

BVGer C-7627/2010 vom 9. August 2012

Bundesverwaltungsgericht, 2012-08-09, FR

Quelle: https://mcp.opencaselaw.ch/entscheid/bvger_C-7627_2010

FR: TAF C-7627/2010 du 9 août 2012

IT: TAF C-7627/2010 del 9 agosto 2012

Regeste

Révision de la rente

Erwägungen

E. 2

Le requérant est citoyen d'un Etat membre de la Communauté européenne. Par conséquent est applicable, en l'espèce, l'Accord sur la libre circulation des personnes du 21 juin 1999, entré en vigueur le 1er juin 2002, entre la Confédération suisse, d'une part, et la Communauté européenne et ses Etats membres, d'autre part (ALCP, RS 0.142.112.681), dont l'Annexe II règle la coordination des systèmes de sécurité sociale (art. 80a LAI; concernant les nouveaux règlements de l'Union européenne [CEE] n° 883/2004 et 987/2009, on note que ceux-ci sont entrés en vigueur pour la relation avec la Suisse et les Etats de l'Union européenne depuis le 1er avril 2012). Conformément à l'art. 3 al. 1 du Règlement (CEE) N° 1408/71 du Conseil du 14 juin 1971, en vigueur jusqu'au 31 mars 2012, les personnes qui résident sur le territoire de l'un des Etats membres et auxquelles les dispositions du règlement sont applicables, sont soumises aux obligations et sont admises au bénéfice de la législation de tout Etat membre dans les mêmes conditions que les ressortissants de celui-ci, sous réserve de dispositions particulières contenues dans ledit règlement. Comme avant 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. 40 par. 4 du Règlement 1408/71; ATF 130 V 257 consid. 2.4), 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. 40 du règlement [CEE] n° 574/72, en vigueur jusqu'au 31 mars 2012).

E. 3

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). Etant donné que la présente procédure de révision a été entamée en novembre 2009 et que l'objet du litige porte sur une diminution de la rente d'invalidité de l'assuré à partir du 1er novembre 2010, le droit aux prestations doit être examiné en fonction de la LAI, dans sa teneur en vigueur dès le 1er janvier 2008 (5ème révision de la LAI). Ne sont en revanche pas applicables les dispositions de la 6ème révision de ladite loi en vigueur dès le 1er janvier 2012.

E. 4

L'invalidité au sens de la LPGa et de la LAI est l'incapacité de gain totale ou partielle qui est présumée permanente ou de longue durée, qui peut résulter d'une infirmité congénitale,

d'une maladie ou d'un accident (art. 8 LPGA et 4 al. 1 LAI). Selon l'art. 7 LPGA, est réputée incapacité de gain toute diminution de l'ensemble ou d'une partie des possibilités de gain de l'assuré sur un marché du travail équilibré dans son domaine d'activité, si cette diminution résulte d'une atteinte à sa santé physique, mentale ou psychique et qu'elle persiste après les traitements et les mesures de réadaptation exigibles. Aux termes de l'art. 28 al. 1 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. La notion d'invalidité est de nature économique/juridique et non médicale (ATF 116 V 246 consid. 1b).

5.1 Le taux d'invalidité d'une personne exerçant une activité lucrative est fixé d'après la comparaison des revenus prévue par l'art. 16 LPGA, c'est-à-dire essentiellement selon des considérations économiques. Ainsi le revenu que l'assuré aurait pu obtenir s'il n'était pas invalide est comparé avec celui qu'il pourrait obtenir en exerçant l'activité qui peut raisonnablement être exigé de lui après les traitements et les mesures de réadaptation sur un marché du travail équilibré. Aux termes des art. 8 LPGA et 4 al. 1 LAI, l'objet assuré n'est pas l'atteinte à la santé physique, mais les conséquences économiques de celles-ci, à savoir une incapacité de gain probablement permanente ou de longue durée. Ainsi le taux d'invalidité ne se confond pas nécessairement avec le taux d'incapacité fonctionnelle déterminé par le médecin; ce sont les conséquences économiques objectives de l'incapacité fonctionnelle qu'il importe d'évaluer (ATF 110 V 273 consid. 4). Le Tribunal fédéral a néanmoins jugé que les données fournies par les médecins constituent un élément utile pour déterminer quels travaux peuvent encore être exigés de l'assuré (ATF 125 V 256 consid. 4, ATF 115 V 133 consid. 2, ATF 114 V 310 consid. 3c, ATF 105 V 156 consid. 1; RCC 1991 p. 331 consid. 1c).

5.2 La notion du marché équilibré du travail est une notion théorique et abstraite, qui sert de critère de distinction entre les cas tombant sous le coup de l'assurance-chômage et ceux qui relèvent de l'assurance-invalidité. Elle implique, d'une part, un certain équilibre entre l'offre et la demande de main-d'oeuvre et, d'autre part, un marché du travail structuré de telle sorte qu'il offre un éventail d'emplois diversifiés. D'après ces critères on déterminera si, dans les circonstances concrètes du cas, l'invalide a la possibilité de mettre à profit sa capacité résiduelle de gain, et s'il peut ou non réaliser un revenu excluant le droit à une rente (ATF 110 V 273 consid. 4b). Pour évaluer l'invalidité, il n'y a pas lieu d'examiner si un invalide peut être placé eu égard aux conditions concrètes du marché du travail, mais uniquement de se demander s'il pourrait encore exploiter sa capacité résiduelle de travail lorsque les places de travail disponibles correspondent à l'offre de la main d'oeuvre (arrêts du Tribunal fédéral 9C_25/2012 du 25 avril 2012 consid. 3.5; I 198/97 du 7 juillet 1998 consid. 3b in VSI 1998 p. 296 et les références). La notion de marché équilibré du travail embrasse également les "emplois de niches", à savoir des places de travail dans lesquelles la personne présentant un handicap doit compter sur une certaine bienveillance et un engagement social de la part de son employeur (arrêt du Tribunal fédéral 9C_775/2009 du 12 février 2010 consid. 4.2.1). On ne saurait toutefois se fonder sur des possibilités d'emploi irréalistes, ou se borner à prendre en considération un genre d'activité quasiment inconnu du marché du travail. On ne peut en effet parler d'une activité raisonnablement exigible au sens de l'art. 28 al. 2 LAI dans la mesure où elle n'est possible que sous une forme tellement restreinte que le marché du travail général ne la connaît pratiquement pas ou qu'à la condition de concessions irréalistes de la part d'un employeur (arrêts du Tribunal fédéral I 61/05 du 27 juillet 2005 consid. 4.3 avec références). S'il est vrai que des facteurs tels que le manque de formation ou les difficultés linguistiques jouent un rôle non négligeable pour déterminer dans un cas

