'assuré (ATF 115 V 133 consid. 2, 114 V 310 consid. 3c, RCC 1991 p. 329 consid. 1c).

**6.3.** Le juge des assurances sociales doit examiner de manière objective tous les moyens de preuve, quelle que soit leur provenance, puis décider si les documents à disposition permettent de porter un jugement valable sur le droit litigieux. Avant de conférer pleine valeur probante à un rapport médical, il s'assurera que les points litigieux ont fait l'objet d'une étude circonstanciée, que le rapport se fonde sur des examens complets, qu'il prend également en considération les plaintes exprimées par la personne examinée, qu'il a été établi en pleine connaissance de l'anamnèse, que la description du contexte médical et l'appréciation de la situation médicale sont claires et enfin que les conclusions de l'expert sont dûment motivées (ATF 125 V 352 consid. 3a et les références).

**6.4.** La jurisprudence a posé des lignes directrices en ce qui concerne la manière d'apprécier certains types d'expertise ou de rapports médicaux. Ainsi, le juge ne s'écarte en principe pas sans motifs impératifs des conclusions d'une expertise médicale judiciaire, la tâche de l'expert étant précisément de mettre ses connaissances spéciales à la disposition de la justice afin de l'éclairer sur les aspects médicaux d'un état de fait donné (ATF 125 précité consid. 3b/aa; 118 V 286 consid. 1b et les références). Au sujet des rapports établis par les médecins traitant, le juge peut et doit tenir compte du fait que selon l'expérience, le médecin traitant est

généralement enclin, en cas de doute, à prendre parti pour son patient en raison de la relation de confiance qui l'unit à ce dernier (ATF 125 précité consid. 3b/cc et les références). Cette constatation s'applique de même aux médecins non traitant consultés par un patient en vue d'obtenir un moyen de preuve à l'appui de sa requête. Toutefois le simple fait qu'un certificat médical est établi à la demande d'une partie et est produit pendant la procédure ne justifie pas en soi des doutes quant à sa valeur probante (ATF 125 précité consid. 3b/dd et les références citées).

## 7.

Le litige porte sur la question de savoir si l'OAIE était fondé, par sa décision du 15 octobre 2010 (OAIE pce 160), à réduire la rente entière d'invalidité dont bénéficiait le recourant depuis le 1<sup>er</sup> mai 1997 à une demi-rente, au motif d'une amélioration manifeste de son état de santé d'un point de vue psychique.

## 8.

**8.1.** 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. Tout changement notable de l'état des faits apte à influencer le taux d'invalidité et ainsi le droit aux prestations constitue un motif de révision, notamment un changement significatif de l'état de santé (BGE 125 V 368 E. 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]).

**8.2.** 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<sup>bis</sup> 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.

## **9.**

À titre préliminaire, il convient de déterminer les moments décisifs pour juger de l'évolution de l'état de santé de l'assuré dans la présente affaire.

**9.1.** Pour examiner si, dans un cas de révision, il y a eu une modification importante du degré d'invalidité au sens de l'art. 17 LPGA, le juge doit prendre en considération l'état des faits tel que retenu dans la dernière décision entrée en force se fondant sur un examen matériel du droit à la rente avec une constatation des faits pertinents opérée de façon conforme au droit ainsi qu'une appréciation des preuves et une comparaison des revenus (en cas d'éléments permettant de conclure à une modification de l'état de santé avec répercussion sur la capacité de gain) et le comparer à la situation existant au moment où la nouvelle décision doit être rendue. Les règles de la reconsidération et de la révision procédurale demeurent toutefois réservées (ATF 133 V 108 consid. 5.4). En cas d'une simple communication au sens de l'art. 74<sup>ter</sup> RAI, par laquelle l'administration informe l'assuré que, au terme d'une procédure de révision d'office, aucune modification de la situation propre à influencer le droit aux prestations n'a été constatée, le Tribunal fédéral a précisé qu'un tel acte devait en principe être retenu comme moment déterminant pour la comparaison des faits si il se fondait sur une instruction correspondant aux exigences jurisprudentielles en la matière (arrêt du Tribunal fédéral 9C\_882/2010 du 25 janvier 2011 consid. 3).

