



Arrêt du 23 mai 2011

Composition

Elena Avenati-Carpani, présidente du collège
Vito Valenti, Stefan Mesmer, juges,
Delphine Queloz, greffière.

Parties

A. _____,
représenté par Maître Irène Wettstein Martin,
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 5 août 2009.

Faits :**A.**

Le ressortissant portugais A._____, né en 1960, a travaillé en Suisse en qualité de peintre en bâtiment jusqu'au 24 janvier 1996, date à laquelle il a cessé toute activité (pce 15). Le 13 mars 1997, il a présenté une demande de prestations AI pour les adultes (pce 23). Par décision du 4 décembre 2000 (pce 92), la demande fut rejetée au motif que l'assuré pouvait encore exercer une activité de substitution à 100 % et subirait dès lors un préjudice économique de 33 %, taux insuffisant pour ouvrir le droit à une rente.

B.

Le 9 septembre 2001, l'assuré a présenté une seconde demande de prestations AI (pce 95). Par décision du 14 janvier 2004 de l'Office de l'assurance-invalidité pour le canton de Vaud (OAI-VD; pce 121), il fut mis au bénéfice d'une demi-rente dès le 1^{er} octobre 2001 et d'un trois-quart de rente dès le 1^{er} janvier 2004 suite à la 4^{ème} révision de la loi fédérale du 19 juin 1959 sur l'assurance-invalidité (LAI, RS 831.20). Le médecin du Service médical régional (SMR) Léman, se fondant sur une expertise pluridisciplinaire de la Clinique romande de réadaptation (CRR) du 17 avril 2003 (pce 110), avait retenu comme atteinte principale à la santé un syndrome douloureux somatoforme persistant (CIM F 45.4) et un trouble dépressif majeur de degré moyen (CIM F 32.1) et comme pathologie associée du ressort de l'AI des douleurs au poignet gauche sur status après plusieurs interventions chirurgicales. Ce médecin avait fixé l'incapacité de travail dans l'activité habituelle à 100 % et la capacité de travail dans une activité adaptée à 50 % (pce 113). L'OAI-VD a calculé que l'assuré subissait dès lors un préjudice économique de l'ordre de 60 % (pce 119).

L'intéressé est retourné dans son pays fin 2005, dès lors l'OAI-VD a transmis le dossier pour compétence à l'Office de l'assurance-invalidité pour les assurés résidant à l'étranger (OAIE; pce 144).

Par communication du 22 janvier 2006, l'OAIE a revu le calcul de la rente (pce 138).

C.

Le 19 février 2007 (pce 145), une révision de la rente a été introduite par l'OAIE. Dans le cadre de l'instruction de cette révision, les documents suivants ont été versés au dossier:

- le questionnaire pour la révision de la rente daté et signé du 10 janvier 2008 duquel il ressort que l'assuré n'a pas exercé d'activité lucrative depuis 1996 ni après le 1^{er} octobre 2004 (pce 157);
- le rapport E 213 du 13 novembre 2007 rédigé par un médecin de l'Instituto da Segurança Social (ISS) retenant les diagnostics d'arthrodèse du poignet gauche, de diabète et de dyslipidémie et ne s'exprimant pas sur la capacité de travail (pce 158);
- le rapport psychiatrique de la Dresse B._____, psychiatre, du 30 juillet 2007 qui observe que lors de l'entretien l'assuré s'est montré calme, coopératif, orienté dans tous les aspects, avec un comportement adéquate quoique avec un certain laisser-aller au niveau vestimentaire (pantoufles), que l'attention a été facile à obtenir et à conserver, que le discours était cohérent et qu'il montrait une intelligence cliniquement normale, qu'aucun trouble mnésique, modification de la perspective délirante ni callosité des mains n'a été détecté, et qui conclut qu'après examen clinique aucun symptôme ni pathologie psychiatrique n'ont été détectés (pce 159);
- les rapports médicaux du Dr C._____ du 24 août 2007 et de la Dresse Q._____ du 26 septembre 2007, en écriture manuscrite et en partie illisibles (pce 160 et 161).

Appelé à se prononcer sur cette nouvelle documentation, le Dr D._____, médecin de l'OAIE, dans sa prise de position du 26 février 2008 (pce 163), a retenu comme diagnostic principal une réduction de la mobilité de la main gauche et, comme diagnostics associés sans influence sur la capacité de travail un diabète et une dyslipidémie et, relevant actuellement l'absence de trouble psychiatrique, a estimé nécessaire un examen de l'assuré en Suisse.

D.

L'OAIE a convoqué l'assuré en Suisse pour une expertise psychiatrique et rhumatologique (pce 165).

Dans son expertise du 2 février 2009 (pce 170), le Dr E._____, spécialiste FMH en psychiatrie et psychothérapie, a retenu comme diagnostic un syndrome douloureux somatoforme persistant (CIM F 45.4). Soulignant que l'impression globale était celle d'une personne quasiment bien portante, ce qui différait de façon nette de ce qu'il avait lui-même observé lors de l'évaluation du 8 avril 2003, il a exclu tout trouble

psychiatrique associé au syndrome douloureux somatoforme persistant, tout état dépressif ainsi que tout trouble de la personnalité. Il a conclu que depuis le 1^{er} janvier 2007 (retour au Portugal) il n'y avait plus de motif psychiatrique d'incapacité de travail et qu'il paraissait raisonnable d'exiger de l'assuré qu'il reprenne une activité professionnelle à temps plein en tenant compte des limites physiques retenues par l'expert rhumatologue.

Dans son expertise médicale du 5 février 2009 (pce 171), la Dresse F._____, rhumatologue interniste FMH, a retenu comme diagnostics somatiques ayant une répercussion sur la capacité de travail une arthrose modérée du carpe gauche, stable, sur status après arthrodèse luno-pyramidale pour instabilité ligamentaire luno-pyramidale du poignet gauche au mois de janvier 1997, un status après décompression du canal carpien à gauche en 1996 et un status après excision d'un kyste et d'un muscle surnuméraire (muscle manieux) au niveau du poignet gauche en 1993 (ICM M 19.9) et comme diagnostics somatiques sans répercussion sur la capacité de travail un diabète non insulino-dépendant sans évidence de complications micro-vasculaires, ni neurologiques, ni rénales connues (ICM E 14.9), une œsophagite peptique avec reflux gastro-œsophagien depuis 1997, un status après un ulcère duodénal en 1989 (ICM K 21.0), une hépatopathie d'origine indéterminée (ICM K 73.9), un excès pondéral (ICM R 63.2), une gonarthrose incipiens du genou gauche, un status après une ménissectomie du genou droit en 1998 (ICM M 17.9) et un status après excision d'un abcès périamygdalien droit non tuberculeux en 2007. Ce médecin a indiqué que l'assuré devait éviter les activités nécessitant l'utilisation du membre supérieur gauche de manière répétitive et en force, les engins à vibrations, le port de charge supérieure à 2 kg de manière répétitive et de 5 kg de manière occasionnelle avec le membre supérieur gauche. Elle a fixé la capacité de travail à 100 % dans une activité de substitution en tenant compte des limitations fonctionnelles.

