



Cour III
C-31/2013

Arrêt du 24 février 2014

Composition

Christoph Rohrer (président du collège),
Madeleine Hirsig-Vouilloz, Daniel Stufetti, juges,
Pascal Montavon, greffier.

Parties

A. _____,
représenté par Maître José Nogueira Esmorís, avocat,
ES-15006 A Coruña,
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 8 novembre 2012).

Faits :

A.

Par décision du 1^{er} juillet 2008 de la Caisse suisse de compensation, le trois quart de rente d'invalidité versé à A. _____, ressortissant espagnol né en 1958, fut reconduit à compter du 1^{er} août 2008 à la suite de son départ pour l'Espagne (pce I/1). Cette rente lui fut à l'origine attribuée pour un taux d'invalidité de 62% par l'Office AI du canton de Zurich (cf. pce I/46; décision non au dossier) sur la base notamment d'une expertise psychiatrique et rhumatologique MEDAS du MZR de Römerhof datée du 17 juin 2007 ayant retenu une incapacité de travail totale dans son activité professionnelle de menuisier et une incapacité de travail de 50% dans une activité de substitution adaptée légère pour motif d'ordre psychiatrique, l'intéressé présentant, outre notamment de l'arthrose au coude droit et une périarthropathie scapulo-humérale droite, un épisode dépressif de sévérité moyenne (status pouvant être amélioré par un traitement) et des troubles somatoformes douloureux ainsi qu'un trouble de l'adaptation autonome de la fonction cardiovasculaire (tachycardie, hyperventilation) dans le contexte du trouble somatoforme. Auparavant l'intéressé fut de 2002 à 2004 fréquemment en incapacité de travail pour des douleurs dorsales puis à compter de 2005 au bénéfice d'indemnités de l'assurance-chômage jusqu'en mars 2007 (cf. pce 1 et rapport MZR in dossier SU-VA).

B.

En avril 2010 l'Office de l'assurance-invalidité pour les assurés résidant à l'étranger (OAIE) initia une révision du droit à la rente de l'intéressé (pce 7). Il porta notamment au dossier les documents ci-après:

- un questionnaire à l'assuré daté du 9 juillet 2010 selon lequel ce dernier n'a pas repris d'activité lucrative depuis le 24 septembre 2007 et n'en n'exerce pas (pce 16),
- un rapport psychiatrique du Dr B. _____ daté du 22 juin 2010 faisant état des antécédents, indiquant un status nerveux, irritable, sujet à des contrariétés et inquiétudes, ne notant pas d'altération de l'appétit ni de perte de poids, indiquant un trouble de l'endormissement et du sommeil, de la fatigue, relevant une capacité d'ouverture, un status sans rituels ni idées obsessionnelles, pas d'idées suicidaires, pas de problèmes de mémoire, de concentration, pas d'hallucinations ni délirés (pce 20),

- un rapport rhumatologique signé de la Dresse C._____ daté du 9 juillet 2010 indiquant l'appréciation clinique de douleur axiale de type inflammatoire, de polyarthralgies, de spondylarthrite, de hernie discale L3-L4 sans affectation radiculaire (pce 21),
- un rapport médical E 213 daté du 4 août 2010 rappelant une incapacité de travail de 60% en raison d'une pathologie ostéoarticulaire et d'un cadre dépressif, faisant état des doléances de douleurs au niveau du rachis et du coude, d'une symptomatologie dépressive, notant un cadre dépressif actuel stabilisé sans traitement, indiquant un bon status général (175cm/74kg), une mobilité cervicale conservée, une flexion lombaire limitée sur la fin, des shunts radiculaires négatifs, une limitation de l'abduction du bras droit, pas de déficit des membres inférieurs, une marche normale, relevant du dossier radiographique et d'imagerie une arthrose du coude droit, une arthropathie chronique scapulohumérale droite, une hernie discale L3-L4 et une protrusion discale L5-S1, retenant une tachycardie d'étiologie non filière, indiquant la possibilité d'un travail régulier léger sans ports et élévations fréquents d'objets, sans utilisation de rampes, escaliers et échelles, avec des postures corporelles variées, sans danger de chute, indiquant l'impossibilité de l'exercice de l'activité de charpentier mais la possibilité de réaliser un travail sédentaire adapté à plein temps (pce 22).

C.

La documentation médicale ayant été soumise à la Dresse D._____ de l'OAIE pour appréciation, cette médecin, dans son rapport du 13 septembre 2010, retint le diagnostic avec répercussion sur la capacité de travail d'arthrose du coude droit, de péri arthropathie huméroscapulaire droite chronique, de trouble douloureux paravertébral [paravertébral], de hernie discale L3-L4 sans compression radiculaire, de protrusion discale L5-S1 et le diagnostic sans répercussion sur la capacité de travail de dysthymie, trouble somatoforme douloureux, trouble de la fonction du système cardiovasculaire autonome, d'hyperlipidémie mixte. Elle indiqua une incapacité de travail de 100% inchangée dans l'activité habituelle dès le 1^{er} août 2006 et de 50% dès cette date dans une activité adaptée passant à 0% dès le 22 juin 2010. Elle releva que le rapport du MZR avait indiqué qu'une thérapie psychiatrique intensifiée et exigible devait améliorer l'atteinte psychiatrique et donc la capacité de travail dans une activité de substitution, qu'en l'occurrence l'assuré n'était pas suivi, ne prenait pas de traitement psychotrope, ne présentait plus d'état dépressif à l'examen psychiatrique spécialisé selon le Dr B._____ qui retenait une dysthy-

mie, soit dès lors une amélioration de l'état de santé sur le plan psychiatrique qui ne motivait plus d'incapacité de travail dans une activité professionnelle de substitution adaptée légère, sédentaire sans ports de charges ou position en porte-à-faux du tronc malgré le diagnostic de spondylarthrite ankylosante. Comme activités adaptées elle indiqua celles de surveillant de parking / musée, de magasinier / gestion des stocks, caissier, vendeur de billets, standardiste / téléphoniste (pce 26).

D.

Sur la base de la prise de position de la Dresse D._____, l'OAIE établit en date du 22 octobre 2010 une évaluation de l'invalidité économique de l'assuré. Il prit comme référence le salaire de l'intéressé de menuisier selon son compte individuel AVS en 2003 de 67'470.- francs (indice 1958 base 1933) indexé valeur 2008 à 72'087.46 francs (indice 2092), soit par mois 6'007.29 francs, et compara ce montant avec un salaire mensuel médian avec invalidité selon les activités de substitution proposées par la Dresse D._____ exigibles à 100% dès le 22 juin 2010 de 4'542.25 francs pour 40 h./sem. et 4'735.30 francs pour 41.7 h./sem. (autres services collectifs et personnels: 4'291.- francs; commerce de gros, intermédiaires du commerce: 4'851.- francs; commerce de détails, réparation d'articles domestiques: 4'436.- francs; informatiques, recherche et développement, services fournis aux entreprises: 4'591.- francs; source: Enquête suisse sur la structure des salaires 2008) sous déduction d'un abattement de 15% pour circonstances personnelles à 4'025.- francs et établit la perte de gain à $[(6'007.29 - 4'025.00) \times 100 : 6'007.29]$ à 32.99%, soit 33% dès le 22 juin 2010 (pce 28).

E.

E.a Par projet de décision du 1^{er} novembre 2010 l'OAIE informa l'assuré qu'il était apparu de la révision du droit à la rente, en particulier du rapport E 213 du 4 août 2010 et du rapport du Dr B._____ du 22 juin 2010, une amélioration significative de son état de santé, qu'en l'occurrence sur le plan psychiatrique il n'y avait pas de suivi spécialisé en cours, aucun traitement médicamenteux et aucun état dépressif constaté lors de l'examen. Il releva que si l'activité exercée précédemment en tant que menuisier n'était certes plus exigible, il n'y avait plus d'incapacité de travail, vu l'amélioration psychiatrique, dans l'exercice d'une activité professionnelle de substitution adaptée et légère, de type sédentaire, sans port de charges ou positions en porte-à-faux du tronc comme par exemple surveillant de parking / musée, magasinier, gestion des stocks, caissier, vendeur de billets, standardiste / téléphoniste, et que ces activités étaient exigibles à

100% dès le 22 juin 2010 avec une perte de gain de 33%, taux insuffisant pour fonder l'octroi d'une rente d'invalidité vu le degré seuil d'invalidité de 40% (pce 28). Ce projet de décision fut adressé à nouveau en italien à la demande de l'intéressé par acte du 19 novembre 2010 (pce 31).

E.b Par acte du 13 décembre 2010 (pce 40) l'intéressé s'opposa à ce projet, faisant valoir être dans l'impossibilité d'effectuer un travail léger adapté notamment en raison de ses troubles d'ordre psychologique ne lui permettant pas d'avoir l'attention et la concentration nécessaires minimales pour celles-ci. Il conclut à un taux d'invalidité de 70% et produisit une nouvelle documentation médicale:

- un rapport médical daté du 7 décembre 2010, signé du Dr E._____, spécialiste en évaluation des atteintes de la santé, exposant la documentation médicale, relevant [entre autre et nouvellement] que selon un rapport médical du Dr F._____ du 22 juin 2010 [non au dossier] l'intéressé présentait des douleurs chroniques persistantes de tout son système musculaire, de la colonne vertébrale, des épaules, des coudes et des hanches ainsi qu'un syndrome dépressif devant être traité altérant de façon permanente son humeur, son caractère, son comportement, son affectivité, ne lui permettant pas d'avoir l'attention et la concentration nécessaire et suffisante pour la réalisation de quelque type d'activité lucrative de façon productive et sûre, et concluant à une incapacité ou perte de gain de 70% (pce 33),
- une requête d'examens de laboratoire du 1^{er} décembre 2010 pour HLA-B27 (pces 34 s.),
- une note psychiatrique datée du 16 novembre 2010, signature illisible, indiquant que l'assuré présente un état dépressif chronique traité depuis juillet sans amélioration (pce 36),
- un rapport médical du Dr G._____, daté du 16 novembre 2010, faisant état des diagnostics connus et indiquant un syndrome dépressif chronique actuellement en traitement pharmacologique (pce 37),
- un rapport médical daté du 19 novembre 2010 de la Dresse H._____, unité de santé mentale, posant le diagnostic notamment de spondylarthrite ankylosante, de troubles dégénératifs du rachis lombaire, de cadre dépressif depuis plus de 10 ans, notant une séparation matrimoniale traumatisante avec impossibilité de voir ses deux enfants dont la garde a été confiée à son ex-épouse, faisant état de

multiples algies d'ordre rhumatologique, de troubles du sommeil peu réparateur, de difficultés à réaliser des activités de la vie quotidienne, de personnalité introvertie, d'autres altérations psychologiques ne pouvant être objectivées (pce 38).

F.

Invitée à se déterminer sur la nouvelle documentation médicale produite, la Dresse D._____, dans son rapport du 13 janvier 2013, indiqua que sur le plan somatique l'intéressé n'apportait pas d'élément nouveau. Elle retint sur ce plan une incapacité de travail de 100% inchangée dans son activité habituelle et une capacité de travail entière dans une activité de substitution légère à modérée adaptée. Dans sa détermination la Dresse D._____ ne fit pas état du rapport du Dr F._____ cité par le Dr E._____ et releva qu'il apparaissait de la documentation que l'intéressé n'avait pas suivi de thérapie psychiatrique alors que l'expertise du MZR l'avait préconisée et que le rapport du Dr B._____ du 22 juin 2010 ne décrivait pas d'élément psychiatrique objectif de nature invalidante. Elle souligna une amélioration de l'état de santé de l'assuré, un état dépressif de degré moyen n'étant plus évoqué. Elle indiqua qu'il y avait cependant lieu de soumettre le dossier au Dr I._____, psychiatre (pce 44).

Dans un rapport du 14 février 2011 le Dr I._____ de l'OAIE confirma une amélioration importante et stable de santé sur le plan psychiatrique. Il nota que l'expertise MZR du 17 juin 2007 avait retenu objectivement un désespoir, des sentiments d'insuffisance, une absence d'énergie, un ralentissement psycho-moteur avec une diminution de la mimique et des gestes, des troubles du sommeil et des souhaits passifs de mort et avait retenu que la capacité de travail était diminuée pour des motifs essentiellement psychiatriques, le diagnostic d'épisode dépressif moyen étant posé. Il releva que le Dr B._____ dans son rapport du 22 juin 2010 avait retenu une thymie normale, sans trouble affectif, ni trouble de l'appétit ou de perte de poids, un sentiment de fatigue, la capacité à s'activer, l'absence d'idées suicidaires. Il souligna que le rapport E 213 du 4 août 2010 mentionnait une aptitude à travailler à plein temps dans une activité adaptée et que le rapport de la Dresse H._____ notait que l'assuré présentait une personnalité introvertie sans d'autres atteintes psychopathologiques objectivables. Il indiqua que la notion de dépression chronique signalée dans des documents non psychiatriques et sans signes objectifs aucuns ne pouvait être retenue (pce 47).

G.

Par décision du 10 mars 2011 l'OAIE mit un terme aux trois quarts de ren-

te allouée à compter du 1^{er} mai 2011 pour les motifs de son projet de décision, précisant que la nouvelle documentation apportée en procédure d'audition n'avait pas apporté d'élément nouveau, qu'en l'occurrence le traitement pharmacologique en cours n'avait pas d'incidence sur la capacité de travail résiduelle (pce 50).

H.

Contre cette décision, l'intéressé interjeta recours auprès du Tribunal de céans en date du 11 avril 2011 faisant valoir ses atteintes à la santé telles que décrites dans la documentation médicale au dossier et concluant à la reconnaissance d'un degré d'invalidité de 75% (pce 53). Il joignit un nouveau rapport médical du Dr E. _____ daté du 8 avril 2011 faisant état des atteintes connues et indiquant un taux d'incapacité et perte de gain actualisé de 75% selon les critères de la sécurité sociale espagnole (pce 52).

Invité à se déterminer sur le recours, l'OAIE requit de la Dresse D. _____ sa détermination. Dans son rapport du 21 juin 2011 ce médecin releva notamment que le Dr E. _____ avait retenu le diagnostic de spondylarthrite ankylosante sur la base des rapports médicaux mais n'en mentionnait pas les atteintes fonctionnelles objectives, que ce diagnostic potentiellement invalidant n'avait pas été posé dans le rapport MZR et qu'aucun examen biologique n'avait été produit à l'appui du diagnostic. Elle conclut à la nécessité d'examens de laboratoire HLA B27 et sérologiques (pce 58).

Par réponse au recours du 5 juillet 2011, l'OAIE proposa son admission et l'annulation de la décision attaquée afin que soit réalisé un complément d'instruction (pce 59).

Par arrêt du 15 septembre 2011 le Tribunal de céans annula la décision et retourna le dossier à l'OAIE pour complément d'instruction (pce 60).

I.

I.a En date du 22 décembre 2011 l'OAIE initia le complément d'instruction et porta notamment au dossier les documents ci-après:

- un questionnaire à l'assuré pour la révision de la rente daté du 25 janvier 2012 selon lequel l'intéressé n'a plus exercé d'activité lucrative depuis le 10 mars 2011 et n'en n'exerce pas (pce II/4),

- deux rapports radiologiques datés des 13 octobre et 10 novembre 2011 faisant état au niveau de la colonne lombaire et dorsale d'ostéophytose et syndesmophytose dorsale et primaire lombaire compatible avec un HEDI et au niveau de la colonne cervicale de champs dégénératifs naissant postérieurs avec des espaces articulaires conservés (pces II/8 s.),
- un court rapport psychiatrique daté du 14 octobre 2011 signé du Dr J. _____ faisant état d'une dépression de large évolution depuis de nombreuses années traitée pharmacologiquement, d'un premier examen en juin 2009, de nombreuses plaintes actuelles en relation avec le problème rhumatologique, de troubles du sommeil (pce II/10),
- un examen de laboratoire daté du 2 avril 2012 (pce II/11),
- un rapport radiologique bras et coude daté du 17 novembre 2010 concluant à des altérations en relation avec une hyperostose idiopathique diffuse (pce II/12),
- un rapport rhumatologique du 16 février 2012 faisant état des données radiologiques précitées et d'examens hématologiques normaux et d'un HLA-B27 négatif (II/13),
- un rapport du Dr G. _____ daté du 20 mars 2012 indiquant des tachycardies d'étiologie non filière en traitement, une hernie discale L3-L4, une protrusion discale L5-S1, des douleurs récurrentes, des paresthésies des membres supérieurs et inférieurs, des douleurs généralisées, une importante limitation de la mobilité en période de douleurs, le diagnostic d'ostéoarthrose généralisée posé en février 2012, un syndrome dépressif chronique, un suivi médicamenteux (pce II/14),
- Un rapport médical E 213 daté du 17 avril 2012 faisant état d'un bon état général, d'un status orienté, d'une personne peu abordable, d'un discours laconique monosyllabique, d'un faciès dépressif, d'une vie active maintenue dans le proche entourage, d'une tendance à l'isolement. Indiquant une limitation fonctionnelle de la colonne vertébrale inférieure à 50% sans signe de radiculopathie active, une limitation fonctionnelle inférieure à 50% du bras et du coude droit, une force manuelle préservée, une fonctionnalité des membres inférieurs conservée, une marche normale, indiquant le diagnostic de tachycardie d'étiologie non filière, de trouble dépressif modéré, d'ostéoarthro-

se généralisée, d'hyperostose diffuse idiopathique aux bras, coudes et hanches, indiquant un status inchangé depuis janvier 2009 et la possibilité d'un travail léger sans élévations et transports fréquents de charges, sans utilisation de rampes, escaliers et échelles, sans danger de chute, notant l'impossibilité d'exercer l'activité de charpentier mais la possibilité d'exercer à plein temps une activité adaptée, comme celle de concierge, relevant que selon la législation espagnole l'invalidité est qualifiée de totale (pce II/15),

I.b Invitée à se déterminer, la Dresse D._____, dans sa prise de position du 18 mai 2012, retint les diagnostics avec répercussion sur la capacité de travail d'arthrose du coude droit, périarthropathie huméroscapulaire droite chronique, trouble douloureux paravertébral [paravertébra]: hernie discale L3-L4 sans compression radiculaire, protrusion discale L5-S1, et les diagnostics sans répercussion sur la capacité de travail d'hyperostose squelettique diffuse, dysthymie, trouble somatoforme douloureux, trouble de la fonction du système cardiovasculaire autonome, hyperlipidémie mixte. Elle indiqua les limitations fonctionnelles de travaux lourds et la nécessité de positions alternées. Elle retint une incapacité de travail totale dans l'activité habituelle dès le 1^{er} août 2006, de 50% dans une activité adaptée dès la même date passant à 0% dès le 22 juin 2010 et indiqua un état de santé stabilisé. La Dresse D._____ précisa sur le plan ostéoarticulaire un état de santé inchangé. Elle releva qu'à la suite du complément d'instruction une suspicion de spondylarthrite ankylosante avait été écartée par une sérologie HLA B27 négative et des examens radiologiques compatibles avec une hyperostose squelettique diffuse. Elle nota que l'atteinte d'hyperostose diffuse était une affection bénigne et que les limitations fonctionnelles (travail en positions alternées, sans ports répétitifs de charges supérieures à 10kg, sans travail lourd, déplacements limités à de courtes distances, sans position de porte-à-faux du tronc, à l'abri du froid, de la chaleur, de l'humidité et des intempéries) étaient modérées et connues et n'affectaient pas la capacité de travail dans une activité adaptée légère. Sur le plan psychiatrique elle releva une amélioration de l'état de santé et requit pour confirmation un avis psychiatrique (pce II/19).

Dans une détermination du 23 juin 2012, le Dr I._____, psychiatre, rapporta la note médicale du Dr J._____, indiqua que le document était sans diagnostic CIM et sans mise en évidence de signes objectifs, qu'en conséquence sa prise de position du 14 février 2011 n'était pas modifiée (pce II/20).

I.c Par projet de décision du 11 juillet 2012 l'OAIE informa l'intéressé que sur la base de la documentation médicale produite dans le cadre du complément d'instruction il était apparu que, si l'incapacité de travail était de 100% dans l'activité habituelle, l'incapacité de travail dans l'exercice d'une activité adaptée respectant les limitations fonctionnelles était de 0% avec une diminution de la capacité de gain de 33% depuis le 22 juin 2010 et que dès lors c'était à juste titre que la rente d'invalidité avait été supprimée à partir du 1^{er} mai 2011 (pce II/21). Contre ce projet, l'intéressé adressa à l'OAIE par acte du 8 août 2012 de nouveaux documents médicaux au contenu assez semblables à ceux déjà au dossier et conclut à l'octroi d'une rente d'invalidité (pces II/22-27).

Dans une prise de position du 29 août 2012 la Dresse D._____ indiqua que sur le plan somatique la nouvelle documentation n'apportait pas d'élément nouveau (pce II/129). Dans un rapport du 29 octobre 2012 le Dr I._____ indiqua que selon un nouveau rapport psychiatrique du 12 avril 2012 du Dr B._____ l'intéressé présentait une évolution négative ayant nécessité une augmentation du traitement dans un premier temps puis une modification de celui-ci, que sur le plan objectif il était noté une thymie subdépressive, une absence d'envie, une démotivation, une irritabilité en quelques occasions, une altération du sommeil, une absence d'altération de l'appétit ou du poids et quelques difficultés à maintenir la concentration. Il releva des atteintes connues et indiqua que comme le précédent rapport du Dr B._____ ce rapport n'indiquait pas de diagnostic et que les symptômes de thymie subdépressive, absence d'envie, démotivation étaient peu sévères et surmontables par un effort de volonté, ce qui correspondait au rapport E 213 du 17 avril 2012 qui notait une capacité de travail entière dans une activité adaptée. Il maintint en conséquence sa précédente détermination (pce II/30).

J.

Par décision du 8 novembre 2012 l'OAIE confirma la suppression de rente d'invalidité au 1^{er} mai 2011 pour les motifs indiqués dans son précédent projet. Il releva que le certificat médical du Dr B._____ du 12 avril 2011 confirmait les atteintes à la santé connues et n'apportait pas d'élément nouveau objectif (pce 31).

K.

Contre cette décision l'intéressé, représenté par Me José Nogueira Es-moris, interjeta recours en date du 7 décembre 2012 concluant à l'octroi d'une rente d'invalidité entière, subsidiairement partielle. Il fit valoir être reconnu en Espagne en invalidité permanente totale dans sa profession

de charpentier et percevoir une prestation réglementaire de 55% depuis le 1^{er} août 2006. Il nota que son état de santé ne s'était pas amélioré depuis l'octroi de sa rente suisse. Il joignit à son envoi un nouveau rapport médical, daté du 23 octobre 2012, signé du Dr K._____, rhumatologue. Celui-ci posa le diagnostic d'arthrose généralisée, cervicoarthrose, spondylarthrose, probable hyperostose ankylosante vertébrale idiopathique, coxarthrose bilatérale, arthrose acromioclaviculaire gauche, probable arthrose glénohumérale droite, probable arthrose des coudes, syndrome douloureux chronique amplifié associé à un syndrome dépressif, raccourcissement des groupes musculaires ischio-tibiaux et adducteurs des hanches. Les limitations fonctionnelles indiquées furent les suivantes: limitation des rotations cervicales, de l'abduction et de l'antéversion active du bras de 20%, perte de 5-10° de la flexion des coudes, limitation de la mobilité lombaire avec une perte de 75% des mouvements de latéralisation et d'extension, flexion lombaire limitée, douleur avec limitation coxo-fémorale bilatérale à prédominance gauche. Le rapport préconisa de l'exercice physique, de la gymnastique, de la piscine, des applications de chaleur locale, et des médicaments anti-inflammatoires (pce TAF 1).

L.

Invité à se déterminer sur le recours, l'OAIE requit de la Dresse D._____ une nouvelle détermination. Ce médecin, dans son rapport du 18 mars 2013, maintint sa détermination antérieure. Elle indiqua la présence de troubles dégénératifs diffus avec des limitations fonctionnelles modérées connues et prises en compte dans sa détermination du 18 mai 2012. Relevant que le rapport médical du Dr K._____ n'apportait pas d'élément nouveau, elle confirma pour l'assuré la possibilité d'exercer à plein temps une activité légère adaptée bien que le rapport mentionnât également un syndrome douloureux chronique amplifié associé à un trouble dépressif (pce II/34).

Par réponse au recours du 26 mars 2013 l'OAIE conclut à son rejet et à la confirmation de la décision attaquée. Il fit valoir qu'il ressortait des pièces au dossier que la santé de l'assuré s'était améliorée et que, si dans sa dernière activité de menuisier son incapacité de travail était totale, il était en mesure d'exercer à 100% des activités de substitution légères qui étaient nombreuses sur le marché du travail en général, adaptées aux problèmes de santé de l'intéressé et accessibles sans aucune formation professionnelle particulière, dont il résulterait, avec un abattement de 15% sur le salaire de comparaison avec invalidité, un préjudice économique de 33%, taux n'ouvrant pas le droit à une rente d'invalidité. Il précisa que selon son service médical la nouvelle documentation jointe en procé-

de recours n'avait pas apporté d'élément nouveau susceptible de modifier les prises de position déjà établies, qu'en l'occurrence c'était à bon droit que la rente d'invalidité avait été supprimée au 1^{er} mai 2011 (pce TAF 6).

M.

Invité à répliquer par acte du 5 avril 2013, l'assuré maintint ses déterminations par acte du 29 avril 2013, indiquant que sa situation de santé ne s'était pas améliorée mais dégradée, chronicisée, comme cela ressortait des documents émis par la sécurité sociale espagnole (pce TAF 9).

N.

Par décision incidente du 7 mai 2013 le Tribunal de céans requit de l'intéressé une avance sur les frais de procédure de 400.- francs, montant dont il s'acquitta en temps utile (pces TAF 10-12).

O.

Par correspondances des 8 octobre et 12 novembre 2013 l'intéressé fit parvenir au Tribunal de céans de nouveaux rapports médicaux faisant état des atteintes connues ou de nouvelles atteintes non déterminantes pour la cause (pces 13 s.).

Droit :

1.

1.1 Sous réserve des exceptions – non réalisées en l'espèce – prévues à l'art. 32 de la loi du 17 juin 2005 sur le Tribunal administratif fédéral (LTAF, RS 173.32), le Tribunal de céans, en vertu de l'art. 31 LTAF en relation avec l'art. 33 let. d LTAF et l'art. 69 al. 1 let. b de la loi fédérale du 19 juin 1959 sur l'assurance-invalidité (LAI, RS 831.20), connaît des recours interjetés par les personnes résidant à l'étranger contre les décisions prises par l'OAIE.

1.2 Selon l'art. 37 LTAF, la procédure devant le Tribunal administratif est régie par la loi fédérale du 20 décembre 1968 sur la procédure administrative (PA, RS 172.021) pour autant que la LTAF n'en dispose autrement. En vertu de l'art. 3 let. d^{bis} PA la procédure en matière d'assurances sociales n'est pas régie par la PA dans la mesure où la 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. En application de l'art. 1 al. 1 LAI, les dispositions de la LPGA s'appliquent à l'assurance-invalidité (art. 1a à 26^{bis} et 28 à 70), à moins que la LAI ne déroge à la LPGA.

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

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

2.

L'objet du recours est le bien-fondé de la décision attaquée du 8 novembre 2012 ayant supprimé à compter du 1^{er} mai 2011, à la suite d'un complément d'instruction requis par l'arrêt du Tribunal de céans du 15 septembre 2011, le trois quarts de rente d'invalidité dont bénéficiait le recourant depuis le 1^{er} août 2006 en raison d'atteintes à sa santé d'ordre somatique et psychiatrique, au motif d'une amélioration de santé depuis le rapport psychiatrique du 22 juin 2010 établi par le Dr B. _____ lui permettant de reprendre une activité légère adaptée à 100%.

3.

3.1 Le droit applicable est déterminé par les règles en vigueur au moment où les faits juridiquement déterminants se sont produits (ATF 131 V 9 consid. 1, ATF 130 V 445 consid. 1.2 et les références), 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). Des rapports médicaux établis après la décision dont est recours ne sont pris en considération que dans la mesure où ils permettent une meilleure compréhension d'un état de santé antérieur à la décision attaquée.

3.2 Au niveau du droit international, l'accord entre la Suisse et la Communauté européenne et ses Etats membres sur la libre circulation des personnes du 21 juin 1999 (ALCP, RS 0.142.112.681) est entré en vigueur le 1^{er} juin 2002 avec notamment son annexe II qui règle la coordination des systèmes de sécurité sociale par renvoi au droit européen.

Dans ce contexte, l'ALCP fait référence depuis le 1^{er} avril 2012 au règlement (CE) n° 883/2004 du Parlement européen et du Conseil du 29 avril 2004 portant sur la coordination des systèmes de sécurité sociale ainsi qu'au règlement (CE) n° 987/2009 du Parlement européen et du Conseil du 16 septembre 2009 fixant les modalités d'application du règlement (CE) n° 883/2004 portant sur la coordination des systèmes de sécurité sociale (RS 0.831.109.268.1 et 0.831.109.268.11). Ces règlements sont applicables (cf. arrêt du Tribunal fédéral 8C_455/2011 du 4 mai 2012). Conformément à l'art. 4 du règlement (CE) n° 883/2004, les personnes auxquelles ce règlement s'applique bénéficient en principe des mêmes prestations et sont soumises aux mêmes obligations, en vertu de la législation de tout Etat membre, que les ressortissants de celui-ci. On précisera que le règlement (CEE) n° 1408/71 — auquel l'ALCP renvoyait pour la période antérieure courant jusqu'au 31 mars 2012 — contenait une disposition similaire à son art. 3 al. 1.

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

3.4 Pour ce qui est du droit interne, les modifications consécutives à la 6^{ème} révision de la LAI, entrées en vigueur le 1^{er} janvier 2012, trouvent application, étant précisé que les nouvelles normes n'ont pas apporté de changements par rapport à l'ancien droit quant à l'évaluation de l'invalidité dont il convient de procéder in casu.

4.

4.1 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).

4.2 Aux termes de l'art. 28 al. 1 LAI, l'assuré a droit à un quart de rente s'il est invalide à 40% au moins, à une demi-rente s'il est invalide à 50% au moins, à trois quarts de rente s'il est invalide à 60% au moins et à une rente entière s'il est invalide à 70% au moins. Toutefois, les rentes correspondant à un taux d'invalidité inférieur à 50% ne sont versées qu'aux assurés qui ont leur domicile et leur résidence habituelle en Suisse (art. 28 al.1^{er} LAI). Depuis l'entrée en vigueur des nouveaux règlements n° 883/2004 et n° 987/2009, les ressortissants suisses et de l'Union européenne qui présentent un taux d'invalidité de 40% au moins, ont droit à un quart de rente en application de l'art. 28 al. 1 LAI indépendamment de leur domicile et résidence (art. 4 du règlement 883/04).

5.

5.1 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. 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 (arrêt du Tribunal fédéral I 8/04 du 12 octobre 2005 consid. 2.1; MICHEL VALTERIO, Droit de l'assurance-vieillesse et survivants (AVS) et de l'assurance-invalidité (AI), Zurich 2011, n° 3054 ss, 3065).

5.2 Selon une jurisprudence constante, une amélioration de la capacité de travail attestée médicalement conduit en principe, eu égard au devoir de se réadapter par soi-même, à une amélioration correspondante de la capacité de gain. Une appréciation contraire ne peut s'ensuivre qu'à titre exceptionnel, c'est-à-dire lorsque, nonobstant les conclusions médicales, il appert du dossier que l'assuré ne pourra pas surmonter par lui-même et

sans l'application de mesures préalables ses empêchements compte tenu de la longue durée du versement de la rente et des exigences du marché du travail (arrêt du Tribunal fédéral 9C_163/2009 du 10 septembre 2010 consid. 4). Comme l'a jugé le Tribunal fédéral, on ne saurait ainsi notamment supprimer une rente sans avoir au préalable examiné les possibilités de réadaptation dans le cas d'un assuré qui a touché cette rente durant de très nombreuses années et qui ne dispose plus de l'expérience professionnelle lui permettant de se réadapter par lui-même (arrêt du Tribunal fédéral 9C_768/2009 du 10 septembre 2010 consid. 4). Il en va différemment si la durée de l'octroi de la rente a été relativement courte et si des mesures de réadaptation ne s'imposent pas au regard de l'activité exercée par l'assuré ou qu'il pourrait exercer (arrêt du Tribunal fédéral 9C_950/2009 du 25 septembre 2010 consid. 4; VALTERIO, op. cit., n° 3060).

5.3 La révision du droit à la rente a lieu d'office lorsqu'en prévision d'une modification importante possible du taux d'invalidité, du degré d'impotence ou du besoin de soins découlant de l'invalidité, un terme a été fixé au moment de l'octroi de la rente ou de l'allocation pour impotent, ou lorsque des organes de l'assurance ont connaissance de faits ou ordonnent des mesures qui peuvent entraîner une modification importante du taux d'invalidité, du degré d'impotence ou du besoin de soins découlant de l'invalidité (art. 87 al. 2 du règlement du 17 janvier 1961 sur l'assurance-invalidité [RAI, RS 831.201]). La révision intervient également d'office périodiquement.

5.4 Selon la jurisprudence du Tribunal fédéral, la rente peut être révisée non seulement en cas de modification sensible de l'état de santé, mais aussi lorsque celui-ci est resté le même, mais que ses conséquences sur la capacité de gain ont subi un changement important (ATF 130 V 343 consid. 3.5; VALTERIO, op. cit., n° 3063). Une simple appréciation différente d'un état de fait qui, pour l'essentiel, est demeuré inchangé, n'appelle en revanche pas à une révision au sens de l'art. 17 LPGa (arrêts du Tribunal fédéral I 532/05 du 13 juillet 2006 consid. 3 et I 561/05 du 31 mars 2006 consid. 3.3; ATF 112 V 371 consid. 2b).

5.5 Le Tribunal fédéral a précisé que la dernière décision entrée en force, examinant matériellement le droit à la rente, fondée sur une instruction des faits, une appréciation des preuves et une comparaison des revenus conforme au droit constitue le point de départ pour examiner si le taux d'invalidité s'est modifié de manière à influencer le droit aux prestations

(ATF 133 V 108 consid. 5.4; ATF 125 V 369 consid. 2 et ATF 112 V 372 consid. 2).

5.6 L'art. 88a al. 1 RAI prévoit que si la capacité de gain de l'assuré s'améliore ou que son impotence s'atténue, il y a lieu de considérer que ce changement supprime, le cas échéant, tout ou partie de son droit aux prestations dès que l'on peut s'attendre à ce que l'amélioration constatée se maintienne durant une assez longue période. Il en va de même lorsqu'un tel changement déterminant a duré trois mois déjà, sans interruption notable et sans qu'une complication prochaine soit à craindre. L'art. 88^{bis} al. 2 let. a RAI dispose que la diminution ou la suppression de la rente ou de l'allocation pour impotent prend effet, au plus tôt, le premier jour du deuxième mois qui suit la notification de la décision. La règle indique les effets temporels de la révision sur le plan du droit à la rente (ATF 135 V 306 consid. 7.2).

6.

La notion d'invalidité, dont il est question à l'art. 8 LPGA et à l'art. 4 LAI est de nature économique/juridique, établissant une incapacité de gain permanente ou probablement de longue durée, et non médicale (ATF 127 V 294 consid. 4b/bb). 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). La notion du marché équilibré du travail est une notion théorique et abstraite, qui sert de critère de distinction entre les cas tombant sous le coup de l'assurance-chômage et ceux qui relèvent de l'assurance-invalidité. Elle implique, d'une part, un certain équilibre entre l'offre et la demande de main d'œuvre et, d'autre part, un marché du travail structuré de telle sorte qu'il offre un éventail d'emplois diversifiés.

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 on peut encore raisonnablement exiger de l'assuré (ATF 125 V 256 consid. 4).

7.

7.1 L'art. 69 RAI prescrit que l'office de l'assurance-invalidité réunit les pièces nécessaires, en particulier sur l'état de santé du requérant, son activité, sa capacité de travail et son aptitude à être réadapté, ainsi que sur l'indication de mesures déterminées de réadaptation; à cet effet peuvent être exigés ou effectués des rapports ou des renseignements, des expertises ou des enquêtes sur place, il peut être fait appel aux spécialistes de l'aide publique ou privée aux invalides.

7.2 Le tribunal des assurances 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 réf. cit.).

7.3 La jurisprudence a posé des lignes directrices en ce qui concerne la manière d'apprécier certains types de documents médicaux. 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 V 351 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 du fait qu'une expertise de partie n'a pas la même valeur que les expertises mises en œuvre par un tribunal ou par l'administration conformément aux règles de procédure applicables (arrêt du Tribunal fédéral 8C_558/2008 du 17 mars 2009 consid. 2.4.2). Toutefois le simple fait qu'un rapport 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 V 351 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).

8.

8.1 Dans le cadre de l'octroi de la rente par décision de l'OAI-ZH, A._____ fut mis au bénéfice de trois quarts de rente d'invalidité à compter du 1^{er} août 2006 pour un taux d'invalidité de 62% sur la base notamment d'une expertise psychiatrique et rhumatologique MEDAS du MZR de Römerhof datée du 17 juin 2007. Celle-ci retint une incapacité de travail totale dans son activité professionnelle de menuisier et une incapacité de travail de 50% dans une activité de substitution adaptée légère pour motif d'ordre psychiatrique. Au plan somatique l'expertise retint de l'arthrose au coude droit et une périarthropathie scapulo-humérale droite. Au plan psychiatrique il fut retenu un épisode dépressif de sévérité moyenne pouvant être amélioré par un traitement et des troubles somatoformes douloureux ainsi qu'un trouble de l'adaptation autonome de la fonction cardiovasculaire (tachycardie, hyperventilation) dans le contexte du trouble somatoforme. L'épisode dépressif fut évalué d'intensité moyenne et, il sied de le souligner, le rapport indiqua qu'un suivi thérapeutique pouvait permettre à l'assuré de retrouver une pleine capacité de travail dans une activité adaptée. Il appert expressément de l'avis des experts que la capacité résiduelle de travail de 50% dans une activité adaptée allait être en principe de durée limitée.

8.2 Dans le cadre de la présente révision du droit à la rente, initiée en avril 2010, il appert sous l'angle somatique de tous les rapports E 213 établis par la sécurité sociale espagnole que l'intéressé ne peut plus exercer son ancienne activité de menuisier / charpentier, implicitement toute activité exigeante physiquement, mais qu'il est en mesure d'exercer à plein temps une activité légère adaptée malgré ses atteintes à la santé retenues dont, notamment, selon le dernier rapport E 213 du 17 avril

2012, les diagnostics de tachycardie d'étiologie non filière, d'ostéoarthrose généralisée, d'hyperostose diffuse idiopathique aux bras, coudes et hanches, de limitation fonctionnelle de la colonne vertébrale inférieure à 50% sans signe de radiculopathie active, de limitation fonctionnelle inférieure à 50% du bras et du coude droit, étant relevé une force manuelle préservée, une fonctionnalité des membres inférieurs conservée, une marche normale. Les atteintes résultant du dossier radiographique et d'imagerie faisant état d'une arthrose du coude droit, d'une arthropathie chronique scapulohumérale droite, d'une hernie discale L3-L4 et d'une protrusion discale L5-S1 limitent assurément l'intéressé dans les travaux lourds mais sont compatibles avec des activités légères comme cela ressort constamment des prises de positions de la Dresse D._____. Par ailleurs les examens sérologiques dont HLA B27 négatifs ont permis d'écarter la suspicion de spondylarthrite ankylosante envisagée en raison de l'hyperostose squelettique diffuse. Avec la Dresse D._____ il peut ainsi être retenu selon son rapport du 18 mai 2012 que les limitations fonctionnelles (travail en positions alternées, sans ports répétitifs de charges supérieures à 10kg, sans travail lourd, déplacements limités à de courtes distances, sans positions de porte-à-faux du tronc, à l'abri du froid, de la chaleur, de l'humidité et des intempéries) sont modérées et n'affectent pas la capacité de travail de l'intéressé dans une activité adaptée légère. Le dernier rapport médical rhumatologique du Dr K._____ du 23 octobre 2012 ne permet pas de remettre en cause la prise de position de la Dresse D._____ car il fait état d'atteintes connues et, de sa lecture, il n'apparaît nullement l'impossibilité d'une activité légère adaptée compatible avec les limitations fonctionnelles énoncées.

8.3

Sur le plan psychiatrique la capacité de travail de l'intéressé a été évaluée à 50% en 2007 en raison d'un épisode dépressif de sévérité moyenne pouvant être amélioré par un traitement et de troubles somatoformes douloureux ainsi qu'en raison d'un trouble de l'adaptation autonome de la fonction cardiovasculaire (tachycardie, hyperventilation) dans le contexte du trouble somatoforme. Retourné en Espagne l'intéressé ne s'est pas fait suivre sur le plan psychiatrique. Le rapport psychiatrique du Dr B._____ daté du 22 juin 2010 établi dans le cadre de la révision du droit à la rente fait état des antécédents, indique un status nerveux, irritable, sujet à des contrariétés et inquiétudes, ne note pas d'altération de l'appétit ni de perte de poids, indique un trouble de l'endormissement et du sommeil, de la fatigue, une capacité d'ouverture, un status sans rituels ni idées obsessionnelles, ne mentionne pas d'idées suicidaires, pas de problèmes de mémoire, de concentration, pas d'hallucinations ni délires.

Manifestement l'intéressé ne présente plus de dépression de degré moyen. Son état de santé s'est amélioré comme l'énonce la Dresse D. _____ et le confirme le Dr I. _____, psychiatre. Dans son rapport du 14 février 2011 le Dr I. _____ indique une amélioration importante et stable de santé sur le plan psychiatrique. Il rappelle que l'expertise MZR du 17 juin 2007 avait retenu objectivement un désespoir, des sentiments d'insuffisance, une absence d'énergie, un ralentissement psycho-moteur avec une diminution de la mimique et des gestes, des troubles du sommeil et des souhaits passifs de mort et avait retenu que la capacité de travail était diminuée pour des motifs essentiellement psychiatriques, le diagnostic d'épisode dépressif moyen ayant été posé. Il relève que le Dr B. _____ dans son rapport du 22 juin 2010 avait retenu une thymie normale, sans trouble affectif, ni trouble de l'appétit ou de perte de poids, un sentiment de fatigue, la capacité à s'activer, l'absence d'idées suicidaires. Le rapport de la Dresse H. _____ du 19 novembre 2010 ne permet pas de remettre en cause cette appréciation. Elle note que l'assuré présente une personnalité introvertie sans d'autres atteintes psychopathologiques objectivables. Le status est loin d'un cadre dépressif d'intensité moyenne et il peut être attendu de l'intéressé de s'intégrer dans le monde du travail dans le cadre d'une activité légère adaptée sans contraintes sociales quotidiennes. A l'instar du Dr I. _____, il y a lieu de relever que les rapports du Dr B. _____ n'indiquent pas de diagnostic mais des symptômes de thymie subdépressive, absence d'envie, démotivation peu sévères et surmontables par un effort de volonté, ce qui correspond au rapport E 213 du 17 avril 2012 qui note une capacité de travail entière dans une activité adaptée.

8.4 Vu ce qui précède une pleine capacité de travail dans une activité légère adaptée, énoncée comme possible par les médecins de la sécurité sociales espagnole, peut être confirmée à compter du 22 juin 2010, date du rapport psychiatrique du Dr B. _____.

9.

9.1 Selon l'art. 16 LPGA, pour évaluer le taux d'invalidité, le revenu que l'assuré aurait pu obtenir s'il n'était pas invalide 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.

9.2 Le gain d'invalide est une donnée théorique, même s'il est évalué sur la base de statistiques de l'Enquête suisse sur la structure des salaires

(ESS). Les données de l'ESS relatives aux années déterminantes servent à fixer le montant du gain que l'assuré pourrait obtenir, sur un marché équilibré du travail, en mettant pleinement à profit sa capacité résiduelle de travail dans un emploi adapté à son handicap (arrêt du Tribunal fédéral I 85/05 du 5 juin 2005 consid. 6 et arrêt du Tribunal fédéral I 222/05 du 13 octobre 2005 consid. 6). L'administration doit de plus tenir compte pour le salaire d'invalidé de référence d'une diminution de celui-ci, cas échéant, pour raison d'âge, de limitations dans les travaux dits légers ou de circonstances particulières. La jurisprudence n'admet à ce titre pas de déduction globale supérieure à 25% (ATF 126 V 75 consid. 5).

9.3 Ce gain doit être comparé au moment déterminant avec celui que la personne valide aurait effectivement pu réaliser au degré de la vraisemblance prépondérante si elle était en bonne santé (ATF 129 V 222 consid. 4.3.1). Le gain de personne valide doit être évalué de manière aussi concrète que possible si bien qu'il convient, en règle générale, de se référer au dernier salaire que l'assuré a obtenu avant l'atteinte à la santé, ou, à défaut de salaire de référence, au salaire théorique qu'il aurait pu obtenir selon les salaires théoriques statistiques disponibles de l'ESS.

10.

10.1 En l'espèce il y a lieu de procéder à une évaluation de l'invalidité selon la méthode générale par une comparaison de revenus sur la base de l'ESS 2010 vu l'amélioration de santé constatée le 22 juin 2010 et l'art. 88a RAI. En effet, selon la jurisprudence, les salaires avant et après invalidité doivent être pris en compte indexés jusqu'à la date de la survenance du droit théorique éventuel à la rente (ATF 128 V 174 et 129 V 222).

10.2 Le salaire annuel de l'assuré dans sa dernière activité aurait été en 2010 de 74'120.51.- francs (salaire effectif de 2003 de 67'470.- francs [indice 1958 base 1933; cf. pce I/27] indexé 2010 [indice 2151]).

10.3 Le salaire après invalidité doit être fixé sur la base des données statistiques résultant de l'ESS 2010 (table TA1). En l'occurrence les activités de substitution possibles s'inscrivent dans la détermination du revenu médian toutes branches confondues des hommes dans le secteur privé pour des activités simples et répétitives (niveau 4) à 100%, soit 4'901.- francs pour 40 h./sem. et 5'097.04.- francs pour 41.6 h./sem. en 2010 sous déduction de 15% (abattement repris de l'OAIE) pour tenir compte de l'âge de l'assuré né en 1958 et de ses restrictions personnelles aux activités sédentaires légères sans élévation et port de charges de plus de

10kg, soit 4'332.48 francs par mois ou 51'989.76 francs par année valeur 2010. De nombreuses activités d'entre elles peuvent être exercées en position assise et debout autorisant le changement fréquent de position, sans port et élévation de charges de plus de 10kg, sans contraintes psychosociales, de sorte que ces activités sont adaptées à la situation du recourant. De plus, la majeure partie de ces postes ne nécessite pas de formation particulière autre qu'une mise au courant initiale.

10.4 En comparant le salaire avant invalidité de 74'120.51.- francs par année avec celui après invalidité de 51'989.76 francs, on obtient une perte de gain de 29.85% arrondie à 30% $([74'120.51 - 51'989.76] : 74'120.51 \times 100)$. Ce taux n'ouvre pas le droit à un quart de rente (cf. consid. 4.2).

Vu ce qui précède le recours doit être rejeté et la décision entreprise confirmée.

10.5 Dans le cadre de cette révision de rente, il est utile de rappeler que, selon un principe général valable en assurances sociales, l'assuré a l'obligation de diminuer le dommage et doit entreprendre de son propre chef tout ce qu'on peut raisonnablement attendre de lui afin d'atténuer autant que possible les conséquences de son invalidité (ATF 130 V 97 consid. 3.2 et les références citées; ATF 123 V 233 consid. 3c). Dans ce contexte, il convient de souligner que ni l'âge, ni la situation familiale ou économique, un arrêt prolongé de l'activité professionnelle ou même le refus d'exercer une activité médicalement exigible ne constituent un critère relevant pour l'octroi d'une rente d'invalidité (arrêt du Tribunal fédéral I 175/04 du 28 janvier 2005 consid. 3).

11.

11.1 Vu l'issue de la procédure, les frais de celle-ci, fixés à 400 francs, sont mis à la charge du recourant (art. 63 al. 1 PA, applicable par le truchement de l'art. 37 LTAF). Ils sont compensés par l'avance de frais du même montant dont il s'est acquitté au cours de l'instruction.

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

Par ces motifs, le Tribunal administratif fédéral prononce :

1.

Le recours est rejeté.

2.

Les frais de procédure d'un montant de 400.- francs sont mis à la charge du recourant. Ils sont compensés avec l'avance de frais de même montant versée en cours de procédure.

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. _ ; recommandé)
- à l'Office fédéral des assurances sociales à Berne (recommandé)

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

Le président du collège :

Le greffier :

Christoph Rohrer

Pascal Montavon

Indication des voies de droit :

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

Expédition :