**9.2.** En l'espèce, par décision de révision du 24 juin 1999 (OAIE pce 68), le recourant a été mis au bénéfice d'une rente entière d'invalidité depuis le 1<sup>er</sup> mai 1997 en raison d'insuffisance rénale, de néphropathie hypertensive et de trouble anxio-dépressif. Cette décision a été reconduite par communication du 2 mai 2000 (OAIE pce 74) uniquement sur la base d'un certificat médical du 11 avril 2000 du Dr F. \_\_\_\_\_ (OCAI pce 72), indiquant que l'assuré a récemment subi une arthroplastie bilatérale des hanches.

Par communication du 2 avril 2002 (OAIE pce 94), l'OAIE maintient le droit à une rente entière d'invalidité de l'assuré après un examen approfondi de la cause réunissant des rapports médicaux du médecin traitant et de plusieurs spécialistes (OAIE pces 76, 77, 79, 82, 92 et 93).

Par communication du 20 avril 2006 (OAIE pce 107), l'OAIE confirme le droit du recourant à une rente entière d'invalidité uniquement sur la base d'un certificat médical de la Dresse K.\_\_\_\_\_.

**9.3.** Au vu de ce qui précède, le Tribunal constate que la question de savoir si le degré d'invalidité du recourant a subi une modification doit être jugée en comparant les faits tels qu'ils se présentaient le 2 avril 2002 et ceux existant à la date de la décision litigieuse du 15 octobre 2010.

## **10.**

Il convient ensuite d'examiner si l'administration a agi de façon conforme au droit en réduisant la rente de l'assuré à une demi-rente par voie de révision avec effet au 1<sup>er</sup> décembre 2010, au motif d'une amélioration significative de son état de santé d'un point de vue psychique et somatique.

**10.1.** La présence d'un motif de révision suppose une modification notable du taux d'invalidité. Il n'y a pas matière à révision lorsque les circonstances sont demeurées inchangées et que le motif de la suppression ou de la diminution de la rente réside uniquement dans une nouvelle appréciation du cas. Un motif de révision au sens de l'art. 17 LPGA doit clairement ressortir du dossier. La réglementation sur la révision ne saurait en effet constituer un fondement juridique à un réexamen sans condition du droit à la rente (cf. par exemple arrêt du Tribunal fédéral I 755/04 du 25 septembre 2006 consid. 5.1 et les références citées).

**10.2.** Selon une jurisprudence constante, le fait que les diagnostics retenus soient restés identiques n'exclut pas a priori une augmentation significative des ressources du recourant en terme de capacité de travail et partant un changement notable de l'état des faits dans le sens de l'art. 17 LPGA. Tel est notamment le cas lorsque l'intensité de l'affection s'est résorbée ou lorsque l'assuré a réussi à mieux s'adapter à son atteinte. La question de savoir si un tel changement s'est effectivement produit ou si l'on se trouve en présence d'une nouvelle appréciation d'un même état de fait qui ne saurait être pertinent en matière du droit de la révision nécessite un examen approfondi, également compte tenu des

conséquences non négligeables sur la situation juridique de l'assuré (arrêts du Tribunal fédéral 9C\_88/2010 du 4 mai 2010 consid. 2.2.2; 8C\_761/2010 du 1<sup>er</sup> mars 2011 consid. 2.2.2; en rapport avec les troubles somatoformes cf. arrêts du Tribunal fédéral 9C\_621/2010 du 22 décembre 2010 consid. 2.2.3; I 8/04 du 12 octobre 2005 consid. 2.2 s.; A. BRUNNER, N. BIRKHÄUSER, somatoforme Schmerzstörung - Gedanken zur Rechtsprechung und deren Folgen für die Praxis, insbesondere mit Blick auf die Rentenrevision, in: BJM 2007 p. 193).

**10.3.** En l'espèce, le droit à une rente entière d'invalidité de A.\_\_\_\_\_ a été maintenu par communication du 2 avril 2002, en raison du cumul de ses nombreuses affections somatiques suite à une transplantation rénale et une arthroplastie bilatérale des hanches, ainsi qu'un état dépressif réactionnel à ses problèmes de santé et à un éloignement familial (cf. supra let. F).

