



Cour III
C-2195/2010

Arrêt du 23 janvier 2012

Composition

Vito Valenti (président du collège),
Francesco Parrino et Franziska Schneider, juges,
Yannick Antoniazza-Hafner, greffier.

Parties

A. _____,
représenté par Ibrahima Diao, Mutuelle des Frontaliers,
BP 43121, FR-25503 Morteau Cedex,
recourant,

contre

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

Objet

Assurance-invalidité (décision du 19 mars 2010).

Faits :**A.**

Le ressortissant français A._____, né le [...] 1953, a travaillé en Suisse en tant que frontalier d'octobre 1972 à janvier 2002 comme employé de la banque B._____ respectivement de la banque C._____, puis, dès février 2002, comme collaborateur "Back-Office Espèces" à la banque D._____ (doc 4 p. 1-2; 11 p. 1 n° 2.1). Souffrant de problèmes psychiques (notamment troubles dépressifs et anxieux [doc 12 p. 31; 12 p. 29 s.; 12 p. 17 ss), il est mis en arrêt maladie dès le 21 août 2006, jour où il est victime d'une attaque de panique dans son véhicule avec la sensation d'être emmuré vivant (doc 12 p. 25). Il n'est dès lors plus en mesure de reprendre l'exercice de son activité lucrative, étant précisé qu'il doit en outre se soumettre à une cure de désintoxication éthylique du 15 mai au 12 juin 2007 (doc 12 p. 21 s.) et que son employeur le licenciera avec effet au 30 septembre 2007 (doc 5). En date du 1^{er} octobre 2007 (doc 2), il dépose une demande de prestations de l'assurance-invalidité auprès de l'administration suisse, laquelle sera traitée par l'Office cantonal de l'assurance-invalidité du canton de Vaud (ci-après: OAI VD).

B.

B.a Dans le cadre de l'instruction de la demande, l'OAI VD recueille divers renseignements économiques et médicaux relatifs au requérant dont notamment des rapports médicaux des 19 octobre 2006 (doc 12 p. 31), 5 novembre 2006 (doc 12 p. 29), 14 décembre 2006 (doc 12 p. 24 ss [rapport d'expertise signé par le Dr E._____ mandaté par l'assureur perte de gain]), 17 avril 2007 (doc 12 p. 23), 12 juin 2007 (doc 12 p. 21 s.), 14 juin 2007 (doc 12 p. 17 ss [rapport d'expertise signé par le Dr E._____ mandaté par l'assureur perte de gain]), 31 juillet 2007 (doc 12 p. 9 ss [rapport d'expertise signé par le Dr F._____ mandaté par l'assureur perte de gain]), 10 octobre 2007 (doc 12 p. 6), 23 octobre 2007 (doc 12 p. 4 s. [complément d'expertise signé par le Dr F._____]) et 4 décembre 2007 (doc 14 et 15 [formulaire AI "rapport médical Adultes" et son annexe "réinsertion professionnelle"]) ainsi qu'un questionnaire pour l'employeur du 17 octobre 2007 (doc 11). Dans les rapports des 31 juillet et 23 octobre 2007 précités, le Dr F._____ pose les diagnostics de troubles anxieux phobiques (F 40), trouble dépressif récurrent, en rémission totale (F 33.4), troubles mentaux et du comportement liés à l'utilisation d'alcool, syndrome de dépendance, actuellement abstinente (F 10.20), trouble mixte de la personnalité (F 61). Il estime que l'assuré présente un taux d'incapacité actuel de 100% qui sera de 50% au 1^{er} octobre 2007

avec un pronostic plutôt favorable à court terme et réservé à long terme. Le dossier est également complété avec une prise de position du service médical de l'AI Suisse Romande (ci-après SMR) datée du 28 janvier 2008 (doc 21).

B.b Par décision du 13 mars 2008 (doc 25), l'Office de l'assurance-invalidité pour les assurés résidant à l'étranger (ci-après: OAIE) met l'intéressé au bénéfice d'une rente entière d'invalidité dès le 21 août 2007 puis d'une demi-rente à partir du 1^{er} janvier 2008.

C.

En février 2009, l'OAI VD entame une procédure de révision de la rente. Dans ce cadre, il verse à la cause un questionnaire pour la révision de la rente du 24 février 2009 (doc 28 p. 1 s.) ainsi que des rapports médicaux des 6 mars 2009 (doc 33), 21 mars 2009 (doc 36 p. 1), 27 mars 2009 (doc 36 p. 2-3), 19 mai 2009 (doc 39 [rapport du SMR]), 11 décembre 2009 (doc 46 [rapport d'expertise réalisée par le Dr G._____ du Centre d'Expertise Médicale à K._____ {ci-après: CEMed}]) et 21 janvier 2010 (doc 49 [prise de position du SMR]). Dans le rapport du 11 décembre 2009 susmentionné, le Dr G._____ estime que la capacité de travail de l'assuré a augmenté et est complète dans l'activité habituelle au jour de l'expertise (doc 46 p. 11 et p. 13 n° 2.6).

D.