E.

Le dossier complété a été soumis au Dr D._____, médecin de l'OAIE, qui, dans sa prise de position du 13 mars 2009 (pce 173), a retenu comme diagnostic avec répercussion sur la capacité de travail un syndrome douloureux somatoforme persistant (ICM F 45.4) sans dépression ni maladie psychiatrique. Il a fixé une incapacité de travail dans l'activité habituelle à 70 % et une capacité de travail de 100 % dans une activité de substitution dès le 1^{er} janvier 2007 proposant comme activités de substitution celles de concierge ou gardien d'immeuble ou de chantier, de surveillant de parking ou de musée, de livreur de petites

marchandises avec un véhicule, de vendeur en général, de cassier, de vendeur de billets, d'enregistrement, de classement, d'archivage, de saisie de données, de scannage et d'aide dans le Snack-bar de la fille de l'assuré.

F.

Par évaluation de l'invalidité selon la méthode générale du 23 avril 2009 (pce 176), l'OAIE a calculé que l'assuré subissait du fait de son atteinte à la santé une diminution de sa capacité de gain de 20 % dès le 1^{er} janvier 2007.

G.

Par projet de décision du 27 avril 2009 (pce 177), l'OAIE a informé A. _____ qu'il n'existait plus de droit à la rente au motif que l'exercice d'une activité lucrative plus légère, mieux adaptée à l'état de santé serait exigible à 100 % et permettrait de réaliser plus de 60 % du gain qui pourrait être obtenu sans invalidité.

H.

Par courrier du 13 mai 2009 (pce 197), A. _____ a transmis une série de documents, entre autres;

- le rapport clinique du Dr G. _____ du 18 avril 2005 qui indique que l'assuré a un taux de cholestérol élevé, un diabète mellitus de type 2, de l'hypertension artérielle et consomme du tabac (pce 179);
- le rapport de l'examen radiologique de l'épaule droite du 4 mai 2007 rédigé par la Dresse H. _____ (pce 180);
- le rapport des examens de radiologie de la colonne cervicale, de l'épaule droite et du poignet gauche du 25 juin 2007 rédigé par le Dr I. _____ qui note une discrète ostéophytose somatique des angles antéro-supérieurs et postéro-inférieurs de C5, qui n'observe aucun changement significatif des os et qui visualise la plaque d'ostéosynthèse et la vis de réglage en forme de semi-lune et pyramidale, qui observe que la morphologie osseuse est conservée et qui indique qu'il n'y a aucun signe d'instabilité du carpe (pces 181 et 182);
- le rapport de la tomographie axiale computerisée du genou gauche du 11 février 2008 rédigé par le Dr J. _____ qui observe des

changements suggérant une lacération du ménisque interne du genou gauche (pce 186);

- le rapport de la radiographie du poignet gauche du 5 septembre 2008 du Dr K. _____ qui relate d'une évolution contrôlée comparée aux examens antérieurs (pce 188);
- le rapport de l'échographie des tissus mous du 28 octobre 2008 rédigé par le Dr J. _____ qui conclut qu'aucune modification n'est visible à l'examen (pce 190);
- le rapport de la tomographie computerisée du poignet gauche du 13 novembre 2008 du Dr J. _____ qui observe une arthrodèse chirurgicale lunatum et triquetrum et une subluxation des os du carpe (pce 191);
- le certificat médical du 13 mai 2009 rédigé par le Dr L. _____ en écriture manuscrite et en partie illisible (pce 192);
- le rapport médical du 20 mai 2009 rédigé par le Dr C. _____ en écriture manuscrite et en partie illisible (pce 193);
- le rapport médical du 20 mai 2009 de la Dresse M. _____, spécialiste en psychiatrie, qui observe l'apparition de symptômes dépressifs avec un déficit sensitivo-moteur secondaire relatif à un syndrome du canal carpien de la main gauche, dont les symptômes causent à l'assuré une détresse permanente qui l'invalide dans l'exercice de sa profession, qui dénote des symptômes anxieux et dépressifs qui entrent dans le cadre d'une dysthymie (ICM F 34.1) et qui nécessitent un accompagnement psychiatrique (pce 194).

I.

Appelé à se prononcer sur la nouvelle documentation médicale, le Dr D. _____, dans sa prise de position du 2 juillet 2009 (pce 200), a indiqué que les problèmes détectés par les radiographies étaient traitables et qu'ils n'avaient aucune influence sur l'exercice des activités de substitutions. Concernant le rapport de la Dresse M. _____, il a mis en évidence que celui-ci était contredit par l'évaluation psychiatrique effectuée par l'expert en Suisse et, en conclusion, il a confirmé son précédent avis médical.

J.

Par décision du 5 août 2009 (pce 203), l'OAIE a supprimé le droit à la

rente avec effet au 1^{er} octobre 2009. L'autorité inférieure a invoqué les mêmes motifs que dans son projet du 27 avril 2009.

K.

Par le biais de son mandataire, A._____ a interjeté recours le 17 septembre 2009 auprès du Tribunal administratif fédéral (TAF pce 1) concluant principalement à l'octroi d'une rente et subsidiairement à une contre-expertise médicale. Il met en doute la valeur de l'expertise psychiatrique notamment en indiquant qu'elle comporte des contradictions, des spéculations, et que les examens prescrits par la jurisprudence n'ont pas été faits. Il argue également que son état de santé s'est détérioré, sur le plan somatique il souffre maintenant des deux poignets et sur le plan psychiatrique il présente des symptômes dépressifs chroniques. Il a produit le rapport médical du 7 octobre 2009 rédigé par le Dr C._____ qui indique que le recourant développe des douleurs intenses au niveau du poignet gauche avec des limitations fonctionnelles, que les plaintes concernant les douleurs dans le poignet gauche ont augmenté et vont nécessiter une arthrodèse, qu'il est en incapacité de travail totale dans tout métier en raison de l'aggravation de la douleur lors de la mobilisation du poignet et qu'il présente également des lésions du ménisque au genou et une déformation du 5^{ème} doigt de la main gauche qui devra être traitée par chirurgie.