**10.4.** Lors de la présente procédure de révision d'office, l'OAIE retient que l'état de santé de l'assuré s'est globalement amélioré, celui-ci présentant un bon état général. L'administration relève que le trouble anxio-dépressif de l'assuré a pratiquement disparu, se basant principalement sur un rapport psychiatrique du 30 mars 2010 du Dr M.\_\_\_\_\_, qui estime que l'assuré ne présente plus que des symptômes anxio-dépressifs résiduels, entraînant une incapacité légère de 10%. Du point de vue somatique, l'administration reprend les conclusions de la Dresse K.\_\_\_\_\_, laquelle mentionne chez l'assuré un état de santé stabilisé et ne relève aucuns troubles liés à ses différentes affections rénales, gastriques et orthopédiques, à l'exception de crampes intenses dans les extrémités inférieures en lien avec son hyperparathyroïdie (cf. rapport néphrologique du 5 février 2010; OAIE pce 123). L'autorité inférieure retient dès lors que l'assuré, bien qu'incapable de travailler dans son activité habituelle ou toutes autres activités moyennement lourdes ou lourdes pour des raisons orthopédiques a retrouvé une capacité de travail globale de 70% dans des activités légères suite à l'amélioration de son état de santé du point de vue néphrologique et psychologique. En outre, le service médical de l'OAIE soulève que les rapports psychiatriques de la Dresse P.\_\_\_\_\_ ne sauraient remettre en cause l'appréciation du Dr M.\_\_\_\_\_, étant donné leurs caractères succincts; le service médical souligne par ailleurs que le trouble psychique associé justifiait le maintien de la rente après la transplantation (OAIE pces 129, 157, 164, 166, 168 et 170).

**10.5.** Quant au recourant, il argue que son état de santé ne s'est aucunement amélioré et notamment qu'il souffre toujours d'un trouble

dépressif, nécessitant un suivi psychothérapeutique et la prise d'anxiolytiques. Lors de la procédure d'audition, l'assuré produit deux rapports médicaux des 16 mars 2007 et 23 décembre 2008 (OAIE pces 147 et 148), attestant d'un bon état général et stationnaire; il produit en outre lors de la procédure de recours un nouveau rapport de la Dresse K.\_\_\_\_\_ du 10 novembre 2010, ainsi qu'un rapport psychiatrique de la Dresse P.\_\_\_\_\_ du 16 novembre 2010, dont il ressort que l'assuré souffre de troubles psychiques réactionnels à ses problèmes de santé, nécessitant un suivi médicamenteux (TAF pce 1).

A ce propos, le Tribunal mentionne que, bien que postérieurs à la décision entreprise, ces deux documents doivent être pris en considération pour des raisons d'économie de procédure, eu égard au fait qu'ils sont établis de manière suffisamment précise et qu'ils servent à la constatation rétrospective de la situation antérieure à la décision (cf. *supra* consid. 4.2; ATF 130 V 138 consid. 2.1 et réf. cit.).

**10.6.** Dans le cadre de la procédure de recours, le recourant produit encore plusieurs rapports médicaux postérieurs à la décision entreprise, notamment des résultats d'IRM du 17 avril 2012, un rapport neurophysiologique du 1<sup>er</sup> mars 2012 de la Dresse S.\_\_\_\_\_, faisant état chez l'assuré de neuropathie d'intensité légère à modérée, ainsi qu'un rapport médical du 6 août 2012 de la Dresse K.\_\_\_\_\_, qui indique que l'assuré est incapable de travailler en raison de néphropathie chronique, d'hyperparathyroïdie iatrogène entraînant des troubles musculaires et neurologiques (cf. réplique du 25 août 2012; TAF pce 17). A cet égard, le Tribunal remarque que ces pièces sont toutes largement postérieures à la décision entreprise et concernent de nouvelles affections; dès lors, elles ne sauraient être prises en compte dans le cadre de la présente procédure et pourront éventuellement être invoqués dans le cadre d'une nouvelle procédure de révision (ATF 129 V 4 consid. 1.2, 127 V 467 consid. 1, 121 V 366 consid. 1b, ATF 116 V 248).