Le 28 janvier 2010 (doc 52), l'OAI VD informe l'intéressé que, selon la documentation médicale nouvellement versée à la cause, il est à nouveau en mesure d'exercer à plein temps son ancienne activité d'employé de banque, si bien que son droit à la rente s'éteint et devra être supprimé dès le premier jour du deuxième mois qui suivra la notification de la décision y relative. L'administration impartit à l'intéressé un délai de 30 jours dès notification dudit acte pour déposer ses remarques éventuelles. Celui-ci renonce à se déterminer dans le délai requis. Par communication du même jour (18 janvier 2010; doc 51), l'administration communique également à l'assuré qu'il remplit les conditions pour une aide au placement consistant en une orientation professionnelle et un soutien dans les recherches d'emploi.

E.

Par décision du 19 mars 2010 (doc 55), l'OAIE supprime la demi-rente de l'assuré dès le premier jour du deuxième mois suivant la notification de ladite décision, en reprenant l'argumentation du projet de décision.

F.

F.a Par acte daté du 31 mars 2010 (pce TAF 1), l'assuré interjette recours auprès du Tribunal administratif fédéral contre la décision susmentionnée. Faisant valoir des troubles psychiques graves avec notamment crises de peur panique plusieurs fois dans la journée et manque important d'énergie, il conteste toute guérison. Il précise qu'il est suivi par son médecin généraliste qui reconduit son traitement tous les mois (antidépresseurs; anxiolytiques; somnifères; traitement contre l'asthme), qu'il consulte régulièrement un sophro-analyste et qu'il a l'intention de consulter prochainement un acupuncteur ainsi qu'un spécialiste de l'hypnose. Finalement, il indique qu'un juriste contactera le Tribunal de céans par un deuxième courrier pour étayer son recours avec de la documentation médicale.

F.b Ensuite de cela, le Dr H._____, médecin traitant de l'assuré, fait parvenir au Tribunal de céans un rapport médical du 2 avril 2010 rédigé par ses soins et attestant que seule une activité à temps partiel de 50% est actuellement exigible de la part de son patient (courrier remis à la Poste française le 15 avril 2010 [pce TAF 2]). A titre informatif, il produit aussi en annexe une lettre du 13 avril 2010 dans laquelle il demande au Dr G._____ de lui envoyer un exemplaire du rapport d'expertise du 11 décembre 2009.

F.c Par un courrier du 24 avril 2010 (pce TAF 5), le recourant verse à la cause un certificat du 19 mars 2010 signé par Madame I._____, sophro-analyste, et le rapport médical susmentionné du 2 avril 2010. Par ailleurs, il demande au Tribunal administratif fédéral d'obtenir pour consultation le rapport d'expertise du 11 décembre 2009, en confirmant être représenté par un conseiller juridique.

F.d Par ordonnance du 30 avril 2010 (pce TAF 6), le Tribunal de céans invite le recourant, dans un délai de 7 jours dès réception dudit acte, à produire une procuration en faveur de son représentant. En outre, il l'informe qu'il lui enverra une copie du rapport d'expertise demandé dès qu'il aura accusé réception du dossier de la cause commandé auprès de l'autorité inférieure. L'assuré produit une procuration en faveur de Monsieur Ibrahima Diao, de la Mutuelle des frontaliers, dans le délai requis (courrier du 7 mai 2010 [pce TAF 9]).

F.e Le Tribunal administratif fédéral, par ordonnances des 17 mai 2010 (pce TAF 10) et 22 juin 2010 (pce TAF 13 [prolongation du délai]), trans-

met au recourant une copie de l'expertise du 11 décembre 2009 et invite ce dernier à compléter son recours jusqu'au 14 juillet 2010.

Le recourant complète son recours par acte du 14 juillet 2010 (pce TAF 15). Remettant en question le bien-fondé de l'expertise du CEMed, il verse à la cause des rapports médicaux des 5 février 2010, 2 avril 2010 (déjà au dossier), 10 juin 2010 et 15 juin 2010.

G.

Par décision incidente du 19 juillet 2010 (pce TAF 16), le Tribunal de céans invite l'assuré, jusqu'au 19 août 2010, à payer une avance sur les frais de procédure présumés de Fr. 300.-. La somme requise est versée sur le compte du Tribunal le 2 août 2010 (pce TAF 18 p. 2).

H.

Appelé à prendre position sur le recours, l'OAIE, dans un prévis du 3 novembre 2011 (pce TAF 23 p. 1-2), conclut au rejet du recours et à la confirmation de la décision attaquée en se référant à un rapport du SMR du 20 octobre 2010 (pce TAF 23 p. 5-6) et à une prise de position de l'OAI VD du 25 octobre 2010 (pce TAF 23 p. 3-4).

I.

Par réplique du 4 janvier 2011 (pce TAF 25), le recourant exprime son désaccord quant au fait que l'évaluation de son médecin traitant, le Dr H._____, ait été écartée par l'administration. Il réitère ses conclusions antérieures en soulignant que, selon lui, le rapport d'expertise du Dr G._____ ne traduit en aucun cas la réalité en faisant notamment abstraction de toutes les manifestations somatiques (palpitations, sudations; vertiges; persécutions de toute sorte) qui l'handicapent dans son activité professionnelle et sa vie familiale et en ne tenant pas suffisamment compte de son syndrome dépressif qui n'a rien de moyen et l'envahit par angoisses et peurs paniques dans sa vie de tous les jours.

J.

Invitée à dupliquer, l'autorité inférieure, se référant à une prise de position de l'OAI VD du 22 février 2011 (pce TAF 27 p. 3), ne décèle aucun motif lui permettant de revenir sur ses conclusions antérieures (duplique du 28 février 2011 [pce TAF 27 p. 1-2]). Ces documents sont envoyés au recourant pour connaissance par ordonnances des 21 mars 2011 (pce TAF 28 [signalant que l'échange d'écriture est en principe clos]) et 12 juillet 2011 (pce TAF 30 [accordant à l'assuré un délai de 15 jours pour déposer ses

observations éventuelles en rapport avec la duplique]). Le recourant renonce à se déterminer dans le délai imparti.

Droit :

1.

1.1. En application de l'art. 40 du règlement du 17 janvier 1961 sur l'assurance-invalidité (RAI, RS 831.201), l'office AI du secteur d'activité dans lequel le frontalier a travaillé est compétent pour examiner les demandes présentées par des frontaliers, tandis que les décisions sont notifiées par l'OAIE. Sous réserve des exceptions prévues à l'art. 32 de la loi 17 juin 2005 sur le Tribunal administratif fédéral (LTAF, RS 173.32), le Tribunal administratif fédéral, en vertu de l'art. 31 LTAF, connaît des recours contre les décisions au sens de l'art. 5 de la loi fédérale du 20 décembre 1968 sur la procédure administrative (PA, RS 172.021) prises par les autorités mentionnées à l'art. 33 LTAF. En particulier, les décisions rendues par l'OAIE concernant l'octroi de prestations d'invalidité peuvent être contestées devant le Tribunal administratif fédéral conformément à l'art. 69 al. 1 let. b de la loi fédérale du 19 juin 1959 sur l'assurance-invalidité (LAI, RS 831.20). Celui-ci est dès lors compétent pour connaître de la présente cause.

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

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

Déposé en temps utile et dans les formes requises par la loi (art. 60 LPGA et 52 PA), le recours est recevable.

2.

2.1. 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 1^{er} 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 par renvoi statique au droit européen (cf. aussi art. 80a, de la loi fédérale du 19 juin 1959 sur l'assurance-invalidité [LAI, RS 831.20]). Ainsi, conformément à l'art. 3 al. 1 du Règlement (CEE) N° 1408/71 du Conseil du 14 juin 1971 (RS 0.831.109.268.1), 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 précité; 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° 474/72).

2.2. 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). Ainsi, par rapport aux dispositions de la LAI, il s'ensuit que le droit à une rente de l'assurance-invalidité doit être examiné au regard de l'ancien droit pour la période jusqu'au 31 décembre 2007 (cf. notamment nouvelle du 21 mars 2003 modifiant la LAI [4^{ème} révision], entrée en vigueur le 1^{er} janvier 2004) et, après le 1^{er} janvier 2008, en fonction des modifications de cette loi consécutives à la 5^{ème} révision de la LAI. La présente procédure de révision ayant été entamée en février 2009, les dispositions de la LAI en vigueur à partir du 1^{er} janvier 2008 sont donc applicables en l'espèce.

3.

L'invalidité au sens de la LPGA et de la LAI est l'incapacité de gain totale ou partielle qui est présumée permanente ou de longue durée, qui peut résulter d'une infirmité congénitale, d'une maladie ou d'un accident (art. 8 LPGA et art. 4 al. 1 LAI). Selon l'art. 7 LPGA, est réputée incapacité de gain toute diminution de l'ensemble ou d'une partie des possibilités de

gain de l'assuré sur un marché du travail équilibré dans son domaine d'activité, si cette diminution résulte d'une atteinte à sa santé physique, mentale ou psychique et qu'elle persiste après les traitements et les mesures de 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). 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 (art. 28 al. 1 LAI). 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 exigée de lui après les traitements et les mesures de réadaptation sur un marché du travail équilibré (art. 16 LPGA). 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).

4.

Conformément au principe inquisitoire qui régit la procédure dans le domaine des assurances sociales (art. 43 LPGA), l'administration est tenue de prendre d'office les mesures d'instruction nécessaires et de recueillir les renseignements dont elle a besoin. En particulier, elle doit mettre en oeuvre une expertise lorsqu'il apparaît nécessaire de clarifier les aspects médicaux du cas (ATF 117 V 282). Si l'administration ou le juge, se fondant sur une appréciation consciencieuse des preuves fournies par les investigations auxquelles ils doivent procéder d'office, sont convaincus que certains faits présentent un degré de vraisemblance prépondérante et que d'autres mesures probatoires ne pourraient plus modifier cette appréciation, il est superflu d'administrer d'autres preuves (appréciation anticipée des preuves; UELI KIESER, ATSG-Kommentar, 2^{ème} édition, Zurich 2009, art. 42 n° 19 p. 536; ATF 122 II 469 consid. 4a). Une telle manière de procéder ne viole pas le droit d'être entendu selon l'art. 29 al. 2 Cst (Sozialversicherungsrecht [SVR] 2001 IV n° 10 p. 28).

5.

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). Le Tribunal fédéral a toutefois posé des lignes directrices en matière d'appréciation des preuves. En particulier, en cas de divergence d'opinion entre experts et médecins traitants, il n'est pas, de manière générale, nécessaire de mettre en oeuvre une nouvelle expertise. La valeur probante des rapports médicaux des uns et des autres doit bien plutôt s'apprécier au regard des critères jurisprudentiels susmentionnés. A cet égard, il convient de rappeler qu'au vu de la divergence consacrée par la jurisprudence entre un mandat thérapeutique et un mandat d'expertise, on ne saurait remettre en cause une expertise ordonnée par l'administration ou le juge et procéder à de nouvelles investigations du seul fait qu'un ou plusieurs médecins traitants ont une opinion contradictoire. Cette constatation s'applique de même aux médecins non traitants consultés par le patient en vue d'obtenir un moyen de preuve à l'appui de sa requête (ATF 125 V 351 consid. 3c). Il n'en va différemment que si les médecins mandatés par l'assuré font état d'éléments objectivement vérifiables ayant été ignorés dans le cadre de l'expertise et qui sont suffisamment pertinents pour remettre en cause les conclusions de l'expert (arrêts du Tribunal fédéral 8C_392/2010 du 21 décembre 2010 consid. 5.2; 9C_101/2010 du 5 août 2010 consid. 3.3.3).

6.

En l'espèce, le litige porte sur le point de savoir si l'administration a agi conformément au droit en supprimant la demi-rente d'invalidité de l'intéressé par décision du 19 mars 2010.

7.

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). 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 mars 2008 et ceux qui ont existé jusqu'au 19 mars 2010, date du prononcé de l'acte entrepris.

8.

Il ressort du dossier qu'en son temps (cf. notamment rapport du SMR du 28 janvier 2008 [doc 21]), l'administration a octroyé une rente d'invalidité à l'assuré en se basant principalement sur l'expertise psychiatrique du 31 juillet 2007 signé par le Dr F._____ retenant notamment le diagnostic de troubles anxieux phobiques F 40 (sur l'ensemble des diagnostics retenus cf. supra let. B.a) et estimant que le recourant présentait dans son activité habituelle une capacité de travail de 0% jusqu'au 30 septembre 2007 puis de 50% dès le 1^{er} octobre 2007 (doc 12 p. 13-15; voire aussi le complément d'expertise du 23 octobre 2007 [doc 12 p. 4-5]).

9.

Dans le cadre de la procédure de révision entamée en février 2009, le dossier a été complété avec notamment les actes suivants.

9.1. Dans un rapport du 6 mars 2009 (doc 33 p. 3-5 [questionnaire médical de l'OAI VD]), le Dr J._____, psychothérapeute, retient une nette amélioration de l'état de santé de l'assuré sous réserve que ce dernier ne soit pas exposé aux responsabilités. Il souligne toutefois que l'intéressé reste anxieux et se trouve dans un état précaire avec risque de réapparition des symptômes (doc 33 p. 4 n° 1.11 et 33 p. 3 n° 1.8). Selon lui, il y a ainsi lieu de retenir un état stabilisé par atténuation du tableau dépressif,

des attaques de panique ou du trouble anxieux persistant (doc 33 p. 2 n° 1.4). Au point 1.6, il atteste que l'assuré dispose d'une capacité de travail de 50% dans sa dernière activité (doc 33 p. 3; cf. toutefois point 1.7 où ce même médecin estime que l'activité habituelle n'est plus exigible). Par ailleurs, à la question de savoir quelles sont les restrictions physiques ou psychiques dans la dernière activité exercée, il répond de la façon suivante: "phobie d'éloignement du domicile + responsabilisations professionnelles et familiales difficiles" (doc 33 p. 3 n° 1.7).

9.2. Dans des rapports des 21 et 27 mars 2009 (doc 36 p. 1; 36 p. 2-3), le Dr H._____, médecin généraliste, fait part d'un état de santé resté stationnaire sans amélioration. Selon lui, la capacité de travail dans l'ancienne activité est de 0% sans qu'une autre activité puisse être envisagée pour le moment. Dans le cas d'une activité sans contrainte physique, l'occupation envisagée pourrait être d'environ 25% en dehors d'une situation professionnelle de stress.

9.3. L'assuré a par la suite été soumis à une expertise psychiatrique au CEMed à K._____ le 1^{er} septembre 2009. Dans un rapport du 11 décembre 2009 (doc 46), le Dr G._____, spécialiste FMH en psychiatrie et psychothérapie, ne retient plus aucun diagnostic avec répercussion sur la capacité de travail et pose les diagnostics sans incidence sur l'activité lucrative de personnalité dépendante, depuis l'âge d'environ 18 ans (F 60.7), d'agoraphobie avec troubles paniques depuis environ 2006 (F 40.01), de troubles anxieux et dépressifs mixtes, depuis environ 2008 (F 41.2), de syndrome de dépendance à l'alcool, utilisation continue depuis environ 2007 (F 10.25), et de trouble dépressif récurrent, actuellement en rémission, depuis l'adolescence (F 33.4). Il conclut que l'intéressé dispose des ressources nécessaires pour accomplir à nouveau sa dernière activité à temps complet sans diminution de rendement et sans indication particulière (doc 46 p. 13 n° 2.3 s.).

9.4. Dans un rapport du 21 janvier 2010 (doc 49), le Dr L._____, du SMR, fait siennes les conclusions de l'expert, en précisant que, vu la personnalité dépendante de l'assuré, il pourrait être utile de le faire bénéficier d'une aide au placement.

9.5. En procédure de recours, le Dr H._____, dans des rapports des 2 avril 2010 (pce TAF 2 p. 1) et 15 juin 2006 (pce TAF 15 p. 10-11 [prises de position consistant en des notes manuscrites sur une copie des page 12 et 13 de l'expertise du 11 décembre 2009]), pose les diagnostics avec répercussion sur la capacité de travail de troubles dépressifs récurrents

avec attaques de panique, de phobie et d'anxiété généralisée et le diagnostic sans répercussion sur la capacité de travail d'asthme. Il souligne que l'assuré dispose d'une capacité de travail de seulement 50% dans la profession d'employé de banque (avec une diminution du rendement non quantifiée), en relevant qu'il existe chez son patient une lenteur indéniable avec manque d'assurance, concentration limitée, épuisement tant physique que psychologique et risque augmenté d'attaques de panique. Selon lui, ce n'est que très modérément que l'intéressé peut s'adapter à son environnement professionnel du fait de l'envahissement anxieux et des phobies, en particulier des phobies sociales. Il convient donc d'éviter les contraintes émotionnelles et de porter une attention particulière aux rapports d'autorité et à l'encadrement. Par ailleurs, l'exercice d'un temps partiel serait indispensable pour réadapter l'assuré à son environnement de travail.

9.6. Pour sa part, le Dr J._____, dans un rapport du 10 juin 2010 (pce TAF 15 p. 8 s.), note que l'état physique et psychique de son patient semble s'être stabilisé depuis mars 2009 sous réserve d'un environnement adapté, et fait part d'un contrôle du tableau dépressif, d'une jugulation des crises d'attaques de panique et d'une abstinence par rapport à l'alcool et à la tendance au jeu; il convient toutefois de tenir compte du fait que le moindre niveau de stress (rapport d'autorité, pression de type "rendement", stress en tout genre) risquerait d'entraîner une rechute, l'équilibre mental et physique de son patient étant précaire et sous contrôle médicamenteux (avec séances de relaxation hebdomadaire et consultation de son médecin généraliste tous les 10 jours). Le Dr J._____ conclut que, dans ces conditions, une reprise de l'activité lucrative à plein temps paraît difficilement envisageable.

9.7. Dans un rapport du SMR du 20 octobre 2010 (pce TAF 23 p. 5 s.), la Dresse M._____ relève que la nouvelle documentation médicale produite par les médecins traitant de l'assuré ne permet pas de remettre en cause les conclusions du Dr G._____, les Drs H._____ et J._____ émettant un avis plus favorable à leur patient en raison du lien de confiance qui les unirait à celui-ci.

9.8. On relève également que, selon un certificat établi par Madame I._____, l'assuré suit des séances de sophro-analyse toutes les deux semaines depuis mars 2009 (attestation du 19 mars 2010 [pce TAF 5 p. 2]).

10.

Cela étant, le Tribunal de céans prend position comme suit.

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).

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^{er} mars 2011 consid. 2.2.2).

10.2. Dans la présente procédure de révision, force est de constater que le tableau clinique de l'assuré a évolué entre 2008 et 2010. En effet, l'ensemble du corps médical s'accorde à retenir que le trouble anxieux avec attaques de panique a connu une évolution favorable. Les médecins traitant de l'assuré ont toutefois estimé que cette amélioration n'avait pas de répercussion significative sur la capacité de travail de l'intéressé (évaluée à 50% dans l'activité habituelle depuis janvier 2008 selon la décision d'octroi de rente du 13 mars 2008 [doc 28]), ce qui a incité l'administration à confier au CEMed à K._____ la réalisation d'une expertise ayant précisément pour but d'apporter un avis neutre sur ce point (cf. doc 39 [prise de position du SMR du 19 mai 2009 [doc 39]; 46 p. 3 n° 1 [mandat de l'expertise]).

Ainsi, le Dr G._____, psychiatre disposant de toutes les qualifications nécessaires pour juger valablement de l'état de santé de l'assuré — dont

les atteintes invalidantes sont exclusivement d'ordre psychiatrique (cf. doc 36 p. 3 n° 5) —, a examiné personnellement le recourant en date du 1^{er} septembre 2009. Dans ce cadre, il a clairement retenu que la capacité de travail de l'intéressé avait augmenté depuis l'octroi de la demi-rente en 2008 et qu'elle était ainsi passée de 50 à 100% dans l'ancienne profession d'employé de banque sans diminution du rendement (doc 46 p. 13 n° 2.6). Selon lui, la symptomatologie dépressive observée est légère sans trouble cognitif (pas de trouble de l'attention/concentration, pas de perte de mémoire, pas de trouble de la compréhension), ni désespoir (doc 46 p. 9 et 10) et le trouble anxieux mis en évidence n'est plus de nature à entraver l'exercice de son activité habituelle. Cet avis se base sur une anamnèse complète de l'assuré, prend en compte les plaintes du recourant (à savoir avant tout des peurs paniques accompagnées de palpitations et de vertiges surtout lorsque celui-ci se trouve loin de chez lui; fatigue très importante; manque de concentration), dresse un tableau global et cohérent, exempt de contradictions, et contient une motivation suffisante compte tenu des particularités du cas concret et des actes versés au dossier. En particulier, on ne saurait retenir que ce document consiste en "des formulaires usuels pré-imprimés établis par les offices AI" et qu'il comprend une argumentation lacunaire comme le fait valoir le recourant (cf. mémoire du 14 juillet 2010 [pce TAF 15 p. 5]). Bien plutôt, le Dr G. _____ expose correctement dans l'anamnèse l'avis des médecins traitant de l'assuré (doc 46 p. 4-5) et exprime par la suite de façon concluante un avis contraire en motivant son opinion (doc 46 p. 10-11 et p. 12 n° 2.6; voire arrêt du Tribunal fédéral 9C_509/2010 du 4 février 2011 consid. 4.2). Au demeurant, dans la mesure où l'assuré conteste la neutralité de l'expert mandaté (cf. dans ce sens mémoire du 4 janvier 2011 [pce TAF 25 p. 2]), ce grief est mal fondé. En effet, des expertises réalisées dans des Centres d'observation médicale de l'assurance-invalidité tels que le CEMed sont considérées en principe comme probantes sous l'angle de l'indépendance et de l'objectivité et le recourant ne met en avant aucun indice concret qui inciterait à penser que le Dr G. _____ était prévenu (cf. parmi d'autres ATF 137 V 210 consid. 2.1-2.3 et 6; ATF 136 V 376 consid. 4; arrêts du Tribunal fédéral 9C_665/2011 du 21 novembre 2011 consid. 2.3; 8C_426/2011 du 29 septembre 2011 consid. 6).

Eu égard à l'ensemble de ces éléments, il y a donc lieu de reconnaître pleine valeur probante à l'expertise du CEMed.

10.3. Par ailleurs, autant les données cliniques de l'expertise que les autres rapports médicaux versés à la cause contiennent plusieurs indices qui soutiennent cette évaluation.

10.3.1. Tout d'abord, il appert que, lors de l'octroi initial de la rente en 2008, le trouble anxieux avait été déterminant pour reconnaître à l'assuré le droit à une demi-rente d'invalidité (cf. notamment rapport du SMR du 28 janvier 2008 [doc 21]). Ainsi, le Dr F._____ faisait part d'un assuré n'ayant quasiment aucune activité le matin, car il était l'objet d'angoisses très importantes et envahissantes qui débutaient dès les premiers instants après son réveil avec peur de s'étouffer en avalant, peur de se noyer, de tomber etc. Ces troubles disparaissaient ensuite progressivement vers 13:00 et l'assuré pouvait alors mener une vie "comme tout le monde" (doc 12 p. 11 s.). Ainsi, il s'adonnait les après-midi à différentes activités telles que le jardinage, le ménage, le jeu d'échecs (doc 12 p. 13). Le Dr F._____ en inférait qu'actuellement, le recourant disposait uniquement des ressources nécessaires pour exercer son activité habituelle d'employé de banque dans la deuxième partie de la journée et retenait pour cette raison une capacité de travail de 50% (doc 12 p. 4; 12 p. 15 n° 2 et 3). Il précisait également que le traitement psychiatrique auprès du Dr J._____ ne faisait que débiter et qu'il avait encore un effet limité sur le trouble anxieux (doc 12 p. 14). En revanche, dans l'expertise du 11 décembre 2009, le Dr G._____ décrit un assuré qui se réveille à 6:30 et va directement à l'ordinateur pour faire des parties d'échecs où il parvient à se concentrer et oublier ses soucis, prend sa douche à 11:30 et prépare le repas qu'il prend ensuite avec sa femme, va aux commissions de 15:00 à 16:00 deux fois par semaine, fait aussi le ménage, passe en revue sa situation financière régulièrement et prend des cours de sophrologie par correspondance. Il est également mentionné que l'assuré a repeint et poncé les portes de sa villa pendant toute une semaine au printemps 2009 sur l'initiative de sa femme, qu'il a appris à nager et à vaincre ses angoisses et ses peurs panique de se noyer et que de janvier à juin 2009 il a donné des cours d'échecs dans une école primaire en France de 12:00 à 13:10 du lundi au jeudi de façon bénévole (doc 46 p. 7). Force est ainsi de constater que le trouble anxieux très prononcé dans la matinée jusqu'à environ 13:00 — qui était considéré comme déterminant lors de l'expertise du 31 juillet 2007 avec pour effet une absence de quasiment toute activité de la part du recourant — n'est plus présent lors de l'examen du Dr G._____ en septembre 2009. Cette évolution de la symptomatologie anxieuse est donc de nature à confirmer l'évaluation de l'expert du CEMed, selon laquelle l'assuré a retrouvé des ressources

considérables lui permettant nouvellement de reprendre une activité lucrative également dans la première partie de la journée.

10.3.2. Ensuite, les médecins traitant du recourant confirment eux-mêmes une évolution favorable de l'état de santé de l'assuré. Ainsi, le Dr H._____, dans un rapport du 2 avril 2010 (pce TAF 2), parle d'une "amélioration confortable" de l'état de santé, nonobstant les plaintes très importantes décrites par l'assuré dans son mémoire de recours du 31 mars 2010 (cf. supra let. F.a). Pour sa part le Dr J._____, dans un rapport du 6 mars 2009 (doc 33), signale "une nette amélioration" avec atténuation de la symptomatologie anxio-dépressive. En outre, le Dr H._____, dans son rapport du 27 mars 2009, relève que les troubles psychologiques de l'assuré ne nécessitent plus une prise en charge psychiatrique pour le moment, un suivi psychothérapeutique étant assuré par ses soins (doc 36 p. 3 n° 11; cf. aussi mémoire de recours du 31 mars 2010; rapport du Dr J._____ du 10 juin 2010 ne faisant plus part d'un suivi régulier à son cabinet et indiquant que l'assuré consulte son médecin généraliste tous les 10 jours [pce TAF 15 p. 9]). Au vu de ces constats positifs, les évaluations des Drs H._____ et J._____ retenant une capacité de travail de l'intéressé inchangée de 50% dans l'activité habituelle sont peu convaincantes, étant rappelé que, lors de l'appréciation des preuves, l'autorité appelée à statuer doit prendre en considération la distinction faite par la jurisprudence entre mandat thérapeutique et mandat d'expertise (ATF 124 I 170 consid. 4; arrêt du Tribunal fédéral 9C_665/2011 du 21 novembre 2011 consid. 2.3 et les références citées). Par ailleurs, dès lors que les médecins traitant de l'assuré ne sont pas psychiatres et faute d'éléments objectifs suffisamment concrets qui inciteraient à procéder autrement, il y a lieu d'accorder plus de poids à l'avis du Dr G._____ qui possède une spécialisation en psychiatrie et est ainsi plus à même de juger des ressources encore disponibles chez l'assuré pour surmonter sa symptomatologie anxio-dépressive (sur l'importance de la qualification des médecins cf. entre autres arrêts du Tribunal fédéral 9C_736/2009 du 26 janvier 2010 consid. 2.1 et les références; 9C_699/2009 du 24 février 2010 consid. 4.4 s.; arrêt du Tribunal administratif fédéral C-2169/2008 du 9 août 2010 consid. 3.3). On note également que le suivi régulier de l'assuré auprès du Dr H._____ tous les 10 jours ne fait pas obstacle à l'exercice à plein temps d'une activité, de telles absences étant encore compatibles avec ce que l'on peut raisonnablement exiger d'un employeur et ne sauraient donc être déterminant en l'espèce. Finalement, on relèvera que si l'assuré avait repris la commission d'alcool peu avant l'expertise du CEMed (cf. doc 46 p. 6), les rapports postérieurs de ses médecins traitant ne font pas état de problèmes

y relatifs (cf. notamment rapport du Dr J._____ du 10 juin 2010 indiquant que son patient est abstinent [pce TAF 15 p. 8-9]). En l'état du dossier et en accord avec les conclusions du Dr G._____ (doc 46 p. 11), il n'y a donc pas lieu de retenir que, dans la période déterminante, l'assuré aurait été victime d'une alco-olodépendance constitutive d'invalidité au sens de la jurisprudence (cf. à ce sujet arrêt du Tribunal fédéral 9C_219/2007 du 3 avril 2008 consid. 3 in fine).

10.4. Au vu de l'ensemble de ces circonstances et conformément à la jurisprudence en la matière (cf. supra consid. 5), il appert que les rapports médicaux produits par le recourant ne parviennent pas à ébranler le bien-fondé des conclusions du Dr G._____. Le Tribunal de céans peut donc conclure — au niveau de la vraisemblance prépondérante valable en droit des assurances sociales — qu'au plus tard le 1^{er} septembre 2009 (date de l'examen de l'assuré au CEMed), l'état de santé du recourant s'était amélioré de façon significative, ce qui autorisait l'administration à procéder à un examen complet de la situation tant au niveau des faits que du droit (sur la jurisprudence y afférente cf. arrêt du Tribunal fédéral 9C_88/2010 du 4 mai 2010 consid. 5.3 et les références citées) et à retenir que, lors du prononcé de l'acte entrepris, l'assuré disposait d'une capacité de travail à plein temps dans son activité habituelle d'employé de banque.

11.

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

11.1. 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).

11.2. En l'occurrence, s'il est vrai que l'assuré avait 56 et 8 mois au moment déterminant, 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). Tout d'abord, force est de constater que, lors du prononcé de l'acte attaqué, le recourant était au bénéfice d'une rente d'invalidité depuis une période relativement courte, à savoir 2 ans et 8 mois (cf. arrêt du Tribunal fédéral 9C_869/2010 du 16 novembre 2011, consid. 4.3), étant relevé que, dès le 1^{er} octobre 2007, il avait déjà retrouvé, sur le plan médical, une capacité de travail non négligeable de 50% dans son activité habituelle et n'obtenait plus qu'une demi-rente d'invalidité pour cette raison à partir du 1^{er} janvier 2008. Dans ce contexte, on note également que le Dr F._____, dans l'expertise du 31 août 2007, posait déjà un pronostic favorable à court terme en estimant possible que l'assuré puisse reprendre un travail à plein temps suite au traitement mis en place (doc 12 p. 14; voire aussi la prise de position du SMR du 28 janvier 2008 [doc 21]). Ensuite, dans l'expertise du CEMed du 11 décembre 2009, le Dr G._____ fait part d'un assuré qui se lève tôt le matin, qui ne présente pas de troubles de l'attention/concentration et qui est vif, en répondant rapidement et de fa-

çon efficace aux questions posées (doc 46 p. 6 et 9). Selon lui, la reprise d'une activité lucrative est possible de sa part sans mesure de réadaptation particulière (doc 46 p. 13 let. C.1). Cet avis est corroboré par celui du Dr L._____, du SMR, selon lequel seules des mesures d'orientation et d'aide au placement paraissent nécessaires (prise de position du 21 janvier 2010 [doc 49]). Dans ces conditions, on ne saurait retenir que la documentation médicale versée à la cause incitait clairement à penser que des mesures de réadaptation professionnelles devaient être mises sur pied. Finalement, il y a lieu de tenir compte du fait que le recourant dispose d'une longue expérience dans le domaine bancaire dans lequel il a été actif pendant 33 ans (doc 4 p. 1-2) et que cette activité est toujours exigible de sa part selon l'expert du CEMed auquel il convient de donner la préférence. Au vu de ces circonstances, le Tribunal de céans peut conclure que des mesures de réadaptation n'étaient pas indispensables in casu, comme l'a retenu à juste titre l'administration et que des mesures d'orientation et d'aide au placement, comme proposé dans le courrier de l'OAI VD du 28 janvier 2010 (doc 51), étaient suffisantes. On précise également que, même sous l'angle de la jurisprudence concernant l'âge avancé (cf. par exemple arrêt du Tribunal fédéral 8C_657/2010 du 19 novembre 2010 consid. 5.2), l'exercice de l'activité d'employé de banque n'apparaissait en aucun cas irréaliste pour un homme âgé de 56 ans au moment déterminant.

12.

Cela étant, l'administration, se basant implicitement sur une comparaison des revenus en pour-cent, a retenu que la perte de gain de l'assuré se confondait avec l'incapacité de travail dans l'activité habituelle estimée à 0%. Le point de savoir si, au vu des particularités du cas concret, cette manière de procéder était conforme au droit (cf. à ce sujet arrêts du tribunal fédéral 8C_692/2007 du 4 juillet 2008; 9C_310/2009 du 14 avril 2010 consid. 3.2; 8C_327/2011 du 12 août 2011 consid. 3.3.2.2) peut rester ouvert. En effet, même en procédant à une comparaison des revenus selon la méthode générale et en retenant une déduction du salaire d'invalidité très généreuse de 10% pour tenir compte des paramètres inhérents au recourant, il appert que ce dernier ne parvient pas à un taux suffisant pour ouvrir le droit à une rente d'invalidité. Ainsi, selon les indications de l'employeur (cf. doc 11 p. 2 n° 7; voire aussi doc 4 p. 1-2 [extrait du compte individuel]), l'assuré aurait obtenu un revenu mensuel de Fr. 9'223.83 en 2007 ($\{8'535 \times 12\} + 8'266 \{13^{\text{ème}} \text{ salaire}\} : 12$). En tenant compte de l'augmentation des salaires dans le secteur "service financier" jusqu'au prononcé de l'acte entrepris (2008: + 1.4%; 2009: + 2%; 2010: + 1%), le salaire de valide se monterait ainsi à Fr. 9'635.42 en

2010. En ce qui concerne le salaire d'invalidé, celui-ci devrait être déterminée en se fondant sur les données de l'enquête suisse sur la structure des salaires 2010 (voire: <http://www.bfs.admin.ch/bfs/portal/fr/index/themen/03/04.html>), tableau TA1, secteur n° 64 "services financiers", niveau de qualification 3, à savoir Fr. 8'191 pour 40 h./sem. et Fr. 8'457.20 pour 41.3 h./sem. (temps usuel de travail dans ce secteur). En prenant en considération à titre hypothétique une réduction de 10% de ce dernier montant pour motifs personnels, le revenu d'invalidé se monterait à Fr. 7'611.48. Or, la comparaison du revenu de valide au revenu d'invalidé ferait apparaître un taux d'invalidité de 21% insuffisant pour donner droit à une rente ($\frac{9'635.42 - 7'611.48}{9'635.42} \times 100 = 21.00\%$). Au surplus, on note, qu'il en irait de même si la même opération était effectuée en prenant comme référence pour le salaire d'invalidé non pas les salaires moyens dans le secteur n° 64 "services financiers", niveau de qualification 3 (supposant des connaissances spécialisées) mais ceux moins élevés du niveau de qualification 4 portant sur des activités simples et répétitives dans le même secteur ($\frac{9'635.42 - 6'340.27}{9'635.42} \times 100 = 34.20\%$).

13.

Eu égard à tout ce qui précède, il appert que l'autorité inférieure a agi conformément au droit en supprimant la rente d'invalidité du recourant. L'acte attaqué doit par conséquent être confirmé et le recours rejeté.

14.

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).

Par ces motifs, le Tribunal administratif fédéral prononce :

1.

Le recours est rejeté.

2.

Les frais de procédure, d'un montant de Fr. 300.-, sont mis à la charge du recourant. Ce montant est compensé par l'avance de frais déjà versée de Fr. 300.-.

3.

Il n'est pas alloué de dépens.

4.

Le présent arrêt est adressé :

- au recourant (Recommandé avec avis de réception)
- à l'autorité inférieure (n° de réf.)
- à l'Office fédéral des assurances sociales.

Le président du collège :

Le greffier :

Vito Valenti

Yannick Antoniazza-Hafner

Indication des voies de droit :

Le présent arrêt peut être attaqué 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. 44 ss, 82 ss, 90 ss et 100 de la loi du 17 juin 2005 sur le Tribunal fédéral [LTF, RS 173.110]). Le mémoire doit indiquer les conclusions, les motifs et les moyens de preuve, et être signé. La décision attaquée et les moyens de preuve doivent être joints au mémoire, pour autant qu'ils soient en mains de la partie recourante (voir art. 42 LTF).

Expédition :