concret les activités que l'on peut encore raisonnablement exiger d'un assuré, ils ne constituent pas des circonstances supplémentaires qui, à part le caractère raisonnablement exigible d'une activité, sont susceptibles d'influencer l'étendue de l'invalidité, même s'ils rendent parfois très difficile la recherche d'une place et, partant, l'utilisation de la capacité de travail résiduelle (arrêts du Tribunal fédéral 9C_446/2008 du 18 septembre 2008 consid. 3.4; 9C_236/2008 du 4 août 2008 consid. 4.2; 8C_418/2011 du 27 juillet 2011 consid. 3.2; 8C_944/2011 du 17 avril 2012 consid. 3.2).

E. 6

D'une manière générale, en présence d'avis médicaux contradictoires, le juge doit apprécier l'ensemble des preuves à disposition et indiquer les motifs pour lesquels il se fonde sur une appréciation plutôt que sur une autre. A cet égard, l'élément décisif pour apprécier la valeur probante d'une pièce médicale n'est en principe ni son origine, ni sa désignation sous la forme d'un rapport ou d'une expertise, mais bel et bien son contenu. Il importe, pour conférer pleine valeur probante à un rapport médical, que les points litigieux importants aient fait l'objet d'une étude circonstanciée, que le rapport se fonde sur des examens complets, qu'il prenne également en considération les plaintes exprimées par la personne examinée, qu'il ait été établi en pleine connaissance de l'anamnèse, que la description du contexte médical et l'appréciation de la situation médicale soient claires et enfin que les conclusions de l'expert soient dûment motivées (ATF 125 V 351 consid. 3a et les références).

E. 7

En l'espèce, le litige porte sur le point de savoir si l'administration a agi conformément au droit en remplaçant, dès le 1er novembre 2010, les trois quarts de rente d'invalidité alloués jusqu'alors à l'intéressé par un quart de rente par la voie de la révision. 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 (ATF 125 V 368 E. 2). 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 complet du droit à la rente et le comparer à la situation existant au moment où la nouvelle décision doit être rendue. Dans la présente affaire, la question de savoir si le degré d'invalidité a subi une modification doit par conséquent être jugée en comparant l'état des faits retenus lors de l'octroi initial de la rente par décision du 13 mai 2009 et ceux qui ont existé jusqu'au 2 septembre 2010, date du prononcé de l'acte entrepris. 8.2 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). On ajoutera que, 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 1er mars 2011 consid. 2.2.2; 9C_145/2012 du 17 avril 2012 consid. 2.2). Finalement, il convient encore de préciser ce qui suit. S'il est vrai que le simple fait de procéder à une appréciation nouvelle de l'état de santé ne saurait en soi justifier une diminution de la rente par voie de révision, cette règle doit cependant être relativisée dans les cas où l'administration s'est prononcée initialement en présence d'un état de santé incertain d'un intéressé et s'est ainsi réservée la possibilité de procéder à un examen plus fouillé du droit aux prestations dans le futur. En effet, les mécanismes à la base de l'art. 17 LPGA reposent sur l'idée que la rente initiale a été rendue sur la base de fondements complets quant à l'établissement des faits. En revanche, lorsque l'administration s'est contentée de données encore partielles pour se prononcer sur le droit à la rente, par exemple afin de tenir compte d'un traitement médical encore inachevé, l'art. 17 LPGA ne fait pas obstacle à ce qu'un examen plus approfondi ait lieu ultérieurement et que, sur la base des nouvelles données relatives à l'établissement des faits, l'administration se prononce à nouveau sur le droit aux prestations et cela indépendamment de la question de savoir si un motif de révision au sens de l'art. 17 al. 1 LPGA est donné dans le cas concret (cf. arrêt du Tribunal fédéral 9C_342/2008 du 20 novembre 2008 consid. 3.2 [jugement à 5 juges]; cf. aussi arrêt du Tribunal fédéral 9C_119/2012 du 21 mars 2012 consid. 2.3).

E. 9.1

En l'occurrence, il ressort du dossier qu'en son temps l'administration a évalué l'état de santé de l'assuré en se basant principalement sur différents rapports hospitaliers en rapport avec la chimiothérapie suivie par l'assuré d'août à décembre 2007 (cf. certificats des 13 août 2007 [pce 21], 1er septembre 2007 [pce 23], 25 septembre 2007 [pce 25], 12 octobre 2007 [pce 26], 31 octobre 2007 [pce 27], 20 novembre 2007 [pce 28], 29 novembre 2007 [pce 29], 11 décembre 2007 [pce 30] et 31 décembre 2007 [pce 32]), un rapport médical E 213 du 30 septembre 2008 (pce 34) et deux prises de position de son service médical des 19 décembre 2008 (pce 36) et 9 janvier 2009 (pce 38).