## **11.**

En premier lieu, le Tribunal de céans remarque que d'un point de vue somatique, en particulier néphrologique, les diagnostics retenus en 2002 sont restés inchangés. En effet, tant la Dresse K.\_\_\_\_\_ que la Dresse N.\_\_\_\_\_, relève chez l'assuré une pathologie rénale chronique traitée par transplantation rénale et immunosuppression, ainsi qu'un status après arthroplastie totale des hanches avec évolution favorable permettant une mobilité complète des hanches.

Malgré des diagnostics unanimes, les médecins ne s'accordent pas sur la capacité de travail du recourant dans des activités plus légères, bien que tous reconnaissent au recourant une incapacité totale de travail dans son activité habituelle d'aide-mécanicien. En effet, la Dresse N.\_\_\_\_\_ conclut dans le formulaire E 213 que l'assuré est totalement incapable de travailler dans toutes activités en raison de ses pathologies et de ses limitations fonctionnelles ne lui permettant pas de travailler dans des activités physiques qui nécessitent la position debout prolongée ou les positions créant des surcharges au niveau des hanches (OAIE pce 125). Le service médical de l'OAIE quant à lui, estime que le bon état général de l'assuré reconnu par la Dresse K.\_\_\_\_\_ démontre une amélioration de l'état de santé du recourant, qui retrouve une capacité de travail globale de 70% dans des activités adaptées en tenant compte de sa longue période d'inactivité professionnelle et de son trouble psychique en rémission (OAIE pces 129, 157, 164, 166, 168 et 170).

Le Tribunal constate que les conclusions du formulaire E 213 ne correspondent pas à l'examen objectif effectué à cette occasion, dont il ressort que l'assuré présente un état psychologique normal, malgré une anxiété légère, ainsi qu'une mobilité complète des deux hanches et une greffe rénale ne présentant pas d'altérations (E 213, p. 5). Ces constatations concordent précisément avec celles de la Dresse K.\_\_\_\_\_ lorsqu'elle indique chez l'assuré un état de santé stabilisé et une évolution favorable des diverses affections du recourant (OAIE pces 123, 147 et 148). Dès lors, le Tribunal estime, à l'instar du service médical de l'OAIE, que l'état de santé du recourant s'est nettement amélioré du point de vue fonctionnel et somatique, bien que les diagnostics soient restés les mêmes (cf. *supra* consid. 10.2). Il n'y a dès lors aucune raison de s'éloigner des conclusions du Dr O.\_\_\_\_\_ lequel retient une capacité de travail de 70% du recourant dans des activités légères adaptées dès le 30 mars 2010 (OAIE pce 129).

## 12.

**12.1.** S'agissant de la santé psychique de l'assuré, l'autorité inférieure retient que le trouble dépressif de celui-ci s'est nettement amélioré par rapport à la dernière révision déterminante (OAIE pces 129 et 157) en se basant sur le formulaire E 213 du 14 avril 2010 et le rapport psychiatrique du 30 mars 2010 du Dr M.\_\_\_\_\_ (OAIE pces 124 et 125), dont il ressort que l'assuré présente uniquement un trouble dépressif léger entraînant une incapacité de travail de 10%. L'assuré déclare au contraire souffrir d'une dépression réactionnelle chronique avec épisodes

d'aggravation devant des situations de stress, ainsi que d'un niveau d'angoisse élevé accompagné de pensées obsessionnelles et phobiques nécessitant un traitement psychothérapeutique et médicamenteux. Il se base sur plusieurs certificats psychiatriques de la Dresse P.\_\_\_\_\_ (cf. les rapports des 16 novembre 2010, 27 septembre 2012 et 22 février 2013; TAF pces 1, 19 et 26), ainsi que sur un rapport du 10 novembre 2010 de son médecin traitant (TAF pce 1).