L.

Par réponse du 1^{er} mars 2010 (TAF pce 9), l'OAIE a proposé le rejet du recours et la confirmation de la décision attaquée. L'autorité inférieure a indiqué que les conclusions de l'expertise psychiatrique étaient suffisamment bien motivées et que les nouveaux documents n'apportaient pas d'informations susceptibles d'infirmes les conclusions des experts suisses.

M.

Par courrier de son mandataire du 5 mai 2010 (TAF pce 13), le recourant a produit une série de documents et leur traduction, entre autres;

- le rapport médical du 18 mars 2010 rédigé par le Dr N._____ qui mentionne que le recourant est suivi en consultation externe d'orthopédie pour suspicion de lésions internes du ménisque du genou gauche, qu'il souffre d'un traumatisme du 5^{ème} doigt de la main droite dû à une fracture de F2 et qu'il a été immobilisé;

- le rapport médical du 5 avril 2010 de la Dresse O._____, psychologue, qui constate que le recourant souffre de fatigue fréquente, d'une sensibilité extrême, de larmoiement facile, d'un manque de motivation, d'irritabilité, de tristesse, d'un manque d'énergie, d'anhédonie, d'apathie, de troubles du sommeil, de maux de tête, de sauts d'humeur fréquents, de mésestime de lui-même et considère qu'il souffre de dépression et d'une anxiété généralisée.

N.

Appelé à se prononcer sur les nouveaux documents, le médecin de l'OAIE a notamment indiqué, dans sa prise de position du 4 juin 2010 (pce 210), que plusieurs diagnostics posés n'étaient que de simples conjonctures abstraites, que l'acuité visuelle n'était pas sensiblement réduite, que les défauts de caractères ne sont pas des éléments d'une maladie psychiatrique, qu'aucune déformation n'est mentionnée concernant le traumatisme au 5^{ème} doigt, que les hypothèses formulées par la Dresse M._____ ont une valeur probante moindre que l'expertise psychiatrique.

O.

Le 15 juin 2010, l'OAIE a réitéré ses conclusions du 1^{er} mars 2010 indiquant que son médecin confirmait l'amélioration de l'état de santé du recourant et qu'aucune contre-expertise n'était justifiée.

P.

Par décision incidente du 29 juin 2010 (TAF pce 16), le Tribunal administratif fédéral a imparti au recourant un délai de 30 jours dès réception pour s'acquitter, sous peine d'irrecevabilité du recours, d'une avance des frais de procédure de Fr. 300.--. En date du 5 juillet 2010 (TAF pce 17), le recourant s'est acquitté du montant de l'avance de frais.

Droit :**1.**

1.1. Sous réserve des exceptions prévues à l'art. 32 de la loi fédérale du 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, respectivement la révision ou la reconsidération, de rente 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).

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 LPGA est applicable. Selon l'art. 2 LPGA, les dispositions de ladite loi sont applicables aux assurances sociales régies par la législation fédérale si et dans la mesure où les lois spéciales sur les assurances sociales le prévoient. En application de l'art. 1 al. 1 LAI, les dispositions de la LPGA s'appliquent à l'assurance-invalidité (art. 1a à 26^{bis} et 28 à 70), à moins que la LAI ne déroge à la LPGA.

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

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

2.

Le Tribunal administratif fédéral applique le droit d'office, sans être lié par les motifs invoqués (art. 62 al. 4 PA) ni par l'argumentation juridique développée dans la décision entreprise (PIERRE MOOR, Droit administratif, vol. II, 2e éd., Berne 2002, ch. 2.2.6.5, p. 265). La procédure est régie par la maxime inquisitoire, ce qui signifie que le Tribunal administratif fédéral définit les faits et apprécie les preuves d'office et librement (art. 12 PA). Les parties doivent toutefois collaborer à l'établissement des faits

(art. 13 PA) et motiver leur recours (art. 52 PA). En conséquence, l'autorité saisie se limite en principe aux griefs soulevés et n'examine les questions de droit non invoquées que dans la mesure où les arguments des parties ou le dossier l'y incitent (ATF 122 V 157 consid. 1a, ATF 121 V 204 consid. 6c; Jurisprudence des autorités administratives de la Confédération [JAAC] 61.31 consid. 3.2.2; ANDRÉ MOSER/MICHAEL BEUSCH/LORENZ KNEUBÜHLER, *Prozessieren vor dem Bundesverwaltungsgericht*, Bâle 2008, p. 22 n. 1.55, ALFRED KÖLZ/ISABELLE HÄNER, *Verwaltungsverfahren und Verwaltungsrechtspflege des Bundes*, 2e éd., Zurich 1998, n. 677).

3.

3.1. L'Accord entre la Suisse et la Communauté européenne et ses États membres sur la libre circulation des personnes du 21 juin 1999 (ALCP, RS 0.142.112.681) est entré en vigueur le 1^{er} juin 2002. A cette date sont également entrés en vigueur son Annexe II qui règle la coordination des systèmes de sécurité sociale, le Règlement (CEE) n° 1408/71 du Conseil du 14 juin 1971 relatif à l'application des régimes de sécurité sociale aux travailleurs salariés, aux travailleurs non salariés et aux membres de leur famille qui se déplacent à l'intérieur de la Communauté (RS 0.831.109.268.1), s'appliquant à toutes les rentes dont le droit prend naissance au 1^{er} juin 2002 et ultérieurement et se substituant à toute convention de sécurité sociale liant deux ou plusieurs États (art. 6 du Règlement), et enfin le Règlement (CEE) n° 574/72 du Conseil du 21 mars 1972 relatif à l'application du Règlement (CEE) n° 1408/71 (RS 0.831.109.268.11). Selon l'art. 3 du Règlement (CEE) n° 1408/71 les ressortissants des États membres de la Communauté européenne et les ressortissants suisses bénéficient de l'égalité de traitement. Selon l'art. 20 ALCP, sauf disposition contraire découlant de l'Annexe II, les accords de sécurité sociale bilatéraux entre la Suisse et les États membres de la Communauté européenne sont suspendus dès l'entrée en vigueur du présent accord, dans la mesure où la même matière est régie par le présent accord. Dans la mesure où l'ALCP, en particulier son Annexe II qui régit la coordination des systèmes d'assurances sociales (art. 8 ALCP) ne prévoit pas de disposition contraire, l'organisation de la procédure de même que l'examen des conditions à l'octroi d'une rente d'invalidité suisse ressortissent au droit interne suisse.