E. 9.2

Ainsi, dans le rapport E 213 précité du 30 septembre 2008, le Dr B. _____ posait le diagnostic de lymphome non hodgkinien du manteau, stade IA, traité par chimiothérapie jusqu'à décembre 2007. Il ajoutait que la maladie était en évolution, actuellement en rémission et que l'assuré suivait un traitement hospitalier tous les trois mois (pce 34 p. 2 n° 3.3 et p. 8 n° 7). Selon lui, les répercussions de l'atteinte à la santé avaient pour effet que l'assuré n'était plus à même d'exercer son ancienne profession de maçon mais qu'en revanche des activités légères de substitution étaient exigibles de sa part à plein temps moyennant certaines limitations fonctionnelles. Dans ce contexte, on observe que selon une classification internationale publiée par l'Organisation mondiale de la santé, l'état de santé

d'un patient atteint d'un lymphome non hodgkinien est subdivisé en cinq stades qui sont décrits comme suit (cf. http://fr.wikipedia.org/wiki/Lymphome_non-hodgkinien): 0: Il n'y a pas d'atteinte de l'état général de santé, le malade mène une vie normale; 1: Il existe une fatigue, mais le malade peut vaquer à ses occupations quotidiennes et travailler; 2: Une forte fatigue oblige le malade à se coucher dans la journée, mais moins de la moitié de la journée; le malade ne peut plus travailler mais est encore capable de prendre soin de lui-même; 3: Le malade reste alité ou assis plus de la moitié de la journée; le malade est dépendant pour certains actes de la vie quotidienne (ménage, courses, etc.); 4: Le malade ne peut plus se lever et ne peut pas prendre soin de lui-même; nécessité d'une aide pour tous les actes de la vie quotidienne. Il ressort donc clairement de la prise de position précitée du Dr B. _____ que ce dernier considérait que l'état de santé de l'assuré correspondait au stade 1 de l'échelle susmentionnée.

E. 9.3

Cette appréciation de la capacité de travail n'a toutefois pas été entièrement reprise par le service médical de l'OAIE. En effet, dans un rapport succinct du 19 décembre 2008 (pces 36; voire aussi rapport complémentaire du 9 janvier 2009 [pce 38]), le Dr C. _____, médecin généraliste de l'OAIE, estimait que l'état de santé de l'assuré était "plutôt stable" ("einigermassen stabil") selon les indications contenues dans le E 213, raison pour laquelle il se justifiait de retenir, dès le 23 septembre 2008 (date de l'examen par le médecin de l'INSS), une incapacité de travail de 100% dans l'ancienne profession et de seulement 50% dans l'accomplissement de toute autre profession mieux adaptée aux limitations fonctionnelles. Ce praticien n'a cependant donné aucune indication précise quant aux motifs qui l'incitaient à s'écarter de l'estimation moins favorable à l'assuré émise par son confrère espagnol (soit, comme on l'a vu, une capacité de travail de 100% dans une activité de substitution), ce qui paraît pour le moins critiquable. Cette circonstance ne doit toutefois pas avoir pour conséquence qu'il ne soit plus possible à des médecins appelés plus tard à se prononcer sur l'état de santé de l'intéressé de constater une amélioration de celui-ci. Sinon, cela reviendrait, dans les faits, à perpétuer l'estimation initiale (cf. à ce sujet arrêt du Tribunal fédéral 8C_567/2011 du 3 janvier 2012 consid. 5.3.1). L'application de cette jurisprudence apparaît d'autant plus justifiée dans la présente affaire qu'il ressort du dossier des indices concrets permettant de comprendre pour quelles raisons le Dr C. _____ estimait la capacité de travail du recourant à seulement 50% au lieu de 100%. Ainsi, selon le rapport E 213 du 30 septembre 2008, le patient se plaignait en premier lieu d'une asthénie importante (pce 34 p. 2 n° 3.2), ce qui consistait à n'en pas douter un élément de poids pour s'écarter de l'avis du Dr B. _____. Par ailleurs, s'il est vrai que le médecin de l'INSS parlait d'un cancer en rémission avec une évolution favorable actuellement, il ne manquait pas de souligner que l'on se trouvait face à un lymphome malin en évolution et que le pronostic de vie restait incertain (pce 34 p. 8 n° 7 et 8). Ces réserves étaient tout à fait justifiées dès lors que le lymphome du manteau est considéré comme une maladie grave avec un important taux de récurrence dans les premiers mois/années suivant le traitement et un taux de mortalité élevé. Ainsi, selon la littérature, l'espérance de vie médiane est de 3 à 5 ans et seuls 30% des patients présentent une réponse complète aux traitements actuels (cf. Dr V. Ribrag, Lymphome à cellules du manteau, mars 2010; article publié sur internet à l'adresse suivante: <http://www.orpha-net.ch/>, site consulté le 18 juin 2012; voire aussi Dr C. Berthou, lymphome du manteau, 2006; article publié sur internet à l'adresse: http://www.leucemie-espoir.org/IMG/pdf/lmnh_manteau.pdf, site consulté le 18 juin 2012). En outre, le rapport E 213 du 30 septembre 2008 était imprécis en ce sens que, s'il

mentionnait que l'assuré avait suivi une chimiothérapie jusqu'à décembre 2007 (pce 34 p. 8 n° 7), il signalait aussi, sous la rubrique "traitement actuel", que le patient suivait une "chimiothérapie" [recte: immunothérapie {cf. pces 61; 62 p. 2 n° 3.3; 72}] en milieu hospitalier tous les trois mois "en attente de révision" sans donner de précisions y afférentes (pce 34 p. 2 n° 3.2-3.3). On peut donc en déduire qu'en retenant, pour un travail adapté, une capacité de travail de seulement 50% dans son rapport du 19 décembre 2008 établi à peine une année après que l'assuré avait terminé la chimiothérapie et sans savoir à quel traitement exact était soumis le recourant au moment où il rendait son estimation, le Dr C._____ a tenu à être prudent en prenant également en considération le caractère encore précaire de l'état de santé.

E. 10

Lors de la procédure de révision de la rente, les documents suivants ont notamment été versés à la cause.

E. 10.1

Un rapport du 14 décembre 2009 établi par le Dr D._____ (pce 61) indique notamment que le patient a été traité au moyen de trois cycles de chimiothérapie ayant abouti à une rémission complète, puis par la suite, par le biais d'un traitement de maintien à base de Rituximab tous les trois mois. Actuellement, le patient se trouve en fin du 7ème cycle de traitement par Rituximab; il est prévu d'interrompre l'immunothérapie à la fin du 8ème cycle et de se limiter à des contrôles postérieurs dans la mesure où il n'y aurait pas de progression de la maladie.