**12.2.** En l'espèce, lors de la dernière révision déterminante (cf. *supra* let. F.), le droit à une rente entière d'invalidité avait été maintenu par communication du 2 avril 2002 (OAIE pce 94) à la suite d'un examen approfondi du droit à la rente de l'intéressé. D'un point de vue psychique, il ressort clairement que l'assuré souffre d'état dépressif réactionnel avec suivi psychiatrique et thérapie d'antidépresseurs et présente des difficultés psychologiques en relation avec l'éloignement familial, ainsi qu'une personnalité anxieuse évitante (cf. le rapport médical du 19 juillet 2000 des Drs G.\_\_\_\_\_ et H.\_\_\_\_\_ et le rapport psychiatrique du 9 novembre 2000 de la Dresse D.\_\_\_\_\_; OAIE pces 79 et 82). Dans un avis du 28 mars 2002, le service médical de l'OAIE, indique que l'assuré souffre de dépression et que la combinaison de ses nombreuses affections ne lui permet pas de travailler (OAIE pce 93).

**12.3.** Dans le cadre de la présente procédure de révision, il ressort d'une part que l'état de santé psychique de l'assuré s'est amélioré, si l'on considère les conclusions du formulaire E 213 et celles du Dr M.\_\_\_\_\_, dont il ressort que l'assuré souffre de troubles anxio-dépressifs résiduels légers, entraînant selon lui une incapacité de travail limitée de 10%. En outre, dans son rapport néphrologique du 5 février 2010, la Dresse K.\_\_\_\_\_ ne fait plus aucune mention de troubles psychiques chez l'assuré, ce qui tend à démontrer que l'état de santé de celui-ci s'est clairement amélioré par rapport aux conclusions retenues en 2002 (OAIE pces 123 à 125).

D'autre part, cette amélioration est remise en cause par les certificats médicaux produits en procédure d'audition et en procédure de recours par l'assuré; en effet, la Dresse K.\_\_\_\_\_ décrit chez l'assuré des troubles psychiques nécessitant la prise d'anxiolytiques, revenant ainsi sur ses précédents certificats médicaux. Cet avis médical est en sus confirmé par la psychiatre P.\_\_\_\_\_ dans son certificat médical du 16 novembre 2010, duquel il ressort que l'assuré souffre de dépression chronique, caractérisée par un niveau élevé d'angoisses et nécessitant

un traitement médicamenteux et un suivi psychothérapeutique. Ces certificats médicaux récents de deux médecins différents, dont la Dresse P.\_\_\_\_\_, spécialisée en psychiatrie, semblent attester de la présence de troubles anxio-dépressifs et tendent à prouver que la pathologie reconnue au recourant auparavant par plusieurs psychiatres perdure actuellement (cf. *supra* let. F).

**12.4.** Par ailleurs, plusieurs médecins de service médical de l'OAIE ont estimé que les rapports psychiatriques de la Dresse P.\_\_\_\_\_ sont trop peu précis pour remettre en cause les conclusions du rapport psychiatrique du 30 mars 2010 du Dr M.\_\_\_\_\_; l'amélioration de l'état psychique de l'assuré étant de plus clairement documentée par d'autres médecins dans le cas d'espèce (OAIE pces 129, 157, 164 et 166). De plus, le Dr T.\_\_\_\_\_, psychiatre interne à l'administration, s'est prononcé sur les différentes pièces au dossier et a notamment comparé les rapports des deux psychiatres précités. Ainsi, il ressort des prises de position du Dr T.\_\_\_\_\_ que le rapport du Dr M.\_\_\_\_\_ étant de bonne qualité, circonstancié et convaincant, il n'y a pas de raison de ne pas suivre ses conclusions, ce d'autant que le Dr T.\_\_\_\_\_ relève que les deux psychiatres décrivent clairement le même état psychique, même si la terminologie diffère légèrement. Le Dr T.\_\_\_\_\_, dans son avis du 14 novembre 2012, explique en effet que la Dresse P.\_\_\_\_\_ parle d'un trouble dépressif chronique (CIM F 34.9), qui est en réalité une catégorie résiduelle de la dysthymie (CIM F 34.1) décrite par le Dr M.\_\_\_\_\_ (OAIE pces 168 et 170).

### **13.**

**13.1.** Dans une procédure portant sur l'octroi ou le refus de prestations d'assurances sociales, le Tribunal fédéral a récemment précisé que lorsqu'une décision administrative s'appuie exclusivement sur l'appréciation d'un médecin interne à l'assureur social et que l'avis d'un médecin traitant ou d'un expert privé auquel on peut également attribuer un caractère probant laisse subsister des doutes même faibles quant à la fiabilité et la pertinence de cette appréciation, la cause ne saurait en principe être tranchée en se fondant sur l'un ou sur l'autre de ces avis et il y a lieu de mettre en oeuvre une expertise par un médecin indépendant ou une expertise judiciaire (arrêt du Tribunal fédéral 8C\_306/2010 du 25 février 2011 consid. 6; ATF 135 V 465 consid. 4.6).