3.2. L'art. 80a LAI rend expressément applicables dans la présente cause, s'agissant d'un ressortissant de l'Union européenne, l'ALCP et les Règlements (CEE) n° 1408/71 du Conseil du 14 juin 1971 et (CEE)

n° 574/72 du Conseil du 21 mars 1972 relativement à l'application du Règlement (CEE) n° 1408/71.

3.3. De jurisprudence constante l'octroi d'une rente étrangère d'invalidité ne préjuge pas l'appréciation de l'invalidité selon la loi suisse (arrêt du Tribunal fédéral des assurances I 435/02 du 4 février 2003 consid. 2; Revue à l'intention des caisses de compensation [RCC] 1989 p. 330). Même après l'entrée en vigueur de l'ALCP, le degré d'invalidité d'un assuré qui prétend une rente de l'assurance-invalidité suisse est déterminé exclusivement d'après le droit suisse (ATF 130 V 257 consid. 2.4).

4.

L'examen du droit à des prestations selon la LAI s'agissant d'une rente octroyée antérieurement est régi par la teneur de la LAI au moment de la décision entreprise eu égard au principe selon lequel les règles applicables sont celles en vigueur au moment où les faits juridiquement déterminants se sont produits (ATF 130 V 445 et les références). Les dispositions de la LAI et de la LPGA, sont donc citées dans le présent arrêt dans leur teneur en vigueur dès le 1^{er} janvier 2008, sauf mention contraire.

5.

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

5.2. Aux termes de l'art. 28 al. 2 LAI, l'assuré a droit à un quart de rente s'il est invalide à 40 % au moins, à une demi-rente s'il est invalide à 50% au moins, à trois quarts de rente s'il est invalide à 60 % au moins et à une rente entière s'il est invalide à 70 % au moins. Toutefois, les rentes correspondant à un degré d'invalidité inférieur à 50 % ne sont versées qu'aux assurés qui ont leur domicile et leur résidence habituelle en

Suisse (art. 29 al. 4 LAI). Depuis l'entrée en vigueur des Accords sur la libre circulation des personnes, les ressortissants d'un Etat de la Communauté européenne qui présentent un degré d'invalidité de 40 % au moins, ont droit à un quart de rente en application de l'art. 28 al. 2 LAI s'ils ont leur domicile et leur résidence habituelle dans un Etat membre.

6.

6.1. La notion d'invalidité, dont il est question à l'art. 8 LPGA et à l'art. 4 LAI est de nature économique/juridique et non médicale (ATF 116 V 246 consid. 1b). En d'autres termes, l'assurance-invalidité suisse couvre seulement les pertes économiques liées à une atteinte à la santé physique ou psychique, qui peut résulter d'une infirmité congénitale, d'une maladie ou d'un accident, et non la maladie en tant que telle. Pour évaluer le taux d'invalidité, le revenu que l'assuré aurait pu obtenir s'il n'était pas invalide est comparé avec celui qu'il pourrait obtenir en exerçant l'activité qui peut raisonnablement être exigé de lui après les traitements et les mesures de réadaptation sur un marché du travail équilibré (art. 16 LPGA).

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

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

6.4. La jurisprudence a posé des lignes directrices en ce qui concerne la manière d'apprécier certains types d'expertise ou de rapports médicaux. Ainsi, le juge ne s'écarte en principe pas sans motifs impératifs des

conclusions d'une expertise médicale judiciaire, la tâche de l'expert étant précisément de mettre ses connaissances spéciales à la disposition de la justice afin de l'éclairer sur les aspects médicaux d'un état de fait donné (ATF 125 précité consid. 3b/aa; 118 V 286 consid. 1b et les références). Au sujet des rapports établis par les médecins traitant, le juge peut et doit tenir compte du fait que selon l'expérience, le médecin traitant est généralement enclin, en cas de doute, à prendre parti pour son patient en raison de la relation de confiance qui l'unit à ce dernier (ATF 125 précité consid. 3b/cc et les références). Cette constatation s'applique de même aux médecins non traitant consultés par un patient en vue d'obtenir un moyen de preuve à l'appui de sa requête. Toutefois le simple fait qu'un certificat médical est établi à la demande d'une partie et est produit pendant la procédure ne justifie pas en soi des doutes quant à sa valeur probante (ATF 125 précité consid. 3b/dd et les références citées). Quant aux documents produits par le service médical d'un assureur étant partie au procès, le Tribunal fédéral n'exclut pas que l'assureur ou le juge des assurances sociales statuent en grande partie, voire exclusivement sur la base de ceux-ci. Dans de telles constellations, il convient toutefois de poser des exigences sévères à l'appréciation des preuves. Une instruction complémentaire sera ainsi requise, s'il subsiste des doutes, même minimes, quant au bien-fondé des rapports et expertises médicaux versés au dossier par l'assureur (ATF 122 V 157, 162 consid. 1d; ATF 123 V 175, 176 s consid. 3d; ATF 125 V 351, 353 s consid. 3b ee; cf. aussi arrêts du Tribunal fédéral I 143/07 du 14 septembre 2007 consid. 3.3 et 9C_55/2008 du 26 mai 2008 consid. 4.2 avec références, concernant les cas où le service médical n'examine pas l'assuré mais se limite à apprécier la documentation médicale déjà versée au dossier). Le simple fait qu'un avis médical divergent – même émanant d'un spécialiste – ait été produit ne suffit toutefois pas à lui seul à remettre en cause la valeur probante d'un rapport médical (arrêt du Tribunal fédéral U 365/06 du 26 janvier 2007 consid. 4.1).

6.5. Il convient encore de mentionner que, de jurisprudence constante, les faits qui se sont produits postérieurement à une décision et qui ont une influence sur l'état de santé de l'assuré doivent normalement ouvrir une nouvelle procédure d'examen d'un éventuel droit aux prestations (ATF 129 V 4 consid. 1.2, 127 V 467 consid. 1, 121 V 366 consid. 1b). Exceptionnellement, un tribunal des assurances sociales peut – pour des raisons d'économie de procédure – aussi prendre en considération les événements survenus après le prononcé d'une décision, à condition qu'ils soient établis de manière suffisamment précise et dans la mesure où ils

servent à la constatation rétrospective de la situation antérieure à la décision elle-même (ATF 130 V 138 consid. 2.1 et réf. cit.).

7.

Ainsi que le Tribunal fédéral a eu l'occasion de l'observer dans un arrêt publié (ATF 135 V 215 consid. 4.1), on peut envisager, en matière d'assurances sociales, quatre cas dans lesquels un conflit peut surgir entre une situation juridique actuelle et une décision de prestations, assortie d'effets durables, entrée en force formelle (ATF 127 V 10 consid. 4b, 115 V 308 consid. 4a; URS MÜLLER, *Die materiellen Voraussetzungen der Rentenrevision in der Invalidenversicherung*, thèse Fribourg 2002, p. 91 ss; RUDOLF RÜEDI, *Die Verfügungsanpassung als verfahrensrechtliche Grundfigur namentlich von Invalidenrentenrevisionen*, in: Schaffhauser/Schlauri [Hrsg.], *Die Revision von Dauerleistungen in der Sozialversicherung*, St-Gall 1999, p. 9 ss et p. 12 s.; ALEXANDRA RUMO-JUNGO, *Die Instrumente zur Korrektur der Sozialversicherungsverfügung*, in: *Verfahrensfragen in der Sozialversicherung*, St-Gall 1996, p. 263 ss et p. 277 ss; ULRICH MEYER-BLASER, *Die Abänderung formell rechtskräftiger Verwaltungsverfügungen in der Sozialversicherung*, *Schweizerisches Zentralblatt für Staats- und Verwaltungsrecht [ZBl]* 95/1994 p. 337 ss et p. 348 ss). Une constatation inexacte des faits (inexactitude initiale sur les faits) peut, à certaines conditions, être corrigée par une révision procédurale en application de l'art. 53 al. 1 LPGA. Lorsqu'une modification de l'état de fait déterminante sous l'angle du droit à la prestation (inexactitude ultérieure sur les faits) survient après le prononcé d'une décision initiale exempte d'erreur, une adaptation peut, le cas échéant, être effectuée dans le cadre d'une révision de la rente au sens de l'art. 17 al. 1 LPGA. Si la décision est fondée sur une application erronée du droit (application initiale erronée du droit), il y a lieu d'envisager une révocation sous l'angle de la reconsidération (art. 53 al. 2 LPGA). La loi ne règle en revanche pas la situation de l'application ultérieure erronée du droit à la suite d'une modification des fondements juridiques déterminants survenue après le prononcé de la décision. Cette question a été examinée exhaustivement par le Tribunal fédéral dans sa jurisprudence. Dans l'hypothèse d'une modification du droit qui résulte d'une intervention du législateur, le rapport de droit durable doit, en règle générale, y être adapté, sous réserve du droit transitoire et des droits acquis (ATF 121 V 157 consid. 4a). Par contre, la jurisprudence n'admet une intervention dans un rapport de droit durable en raison d'un changement de jurisprudence que si dit changement est de portée générale, si des intérêts publics prépondérants sont concernés par l'intervention et si cette dernière est commandée par le respect de

l'égalité de traitement des assurés (ATF 135 V 215 consid. 5).

Dans le cas présent, un seul des motifs pouvant entraîner la modification du droit à la rente a été envisagé par l'OAIE, soit la révision au sens de l'art. 17 al. 1 LPGA qui a pour objectif d'adapter le rapport de droit à une modification de l'état de fait déterminant sous l'angle du droit à la prestation. Pour le Tribunal administratif fédéral, il s'agit d'examiner le bien fondé de ce motif.

8.

8.1. Selon l'art. 17 LPGA si le taux d'invalidité du bénéficiaire de la rente subit une modification notable, la rente est, d'office ou sur demande, révisée pour l'avenir, à savoir augmentée ou réduite en conséquence, ou encore supprimée. Le deuxième alinéa de la même règle prévoit que toute prestation durable accordée en vertu d'une décision entrée en force est, d'office ou sur demande, augmentée ou réduite en conséquence, ou encore supprimée si les circonstances dont dépendait son octroi changent notablement.

Selon la jurisprudence du Tribunal fédéral des assurances, la rente peut être révisée non seulement en cas de modification sensible de l'état de santé, mais aussi lorsque celui-ci est resté en soi le même, mais que ses conséquences sur la capacité de gain ont subi un changement important (ATF 130 V 343 consid. 3.5, ATF 113 V 273 consid. 1a; voir également ATF 112 V 371 consid. 2b et 387 consid. 1b). 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 (arrêt du Tribunal fédéral I 755/04 du 25 septembre 2006 consid. 5.1 et réf. cit., ATF 112 V 371 consid. 2b et 112 V 287 consid. 1b, RCC 1987 p. 36, Droit des assurances sociales – Jurisprudence [SVR] 2004 IV n. 5 consid. 3.3.3). Un motif de révision au sens de l'art. 17 LPGA doit clairement ressortir du dossier (arrêt du Tribunal fédéral I 559/02 du 31 janvier 2003 consid. 3.2 et réf. cit.; sur les motifs de révision en particulier: URS MÜLLER, op. cit., p. 133 ss). La réglementation sur la révision ne saurait en effet constituer un fondement juridique à un réexamen sans condition du droit à la rente (RUDOLF RÜEDI, op. cit., p. 15).

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 généralement en considération l'influence de l'état de santé sur

la capacité de gain au moment où fut rendue la décision qui a octroyé ou modifié le droit à la rente ainsi que l'état de fait existant au moment de la décision attaquée. Le Tribunal fédéral a précisé que la dernière décision entrée en force, examinant matériellement le droit à la rente, fondée sur une instruction des faits, une appréciation des preuves et une comparaison des revenus conforme au droit constitue le point de départ pour examiner si le degré de l'invalidité s'est modifié de manière à influencer le droit aux prestations (ATF 133 V 108 consid. 5.4).

8.2. En l'espèce, le recourant a bénéficié d'une demi-rente dès le 1^{er} octobre 2001 et d'un trois-quart de rente d'invalidité dès le 1^{er} janvier 2004, ensuite de la décision de l'OAI-VD du 14 janvier 2004. La question de savoir si le degré d'invalidité du recourant a subi une modification doit donc être jugée en comparant les faits tels qu'ils se présentaient le 14 janvier 2004 et ceux qui ont existé à la date de la décision litigieuse du 5 août 2009.

9.

9.1. Il ressort des actes en la cause qu'une demie-rente puis un trois-quart de rente avait été allouée au recourant pour des atteintes psychiques et physiques; le diagnostic suivant avait été retenu: syndrome douloureux somatoforme persistant (CIM F 45.4), trouble dépressif majeur de degré moyen (CIM F 32.1) et douleurs au poignet gauche sur status après plusieurs interventions médicales. Le médecin du SMR Léman avait dès lors considéré que le recourant était en incapacité de travail totale dans l'activité habituelle et présentait une capacité de travail dans une activité adaptée de 50 %, ce qui engendrait un préjudice économique de 60 %.

9.2. En février 2007, une révision fut introduite par l'OAIE. Au cours de cette procédure et sur la base d'une expertise psychiatrique effectuée en Suisse par le Dr E._____, il en est ressorti que l'assuré souffrait désormais d'un syndrome douloureux somatoforme persistant sans toutefois de trouble psychiatrique comorbide et que celui-ci n'engendrait aucune incapacité de travail. Se fondant sur l'expertise rhumatologique de la Dresse F._____ ont été retenus, du point de vue somatique, les diagnostics d'arthrose modérée du carpe gauche, stable, sur status après arthrolyse luno-pyramidale pour instabilité ligamentaire luno-pyramidale du poignet gauche au mois de janvier 1997, de status après décompression du canal carpien à gauche en 1996, de status après excision d'un kyste et d'un muscle surnuméraire (muscle manieux) au

niveau du poignet gauche en 1993 (ICM M 19.9), de diabète non insulino-dépendant sans évidence de complication micro-vasculaire, ni neurologique, ni rénales connues (ICM E 14.9), d'œsophagite peptique avec reflux gastro-œsophagien depuis 1997, de status après un ulcère duodénal en 1989 (ICM K 21.0), d'hépatopathie d'origine indéterminée (ICM K 73.9), d'excès pondéral (ICM R 63.2), de gonarthrose incipiens du genou gauche, de status après une ménisectomie du genou droit en 1998 (ICM M 17.9) et de status après excision d'un abcès périamygdalien droit non tuberculeux en 2007. En conclusion, il a été considéré que l'ensemble de ces affections n'influençait pas la capacité de travail du recourant dans une activité adaptée.

10.

Sur le plan matériel, le recourant prétend que l'expertise psychiatrique du 2 février 2009 contient des contradictions, des spéculations, que ses conclusions ne sont pas convaincantes eu égard à l'ensemble de la documentation médicale versée au dossier et que les examens prescrits par la jurisprudence n'ont pas été faits. Par ailleurs, bien qu'il ne remette pas en cause l'expertise rhumatologique du 5 février 2009, il relève toutefois que son médecin traitant, la Dresse Q._____, insiste sur le fait que son état de santé s'est aggravé ce qui va à l'encontre des constatations du Dr E._____ et de la Dresse F._____.

10.1. En principe, le juge ne s'écarte pas sans motifs impératifs des conclusions d'une expertise médicale mandatée par le Tribunal ou l'administration, la tâche de l'expert étant précisément de mettre ses connaissances spéciales à la disposition de la justice afin de l'éclairer sur les aspects médicaux d'un état de fait donné (sur la valeur probante des certificats médicaux en général cf. supra consid. 8). Selon la jurisprudence, peut constituer une raison de s'écarter d'une expertise le fait que celle-ci contient des contradictions, ou qu'une surexpertise ordonnée par le tribunal en infirme les conclusions de manière convaincante. En outre, lorsque d'autres spécialistes émettent des opinions contraires aptes à mettre sérieusement en doute la pertinence des déductions de l'expert, on ne peut exclure, selon les cas, une interprétation divergente des conclusions de ce dernier par le juge ou, au besoin, une instruction complémentaire sous la forme d'une nouvelle expertise médicale (arrêts du Tribunal fédéral 9C_459/2009 du 31 mars 2010 consid. 2.2; I 742/04 du 1^{er} juin 2006 consid. 3.2; I 582/05 du 5 octobre 2006 consid. 4.2).

10.2. En l'espèce, s'il est vrai que l'expertise du 2 février 2009 contient quelques inexactitudes, ainsi l'expert prétend notamment que l'assuré est suivi par le Dr P. _____ plusieurs fois par mois alors qu'il s'agissait en fait de la Dresse Q. _____, on ne saurait toutefois attacher une importance déterminante à cette inadvertance qui est sans doute dû à une erreur de plume lors de la retranscription de l'expertise. En effet, au vu de l'ensemble de l'expertise, celle-ci ne suffit pas à ébranler le caractère probant de ce document qui, pour le reste, ne prête pas le flanc à la critique (cf. arrêt du Tribunal fédéral 9C_786/2009 du 24 février 2010 consid. 4.2.2; cf. également supra consid. 9.2.2 in fine). Contrairement à ce que retient le recourant, le Dr E. _____ se base sur une anamnèse complète et des examens circonstanciés, dresse un tableau global cohérent et motive dûment ses conclusions. Il convient donc de reconnaître à ce document pleine valeur probante. Il en va de même pour l'expertise rhumatologique.

11.

11.1. Il reste à évaluer si, au vu de la documentation médicale au dossier, le taux d'invalidité du bénéficiaire de la rente a subi une modification notable au sens de l'art. 17 LPGA durant la période d'examen (cfr. consid. 8.2).

11.2. Lors de la première expertise psychiatrique effectuée en 2003 (pce 107), dans le cadre de l'expertise pluridisciplinaire effectuée auprès de la CRR (pce 110), le Dr E. _____ avait retenu les diagnostics de syndrome douloureux somatoforme persistant et de trouble dépressif majeur (degré moyen). Le médecin avait considéré que c'était plutôt l'état dépressif qui diminuait la capacité de travail, celui-ci agissant de façon négative sur l'estime de soi, l'état vital, le sentiment de fatigue, le tout aboutissant à une sorte d'aboulie ou de démotivation ce qui permettait de conclure que le trouble dépressif avait bien une valeur invalidante.

Lors de l'examen effectué le 22 janvier 2009, l'expert après observation du patient conclut que la détresse est moins évidente qu'en 2003, les éléments dépressifs sont manifestement en rémission bien qu'il en subsiste quelques symptômes résiduels (fatigue, fatigabilité, insomnie) et un certain degré de détresse. Il retient donc comme diagnostic le syndrome douloureux somatoforme, même si on se retrouve aux limites inférieures du seuil diagnostique, mais, en revanche, il conclut qu'on ne peut plus retenir l'état dépressif en l'absence des symptômes et de la présentation clinique qui existaient lors de l'expertise en 2003.

L'expert a analysé les différents points qui permettent d'évaluer si ce trouble à une répercussion sur la capacité de travail : il exclut tout trouble psychiatrique comorbide au syndrome douloureux somatoforme, il n'y a plus d'état dépressif, il n'y a pas de trouble anxieux spécifique et un trouble de la personnalité peut aussi être exclu. Si on pourrait retenir au moins partiellement une résistance au traitement, il faut toutefois relever que l'observance thérapeutique n'est pas optimale au vu des analyses de laboratoire. De plus, la situation ne peut pas être considérée comme cristallisée puisqu'il y a une évolution favorable et peut aussi être réfutée l'altération du réseau social, l'assuré ayant une vie de famille et des liens dans la communauté villageoise où il habite. Au vu de cette analyse, l'expert retient que le trouble dépressif est manifestement en rémission et exclut dès lors toute incapacité psychiatrique considérant que l'on peut exiger de l'assuré qu'il surmonte ses plaintes douloureuses et reprenne une activité professionnelle en plein, dans la mesure où elle est adaptée aux limitations physiques.

11.3. Dans l'expertise du 17 avril 2003, les experts concluaient que du point de vue physique l'assuré présentait des limitations fonctionnelles du poignet gauche consécutives aux interventions chirurgicales successives, les douleurs s'étant étendues au membre supérieur gauche puis au poignet droit sans qu'on puisse y apporter des explications objectives, raison pour laquelle il avait été retenu le diagnostic de syndrome douloureux somatoforme persistant. L'atteinte au poignet gauche ne permettant plus l'exercice d'activités lourdes, notamment dans les métiers du bâtiment, une activité plus légère, exigeant une simple manutention sans port de charges y compris celle de chauffeur de taxi, pouvait être demandée même si les implications psychiatriques ne permettaient qu'un investissement partiel.

La Dresse F. _____, lors de son expertise effectuée le 5 février 2009 observe sur le plan objectif que les lésions arthrosiques apparaissent peu évolutives au cours des dix dernières années, les indices de mobilité sont stables également ce qui est en discordance par rapport aux plaintes, la musculature intrinsèque est maintenue et la gestuelle spontanée est réalisée sans épargne. Par ailleurs, le tableau clinique est superposable à l'examen somatique réalisée à la CRR soit sur le plan du status général de médecine interne, la tension artérielle est d'ailleurs mieux contrôlée par la médication actuelle, et au niveau des status ostéoarticulaire et neurologique. L'absence d'atrophie musculaire des structures anatomiques concernées parle plutôt pour une évolution fonctionnelle

favorable. La diabète ne présente pas de complications, la symptomatologie de reflux oesophagien est contrôlée par la prise de médicaments et l'hépatopathie, mise en évidence il y a quelques années et attribuée à une consommation excessive d'alcool, bien que déterminant une discrète perturbation des tests hépatiques, ne laisse apparaître de signes parlant pour une insuffisance hépatique, une hypertension portale ni pour une maladie systémique; elle devra toutefois être suivie par les médecins traitants du recourant. L'ensemble de ces atteintes ne justifie pas de limitations supplémentaires de la capacité de travail. L'experte conclut donc à une pleine capacité de travail dans des activités qui ne nécessitent pas l'utilisation du membre supérieur gauche de manière répétitive ni en force, l'utilisation d'engins à vibration et qui permettent d'éviter les ports de charges supérieures à 2 kg de manière répétitive et de 5 kg de manière occasionnelle.

Le recourant estime quant à lui qu'il est incapable de travailler en raison des troubles psychiatriques et physiques relevés par ses médecins traitants, notamment par la Dresse M._____, psychiatre, qui fait état de l'apparition de symptômes dépressifs qui causent une détresse permanente qui l'invalide dans l'exercice de sa professions ainsi qu'une dysthymie (ICM F 34.1) qui nécessite un accompagnement psychiatrique et par la Dresse O._____ qui retient la présence d'une dépression et d'une anxiété généralisée et, sur le plan somatique, par le Dr C._____ qui indique que le recourant est en incapacité de travail totale suite à l'aggravation de la douleur au poignet.

11.4. Le médecin de l'OAIE, dans sa dernière prise de position du 4 juin 2010, après avoir analysé en détails toute la documentation médicale au dossier et en particulier tous les certificats médicaux exhibés par le recourant, relève qu'en 2003 c'est la pathologique psychiatrique qui a essentiellement déterminé l'incapacité de travail de 50 %, même si la distinction entre troubles psychiatriques et somatiques n'a pas été clairement désignée. Or, la disparition des troubles psychiatriques invalidants laisse subsister uniquement des limitations fonctionnelles physiques qui peuvent permettre au recourant de mettre en valeur sa capacité de travail résiduelle dans des activités de substitution.

11.5. Au vu de ce qui précède, la Cours de céans constate, en accord avec le médecin de l'OAIE, les experts suisses et le médecin psychiatre de l'ISS, que le recourant présente une incapacité de travail dans l'activité habituelle de 70 % et une capacité de travail de 100 % dès le 1^{er} janvier 2007 dans une activité de substitution tenant compte des

limitations fonctionnelles causée essentiellement par l'atteinte au poignet.

En outre et au vu de ce qui précède, le Tribunal constate qu'un examen médical ou une contre-expertise du recourant n'est, dans le cadre de cette procédure de recours, pas nécessaire, le dossier étant déjà suffisamment étayé par nombre de rapports médicaux rendus régulièrement sur toute la période soumise à l'examen du Tribunal.

12.

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

Le revenu d'invalide doit être évalué avant tout en fonction de la situation professionnelle concrète de l'intéressé. En l'absence d'un revenu effectivement réalisé, la jurisprudence considère que le revenu d'invalide peut être évalué sur la base des statistiques salariales (ATF 126 V 75 consid. 3b/aa et bb). La mesure dans laquelle les salaires ressortant des statistiques doivent être réduits, dépend de l'ensemble des circonstances personnelles et professionnelles du cas particulier (limitations liées au handicap, âge, années de service, nationalité/catégorie d'autorisation de séjour et taux d'occupation) et résulte d'une évaluation dans les limites du pouvoir d'appréciation. Une déduction globale maximum de 25 % sur le salaire statistique permet de tenir compte des différents éléments qui peuvent influencer le revenu d'une activité lucrative (ATF 126 cité consid. 5b/aa-cc). La déduction, qui doit être effectuée globalement, résulte d'une évaluation et doit être brièvement motivée par l'administration. Le juge des assurances sociales ne peut, sans motif pertinent, substituer son appréciation à celle de l'administration (ATF 126 cité consid. 6).

13.

13.1. Il faut donc procéder à une évaluation de l'invalidité, selon la méthode générale, par une comparaison de revenus indexés à 2007 et non à 2006. En effet, selon la jurisprudence, les salaires avant et après invalidité doivent être indexés jusqu'à la date de la survenance du droit éventuel à la rente ou de la modification en cas de révision, c'est-à-dire lorsque les conditions de santé peuvent être considérées comme stabilisées (ATF 128 V 174 et 129 V 222). Or, le recourant présente une capacité de travail de 100 % dans les activités de substitution depuis le

1^{er} janvier 2007, de sorte que la comparaison de salaire doit être référée à cette année.

13.2. En l'espèce, sur la base des indications fournies par le dernier employeur en Suisse du recourant et après indexation jusqu'en 2007, le salaire mensuel sans invalidité se fixe à Fr. 5'393.--.

13.3. Le revenu d'invalidé tiré des données statistiques, doit tenir compte d'un large éventail d'activités légères existant sur le marché du travail. Un nombre suffisant d'entre elles permettent d'éviter l'utilisation du membre inférieur gauche de manière répétitive et en force, d'engin à vibration, et le port de charge supérieure à 2 kg de manière répétitive et de 5 kg de manière occasionnelle avec le membre supérieur gauche. De plus, la majeure partie de ces postes ne nécessite pas de formation particulière autre qu'une mise à jour initiale.

Sur la base des données de l'enquête suisse des salaires publiées par l'Office fédéral des statistiques pour 2006 (ESS; Tableau TA1), les activités de substitution proposées par le service médical de l'OAIE sont des activités simples et répétitives que l'on trouve dans le secteur des services collectifs et personnels (dont le revenu moyen en Suisse en 2006 pour les hommes, niveau de qualification 4 était de Fr. 4'259.--), dans le commerce en gros (Fr. 4'792.--) et de détails (Fr. 4'383.--), soit en moyenne Fr. 4'478.--. Les activités dans le domaine de l'informatique et des services fournies aux entreprises, qui ont été aussi retenues par l'OAIE, apparaissent par contre au Tribunal moins adaptées aux circonstances du cas particulier. Le montant de Fr. 4'478.-- doit ensuite être adapté à l'horaire usuel dans le secteur tertiaire et secondaire en 2007 soit une moyenne de 41.5 heures (par rapport aux 40 heures de base, la Vie économique 9-2010, B. 9.2) et indexé à 2007 (1.6 %. La Vie économique 9-2010, B 10.2). On obtient ainsi un revenu mensuel, avec un abattement de 10 % pour tenir compte des circonstances personnelles et professionnelles de l'assuré, de Fr. 4'248.--.

13.4. En procédant à la comparaison des deux salaires, selon la formule $[(5'393 - 4'248) \times 100 : 5'393]$, l'on obtient une perte de gain de 21 %, correspondant à une capacité de travail de 100 % dans une activité de substitution, valeur qui n'ouvre pas de droit à une rente d'invalidité suisse.

14.

14.1. Selon le principe défini à l'art. 7 al. 2 LPGA, seules les conséquences de l'atteinte à la santé sont prises en compte pour juger de la présence d'une incapacité de gain; ce principe vaut également en matière de révision de la rente (art. 17 al. 1 LPGA). Tout obstacle à une réintégration professionnelle qui ne serait pas la conséquence de l'atteinte à la santé ne doit pas être pris en compte pour juger de la présence d'une incapacité de gain. 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 (réadaptation par soi-même; cf. ULRICH MEYER, Bundesgesetz über die Invalidenversicherung, 2ème éd. 2010, p. 383); autrement dit une amélioration de la capacité de travail médicalement documentée permet, nonobstant une durée prolongée de la période durant laquelle la rente a été allouée, d'inférer une amélioration de la capacité de gain et, partant, de procéder à une nouvelle comparaison des revenus. Cette jurisprudence est la fidèle traduction du principe dit de la priorité de la réadaptation sur la rente, d'après lequel aucune rente ne saurait être allouée dès lors qu'une mesure de réadaptation est susceptible d'avoir une incidence sur la capacité de gain de la personne assurée (arrêt du TF 9C_368/2010 du 31 janvier 2011 consid. 5.2.2.1 et les références).

14.2. Avant de réduire ou de supprimer une rente d'invalidité, l'administration doit examiner si la capacité de travail résiduelle médico-théorique mise en évidence sur le plan médical permet d'inférer une amélioration de la capacité de gain et, partant, une diminution du degré d'invalidité ou s'il est nécessaire au préalable de mettre en œuvre une mesure d'observation professionnelle (afin d'examiner l'aptitude au travail, la résistance à l'effort, etc.) et/ou des mesures légales de réadaptation. Dans la plupart des cas, cet examen n'entraînera aucune conséquence particulière, puisque les efforts que l'on peut raisonnablement exiger de la personne assurée - qui priment sur les mesures de réadaptation - suffiront à mettre à profit la capacité de gain sur le marché équilibré du travail dans une mesure suffisante à réduire ou à supprimer la rente. Il n'y a ainsi pas lieu d'allouer de 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 (arrêt du TF précité consid. 5.3).

14.3. Dans le cas particulier, le recourant, âgé aujourd'hui de 51 ans, n'a plus travaillé depuis l'octroi de la demi-rente en octobre 2001 puis du trois-quart de rente en janvier 2004. S'il ne peut plus exercer son ancienne activité de peintre en bâtiment, la palette des activités de substitution retenue par le médecin de l'OAIE est très large, sans qu'elles nécessitent d'une formation particulière. Des mesures de réadaptation préalables n'apparaissent donc pas nécessaires.

14.4. Par conséquent, c'est à juste titre que l'OAIE a supprimé le trois-quart de rente d'invalidité à partir du 1^{er} octobre 2009. Le recours doit par conséquent être rejeté et la décision attaquée confirmée.

15.

15.1. 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 du même montant déjà versée.

15.2. Il n'est pas alloué de dépens (art. 64 al. 1 PA *a contrario* en relation avec les art. 7ss FITAF).

(dispositif à la page 25)

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 (Acte judiciaire)
- à l'autorité inférieure (n° de réf. AI ___/____.____.____.____; Recommandé)
- à l'Office fédéral des assurances sociales, Berne (Recommandé).

La présidente du collège :

La greffière :

Elena Avenati-Carpani

Delphine Queloz

Indication des voies de droit :

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

Expédition :