E. 10.2

Dans un rapport E 213 du 7 janvier 2010 (pce 62), le Dr E._____ fait part d'un assuré atteint d'un lymphome non hodgkinien du manteau et pour lequel l'accomplissement de tâches requérant des efforts physiques est contre-indiqué. Selon ce praticien, l'intéressé est en mesure d'effectuer de façon régulière des tâches légères, de type sédentaire, moyennant certaines limitations fonctionnelles (à savoir: accomplissement de l'activité adaptée uniquement à l'intérieur; pas de travail dans des lieux humides ou à haute température; pas d'exposition aux gaz, vapeurs et émanations; pas d'activités requérant des flexions répétées, le port et le soulèvement de charges fréquents; pas de tâches nécessitant de gravir des plans inclinés ou d'utiliser des échelles ou des escaliers [pce 62 p. 8 n° 9, p. 9 et p. 10 n° 11.5]).

E. 10.3

Appelé à prendre position sur la documentation médicale produite, le Dr F._____, dans un rapport du 12 février 2010 (pce 64), relève que, selon le rapport oncologique du 14 décembre 2009 et le rapport médical E 213 du 7 janvier 2010, il n'existe actuellement aucun signe de récurrence du lymphome; l'assuré reçoit un traitement d'entretien tous les trois mois et l'état général est bon sans qu'il n'existe une atteinte fonctionnelle significative. Il précise que la fatigabilité dont se plaint l'assuré ne fait pas obstacle à l'accomplissement d'une activité de substitution légère à plein temps. Il en infère que, vu l'absence de récurrence et un état général bon, il existerait une amélioration par rapport à la dernière décision, la date du changement de la capacité de travail étant celle du rapport oncologique du 14 décembre 2009 confirmant l'absence de récurrence.

E. 10.4

Suite à la notification du projet de décision du 17 mars 2010 (pce 66), dans lequel l'administration a communiqué à l'intéressé son intention de supprimer le droit à la rente, ce dernier a notamment produit un nouveau rapport du Dr D. _____ daté du 9 avril 2010 (pce 72). Dans ce document, le praticien précité indique que le 7ème cycle du traitement de maintien par Rituximab a pris fin le 20 janvier 2010 et que le prochain rendez-vous est fixé au 28 avril 2010. Par ailleurs, il signale que l'assuré est en attente de la réalisation d'une imagerie par résonance magnétique (ci-après: IRM) de la colonne vertébrale pour cause de douleurs au membre inférieur gauche. Finalement, il signale qu'un scanner abdominal a mis en évidence un hémangiome du foie ainsi que la présence de ganglions mésentériques.

E. 10.5

Appelé à se déterminer derechef sur la documentation produite, le Dr F. _____, de l'OAIE, ne décèle aucun élément lui permettant de revenir sur ses conclusions antérieures (rapport du 7 mai 2010 [pce 75]). L'administration décide ensuite de requérir une seconde prise de position auprès de la Dresse G. _____, oncologue et hématologue de son service médical. Dans un rapport du 28 mai 2010 (pce 77), cette praticienne relève qu'elle confirme dans les grandes lignes l'avis du Dr F. _____ mais que, compte tenu de la lourdeur des traitements chimiothérapeutiques remontant à moins de 3 ans et qui laissent souvent une fatigabilité accrue, il lui paraît justifié de conclure également à une incapacité de travail de 20% dans l'accomplissement d'un travail de substitution.

E. 10.6

Sur la base de cette dernière évaluation, l'autorité inférieure a procédé à une nouvelle comparaison des revenus prenant en compte une capacité de travail de l'assuré de 80% dans une activité de substitution (voire pce 78 mettant en évidence un taux d'invalidité de 44.73%) et a remplacé les trois quarts de rente alloués jusqu'alors par un quart de rente avec effet au 1er novembre 2010 (décision attaquée du 2 septembre 2010). Le recourant a déposé recours contre cet acte, en contestant toute amélioration de son état de santé.

E. 11

Le Tribunal de céans prend position comme suit.

E. 11.1

En premier lieu, il convient de déterminer si les conditions pour procéder à une révision de la rente au sens de l'art. 17 LPGA sont données dans la présente affaire.

E. 11.1.1

Ainsi, force est de constater que le rapport E 213 du 7 janvier 2010 atteste que le patient se plaint de fatigue/asthénie (pce 62 p. 2 n° 3.2 et p. 8 n° 8) mais sans qualifier celle-ci d'importante comme cela avait été encore le cas dans le rapport E 213 précédent du 30 septembre 2008. Ensuite, on note que la Dresse G. _____, dans un rapport du 28 mai 2010 (pce 77), estime que la fatigabilité dont souffre l'assuré ne justifie pas de retenir une incapacité de travail supérieure à 20% dans un travail adapté. Par ailleurs, le rapport du 9 avril 2010 (pce 72) qui donne un récapitulatif des affections dont est atteint l'assuré signale un patient qui se porte bien hormis la présence de douleurs au membre inférieur gauche. Finalement, il appert que dans aucun de ses mémoires (cf. objections au projet de décision du 13 avril 2010 [pce 68]; mémoire de recours du 21 octobre 2010 [pce TAF 1] et réplique du 29 avril 2011 [pce TAF 16]), le recourant fait part d'une asthénie importante. Ces éléments permettent donc de conclure au niveau de la vraisemblance prépondérante valable

en droit des assurances sociales que, si l'assuré présentait toujours un état de fatigue au moment déterminant, l'importante asthénie mentionnée dans le rapport E 213 du 30 septembre 2008 (et qui avait eu un rôle non négligeable pour la retenue d'une capacité de travail à mi-temps dans une activité adaptée [cf. supra consid. 9.3]) s'était pour le moins partiellement résorbée et ne faisait plus obstacle à l'exercice d'un travail de substitution à un taux supérieur aux 50% retenus en son temps, comme le relève de façon convaincante le service médical de l'OAIE (cf. à ce sujet consid. 11.2 ci-après).

E. 11.1.2

Ensuite, il sied d'observer que les rapports médicaux établis en 2009/2010 ne soulignaient plus la présence d'un pronostic de vie incertain comme cela avait été encore le cas dans le rapport médical E 213 du 30 septembre 2008. En effet, lors du prononcé de l'acte entrepris le 2 septembre 2010, le corps médical faisait expressément part d'un cancer en rémission complète (cf. rapports des 14 décembre 2009 et 9 avril 2010 [pces 71-72]). Il s'agissait donc d'un signe positif permettant un pronostic favorable, dès lors que 2 ans et 9 mois s'étaient écoulés depuis la fin de la chimiothérapie et que l'immunothérapie subséquente était également arrivée à son terme après la réalisation d'un 8ème cycle en été 2010, comme cela ressort du rapport du 29 avril 2010 [pce 72; cf. supra consid. 10.1]). Au surplus, on observe également que l'assuré, dans sa réplique du 8 avril 2011 (pce TAF 16), n'a nullement fait part d'une récurrence du cancer. A l'instar de l'avis émis par le Dr F. _____ dans ses rapports des 12 février et 7 mai 2010 (pces 64 et 75) établis 14 mois respectivement 17 mois après l'évaluation du Dr C. _____ du 19 décembre 2008 (pce 36) , il y a donc lieu de conclure que ces circonstances (à savoir absence de récurrences de lymphome et fin de l'immunothérapie, remplacée par une simple mise en observation de l'assuré) constituent également une amélioration de l'atteinte à la santé (sur la jurisprudence particulière lorsqu'une rente est octroyée sur la base d'un état de santé incertain, cf. supra consid. 8.2, 3ème paragraphe; voire aussi supra consid. 9.3 in fine).

E. 11.1.3

Enfin, le recourant ne saurait tirer aucun argument du fait que, selon le rapport E 213 du 7 janvier 2010, son état de santé n'a pas connu de changement (pce 62 p. 8 n° 8 in fine). En effet, dans ce document, le Dr E. _____ indique expressément que cette constatation se rapporte à un examen effectué le 24 août 2009. Il s'agissait donc d'une date ultérieure à la décision d'octroi de rente du 13 mai 2009 qui se basait avant tout sur les constats du rapport E 213 du 30 septembre 2008 et de l'avis du Dr C. _____ du 19 décembre 2008. Or, comme on l'a vu (cf. consid. 11.1.1 s.), une superposition des tableaux cliniques décrits dans les rapports E 213 des 30 septembre 2008 et 7 janvier 2010 permet de retenir une amélioration significative de l'état de santé.

E. 11.1.4

Compte tenu de tout ce qui précède, le Tribunal administratif fédéral peut conclure que l'administration a à juste titre retenu la présence d'un motif de révision au sens de l'art. 17 LPGa dans la présente affaire.

E. 11.2

Cela étant, il convient, dans un deuxième temps, de déterminer la capacité de travail résiduelle de l'assuré.

E. 11.2.1

Sur le plan oncologique, la Dresse G._____, dans un rapport du 28 mai 2010 (pce 77), estime que la capacité de travail de l'assuré est de 0% dans son activité habituelle et de 80% dans un travail adapté. Or, force est de constater qu'aucun avis plus favorable à l'assuré n'a été versé au dossier. Bien plutôt, dans une prise de position du 12 février 2010 (pce 64), le Dr F._____, de l'OAIE, retient une capacité de travail de 100% dans un travail adapté. Pour sa part, le Dr E._____, s'il ne se détermine pas exactement quant au taux de la capacité de travail à retenir, relève expressément que l'intéressé peut accomplir de façon régulière des activités légères et qu'un travail adapté, de type sédentaire, est exigible de la part de ce dernier moyennant un certain nombre de limitations fonctionnelles (pce 62 p. 8 n° 9 et p. 10 n° 11.5-11.6). L'administration n'a donc aucunement enfreint le droit en donnant la préférence au rapport de la Dresse G._____. En effet, il convient de reconnaître une valeur probante supérieure à l'avis de cette praticienne qui dispose d'une spécialisation en oncologie et dont l'appréciation effectuée sur la base des actes versés à la cause est tout à fait concluante. Le Tribunal de céans peut donc retenir au niveau de la vraisemblance prépondérante que les répercussions du traitement oncologique subies par l'assuré justifient de retenir une capacité de travail limitée à 80% dans un travail de substitution au moment déterminant.

E. 11.2.2

Sur le plan orthopédique, le recourant fait également valoir des douleurs à la jambe gauche avec difficultés à la marche, en se basant sur un rapport du 9 avril 2010 (pce 72). Dans ce document qui ne s'exprime aucunement quant à la capacité de travail de l'assuré et ne fait pas part d'une aggravation de l'état de santé par rapport à la situation antérieure, le Dr D._____, médecin-adjoint en hématologie-hémothérapie, indique que, selon les radiographies, il existe chez l'assuré des troubles dégénératifs au rachis avec discopathie et protrusion et que l'intéressé a été transmis au centre de neurochirurgie pour la réalisation d'une imagerie par résonnance magnétique de la colonne vertébrale. Or, on note que le rapport E 213 du 7 janvier 2010 mentionnait déjà que le patient se plaignait de faiblesse dans les jambes en précisant qu'il était prévu de réaliser un scanner pour cette raison (pce 62 p. 2 n° 3.2). Ce nonobstant, le médecin de l'INSS estimait que le recourant pouvait exercer une activité légère de façon régulière (cf. pce 62 p. 8 n° 9 et p. 10 n° 11.5 mentionnant l'exigibilité d'un travail léger de type sédentaire) et les constats cliniques y afférents ne faisaient pas part de déficits dans les membres inférieurs, notamment au niveau neurologique (pce 62 p. 5). Il s'ensuit que la problématique aux membres inférieurs mentionnée par le Dr D._____ ne constituait pas un élément vraiment nouveau. Ensuite, on observe que le Dr F._____, spécialiste en orthopédie et traumatologie de l'OAIE, à savoir un médecin disposant de toutes les connaissances requises pour juger de l'affection en cause, a retenu que les troubles dégénératifs mis en évidence devaient être considérés comme une atteinte arthrosique simple sans incidence sur la capacité de travail (cf. prise de position du 7 mai 2010 [pce 75]). Or, le recourant, auquel ce rapport a été transmis par ordonnance du 22 mars 2011 avec octroi d'un délai jusqu'au 2 mai 2011 pour répliquer (pce TAF 14 notifiée le 28 mars 2011 [pce TAF 15]), n'a produit aucun certificat médical permettant de remettre en cause cette appréciation. Bien plutôt, dans sa réplique du 29 avril 2011 (pce TAF 16), il ne prétend à aucun endroit que les douleurs au membre inférieur gauche feraient obstacle à l'exercice d'un travail adapté. Au vu de l'ensemble de ces circonstances, le Tribunal de céans peut sans autre, sur ce point, se rallier à l'opinion du Dr F._____ et conclure que l'atteinte arthrosique au rachis n'a pas de répercussion sur l'exercice d'un travail adapté accompli à 80% (sur le principe inquisitoire et ses limites cf.

arrêts du Tribunal fédéral 9C_106/2011 du 14 octobre 2011 consid. 3.3; 9C_166/2011 du 24 octobre 2011 consid. 5.3; arrêt du Tribunal administratif fédéral C-7181/2010 du 25 mai 2012 consid. 13.3.2, 2ème paragraphe in fine).

E. 11.2.3

Pour des raisons identiques, il en va de même de l'hémangiome hépatique et des possibles ganglions mésentériques également mentionnés dans le rapport médical du 9 avril 2010 (pce 72). En effet, selon le Dr F._____, ces atteintes ne revêtent pas un caractère incapacitant (prise de position du 7 mai 2010 [pce 75]) et rien au dossier n'est de nature à jeter le doute sur cette appréciation. En particulier, on note que la Dresse G._____ spécialiste en oncologie qui a examiné l'ensemble des actes de la cause n'a pas retenu de maladies incapacitantes à ce titre (cf. rapport du 28 mai 2010 [pce 77]).

E. 11.2.4

Eu égard à tout ce qui a été dit, il convient donc de conclure qu'au moment déterminant l'assuré était à même, sur le plan strictement médical, d'exercer un travail léger à 80% moyennant les limites fonctionnelles décrites dans le rapport E 213 du 7 janvier 2010 (cf. supra consid. 10.2).

E. 12

Cela étant et contrairement à ce que prétend le recourant (cf. réplique du 29 avril 2011 [pce TAF 16]), il ne paraît pas irréaliste que celui-ci, malgré les limitations fonctionnelles décrites par le Dr E._____ dans le rapport médical E 213 précité du 7 janvier 2010, puisse mettre à profit sa capacité de travail résiduelle sur le marché équilibré du travail et cela même si nonobstant le fait que le recourant, âgé de 55 ans au moment déterminant, n'avait pas encore atteint le seuil retenu par la jurisprudence à cet effet l'on appliquait à titre hypothétique la jurisprudence particulière portant sur l'âge avancé in casu (cf. à ce sujet arrêts du Tribunal fédéral 8C_657/2010 du 19 novembre 2010 consid. 5.2; 9C_805/2011 du 15 mai 2012 consid. 6). En effet, l'autorité inférieure a suffisamment tenu compte des déficits du recourant en déterminant le revenu d'invalidité non pas sur la base du salaire moyen d'un salarié exécutant des activités simples et répétitives (niveau de qualification 4), toute profession confondue, comme cela est fait dans la règle (cf. arrêt du Tribunal fédéral 9C_380/2011 du 12 décembre 2011 consid. 3) et qui serait en l'espèce bien moins favorable au recourant, mais en faisant la moyenne de quatre secteurs distincts du niveau de qualification 4 (à savoir des secteurs "commerce de gros"; "commerce de détails"; "services fournis aux entreprises"; "services collectifs et personnels") dans lesquels il paraît tout à fait possible que l'assuré puisse accomplir une activité lucrative à l'intérieur et en respectant les autres limitations fonctionnelles retenues par le médecin de l'INSS. Dans ce contexte, on rappellera que, selon la jurisprudence, il n'y a pas lieu de poser des conditions excessives quant aux possibilités des assurés de concrétiser leur capacité résiduelle de travail (arrêt du Tribunal fédéral 9C_775/2009 du 12 février 2010 consid. 4.2.1; voire aussi supra consid. 5.2) et que, conformément à un principe général valable en assurances sociales, l'assuré a l'obligation de diminuer le dommage et doit entreprendre de son propre chef tout ce qu'on peut raisonnablement attendre de lui afin d'atténuer autant que possible les conséquences de son invalidité. En particulier, si l'assuré ne peut plus exercer sa profession habituelle et qu'un changement de métier est médicalement exigible de sa part, il est tenu de chercher un emploi adapté dans un autre secteur d'activités dans un temps raisonnable (ATF 130 V 97 consid. 3.2 et les références; arrêt du Tribunal fédéral 9C_361/2008 du 9 février 2009

consid. 6.1). Tel est le cas en l'espèce.

E. 13

Il convient encore d'examiner si l'autorité inférieure n'aurait pas dû mettre le recourant au bénéfice d'une mesure de réadaptation.

E. 13.1

Selon la jurisprudence constante du Tribunal fédéral, 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; 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 des revenus. Dans certains cas très particuliers, lorsque la rente a été allouée de façon prolongée, la jurisprudence a considéré qu'il n'était pas opportun de supprimer la rente, malgré l'existence d'une capacité de travail médicalement documentée, avant que les possibilités théoriques de travail n'aient été confirmées avec l'aide de mesures médicales de réhabilitation et/ou de mesure d'ordre professionnel. Il convient dans chaque cas de vérifier que la personne assurée est concrètement en mesure de mettre à profit sa capacité de gain sur le marché équilibré du travail (art. 7 al. 1 LPGA en corrélation avec l'art. 16 LPGA). Il peut en effet arriver que les exigences du marché du travail ne permettent pas l'exploitation immédiate d'une capacité de travail médicalement documentée; c'est le cas lorsque il ressort clairement du dossier que la personne assurée n'est pas en mesure - pour des motifs objectifs et/ou subjectifs liés principalement à la longue absence du marché du travail - de mettre à profit par ses propres moyens les possibilités théoriques qui lui ont été reconnues et nécessite de ce fait l'octroi d'une aide préalable (arrêts 9C_163/2009 du 10 septembre 2010 consid.4.2.2 et les références citées; 9C_368/2010 du 31 janvier 2011 consid. 5.2; 9C_376/2011 du 17 novembre 2011 consid. 6). Le Tribunal fédéral a précisé que cette pratique ne s'appliquait en principe qu'aux assurés ayant atteint l'âge de 55 ans ou qui ont été mis au bénéfice d'une rente d'invalidité depuis plus de 15 ans (arrêt du Tribunal fédéral 9C_228/2010 du 16 avril 2011 consid. 3.3 ss). Par ailleurs, il a indiqué qu'il n'y avait en principe pas lieu d'allouer des mesures de réadaptation à une personne assurée qui disposait déjà d'une importante capacité résiduelle de travail, dès lors qu'elle peut mettre à profit la capacité de travail nouvellement acquise dans l'activité qu'elle exerce actuellement ou qu'elle pourrait normalement exercer (arrêts du Tribunal fédéral 9C_368/2010 du 31 janvier 2011 consid. 5.3 in fine; 9C_163/2009 du 10 septembre 2010 consid. 4.2.2).

E. 13.2

En l'espèce, s'il est vrai que le recourant avait 55 ans et 3 mois au moment où la décision attaquée a été rendue le 2 septembre 2010, plusieurs éléments parlent en défaveur de l'octroi préalable de mesures de réadaptation (cf. à ce sujet arrêts du Tribunal fédéral 9C_68/2011 du 16 mai 2011 consid. 3.3; 9C_315/2011 du 30 mai 2011 consid. 3.3; 9C_882/2010 du 25 janvier 2011 consid. 8). En premier lieu, il sied de souligner que l'OAIE a retenu une augmentation de la capacité de travail de l'assuré dans l'exercice d'un travail adapté de 0% à 50% dès le 23 septembre 2008 déjà (cf. comparaison des revenus du 28 janvier 2009 [pce 39]; rapports du Dr C. _____ des 12 décembre 2008 et 9 janvier 2009 [pces 36 et 38]), raison pour laquelle, par décision initiale du 13 mai 2009, la rente entière allouée rétroactivement à l'intéressé dès le 1er juillet 2008 avait été remplacée par trois quarts de

rente avec effet au 1er janvier 2009, sans que, à ce titre, l'autorité inférieure ait mis l'assuré au bénéfice de mesures professionnelles. Ce dernier point n'a par ailleurs pas été contesté par le recourant et était conforme au droit, étant relevé que les activités simples et répétitives encore compatibles avec les limitations fonctionnelles du recourant ne nécessitaient en principe pas de formation particulière. Il s'ensuit que, au plus tard lors de l'octroi initial de la rente le 13 mai 2009, il devait être clair pour l'assuré que l'exercice d'une activité de substitution à temps partiel était raisonnablement exigible de sa part et que la capacité de travail était susceptible d'être augmentée en cas d'une réussite du traitement respectivement d'une évolution favorable du cancer. Au surplus, on observera également que l'assuré n'avait pas encore atteint le seuil des 55 ans lorsque sa capacité de travail est nouvellement passée de 50 à 80% (augmentation de 30%) dans un travail de substitution, à savoir le 14 décembre 2009 selon le service médical de l'OAIE (cf. rapports des 12 février 2010 [pce 64]; 7 mai 2010 [pce 75] et 28 mai 2010 [pce 77]), ni lors de la notification du projet de décision en date du 17 mars 2010 (pce 66), dans lequel l'autorité inférieure l'a informé, dans un premier temps, qu'elle entendait supprimer prochainement son droit aux prestations. Sur le vu de l'ensemble de ces circonstances, le Tribunal de céans peut ainsi conclure, à l'instar de l'autorité inférieure, que des mesures de réadaptation professionnelle n'étaient pas indispensables eu égard aux particularités du cas concret (cf. arrêt du Tribunal administratif fédéral C-2195/2010 du 23 janvier 2012 consid. 11.2).

E. 14

En ce qui concerne le taux d'invalidité, l'administration, se basant sur une comparaison des revenus du 2 mars 2010 (pce 65), modifiée par acte du 9 juillet 2010 (pce 78), a estimé que celui-ci se montait à 44.73%, ce qui ouvrait le droit à un quart de rente. Ces opérations appellent les remarques qui suivent, étant relevé que l'assuré ne soulève aucun grief y afférent.

E. 14.1

Selon l'art. 16 LPGA, pour évaluer le taux d'invalidité, le revenu que l'assuré aurait pu gagner 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. Le gain d'invalide est une donnée théorique et est évalué sur la base de statistiques, à savoir notamment au moyen des informations fournies l'enquête suisse sur la structure des salaires (ci-après: ESS; cf. <http://www.bfs.admin.ch/bfs/portal/fr/index/themen/03/04.html>; site consulté le 18 juin 2012) se référant nouvellement à la nomenclature générale des activités économiques (NOGA) mise à jour en 2008 (voire à ce sujet: Office fédéral de la statistique [éd.; ci-après: OFS], NOGA 2008, note explicative, Neuchâtel 2008). 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 (arrêts du Tribunal fédéral I 85/05 du 5 juin 2005 consid. 6.1 et I 222/05 du 13 octobre 2005 consid. 6). Le 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 224 consid. 4.3.1). Le Tribunal fédéral a précisé que la comparaison des revenus doit être effectuée en se référant en principe à la situation au moment où le droit à la rente aurait pu naître au plus tôt (ATF 129 V 222 consid. 4.1 et 4.4). En outre, l'autorité est tenue d'effectuer la comparaison de revenus sur le même marché du travail (ATF 110 V 276 consid. 4b). L'administration doit de plus tenir compte pour le

salaires d'invalides de référence d'une diminution de celui-ci, cas échéant, pour des raisons inhérentes aux circonstances particulières du cas concret. La jurisprudence n'admet pas à ce titre de déduction globale supérieure à 25% (ATF 126 V 78 consid. 5; voire aussi, parmi d'autres, arrêt du Tribunal fédéral 8C_939/2011 du 13 février 2012 consid. 5.2.3).

E. 14.2

En l'occurrence, il sied de se référer aux données ESS 2010 nouvellement publiées par l'OFS (et non celles de 2008 retenues par l'OAIE), dès lors que le droit aux prestations a été modifié avec effet au 1er novembre 2010. Par ailleurs, on peut se demander si l'administration a agi conformément au droit en estimant que le revenu hypothétique de valide de l'assuré correspondait à celui d'un employé bénéficiant de connaissances spécifiques dans la construction selon les données ESS (niveau de qualification 3), dès lors que le recourant ne disposait d'aucun titre professionnel dans ce domaine (cf. questionnaire à l'assuré du 27 novembre 2008 [pce 11 p. 1 n° 2]; arrêt du Tribunal fédéral 9C_993/2010 du 2 décembre 2011 consid. 4.4.1), étant précisé que l'autorité judiciaire appelée à statuer doit faire preuve d'une certaine retenue avant de procéder à une révision in pejus (cf. ATF 119 V 241 consid. 5; arrêt du Tribunal administratif fédéral C-909/2008 du 11 mars 2010 consid. 10.2; Annette Guckelberger, *Zur reformatio in peius vel melius in der schweizerischen Bundesverwaltungsrechtspflege nach der Justizreform*, in: ZBL 2010 p. 110 ss.). Cette question peut toutefois rester indécise, puisque, comme on le verra ci-après, elle n'a pas d'incidence sur l'issue de la cause. Ainsi, le revenu de valide se détermine en fonction du salaire moyen d'un salarié travaillant dans le secteur "construction de bâtiment", niveau de qualification 3, et se monte à Fr. 5'944 pour 40 h./sem. et à Fr. 6'226.34 pour 41.9 h./sem. (taux de travail usuel dans ce secteur) selon les données ESS 2010. Quand au salaire d'invalides, il correspond à la moyenne des revenus du niveau de qualification 4 dans les secteurs "commerce de gros" (Fr. 4'869.- pour 40 h./sem. en 2010), "commerce de détails" (Fr. 4'508.-), "activités administratives, soutien aux entreprises" (Fr. 4'400.-) et "autres activités de service" (Fr. 4'474.-), adaptés aux horaires usuels dans les secteurs concernés (42, 41.7, 42.1 respectivement 41.8 h./sem.), soit un total de Fr. 4'779.59 qui doit être encore réduit de 20% pour tenir compte de l'incapacité de travail dans un travail de substitution retenue par l'autorité inférieure (80% de Fr. 4'779.59 = Fr. 3'823.67). En outre, l'OAIE estime nécessaire d'opérer une réduction supplémentaire de 15% pour motifs inhérents au cas concret (85% de Fr. 3'823.67 = Fr. 3'250.12). Le Tribunal de céans ne voit aucun motif suffisamment pertinent pour remettre en question ce choix de l'administration qui n'a pas fait un emploi abusif de sa marge d'appréciation eu égard aux particularités du cas d'espèce (notamment obligation de l'assuré d'oeuvrer dans un travail de substitution léger, de type sédentaire, après avoir travaillé toute sa vie comme maçon; âge de l'assuré au moment déterminant [55 ans]; capacité de travail de l'intéressé certes limitée à 80% mais laissant toutefois une capacité de travail résiduelle considérable, étant précisé que les limitations fonctionnelles dont est victime l'intéressé [cf. supra consid. 10.2] permettent encore un éventail d'activités relativement larges, par exemple dans l'industrie de montage ou la surveillance). Ainsi, en comparant le revenu de valide de Fr. 6'226.34 au revenu d'invalides de Fr. 3'250.12, il appert que le recourant parvient à un taux d'invalidité de 47.80% ouvrant le droit à un quart de rente d'invalidité ($(\{6'226.34 - 3'250.12\} \times 100) : 6'226.34$). Par ailleurs, on observe qu'il en irait de même en estimant que le revenu de valide correspond au salaire moyen du niveau de qualification 4 dans le secteur "construction de bâtiment" selon les données ESS 2010 ($(\{5'677.45 - 3'250.12\} \times 100) : 5'677.45 = 42.75\%$).

E. 15

Eu égard à tout ce qui précède, il s'ensuit que l'autorité inférieure a agi conformément au droit en remplaçant les trois quarts de rente alloués jusqu'alors au recourant par un quart de rente dès le 1er novembre 2010. L'acte attaqué doit par conséquent être confirmé et le recours rejeté.

E. 16

Vu l'issue de la cause, les frais de procédure, fixés par le Tribunal de céans à Fr. 300.-, sont mis à la charge du recourant débouté (art. 69 al. 2 LAI et art. 3 let. b du règlement du 21 février 2008 concernant les frais, dépens et indemnités fixés par le Tribunal administratif fédéral [FITAF, RS 173.320.2]). Ce montant est compensé par l'avance de frais fournie de Fr. 300.-. Il n'est pas alloué de dépens (art. 64 al. 1 PA a contrario en relation avec les art. 7 ss FITAF).

Export aus OpenCaseLaw (CC0). Verbindlich ist allein der vom erlassenden Gericht veröffentlichte Originaltext. Quellen-URL siehe oben.