**13.2.** Cette règle jurisprudentielle s'applique notamment lorsque l'administration fonde sa décision sur une prise de position de son service

médical rendue sur la base des actes du dossier sans examen personnel de l'assuré (arrêt du Tribunal fédéral 9C\_689/2010 du 19 janvier 2011 consid. 3.1.3 ss). Par ailleurs, selon une jurisprudence constante, la qualification du médecin joue un rôle déterminant dans l'appréciation de documents médicaux. L'administration et le juge appelés à se déterminer en matière d'assurances sociales doivent pouvoir se fonder sur les connaissances spéciales de l'auteur d'un certificat médical servant de base à leurs réflexions. Il s'ensuit que le médecin rapporteur ou pour le moins le médecin signant le rapport médical doit en principe disposer d'une spécialisation dans la discipline médicale concernée; à défaut, la valeur probante d'un tel document est moindre (cf. arrêt du Tribunal fédéral 9C\_826/2009 du 20 juillet 2010 consid. 4.2 portant sur les rapports des services médicaux régionaux au sens de l'art. 49 al. 2 RAI).

**13.3.** Or, en l'espèce, le Dr T.\_\_\_\_\_ est spécialisé en psychiatrie et confirme les précédents avis du service médical de l'OAIE. Il livre une appréciation complète et convaincante des rapports psychiatriques versés en cause par le recourant. De plus, le Tribunal relève, à l'instar du service médical de l'OAIE, que les certificats psychiatriques de la Dresse P.\_\_\_\_\_ produits par le recourant attestant de ses troubles psychiques et dépressifs décrivent en termes plutôt succincts ses pathologies, sans procéder à un examen objectif complet. Pour finir, selon la jurisprudence, le juge doit tenir compte du fait que le médecin traitant est généralement enclin, en cas de doute, à prendre parti pour son patient en raison de la relation de confiance qui l'unit à ce dernier (ATF 125 V 353 consid. 3b/cc et les réf. cit.; ULRICH MEYER-BLASER, Bundesgesetz über Invalidenversicherung, in: Rechtsprechung des Bundesgerichts zum Sozialversicherungsrecht, Zurich 1997, p. 230).

**13.4.** Partant, au vu de tout ce qui précède, le Tribunal se doit, à l'instar du service médical de l'OAIE, de retenir que l'état de santé du recourant s'est notablement amélioré d'un point de vue psychique et stabilisé d'un point de vue somatique depuis l'octroi de la rente entière d'invalidité, permettant à celui-ci de retravailler à 70% dans des activités adaptées à ses limitations fonctionnelles dès le 30 mars 2010.

## **14.**

### **14.1.**

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.

**14.2.** Le gain 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.

**14.3.** 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).

**14.4.** In casu, A. \_\_\_\_\_ a travaillé à 100% comme aide mécanicien depuis 1989. Dès janvier 1995, l'assuré présente des incapacités de travail de longue durée de 50 à 100%. Ainsi, la dernière année complète de travail est l'année 1994; l'assuré gagnait alors un salaire annuel brut de Fr. 58'340.15 en travaillant à temps plein (41h/semaine; OAIE pce 25).

L'OAIE a appliqué, conformément à la jurisprudence précitée, la méthode ordinaire de comparaison des revenus (OAIE pce 130). 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 de A.\_\_\_\_\_ en fonction de ce qu'ils étaient, ou auraient pu être le 15 octobre 2010 et non en 2008 comme l'a fait l'autorité inférieure (ATF 134 V 322, consid. 4.1; 129 V 222 consid. 4.3.1 et 4.4; ATF 128 V 174).

**14.5.** S'agissant du salaire avant invalidité, il faut ainsi se baser sur le dernier salaire obtenu par l'assuré avant l'atteinte à la santé, en l'adaptant à l'année déterminante. Dès lors, après indexation à l'année 2010 ( $[(58'340.15 \times 2151) : 1769] = \text{Fr. } 70'938.19$ ; cf. OFS, l'évolution des salaires nominaux, des prix à la consommation et des salaires réels, 1976-2011) et adaptation à la durée hebdomadaire normale de travail en 2010, soit 41.7 h/semaine, le salaire annuel avant invalidité du recourant en 2010 se monte à Fr. 72'149.33, y compris le 13<sup>e</sup> salaire (cf. Table B 9.2, in: la Vie économique 10-2012, p. 94), et mensuellement à Fr. 6'012.44.

**14.6.** S'agissant du salaire après invalidité, le service médical de l'OAIE retient que le recourant a retrouvé une capacité de travail globale de 70% dès le 30 mars 2010 dans des activités légères de surveillant de parking/musée, comme caissier dans le commerce de détail ou encore dans des activités simples de bureau (OAIE pce 129.1), afin de tenir compte des limitations fonctionnelles, de sa longue absence du marché du travail et de son trouble dépressif léger en rémission. Dès lors, il sied de se baser sur le salaire statistique moyen pour un homme en 2010 dans les secteurs privés, Table A1, niveau 4, selon l'Enquête sur les salaires suisses 2010 (ESS 2010), soit sur un salaire mensuel moyen de Fr. 4'536.-- dans des activités de services pour 40h/sem. et de Fr. 4'728.70 pour 41.7h/sem., temps hebdomadaire normal de travail en 2010 dans ce domaine (cf. Table B 9.2, in: la Vie économique 10-2012, p. 94).

**14.7.** Compte tenu de l'âge du recourant (50 ans) au moment où il a été constaté que l'exercice partiel d'une activité lucrative était médicalement exigible (ATF 138 V 457; cf. rapport du Dr M.\_\_\_\_\_ du 30 mars 2010), et de ses restrictions personnelles, ne laissant place qu'à des activités légères en position assise, il se justifie, à l'instar de l'OAIE, d'opérer une réduction du salaire d'invalidité de 15%, l'abaissement maximal admis par

la jurisprudence étant de 25% (ATF 126 V 728 consid. 5). En effet, rien au dossier ne permet d'inférer qu'un abaissement de 15% serait insuffisant en l'espèce au vu des nombreuses activités légères encore exigibles à 70%. De plus, il ressort de la jurisprudence que lorsque les facultés réduites de rendement ont été prises en considération lors de l'appréciation de la capacité résiduelle de travail – comme en l'espèce –, elles ne sauraient l'être une seconde fois, dans le cadre de l'évaluation du revenu d'invalidité, en tant que facteur de réduction du salaire statistique (MICHEL VALTERIO, Droit de l'assurance-vieillesse et survivants (AVS) et de l'assurance-invalidité (AI), Genève/Zürich/Bâle 2011, n°2131 et réf. citées; arrêt du TF 9C\_474/2010 du 11 avril 2011, arrêt du TF 9C\_444/2010 du 20 décembre 2010, consid. 2.1; arrêt du TF 8C-25/2011 du 27 mars 2011 consid. 3.3). Finalement, le Tribunal relève qu'il ressort de la jurisprudence, que l'âge ne représente qu'un facteur parmi d'autres légitimant une réduction du salaire statistique et que la courbe des salaires ayant tendance à se stabiliser avec l'âge, ce facteur n'entraîne généralement pas une réduction salaire (VALTERIO, n°2133; VSI 1999, p. 246, consid. 4c). Ainsi, le revenu annuel après invalidité du recourant se monte après abattement à Fr. 4'019.38 (4'728.70 – 709.31) pour un taux de 100% et à Fr. 2'813.56 pour un taux de 70%.

**14.8.** La comparaison du salaire avant invalidité de Fr. 6'012.44 avec celui après invalidité de Fr. 2'813.56, fait apparaître une perte de gain de 53.20%  $\left( \frac{6'012.44 - 2'813.56}{6'012.44} \times 100 \right)$ , taux ouvrant le droit à une demi-rente d'invalidité.

#### **15.**

Concernant le moment où l'autorité inférieure était habilitée à réduire la rente d'invalidité entière du recourant à une demi-rente d'invalidité, le Tribunal rappelle qu'en règle générale, la suppression de la rente, après révision, prend effet, au plus tôt, le premier jour du deuxième mois qui suit la notification de la décision (art. 88<sup>bis</sup> al. 2 let. a RAI). Dès lors, attendu que la décision du 15 octobre 2010 a effectivement été notifiée le 2 novembre 2010, la rente ne pouvait être réduite qu'à compter du 1<sup>er</sup> janvier 2011. Le recours du 24 novembre 2010 doit, eu égard à ce qui précède et conformément aux conclusions de l'autorité intimée prises dans sa réponse du 25 février 2011 (TAF pce 5), être partiellement admis et la décision entreprise réformée en ce sens que le droit du recourant à une rente entière d'invalidité est maintenu jusqu'au 31 décembre 2010.

#### **16.**

Au vu de ce qui précède, le recours du 24 novembre 2010 doit être

partiellement admis, en ce sens que la rente entière d'invalidité de A.\_\_\_\_\_ est maintenue jusqu'au 31 décembre 2010. Pour le surplus, le recours est rejeté et la décision du 15 octobre 2010 de l'autorité inférieure est confirmée.

#### 17.

Le recourant obtient partiellement gain de cause dans la mesure où le maintien de sa rente lui a été reconnu pour un mois supplémentaire, il convient dès lors de mettre à sa charge des frais de procédure réduits, à savoir de Fr. 300.-- (art. 63 al. 1 PA, ATF 132 V 215 consid. 6.2). Ayant payé une avance de frais de Fr. 400.-- (TAF pces 8 à 10), le solde de Fr. 100.-- lui sera restitué par la caisse du Tribunal dès l'entrée en force du présent arrêt.

En vertu de l'art. 64 PA, applicable en l'espèce au sens de l'art. 53 al. 2 LTAF et de l'art. 7 du règlement du 21 février 2008 concernant les frais, dépens et indemnités fixés par le Tribunal administratif fédéral [FITAF; RS 173.320.2], la partie ayant obtenu entièrement ou partiellement gain de cause a droit à une indemnité pour les frais indispensables et relativement élevés qui lui ont été occasionnés. Les honoraires du représentant sont fixés, selon l'appréciation de l'autorité, en raison de l'importance et de la difficulté du litige, ainsi que d'après le travail et le temps que le représentant a dû y consacrer.

Au vu de ce qui précède, il convient d'accorder au recourant des dépens réduits (art. 64 al. 1 PA, en relation avec l'art. 7 al. 2 FITAF). Le recourant ayant été représenté par un mandataire professionnel, le Tribunal estime, au regard des art. 8 ss FITAF, que le versement de Fr. 500.-- francs hors TVA (cf. art. 1 al. 2 en relation avec les art. 8 et 18 al. 1 de la loi fédérale du 12 juin 2009 régissant la taxe sur la valeur ajoutée [LTVA; RS 641.20]) à titre d'indemnité globale pour les frais nécessaires causés par le litige apparaît équitable.

**Par ces motifs, le Tribunal administratif fédéral prononce :**

**1.**

Le recours est partiellement admis et la décision du 15 octobre 2010 est réformée en ce sens que le recourant a droit à une rente entière d'invalidité jusqu'au 31 décembre 2010. Pour le surplus, le recours est rejeté.

**2.**

Les frais judiciaires d'un montant réduit de Fr. 300.-- sont mis à la charge du recourant. Ce montant est compensé par l'avance de frais de Fr. 400.-- versée en cours de procédure. La caisse du Tribunal restituera au recourant le solde de Fr. 100.-- dès l'entrée en force du présent arrêt.

**3.**

L'autorité inférieure versera au recourant un montant de Fr. 500.-- (non soumis à la TVA) à titre de dépens réduits dès l'entrée en force du présent arrêt.

**4.**

Le présent arrêt est adressé :

- au recourant (Recommandé + AR)
- à l'autorité inférieure (n° de réf. \_\_.\_\_.\_\_.\_\_ ; Recommandé)
- à l'Office fédéral des assurances sociales (Recommandé)

La présidente du collège :

La greffière :

Madeleine Hirsig-Vouilloz

Audrey Bieler

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

**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: