

BVGer C-3012/2018 vom 10. September 2021

Bundesverwaltungsgericht, 2021-09-10, FR

Quelle: https://mcp.opencaselaw.ch/entscheid/bvger_C-3012_2018

FR: TAF C-3012/2018 du 10 septembre 2021

IT: TAF C-3012/2018 del 10 settembre 2021

Regeste

Droit à la rente

Erwägungen

E. 1.1

Selon l'art. 31 de la loi fédérale du 17 juin 2005 sur le Tribunal administratif fédéral (LTAF, RS 173.32) et sous réserve des exceptions prévues à l'art. 32 LTAF, le Tribunal de céans connaît, 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), des recours interjetés par des personnes résidant à l'étranger contre les décisions prises par l'OAIE au sens de l'art. 5 de la loi fédérale du 20 décembre 1968 sur la procédure administrative (PA, RS 172.021).

E. 1.2

Selon l'art. 37 LTAF, la procédure devant le Tribunal administratif fédéral est régie par la PA pour autant que la LTAF n'en dispose pas autrement. Conformément à l'art. 3 let. dbis 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. À cet égard, conformément à l'art. 2 LPGA, en relation avec l'art. 1 al. 1 LAI, les dispositions de la LPGA s'appliquent à l'assurance-invalidité, à moins que la LAI ne déroge expressément à la LPGA.

E. 1.3

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 (art. 59 LPGA et 48 al. 1 PA). Ces conditions sont remplies en l'espèce.

E. 1.4

Déposé en temps utile et dans les formes requises par la loi (art. 60 LPGA et 50 al. 1 PA ; art. 52 al. 1 PA), le recours est recevable.

E. 2

Est en l'espèce litigieux le droit du recourant à une rente d'invalidité suite à la nouvelle demande de prestations déposée le 12 septembre 2011.

E. 3.1

Selon les principes généraux du droit intertemporel, le droit matériel applicable est en principe celui en vigueur lors de la réalisation de l'état de fait qui doit être apprécié juridiquement ou qui a des conséquences juridiques, sous réserve de dispositions particulières du droit transitoire (ATF 143 V 446 consid. 3.3, 136 V 24 consid. 4.3). Bien que la nouvelle demande de rente d'invalidité ait été déposée le 12 septembre 2011, soit

sous l'empire de la 5e révision de la LAI (RO 2007 5129, FF 2005 4215) en vigueur jusqu'au 31 décembre 2011, l'examen de la demande s'effectuera en application des dispositions de la 6e révision (premier volet) de la LAI (RO 2011 5659, FF 2010 1647) en vigueur à compter du 1er janvier 2012 du fait que, vu la date du dépôt de la nouvelle demande, le droit à une rente AI ne peut naître avant le 1er mars 2012 (cf. l'art. 29 al. 1 LPGA en vigueur depuis le 1er janvier 2008; infra consid. 7.3).

E. 3.2

Le tribunal des assurances sociales apprécie la légalité des décisions attaquées, en règle générale, d'après l'état de fait existant jusqu'au moment où la décision litigieuse a été rendue (en l'espèce, le 11 avril 2018). Le Tribunal ne peut ainsi prendre en considération que les rapports médicaux établis antérieurement à la décision attaquée, à l'exception de ceux établis ultérieurement qui permettent de mieux appréhender l'état de santé et la capacité de travail de l'intéressé jusqu'à la décision sujette à recours (ATF 121 V 362 consid. 1b, 99 V 98 consid. 4). Les faits survenus postérieurement, et qui ont modifié cette situation, doivent normalement faire l'objet d'une nouvelle décision administrative (ATF 132 V 215 consid. 3.1.1, 130 V 445 consid. 1.2, 121 V 362 consid. 1b).

E. 4.1

L'affaire présente un aspect transnational dans la mesure où le recourant, ayant travaillé en Suisse, est ressortissant portugais domicilié au Portugal. Est dès lors applicable à la présente cause l'accord du 21 juin 1999 sur la libre circulation des personnes (ALCP [RS 0.142.112.681]; art. 80a LAI), dont l'annexe II règle la coordination des systèmes de sécurité sociale (art. 8 ALPC). Le cas d'espèce reste régi jusqu'à cette date par la version de l'annexe II en vigueur jusqu'au 31 mars 2012 (cf. RO 2002 1527, RO 2006 979 et 995, RO 2006 5851, RO 2009 2411 et 2421), selon laquelle les parties contractantes appliquent entre elles notamment les actes communautaires suivants: le règlement (CEE) n° 1408/71 du Conseil du 14 juin 1971 relatif à l'application des régimes de sécurité sociale aux travailleurs salariés, aux travailleurs non-salariés et aux membres de leur famille qui se déplacent à l'intérieur de la Communauté (RO 2004 121, RO 2008 4219, RO 2009 4831) et le règlement (CEE) n° 574/72 du Conseil du 21 mars 1972 relatif à l'application du règlement (CEE) n° 1408/71 (RO 2005 3909, RO 2009 621, RO 2009 4845).

E. 4.2

Depuis le 1er avril 2012, les parties contractantes appliquent entre elles le règlement (CE) n° 883/2004 du Parlement européen et du Conseil du 29 avril 2004 portant sur la coordination des systèmes de sécurité sociale (RS 0.831.109.268.1) et le 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 (RS 0.831.109.268.11). À compter du 1er janvier 2015, sont également applicables dans les relations entre la Suisse et les États membres de l'Union européenne (UE) les modifications apportées notamment au règlement n° 883/2004 par les règlements (UE) n° 1244/2010 (RO 2015 343), n° 465/2012 (RO 2015 345) et n° 1224/2012 (RO 2015 353). Toutefois, même après l'entrée en vigueur de l'ALCP et des règlements de coordination, l'invalidité ouvrant droit à des prestations de l'AI suisse se détermine exclusivement d'après le droit suisse (art. 46 al. 3 du règlement n° 883/2004, en relation avec l'annexe VII dudit règlement; ATF 130 V 253 consid. 2.4; arrêts du TF 8C_329/2015 du 5 juin 2015 et 9C_573/2012 du 16 janvier 2013 consid. 4).

E. 5.1

Au sens de l'art. 49 PA, le recourant peut invoquer devant le Tribunal administratif fédéral la violation du droit fédéral, y compris l'excès ou l'abus du pouvoir d'appréciation (let. a), de même que la constatation inexacte ou incomplète des faits pertinents (let. b) et l'inopportunité de la décision (let. c).

E. 5.2

La procédure dans le domaine des assurances sociales fait prévaloir la maxime inquisitoire (art. 43 LPGa; ATF 138 V 218 consid. 6). Ainsi, le Tribunal administratif fédéral définit les faits et apprécie les preuves d'office et librement (art. 12 PA; Moor/Poltier, Droit administratif, vol. II, 3e éd. 2011, ch. 2.2.6.3). Ce faisant, il ne tient pour existants que les faits qui sont prouvés, cas échéant au degré de la vraisemblance prépondérante (ATF 139 V 176 consid. 5.2, 138 V 218 consid. 6). Par ailleurs, il applique le droit d'office, sans être lié par les motifs invoqués par les parties (art. 62 al. 4 PA; ATAF 2013/46 consid. 3.2), ni par l'argumentation juridique développée dans la décision entreprise (Moor/Poltier, op. cit., ch. 2.2.6.5; Benoît Bovay, Procédure administrative, 2e éd. 2015, p. 243). 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, 121 V 204 consid. 6c; Moser/Beusch/Kneubühler, Prozessieren vor dem Bundesverwaltungsgericht, 2e éd. 2013, p. 25 n. 1.55). Les parties ont le devoir de collaborer à l'instruction (art. 13 PA et 43 al. 3 LPGa; arrêt du TAF C 6134/2017 du 3 avril 2018 consid. 5.4). Ce devoir impute en particulier aux parties l'obligation d'apporter, dans la mesure où cela peut être raisonnablement exigé d'elles, les preuves commandées par la nature du litige et des faits invoqués, faute de quoi elles supporteront les conséquences de l'absence de preuves (cf. ATF 139 V 176 consid. 5.2, 125 V 193 consid. 2).

E. 6

Aux termes de l'art. 36 LAI, l'assuré qui compte trois années au moins de cotisations à l'assurance-vieillesse et survivants lors de la survenance de l'invalidité, a droit à une rente ordinaire (al. 1). Les cotisations versées à une assurance sociale assimilée d'un État membre de l'Union européenne (UE) ou de l'Association européenne de libre-échange (AELE) peuvent également être prises en considération, à condition qu'une année au moins de cotisations puisse être comptabilisée en Suisse (FF 2005 p. 4065; art. 6 et 45 du règlement n° 883/2004). Il ressort du dossier que l'assuré compte plus de trois années de cotisations à l'AVS/AI (AI pce 55; supra A.a), de sorte qu'il remplit la condition afférente à la durée minimale de cotisations. Il reste à examiner s'il est invalide au sens de la loi.

E. 7.1

Est réputée invalidité, l'incapacité de gain totale ou partielle qui est présumée permanente ou de longue durée (art. 8 LPGa). L'invalidité peut résulter d'une infirmité congénitale, d'une maladie ou d'un accident (art. 4 al. 1 LAI). Elle est réputée survenue dès qu'elle est, par sa nature et sa gravité, propre à ouvrir droit aux prestations entrant en considération (art. 4 al. 2 LAI).

E. 7.2

Selon l'art. 28 al. 1 LAI, l'assuré a droit à une rente aux conditions suivantes : - sa capacité de gain ou sa capacité d'accomplir ses travaux habituels ne peut pas être rétablie, maintenue ou améliorée par des mesures de réadaptation raisonnablement exigibles (let. a), - il a présenté une incapacité de travail (art. 6 LPGa) d'au moins 40% en moyenne durant une année sans interruption notable (let. b), - au terme de cette année, il est invalide (art. 8

LPGA) à 40% au moins (let. c). Selon 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. L'art. 29 al. 4 LAI prévoit que 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 (art. 13 LPGA) en Suisse. Suite à l'entrée en vigueur le 1er juin 2002 de l'ALCP (cf. consid. 4), cette restriction n'est pas applicable lorsqu'un assuré est un ressortissant suisse ou de l'UE et réside dans l'un des États membres de l'UE (ATF 130 V 253 consid. 2.3; art. 4 et 7 du règlement (CE) n° 883/04).

E. 7.3

Le droit à la rente d'invalidité prend naissance au plus tôt à l'échéance d'une période de six mois à compter de la date à laquelle l'assuré a fait valoir son droit aux prestations conformément à l'art. 29 al. 1 LPGA (délai de carence) et sous réserve du délai d'attente d'une année à compter du début de l'atteinte à la santé (art. 28 al. 1 let. b LAI). La rente est versée dès le début du mois au cours duquel le droit prend naissance (art. 29 al. 3 LAI).

E. 8

Dans un arrêt de principe du 3 juin 2015 (ATF 141 V 281), le Tribunal fédéral a procédé à un revirement de sa jurisprudence en matière de troubles somatoformes douloureux, abandonnant la présomption selon laquelle une personne souffrant d'un tel trouble ou d'une affection semblable pouvait par un effort de la volonté raisonnablement exigible surmonter le trouble (cf. ATF 130 V 352). Il a jugé que la capacité de travail exigible des assuré-e-s souffrant de troubles psychiques, tels les symptomatologies douloureuses sans substrat organique objectivable, autrement appelées « troubles somatoformes douloureux », les autres affections psychosomatiques assimilées (ATF 140 V 8 consid. 2.2.1.3), ou encore les troubles dépressifs légers à moyens, doit être évaluée sur la base d'une vision d'ensemble, à la lumière des circonstances du cas particulier et sans résultat prédéfini, dans le cadre d'une procédure d'établissement des faits structurée et normative, permettant, d'une part, de mettre en lumière des facteurs d'incapacités et, d'autre part, les ressources de la personne concernée (ATF 141 V 281 consid. 2, 3.4 à 3.6, 4.1; 143 V 418 consid. 6 ss). Le point de départ de cet examen, et donc sa condition première, nécessaire à la reconnaissance de l'existence d'une atteinte à la santé psychique, est l'existence d'un diagnostic émanant d'un-e expert-e (psychiatre) et s'appuyant, *lege artis*, sur les critères d'un système de classification reconnu, tel le CIM ou le DSM (ATF 143 V 418 consid. 6 et 8.1, 141 V 281 consid. 2.1; arrêt du TF 9C_430/2020 du 17 mars 2021 consid. 2.2). Puis, afin d'évaluer la capacité de travail et le caractère invalidant des affections susmentionnées, le Tribunal fédéral a conçu un catalogue d'indicateurs, classés en deux catégories (ATF 141 V 281 consid. 4.1.3) : la catégorie « degré de gravité fonctionnel » (consid. 4.3), comprenant le complexe « atteinte à la santé » (consid. 4.3.1: expression des éléments pertinents pour le diagnostic, succès du traitement ou résistance à cet égard, succès de la réadaptation ou résistance à cet égard, comorbidités), le complexe « personnalité » (consid. 4.3.2: structure et développement de la personnalité, ressources personnelles) et le complexe « contexte social » (consid. 4.3.3) ; ainsi que la catégorie « cohérence » (consid. 4.4: point de vue du comportement), relative à la limitation uniforme du niveau des activités dans tous les domaines comparables de la vie (consid. 4.4.1) et au poids des souffrances révélées par l'anamnèse établie en vue du traitement et de la réadaptation (consid. 4.4.2). La Haute Cour a précisé que, pour des raisons de proportionnalité, il n'est pas nécessaire de procéder à un examen normatif tel que décrit

lorsque des médecins spécialisés nient, d'une manière fondée et avec motivation, la présence d'une incapacité de travail, que leurs rapports médicaux répondent aux exigences jurisprudentielles et que des éventuels avis contradictoires n'ont pas de force probante notamment parce qu'ils proviennent de médecins qui ne sont pas spécialisés (ATF 143 V 418 consid. 7.1). A titre d'exemple, il n'y a en principe pas besoin de réaliser un examen de preuve structurée dans les cas où il est établi selon la vraisemblance prépondérante que la personne assurée ne souffre que d'un trouble dépressif léger qui n'est pas encore chronique et que, de plus, elle ne présente pas de comorbidités (ATF 143 V 409 consid. 4.5.3; arrêt du TF 9C_580/2017 du 16 janvier 2018 consid. 3.1). Il ne faut pas non plus procéder à un examen normatif structuré dans une affaire où l'assuré avait présenté notamment une dysthymie ainsi qu'un trouble dépressif en rémission (arrêt du TF 8C_341/2018 du 13 août 2018 consid. 6.2).

E. 9.1

Bien que l'invalidité soit une notion juridique et économique, les données fournies par les médecins constituent un élément utile pour apprécier les conséquences de l'atteinte à la santé et pour déterminer quels travaux l'on peut encore raisonnablement exiger de l'assuré. Précisément, la tâche des médecins consiste à porter un jugement sur l'état de santé et à indiquer dans quelle mesure et pour quelles activités la personne assurée est incapable de travailler. Il leur appartient de décrire les activités que l'on peut encore raisonnablement attendre de l'assuré compte tenu de ses atteintes à la santé, en exposant les motifs qui les conduisent à retenir telle ou telle limitation de la capacité de travail (ATF 132 V 93 consid. 4, 125 V 256 consid. 4, 115 V 133 consid. 2, 114 V 310 consid. 3c, 105 V 156 consid. 1; voir ég. ATF 140 V 193 consid. 3.2).

E. 9.2

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 143 V 124 consid. 2.2.2, 134 V 231 consid. 5.1, 125 V 351 consid. 3a; arrêt du TF 9C_453/2017 du 6 mars 2018 consid. 4.2). L'élément déterminant pour la valeur probante n'est ni l'origine du moyen de preuve ni sa désignation comme rapport ou comme expertise, mais bel et bien son contenu (ATF 135 V 465 consid. 4.4, 125 V 351 consid. 3; arrêt du TF 9C_555/2015 du 23 mars 2016 consid. 5.2; Michel Valterio, Commentaire Loi fédérale sur l'assurance-invalidité [LAI], 2018, [cité Commentaire LAI], art. 57 n° 33). La valeur probante d'une expertise est de plus liée à la condition que l'expert dispose de la formation spécialisée nécessaire, de compétences professionnelles dans le domaine d'investigation (cf. arrêts du TF 9C_745/2010 du 30 mars 2011 consid. 3.2 et la référence, 9C_59/2010 du 11 juin 2010 consid. 4.1; cf. Valterio, Commentaire LAI, art. 57 n° 37). En présence d'avis contradictoires, le Tribunal doit apprécier l'ensemble des preuves à disposition et indiquer les motifs pour lesquels il se fonde sur une appréciation plutôt qu'une autre. Selon la jurisprudence, peut constituer une raison de s'écarter d'une expertise le fait que celle-ci contienne des contradictions manifestes ou ignore des éléments essentiels

ou lorsque d'autres spécialistes émettent des opinions contraires objectivement vérifiables - de nature notamment clinique ou diagnostique - aptes à mettre sérieusement en doute la pertinence des déductions de l'expert (cf. ATF 125 V 351 cons. 3b/aa, 118 V 220 consid. 1b et les références; aussi les arrêts du TF 9C_748/2013 du 10 février 2014 consid. 4.1.1 et 4.1.2, I 131/03 du 22 mars 2004 consid. 2.2).

E. 9.2.1

Lorsque, au stade de la procédure administrative, une expertise confiée à un médecin indépendant est établie par un spécialiste reconnu (art. 44 LPGA), sur la base d'observations approfondies et d'investigations complètes, ainsi qu'en pleine connaissance du dossier, et que l'expert aboutit à des résultats convaincants, le juge ne saurait les écarter aussi longtemps qu'aucun indice concret ne permet de douter de leur bien-fondé (ATF 125 V 351 consid. 3b/bb; arrêt du TF I 701/04 du 27 juillet 2005 consid. 2.1.2). La tâche de l'expert est 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 135 V 465 consid. 4.4). Ces expertises ne peuvent être remises en question simplement parce que leurs conclusions ne rejoignent pas celles des médecins traitants (arrêt du TF 8C_155/2020 du 1er avril 2020 consid. 4.2). À cet égard, il convient de mentionner la nature différente des mandats thérapeutiques et d'expertise (cf. arrêts du TF 8C_55/2018 du 30 mai 2018 consid. 6.2 et 8C_820/2016 du 27 septembre 2017 consid. 5.3).

E. 9.2.2

Quant aux 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 135 V 465 consid. 4.5, 125 V 351 consid. 3a/cc). Cette constatation s'applique de même aux médecins non traitant ou spécialistes (expertises privées) consultés par un patient en vue d'obtenir un moyen de preuve à l'appui de sa requête (cf. arrêt du TF I 321/03 du 29 octobre 2003 consid. 3.1; Valterio, Commentaire LAI, art. 57 n° 48). Toutefois, le simple fait qu'un certificat médical ou une expertise de partie soit établi à la demande d'une partie et soit produit pendant la procédure ne justifie pas en soi des doutes quant à sa valeur probante (cf. ATF 125 précité consid. 3b/dd et les références citées). En particulier, les rapports des médecins traitant peuvent mettre en doute la fiabilité et le caractère concluant des avis médicaux émanant de l'assureur. Il conviendra ainsi d'ordonner une expertise externe (art. 44 LPGA) si des doutes, mêmes faibles, subsistent quant à la fiabilité et à la pertinence des constatations médicales effectuées à l'interne (cf. ATF 135 V 465 consid. 4, 4.4-4.6).

E. 9.2.3

S'agissant des documents produits par le service médical d'un assureur étant partie au procès (art. 59 al. 2bis LAI), 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 135 V 465 consid. 4.6, 125 V 351 consid. 3b ee, 123 V 175 consid. 3d, 122 V 157 consid. 1d; arrêt du TF 9C_10/2017 du 27 mars 2017 consid. 5.1). Le simple fait qu'un avis médical divergeant - 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 TF U 365/06 du 26 janvier 2007 consid. 4.1).

E. 9.2.4

Les rapports des SMR selon les art. 59 al. 2bis LAI et 49 al. 1 et 3 du règlement sur l'assurance-invalidité du 17 janvier 1961 (RAI, RS 831.201) ont une autre fonction que les examens sur la personne de l'assuré au sens de l'art. 49 al. 2 RAI effectués par les SMR et de l'art. 44 LPGA effectués par un expert indépendant. Les rapports au sens des art. 59 al. 2bis LAI et 49 al. 1 et 3 RAI ne se fondent pas sur des examens médicaux effectués sur la personne mais contiennent les résultats de l'examen des conditions médicales du droit aux prestations et une recommandation, sous l'angle médical, concernant la suite à donner à la demande de prestations. Ils ne posent pas de nouvelles conclusions médicales mais portent une appréciation sur celles déjà existantes (arrêts du TF 9C_581/2007 du 14 juillet 2008 consid. 3.2 et 9C_341/2007 du 17 novembre 2007 consid. 4.1).

E. 10.1

Si l'administration entre en matière sur la demande, elle doit instruire la cause et déterminer si la modification du degré d'invalidité rendue plausible par l'assuré s'est effectivement produite (ATF 130 V 64 consid. 6.2). Dans un tel cas, selon l'art. 87 al. 3 RAI en lien avec son alinéa 2, il convient d'examiner, par analogie avec l'art. 17 al. 1 LPGA relatif à la révision du droit à la rente, si, entre la décision de refus de prestations entrée en force et la décision litigieuse, un changement important des circonstances, propre à influencer le degré d'invalidité, et donc le droit à la rente, s'est produit (ATF 133 V 108 consid. 5, 130 V 71). Tout changement important des circonstances propres à influencer le degré d'invalidité, et donc le droit à la rente, peut motiver une révision. La rente peut ainsi 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 (ou d'exercer les travaux habituels) ont subi un changement important (ATF 144 I 103 consid. 2.1, 141 V 9 consid. 2.3 et 5.3, 130 V 343 consid. 3.5, 113 V 275 consid. 1a). Le point de savoir si une telle modification déterminante s'est produite doit être tranché en comparant les faits tels qu'ils se présentaient au moment de la dernière décision rejetant la demande de prestations entrée en force reposant sur un examen matériel du droit à la rente et les circonstances régnant à l'époque de la nouvelle décision litigieuse (ATF 133 V 108 consid. 5.3.1, 130 V 71 consid. 3.2, 130 V 343 consid. 3.5.2; arrêts du TF 9C_250/2020 du 15 juin 2020 consid. 2, 9C_503/2020 du 17 novembre 2020 consid. 3.2). 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 (ATF 141 V 9 consid. 2.3, 112 V 371 consid. 2b; arrêts du TF 9C_818/2015 du 22 mars 2016 consid. 2.2, 9C_89/2013 du 12 août 2013 consid. 4.1).

E. 10.2

En l'espèce, l'autorité inférieure est entrée en matière sur la nouvelle demande du 12 septembre 2011. Par conséquent, elle avait à déterminer, en se référant à la dernière décision entrée en force qui a été prise sur la base d'un examen matériel du droit de l'assuré, si la modification du degré d'invalidité alléguée s'est effectivement produite depuis la dernière décision déterminante. Si tel n'était pas le cas, elle devait rejeter la demande. Dans le cas contraire, elle devait encore déterminer si la modification constatée était suffisante pour conclure au droit à la rente, autrement dit, si l'assuré remplissait nouvellement les

conditions d'octroi d'une rente depuis le 1er mars 2012 (art. 29 al.1 LAI; cf. la nouvelle demande du 12 septembre 2011 [AI pce 161]; ATF 133 V 108 consid. 4.2; comp. 140 V 2 consid. 5, 142 V 547 consid. 3). En cas de recours, le même devoir d'examen incombe au tribunal (ATF 117 V 198 consid. 3a, 109 V 108 consid. 2b; arrêt du TF 9C_250/2020 du 15 juin 2020 consid. 2). Si un motif de révision doit être admis, le droit à la rente doit être réexaminé de manière globale (« allseitig ») sous l'angle juridique et factuel, le degré d'invalidité doit ainsi être déterminé à nouveau sur la base d'un état de fait établi de manière correcte et complète sans que l'autorité ne soit liée par les appréciations antérieures (cf. ATF 141 V 9 consid. 2.3 in fine avec les références; arrêt du TF 9C_378/2014 du 21 octobre 2014 consid. 4.2). Une modification significative du degré d'invalidité est une condition préalable à la révision du droit à la rente. Tout changement dans les faits ne suffit pas pour fonder une adaptation de la rente dans le cadre d'une procédure de révision, respectivement dans le cadre d'une procédure de nouvelle demande. Un nouveau diagnostic ou un diagnostic qui n'est plus posé ne constitue pas en soi un motif de révision, puisque l'élément quantitatif d'une amélioration ou d'une détérioration (significative) de la santé n'est pas nécessairement réalisé. Un nouveau diagnostic ou un diagnostic qui n'est plus posé ne signifie pas, per se, une détérioration de l'état de santé ou une amélioration de l'état de santé, encore faut-il que les changements effectifs de circonstances aient une incidence sur le droit à la rente (ATF 141 V 9 consid. 5.2, 130 V 343 consid. 3.5.2; arrêt du TF 9C_223/2011 du 3 juin 2011 consid. 3.2). Dans le cadre d'une réévaluation de l'état de santé et de la capacité de travail, l'état de santé global doit être apprécié. Un changement effectif de l'état de santé peut résulter, par exemple, de l'intensité augmentée d'une atteinte et de son impact élevé sur la capacité de travail ou d'une meilleure adaptation de l'assuré à une atteinte (arrêt du TF 9C_771/2009 du 10 septembre 2010 consid. 2.3 avec références).

E. 11.1

Procédant à l'instruction de la nouvelle demande déposée le 12 septembre 2011 (AI pce 161), l'OAIE a recueilli notamment la documentation suivante jusqu'à la décision du 11 avril 2018 (AI pce 330) dont est recours :

E. 11.1.1

À la suite du dépôt de la nouvelle demande (AI pce 161) : - une attestation du 18 juillet 2011 du Dr P. _____ (Département de psychiatrie et santé mentale du Centre hospitalier Q. _____) indiquant un suivi depuis octobre 2008 en raison d'un trouble dépressif prolongé résultant de difficultés d'acceptation et adaptation à des limitations physiques. Il est noté par la suite une régression des symptômes constatée notamment quant à la révolte de ne pas pouvoir exercer une activité professionnelle régulière. Le rapport note un suivi d'accompagnement (AI pce 167) ; - une attestation du 9 novembre 2011 du Dr P. _____ faisant état d'une réaction dépressive prolongée, d'un suivi ambulatoire depuis le 28 avril 2008, d'une médication et d'un accompagnement psychothérapeutique et en psychologie, d'une évaluation n'ayant montré aucun changement (AI pce 168) ; - un rapport du 12 décembre 2011 de la Dre R. _____ (spécialisation non indiquée) de la sécurité sociale portugaise, indiquant que l'assuré souffre d'altérations comportementales compatibles avec un syndrome dépressif réactionnel prolongé, de rachialgies chroniques depuis plus de 10 ans notamment lombaires et cervicales sans soulagement en dépit de traitements aux AINS et de physiothérapie, un suivi psychiatrique et orthopédique, notant les diagnostics de syndrome dépressif réactionnel prolongé et syndrome douloureux du rachis lombaire et cervical (AI pce 176) ; - un rapport médical E 213 du 3 janvier 2012 (Dr S. _____,

spécialisation non indiquée) notant un état général normal (163cm/67kg), un status orienté, une colonne vertébrale sans dégradation significative, un Lasègue négatif bilatéral, une distance doigts-sol de 20 cm, des membres supérieurs et inférieurs sans altération significative, indiquant la possibilité d'activités moyennement lourdes, la possibilité de l'activité antérieure dans la production alimentaire à temps complet (AI pce 169) ; - un questionnaire à l'assuré daté du 12 juillet 2012 n'indiquant pas d'activité professionnelle depuis le 31 décembre 2001 pour raison de santé (AI pce 175) ; - une prise de position du 9 octobre 2012 du Dr I._____ de l'OAIE indiquant le diagnostic principal de réaction dépressive prolongée, préconisant un examen approfondi en Suisse (AI pce 187) ; - une prise de position du 7 janvier 2013 de la Dre T._____ (sans spécialisation indiquée) de l'OAIE proposant une expertise psychiatrique en Suisse (AI pce 189) ; - un rapport du 12 mars 2013 de Mme U._____ de consultation psychologique reprenant pour l'essentiel le rapport du 18 juillet 2011 (cf. AI pce 167), indiquant des difficultés pour le patient de contrôler son tempérament, préconisant le suivi du traitement thérapeutique (AI pce 202 p. 25) ; - un rapport d'examen de laboratoire du 5 juillet 2013 (AI pce 202 p. 24) ; - un rapport du 5 juillet 2013 d'expertise psychiatrique du Dr E._____ (spécialiste en psychiatrie et psychothérapie) retenant au jour de l'expertise les diagnostics selon la CIM-10 de dysthymie (trouble dysthymique) (F34.0) et de majoration de symptômes physiques pour des raisons psychologiques (F68.0) mais notant que l'on ne saurait retenir une quelconque incapacité de travail d'origine psychiatrique chez l'expertisé (AI pce 202; voir infra consid.13.2.2) ; - un rapport du 9 septembre 2013 de la Dre T._____ (spécialiste en psychiatrie et psychothérapie) de l'OAIE rapportant les diagnostics retenus par le Dr E._____ et confirmant ses conclusions, l'expertise étant de son avis détaillée et probante (AI pce 204).

E. 11.1.2

À la suite de la décision du 19 juin 2014 ayant rejeté la nouvelle demande de rente (AI pce 228) et du recours contre celle-ci du 14 août 2014 (AI pce 231) : - un rapport de consultation psychologique du 11 février 2014 de Mme U._____ (spécialiste en psychologie clinique) faisant état d'un suivi ambulatoire depuis octobre 2008 en raison d'un trouble dépressif prolongé. Le rapport note un début de traitement confronté à des résistances et par la suite une amélioration graduelle notamment de la capacité d'introspection. L'autocontrôle est indiqué difficile en présence de contrariétés. Les deux dernières années ont été marquées par une régression des symptômes du patient à sa difficulté d'autocontrôle. Elle préconise le maintien d'un suivi psychologique (AI pce 239) ; - un rapport du 8 mai 2014 du Dr F._____ (spécialiste en orthopédie et traumatologie) indiquant une pathologie dégénérative de la colonne vertébrale et lombaire-sacrée associée à un cadre de fibromyalgie. Il préconise que l'intéressé soit déclaré en incapacité pour sa profession antérieure (souligné et en gras) qui exigeait de longues périodes d'efforts et des manipulations de charges lourdes ainsi que des positions très peu adaptées vu ses problèmes à la colonne vertébrale (AI pce 240; voir infra consid. 13.1.3-5.) ; - un rapport d'examen de la vue du 23 avril 2014 du Dr V._____ (AI pce 241, infra consid. 13.1.7) ; - une prise de position du 8 janvier 2015 du Dr I._____ de l'OAIE concluant à la nécessité, compte tenu des nouveaux rapports médicaux produits, d'un examen orthopédique complet (AI pce 243).

E. 11.1.3

À la suite de l'arrêt du 11 mai 2015 du Tribunal de céans ayant admis - sur proposition de l'OAIE - le recours de l'intéressé et conclu à la mise en place d'une expertise pour le moins

rhumatologique (ou orthopédique), éventuellement complétée d'un volet psychiatrique et d'un volet ophtalmologique (AI pce 249) : - une prise de position du 24 août 2015 du Dr I. _____ de l'OAIE préconisant un rapport psychiatrique, un examen orthopédique et un examen ophtalmologique (AI pce 252) ; - une note interne de l'OAIE du 19 janvier 2017 préconisant de remplacer l'examen orthopédique par un examen rhumatologique et de procéder à un examen ophtalmologique en Suisse hors le cadre de l'expertise pluridisciplinaire (AI pce 264) ; - une note interne de l'OAIE du 7 mars 2017 selon laquelle l'examen ophtalmologique ne s'avère pas nécessaire selon le centre Z. _____ et qu'il y est renoncé (AI pce 275) ; - un rapport d'expertise pluridisciplinaire du 19 juillet 2017 du centre Z. _____ signé des Drs G. _____ (spécialiste en médecine interne et rhumatologie) et H. _____ (spécialiste en psychiatrie-psychothérapie) retenant, sur le plan somatique (examen du 10 mai 2017), les diagnostics, sans répercussion sur la capacité de travail, de rachialgies chroniques communes sur des troubles statiques et dégénératifs modérés du rachis cervical et lombaire, un status après contusion du coccyx en 1994, un status après polytraumatisme en 1983 avec fracture de la main droite et traumatisme crânio-cervical ainsi que ceux de gastrite en 2016 et de status après opération de la cataracte en 2012 et 2013, et, sur le plan psychiatrique, sans répercussion sur la capacité de travail, les diagnostics de dysthymie (F34.1) depuis 2003 et de majoration de symptômes physiques pour des raisons psychologiques (F68.0) depuis 2013 au moins, l'assuré étant quelque peu démonstratif. Les experts précisent qu'il n'y a pas de limitations fonctionnelles significatives à retenir tant sur les plans somatique que psychique et mental et que l'activité exercée jusqu'ici, comme toute autre activité, est exigible à plein temps sans diminution de rendement. D'autres activités peuvent être exercées à plein temps sans critères médicaux à retenir. Par ailleurs, l'expertisé n'a pas présenté de pathologie nouvelle au plan somatique à même d'influencer la capacité de travail. Ils notent que les diagnostics retenus par les médecins portugais sont relativement concordants à leur appréciation avec cependant une divergence quant à la capacité de travail qui en découlerait. En synthèse et discussion, l'appréciation des experts sur les plans rhumatologique et psychiatrique est énoncée concordante avec celle de l'expertise réalisée en 2005 (AI pce 285; voir infra consid. 13.1.3, 13.2.3, 13.2.8 s.) ; - une prise de position du 15 août 2017 du Dr I. _____ (spécialiste en médecine générale) de l'OAIE validant entièrement les diagnostics et la capacité de travail retenus par les experts (AI pce 292) ; - une prise de position du 8 septembre 2017 du Dr J. _____ (spécialiste en psychiatrie et psychothérapie) de l'OAIE selon lequel l'état de santé de l'assuré sous l'angle psychiatrique n'a pas changé depuis 2003, l'assuré présentant une dysthymie, une humeur dépressive chronique n'ayant jamais atteint le seuil d'une dépression. Il ne retient ainsi aucune incapacité de travail sous l'angle psychiatrique (AI pce 294) ; - un bref rapport du 29 janvier 2018 de la Dre K. _____ (spécialiste en rhumatologie) faisant état d'un syndrome douloureux chronique remontant à un accident en 1994, de plaintes d'algies principalement au niveau du rachis, de la présence d'innombrables tender points positifs, d'un sommeil non réparateur, d'altérations cognitives franches « (comme une dépression majeure) », d'une maladie à évolution progressive, incapacitant le patient dans ses activités quotidiennes. Elle note le suivi d'une thérapie médicamenteuse sans résultat (AI pce 324) ; - une prise de position du 20 mars 2018 du Dr I. _____ de l'OAIE indiquant que les erreurs relevées par l'assuré dans l'anamnèse de l'expertise du centre Z. _____ (cf. supra B.e) ne sont pas déterminantes, que le rapport rhumatologique du 29 janvier 2018 de la Dre K. _____ énonce des douleurs de la colonne vertébrale et l'existence de tender points positifs faisant état d'un syndrome de fibromyalgie, que des

altérations cognitives sont signalées dans le cadre d'une dépression majeure. Le Dr I._____ relève que la dernière observation sort du champ de compétence de la rhumatologie et ne peut donc être prise en considération. Il note aussi qu'un rapport du Dr L._____ de 2001 (cf. supra B.e) ne saurait remettre en question les conclusions de l'expertise exhaustive réalisée en 2017 à laquelle il y a lieu de se référer (AI pce 329).

E. 11.1.4

Devant le Tribunal de céans, les rapports médicaux ci-après ont encore été produits : - un rapport de la Dre K._____ (spécialiste en rhumatologie) du 8 février 2019 répétant son rapport du 29 janvier 2018 (TAF pce 18) ; - une attestation de la Dre M._____ (spécialiste en psychiatrie) du 14 février 2019 faisant état d'un suivi en régime ambulatoire depuis 2012 pour des altérations psychopathologiques compatibles avec le diagnostic de dépression névrotique (CIM-9 300.4) (TAF pce 18) ; - un rapport radiologique du 25 janvier 2019 de la Dre N._____ faisant état de calcifications au niveau des genoux (TAF pce 18) ; - une prise de position du 8 mars 2019 du Dr I._____ (spécialiste en médecine générale) de l'OAIE indiquant que les derniers documents n'apportaient pas d'aspects nouveaux au niveau somatique (TAF pce 22) ; - une prise de position du 1er avril 2019 du Dr J._____ (spécialiste en psychiatrie et psychothérapie) de l'OAIE indiquant que la courte attestation du 14 février 2019 d'une dépression névrotique n'était pas étayée et qu'en conséquence ce rapport ne pouvait être retenu (TAF pce 22) ; - un rapport du 23 avril 2019 du Dr O._____ de tomographie du genou droit (TAF pce 26) ; - une prise de position du 28 décembre 2019 du Dr I._____ de l'OAIE. Le médecin indique notamment qu'il n'y a pas de rapports somatiques ou psychiatriques actuels démontrant de manière objective des pathologies avec empêchements fonctionnels (TAF pce 34).

E. 11.2

Est litigieuse la question de savoir si, après la suppression de la rente par décision du 5 juin 2007 et jusqu'au 11 avril 2018, il y a eu un changement des faits ouvrant un droit à une rente, étant précisé que vu la date de dépôt de la troisième demande, un droit à la rente ne peut naître qu'à compter du 1er mars 2012 (cf. consid. 3.1 et 7.3). Il convient par conséquent, en application par analogie de l'art. 17 LPGA, de comparer, d'une part, l'état de santé et la capacité de travail déterminants au moment de la suppression de rente par décision du 5 juin 2007 qui s'est basée notamment sur les rapports d'expertise des 4 et 13 juillet 2005 de la clinique D._____ (AI pce 94), avec, d'autre part, l'état de santé et la capacité de travail de l'assuré à la base de la décision du 11 avril 2018 dont est recours (AI pce 330), qui s'est fondée notamment sur le rapport d'expertise Z._____ du 19 juillet 2017.

E. 12.1

En l'espèce, l'OAIE a rejeté la troisième demande de prestations AI par décision du 11 avril 2018 (AI pce 330) en se fondant sur le rapport d'expertise pluridisciplinaire Z._____ du 19 juillet 2017 (cf. supra B.f; AI pce 285). Pour l'essentiel, sur le plan médical, l'OAIE a retenu des cervicalgies et lombalgies sans irradiation dans les membres ni troubles neurologiques, relevé l'absence d'éléments en faveur de troubles dégénératifs marqués et d'une pathologie ostéoarticulaire inflammatoire. Il a retenu une situation comparable à 2005, mentionné que l'ensemble des éléments confirmait la présence (non incapacitante) d'un syndrome somatoforme douloureux, les rachialgies communes chroniques sur des troubles statiques et dégénératifs modérés du rachis cervical et lombaire n'influençant

cependant pas de façon significative et durable la capacité de travail. Il a retenu également une symptomatologie dépressive chronique dont l'intensité était directement liée aux douleurs et qui s'était exacerbée depuis la suppression de la rente AI en 2007. La situation actuelle au plan psychique était également superposable à celle déjà observée par le Dr E. _____ en 2013. Le diagnostic retenu était une dysthymie (F34.1) depuis 2003. L'intensité de la dépression était légère et les plaintes plus sévères n'étaient pas corroborées par la description des activités quotidiennes. Le diagnostic de majoration de symptômes physiques pour des raisons psychologiques (F68.0) a été par ailleurs posé. Ainsi, l'OAIE a conclu qu'aucune limitation fonctionnelle ne pouvait être retenue et la capacité de travail et de gain était complète dans toute activité lucrative, y compris celle précédente d'opérateur de production dans l'industrie alimentaire (AI pce 330).

E. 12.2

Le recourant conteste la décision, respectivement la valeur probante de l'expertise du centre Z. _____ de 2017 en lui opposant plusieurs griefs (TAF pce 1). Sur le plan médical, il reproche notamment aux experts : - d'avoir écarté une pathologie dégénérative de la colonne vertébrale et lombaire-sacrée et d'avoir renoncé à de nouvelles investigations radiologiques, - d'avoir retenu une situation en tout point comparable à celle décrite lors de l'expertise de 2005 malgré une pathologie dégénérative de la colonne vertébrale et lombaire-sacrée, - de n'avoir pas retenu de restrictions sévères et persistantes de la flexion lombaire, - de ne pas s'être prononcés sur ses problèmes ophtalmologiques, - d'avoir glissé rapidement sur le diagnostic de fibromyalgie, - de ne pas avoir exploré son quotidien, d'avoir minimisé son isolement social et son anxiété. Il fait également valoir des erreurs dans l'anamnèse et des difficultés de compréhension lors de l'expertise qui auraient eu une incidence sur les conclusions de celle-ci (voir infra consid. 13.3).

E. 13

Le rapport d'expertise Z. _____ de 2017 à la base de la décision attaquée a été établi par des spécialistes dans leurs domaines d'investigation. Leur rapport contient un résumé des pièces au dossier, une anamnèse complète ; il se fonde sur des examens circonstanciés et pratiqués sur la personne de l'assuré. Les plaintes exprimées par ce dernier ont été prises en considération. Les points litigieux ont fait l'objet d'examens circonstanciés. L'appréciation de la situation médicale est complète et n'est pas contradictoire, les conclusions sont motivées. La description du contexte médical est précise en lien avec les rapports médicaux au dossier. L'expertise de centre Z. _____ remplit à première lecture et analyse les critères jurisprudentiels formels pour pouvoir lui reconnaître pleine valeur probante (cf. supra consid. 9.2). De plus, l'expertise Z. _____ 2017 se réfère dûment pour comparaison à la situation antérieure établie par l'expertise de la clinique D. _____ de 2005 afin de retenir ou non une modification de l'état de santé déterminante depuis les constats de 2005 (cf. supra consid. 10). Reste à examiner si l'expertise est probante sur le plan matériel et permet au Tribunal de statuer en l'espèce. Dans son arrêt du 5 janvier 2009, le TAF a reconnu pleine valeur probante à l'expertise de la clinique D. _____ (consid. 11.1 in fine). Aucune atteinte somatique ne permettait d'expliquer les douleurs dont faisait état l'intéressé, l'appréciation de la clinique D. _____ étant par ailleurs corroborée par plusieurs rapports médicaux au dossier, notamment, d'une part, un rapport E 213 du 14 juillet 2003 ayant conclu à l'inexistence d'une incapacité de travail pour la profession habituelle de l'assuré pouvant être exercée à plein temps, l'examen de l'appareil locomoteur et l'examen neurologique, en particulier, ayant montré des résultats très satisfaisants (colonne vertébrale

à la mobilité totalement conservée, mouvements et marche effectués sans altérations) et, d'autre part, le rapport du 5 février 2004 du Dr C. _____ et le rapport du 17 octobre 2007 du Dr Y. _____, médecins du Service médical de l'OAIE, faisant état d'une absence de toutes limitations fonctionnelles (cf. consid. 11.2 p. 12). Par ailleurs, après un examen étendu de la question de l'existence ou non d'une fibromyalgie ou d'un trouble somatoforme douloureux ayant une incidence sur la capacité de travail - diagnostic qui n'a pas été posé par l'expert de la clinique D. _____, l'arrêt a conclu qu'une telle atteinte n'existait pas, les médecins traitants de l'assuré ayant évoqué ces diagnostics en raison de l'absence d'un fondement somatique aux douleurs de l'intéressé (consid. 12.4). Le Tribunal a ainsi confirmé la décision rendue par l'OAIE de rejet de toutes prestations AI.

E. 13.1

Evolution sur le plan somatique.

E. 13.1.1

A la base de la décision de suppression de rente du 5 juin 2007, le Dr W. _____ (spécialiste en médecine interne et en rhumatologie) de la clinique D. _____ (AI pce 94 p. 1) avait posé en 2005 les diagnostics suivants sans répercussion sur la capacité de travail : 1. rachialgies chroniques (M47.9) : troubles dégénératifs très discrets du rachis cervical et lombaire, status après contusion coccygienne en 1994, 2. status après polytraumatisme en 1983 comportant une fracture complexe de la main droite et un traumatisme crânien, sans séquelle significative, 3. status après appendicectomie en 1987. A l'examen physique, marqué par un comportement douloureux au point que la palpation du rachis en perdait toute pertinence, l'expert a relevé notamment des rotations et inflexions lombaires non limitées (« mais ce au prix d'une douleur ») ainsi que des rotations cervicales libres à 80° et les flexions à 20°. Il n'a pas constaté de limitations fonctionnelles significatives des articulations axiales et périphériques, ni de stigmate d'une maladie systémique évolutive, ni d'indice en faveur d'une atteinte neurogène. L'expert a indiqué que l'évaluation des capacités fonctionnelles traduisait bien la réalité clinique et se situait dans le prolongement des observations médicales. Un hiatus considérable a été relevé entre l'appréciation faite par l'expertisé de ses propres capacités et le niveau de performances réellement atteint au cours des tests. L'expert a relevé que l'état douloureux du rachis ne reposait sur aucun diagnostic lésionnel précis. En conclusion, le bilan de santé actuel ne relevait pas d'anomalies significatives et les aptitudes fonctionnelles étaient intactes. Aucune atteinte à la santé physique susceptible d'avoir une incidence sur la capacité de travail dans le dernier travail ne pouvait être retenue. Il a également relevé sur la base de la documentation radiologique (colonnes lombaire et cervicale face et profil du 29 juin 2005) que celle-ci ne permettait pas de mettre en évidence d'anomalies expliquant le tableau douloureux. Une pleine capacité de travail était exigible de la part de l'assuré (AI pce 94 p. 7 ss). Dans un rapport du 28 juin 2005 d'évaluation des capacités fonctionnelles de l'intéressé, M. X. _____ (physiothérapeute) avait établi que l'assuré sous-estimait ses aptitudes fonctionnelles, les performances effectivement réalisées correspondant en fait à un niveau moyen d'efforts (AI pce 94 p. 15). La décision de suppression de rente du 5 juin 2007 avait suivi les conclusions de l'expert rhumatologue ayant conclu à une pleine capacité de travail médicalement exigible sur le plan somatique, appréciation qui a été confirmée par le Tribunal de céans par un arrêt du 5 janvier 2009 (C-4464/2007; AI pce 153) entré en force et qui n'est pas litigieuse en l'espèce.

E. 13.1.2

A l'examen clinique en 2017, dans le cadre de l'expertise Z._____, le Dr G._____ (spécialiste en médecine interne et rhumatologie) a constaté, outre un bon état général (68kg/162cm/BMI 25.9; droitier, présence de callosités aux deux mains et de « traces noires sous les ongles comme chez un travailleur manuel », bonne mobilité sans boiterie, pas d'amyotrophie des membres), des amplitudes de mouvements correctes du rachis cervical et du tronc (diminution d'un tiers des inclinaisons latérales et rotations) mais avec des cervicalgies et lombalgies diffuses, noté des douleurs diffuses énoncées à la palpation à la position assise, des douleurs cervico-dorsales énoncées à la mobilité des épaules sans signe en faveur d'une tendinopathie ou d'un conflit sous-acromial, des articulations périphériques sans particularité. Il a indiqué qu'il n'y avait pas d'irradiation dans les membres ou de troubles neurologiques périphériques évoquant une radiculopathie. Il n'a pas retenu d'éléments évoquant des troubles dégénératifs marqués ni d'arguments pour une pathologie ostéoarticulaire inflammatoire. Rien de particulier n'a été signalé au niveau des membres inférieurs. Un comportement quelque peu démonstratif et majorant a été constaté à l'examen physique. Sur le plan somatique, les diagnostics suivants sans répercussion sur la capacité de travail ont été retenus : 1. rachialgies chroniques communes sur des troubles statiques et dégénératifs modérés du rachis cervical et lombaire, 2. status après contusion du coccyx en 1994, 3. status après polytraumatisme en 1983 avec fracture de la main droite et traumatisme crânio-cervical ainsi que ceux de 4. gastrite en 2016 et 5. status après opération de la cataracte en 2012 et 2013. L'expert a mentionné, en particulier sur le plan rhumatologique, que les éléments médicaux nouvellement fournis par l'expertisé n'apportaient pas au plan somatique d'éléments pour une pathologie invalidante, que les diagnostics retenus sur le plan somatique n'influençaient pas de façon significative et durable la capacité de travail (AI pce 285).

E. 13.1.3

La Cour constate que les diagnostics somatiques posés par l'expert en 2017 sont pour l'essentiel les mêmes qu'en 2005 appréciés tant en 2005 qu'en 2017 sans incidence sur la capacité de travail, étant précisé que les troubles statiques et dégénératifs du rachis cervical et lombaire décrits très discrets en 2005 sont appréciés modérés en 2017. De plus, les constats et appréciations du Dr G._____ ne divergent pour l'essentiel pas du rapport E 213 du 3 janvier 2012 (AI pce 169). Aux diagnostics retenus en 2005, se sont ajoutés ceux de status après opération de la cataracte en 2012 et 2013 et de gastrite en 2016. Selon l'expert, sur le plan rhumatologique, les éléments médicaux nouvellement fournis n'apportent pas d'éléments pour une pathologie invalidante. Pourtant, dans son rapport du 8 mai 2014, référencé par les experts du centre Z._____ (AI pce 285 p. 9, 22 in fine), le Dr F._____ (spécialiste en orthopédie et traumatologie) avait fait état d'un suivi pour une pathologie dégénérative de la colonne vertébrale et lombaire associée à un cadre de fibromyalgie et avait mentionné des polyarthralgies migratoires chroniques. Il avait aussi noté des épisodes incapacitants de sciatalgies bilatérales (plus à gauche), de paresthésie et hypoesthésie des membres inférieurs et de claudication neurologique. Ces constats ne sont pas anodins, mais il y a toutefois lieu de les considérer avec réserve car il n'avait préconisé en 2014 qu'un traitement conservateur avec des analgésiques en cas de besoin et un appui de physiothérapie / aqua gymnastique. Par ailleurs, il avait relevé des altérations radiologiquement modérées au niveau cervical C4-C6 et lombaire L4-S1. De plus, malgré les atteintes à la santé relevées, il avait préconisé que l'intéressé soit seulement déclaré en

incapacité pour sa profession antérieure (souligné et en gras) qui exigeait, selon le médecin, de longues périodes d'efforts et de manipulations de charges lourdes ainsi que des positions très peu adaptées vu ses problèmes à la colonne vertébrale (AI pce 240). Cette dernière recommandation (soulignée et en gras) du spécialiste montre qu'il n'a pas retenu, en 2014, de status invalidant en tout cas pour des activités légères à moyennement lourdes. Par la suite, le recourant n'a plus produit de rapport médical du Dr F._____. Il a par contre produit deux brefs rapports des 29 janvier 2018 et 8 février 2019 de la Dre K._____. (spécialiste en rhumatologie) faisant état, dans le cadre de sa spécialisation, d'un syndrome douloureux chronique, de plaintes d'algies principalement au niveau du rachis, d'innombrables tender points positifs sans cependant émettre quelque appréciation sur la capacité de travail de l'intéressé. Cependant, et en tant que tels, ces rapports rhumatologiques sont trop vagues, n'indiquent aucune limitation fonctionnelle, ne sont pas de nature à mettre en doute tant les conclusions du Dr G._____ de 2017 que du Dr F._____ de 2014 auxquelles le recourant se réfère encore dans son recours en 2018. Concernant les nouveaux diagnostics posés par le centre Z._____ de 4. gastrite en 2016 et de 5. status après opération de la cataracte en 2012 et 2013, lesdites atteintes ont été spécifiées par le centre Z._____ sans répercussion sur la capacité de travail. L'atteinte de gastrite en 2016 est relevée dans le rapport Z._____ avec l'indication liminaire que sur le plan de la médecine interne il n'y avait rien de particulier à signaler. A l'anamnèse, la rubrique « gastro-antérologique » mentionne « parfois des gastralgies, mais avec le traitement actuel il y a peu de symptômes (...). Tendance à la constipation (...). Pas de sang frais constaté sur les selles » (AI pce 285 p. 11). S'agissant du status visuel, l'expertise Z._____ fait état du rapport du Dr V._____ du 23 avril 2014 ne signalant rien de particulier (cf. infra consid. 13.1.7), du port de lunettes par l'intéressé en situation de lumière artificielle, d'une vue « grossièrement en ordre » (AI pce 285 p. 9, 11,19). Le rapport Z._____ relate une opération de la cataracte en 2012 et 2013, des complications postopératoires ne sont pas signalées ni ne figurent au dossier et il n'est aucunement rapporté des difficultés visuelles. L'assuré conduit régulièrement (AI pce 285 p. 16), il signale uniquement porter des lunettes en situation de lumière artificielle. La qualification de vue « grossièrement en ordre » n'est pas claire, mais ce mode d'énoncé est aussi employé pour l'ouïe (« grossièrement conservée ») alors qu'aucun problème d'ouïe n'est évoqué (cf. AI pce 285 p. 19). Avec les experts, on ne voit dès lors pas que les nouveaux diagnostics ont une influence sur les capacités fonctionnelles, fonderaient une dégradation de santé et seraient de nature à influencer la capacité de travail de l'assuré (cf. aussi consid. 13.1.7 infra).

E. 13.1.4

Le recourant élève avant tout le grief que les experts ont écarté une pathologie dégénérative de la colonne vertébrale et lombaire-sacrée avec polyarthralgie migratoire chronique et aggravation progressive et renoncé à de nouvelles investigations radiologiques pour le motif peu étayé que des signes pathologiques en faveur d'une radiculopathie faisaient défaut. Par ce grief, le recourant se réfère au rapport du Dr F._____ du 8 mai 2014. Ce médecin avait indiqué à ce moment-là que les atteintes engendraient de grandes limitations fonctionnelles pour les activités de base quotidiennes. De telles limitations, qui n'ont plus été rapportées ultérieurement, n'ont pas été constatées à l'examen clinique lors de l'expertise Z._____ de 2017. De plus, s'il est probable que l'assuré puisse avoir des épisodes de douleurs au niveau de la colonne vertébrale et lombo-sacrée, celles-ci, également selon le Dr F._____, ne sauraient fonder une incapacité de travail pour toutes activités. En effet, l'assuré ne présente

aucun signe d'amyotrophie des membres, et de plus des signes clairs de travaux manuels au niveau des mains ont été observés à l'examen Z._____ de 2017. Le Dr F._____ fait d'ailleurs lui-même référence à une incapacité de travail en relation avec une activité lourde, il n'exclut, ainsi relevé, pas une activité légère à moyenne. Le fait que les experts aient renoncé à des investigations radiologiques résulte des constats mêmes du Dr F._____ qui avait indiqué des altérations radiologiquement modérées au niveau cervical C4-C6 et lombaire L4-S1 (AI pce 240) et de l'examen sur la personne à l'occasion de l'expertise du centre Z._____ qui a permis à l'expert de constater que l'expertisé ne présentait pas de limitations fonctionnelles importantes nécessitant par ailleurs de nouveaux examens radiologiques en raison de suspicions d'atteintes invalidantes. Il est par ailleurs de la compétence des experts sous l'angle d'une appréciation anticipée des preuves de déterminer les examens nécessaires à leurs missions (sur l'appréciation anticipée des preuves: ATF 140 I 285 consid. 6.3.1 et le choix des disciplines médicales, respectivement des examens médicaux: ATF 139 V 349 consid. 3.3; arrêts du TF 9C_587/2014 du 20 octobre 2014 consid. 6.3.2, 8C_761/2012 du 29 juillet 2013 consid. 4.3).

E. 13.1.5

Le recourant conteste notamment que son status somatique puisse être apprécié en tout point comparable à celui décrit lors de l'expertise de 2005. Or, il appert du rapport même du Dr F._____ de 2014 radiologiquement des altérations dégénératives modérées au niveau cervical (C4-C6) et lombaire (L4-S1), soit un status ayant peu évolué. Des altérations et modifications dégénératives du rachis radiologiquement mises en évidence ne sont également selon la jurisprudence constante en elles-mêmes pas constitutives de limitations fonctionnelles invalidantes (cf. arrêts du TF 9C_364/2015 du 1er juillet 2015 consid. 5.3 s., 9C_18/2014 du 16 avril 2014 consid. 3.2 i.f., 9C_25/2012 du 25 avril 2012 consid. 3.4, 9C_175/2011 du 5 mars 2012 consid. 3.3) tant qu'elles n'atteignent pas un seuil invalidant notamment sous forme de hernies discales, de sténoses / rétrécissements du canal rachidien, de glissements de vertèbre, de myélopathie et de radiculopathie. En 2017, le Dr G._____ du centre Z._____ n'a pas constaté des suspicions d'atteintes de ce type et stade à l'examen clinique. Des limitations fonctionnelles importantes du rachis, propres à affecter la mobilité dans une activité adaptée, n'ont pas été relevées, bien qu'en 2017 une diminution d'un tiers des inclinaisons latérales et rotations du tronc par rapport à la situation de 2005 a été constatée. Sur la base de ces constats, et aussi des signes d'activités manuelles de l'assuré au niveau de ses mains, il peut être retenu qu'il n'y a pas eu, entre 2005 et 2017, de changements importants tout en retenant qu'il y a eu une légère progression des atteintes dégénératives du rachis entre 2005 et 2017.

E. 13.1.6

Le recourant fait grief aux experts du centre Z._____ de n'avoir pas retenu de restrictions sévères et persistantes de la flexion lombaire. L'assuré énonce certes des douleurs au rachis cervical et au rachis lombaire dont il estime l'intensité en moyenne à 7,8/10, au pire à 10/10 et au mieux à 5,5/10 (AI pce 285 p. 11). Comme il l'a été démontré au consid. 13.1.4, il n'appert pas de l'examen rhumatologique effectué dans le cadre de l'expertise Z._____ de restrictions sévères et persistantes de la flexion lombaire (AI pce 285 p. 19).

E. 13.1.7

Le recourant fait valoir que l'expertise Z._____ ne s'est pas prononcée sur ses problèmes ophtalmologiques. Il appert du dossier que l'assuré a subi une opération de la cataracte en

2012 et 2013 sans que des complications n'aient été signalées. La détermination du centre Z. _____ de renoncer à un examen de la vue s'est prise sur la base du rapport d'examen du 23 avril 2014 du Dr V. _____ qui indique: Vision de l'oeil droit : 5/10, vision de l'oeil gauche : 10/10; pseudo-aphakie de la chambre postérieure; fonds des yeux droit et gauche sans altération significative (AI pce 241). Il sied de relever de plus que l'assuré conduit régulièrement la voiture et qu'il a indiqué ne mettre des lunettes qu'en cas de situation de lumière artificielle. Comme il l'a été démontré au consid.13.1.3 supra, il n'apparaît ainsi pas que le recourant ait une déficience visuelle l'affectant dans ses activités quotidiennes (en Suisse, pour l'obtention du permis de conduire un véhicule privé, une acuité visuelle binoculaire d'au moins 0.5 [5/10] pour l'oeil le meilleur et 0.2 [2/10] pour l'autre est requise [AOC annexe 1, RS 741.51]). Partant, l'existence d'une vision limitée invalidante n'est pas établie.

E. 13.1.8

Au vu de ce qui précède, la Cour constate sur le plan somatique et au regard de l'AI que le status de 2017 est pour l'essentiel superposable à celui de 2005 et qu'il ne peut pas être retenu en 2017 et jusqu'à la décision attaquée de diagnostics somatiques ayant une incidence au sens de l'AI sur la capacité de travail de l'assuré au moins pour des travaux légers à moyennement lourds.

E. 13.2

Evolution sur le plan psychique.

E. 13.2.1

A la base de la décision de suppression de rente du 5 juin 2007, le Dr E. _____ (psychiatre) de la clinique D. _____ (AI pce 94 p. 11 ss) avait relevé en 2005 que l'intéressé n'avait pas de plaintes d'ordre psychiatrique (les plaintes n'étant que des douleurs) hormis son irritabilité, n'ait en particulier toute anxiété pathologique, crise d'angoisse ou attaque de panique. L'expert avait observé un homme vigile et orienté ; la mémoire, les capacités attentionnelles, le jugement et le raisonnement étaient apparus parfaitement normaux, l'humeur avait été considérée dans les limites de la norme, sans idée suicidaire, sans baisse de l'élan vital typique de la dépression. L'expert avait constaté l'absence de pathologie psychiatrique atteignant un seuil diagnostique. Il n'avait pas retenu d'incapacité de travail sur le plan psychique, ni de détresse psychosociale. Il avait exclu un syndrome douloureux somatoforme persistant, la détresse psychosociale - amenant la conviction de l'examineur que la douleur est psychogène - faisant défaut. Il avait indiqué que s'il devait malgré tout être retenu un tel syndrome, il ne pourrait être que de gravité légère sans valeur invalidante (l'expert somatique avait indiqué que, si les douleurs rachidiennes dont se plaignait l'assuré avaient été assimilées par les médecins traitants à un trouble somatoforme douloureux, c'était en raison de l'absence de socle organique significatif, l'état douloureux du rachis ne reposant sur aucun diagnostic lésionnel précis [cf. AI pce 94 p. 8]). Le Dr E. _____ n'avait de plus pas retenu de trouble de la personnalité grave invalidant, seuls étant présents des traits de personnalité narcissique pouvant expliquer l'adoption d'un statut d'invalidé. L'arrêt du Tribunal de céans du 5 janvier 2009 avait confirmé cette appréciation - non contestée en l'espèce - à la base de la décision de l'OAIE du 5 juin 2007 et précisé que l'intéressé ne présentait ni trouble somatoforme douloureux, ni fibromyalgie, ni dysthymie incapacitante et qu'il bénéficiait d'une entière capacité de travail (C-446/2007; AI pce 153).

E. 13.2.2

En 2013, l'OAIE a mis en place une expertise psychiatrique également confiée au Dr E. _____ qu'il y a lieu d'exposer avant celle de 2017 du centre Z. _____ du fait d'un éventuel droit à la rente au 1er mars 2012. Dans son rapport du 5 juillet 2013, le Dr E. _____ avait relevé, en se référant aux rapports du Dr P. _____ des 18 juillet et 9 novembre 2011 (AI pces 167 s.) et de la Dre R. _____ du 12 décembre 2011 (AI pce 176), que les derniers documents médicaux produits faisaient état d'un trouble de l'adaptation avec réaction dépressive prolongée, d'un traitement psychopharmacologique et psychothérapeutique sans situation de crise ni hospitalisation. Une symptomatologie dépressive anxieuse s'était développée progressivement du fait des douleurs à l'origine de la fin des rapports de travail. L'expert a noté un suivi par un psychologue depuis 2008 interrompu en 2010 repris en 2011 de fréquence mensuelle puis tous les deux mois, l'intéressé rencontrant le psychiatre responsable de l'institution occasionnellement. Au jour de l'expertise, le Dr E. _____ avait retenu les diagnostics selon la CIM-10 de dysthymie (trouble dysthymique) (F34.0) et de majoration de symptômes physiques pour des raisons psychologiques (F68.0). A cette époque, une certaine aggravation avait été admise par rapport aux constats de l'évaluation psychiatrique de 2005, du fait que l'expertisé rapportait un abaissement de l'humeur présent pratiquement toute la journée et vraisemblablement plus d'un jour sur deux, sans qu'il soit permanent, comme on le constaterait dans un véritable épisode dépressif. L'expert avait indiqué que le trouble s'était probablement installé dans la deuxième moitié des années 2000 et depuis la décision de suppression de rente tombée en 2007. Il avait noté que l'assuré était passé d'un trouble de l'adaptation avec essentiellement une symptomatologie dépressive de peu de sévérité à une dysthymie. Il avait relevé que cette appréciation était similaire à celle de ses collègues portugais, les épisodes dépressifs sévères énoncés par eux ne s'étaient toutefois pas accompagnés d'un traitement intensif voire d'une simple hospitalisation. S'agissant du diagnostic de majoration de symptômes physiques pour des raisons psychologiques (F68.0), le Dr E. _____ avait noté que le trouble ne saurait être corrélé à une quelconque incapacité médicale de travail. Dans ce contexte, il avait indiqué que pour le cas où l'on voudrait tout de même retenir un trouble somatoforme douloureux, évoqué au dossier, il y avait lieu de relever qu'il n'y avait pas de comorbidité psychiatrique ni d'atteinte somatique grave et incapacitante, l'assuré n'étant pas en situation de retrait social, qu'on ne pouvait que partiellement admettre une résistance au traitement selon les règles de l'art au vu des doutes sur l'observation thérapeutique compte tenu des résultats du laboratoire du 3 juillet 2013. En conclusion, l'expert avait indiqué que l'on ne saurait retenir une quelconque incapacité de travail d'origine psychiatrique chez l'expertisé (AI pce 202).

E. 13.2.3

Dans le cadre de l'expertise Z. _____ 2017, le Dr H. _____ (spécialiste en psychiatrie) a retenu un tableau clinique superposable à celui observé par le Dr E. _____ en 2013 qui n'avait pas retenu de diagnostics incapacitants. Il a rapporté que l'assuré indique être atteint par les douleurs, facilement irritable, triste, ressentir une humeur dépressive d'intensité forte en permanence surtout depuis la suppression de sa rente d'invalidité. L'appétit est conservé non la libido. Il a relaté que l'assuré mentionne avoir perdu confiance et l'estime de lui-même depuis plusieurs années, avoir des problèmes mnésiques et de concentration. Il a relevé que l'expertisé a évoqué (spontanément) des idées suicidaires sans tentamen quand sa rente a été coupée. Le traitement médicamenteux est 1 x/j. Fluoxe-tina® 20mg, Diazepam® 10mg, Naprosyn® 500mg, Nexium® 20mg. Depuis deux à trois ans, l'assuré ne consulte plus de professionnel de la santé mentale. Les ordonnances sont établies par le médecin de

l'hôpital où il est suivi. L'expert décrit l'expertisé comme soigné, d'une présentation simple en rapport avec son âge et son contexte social, sans retrait ni prostration. La mimique, le visage et le regard expriment la tristesse. Le débit de parole ne montre ni logorrhée ni ralentissement. Le contact est normal, l'attitude est neutre et coopérante, sans agitation ni ralentissement psychomoteur. Le langage est sans particularité. L'expertisé est vigilant, orienté aux quatre modes, s'exprimant bien en français, sans déficit attentionnel durant l'entretien. Le raisonnement et le jugement sont sans particularité. Il n'y a pas de rumination, d'obsession, de fabulation, d'idées délirantes, de signes indirects d'hallucinations. Il n'est pas observé de déficit émotionnel ni d'hyperémotivité, mais l'humeur est dépressive. Aucun syndrome de dépendance n'est relevé. Des symptômes de la lignée hypomaniaque et maniaque, de la lignée anxieuse, de la lignée psychotique ne sont pas retenus. L'expert énonce le diagnostic non incapacitant de dysthymie (F34.1) depuis 2003. Le diagnostic de majoration de symptômes physiques pour des raisons psychologiques (F68.0) est retenu depuis 2013 au moins, en lien avec l'appréciation sur le plan rhumatologique des signes de majoration des atteintes, l'assuré étant quelque peu démonstratif. Selon le Dr H._____, la dysthymie, en tant que symptomatologie dépressive chronique, s'est maintenue sans aucune période de rémission. Objectivement, l'intensité de la dépression est évaluée plutôt légère. Bien que les plaintes soient sévères, l'expert note qu'elles ne sont pas en adéquation avec la description des activités quotidiennes. L'expertisé reste actif et n'est pas replié socialement. L'expert a indiqué que le Dr E._____ avait retenu en 2013 une certaine aggravation par rapport aux constats de l'évaluation psychiatrique de 2005 toutefois sans que cela ait atteint un stade invalidant (cf. AI pce 204 p. 13). L'appréciation du Dr E._____ est partagée par le Dr H._____. Ce dernier relève qu'en 2017 l'expert rhumatologue ne retient pas de fibromyalgie et estime que les plaintes ne sont pas explicables objectivement, que l'expertisé est légèrement démonstratif et majorant. D'où le diagnostic posé par l'expert psychiatre de majoration de symptômes physiques pour des raisons psychologiques (F68.0). Sur le plan psychiatrique, l'existence d'une fibromyalgie est niée. Un trouble somatoforme douloureux évoqué dans l'expertise en lien avec les appréciations des médecins traitant du recourant n'est également pas retenu, ce diagnostic n'ayant été posé par lesdits médecins du fait uniquement de l'absence d'un socle organique significatif permettant de comprendre les douleurs rachidiennes (AI pce 285).

E. 13.2.4

Il sied de rappeler que le point de départ de la reconnaissance de l'existence d'une atteinte à la santé psychique est l'existence d'un diagnostic émanant d'un médecin psychiatre s'appuyant lege artis sur les critères d'un système de classification reconnu comme la CIM ou le DSM (cf. consid. 8). La Cour relève que les diagnostics de dysthymie (F34.0) comme celui de majoration de symptômes physiques pour des raisons psychologiques (F68.0) retenus en 2017 par le Dr H._____, à l'instar du Dr E._____ en 2013, n'avaient pas été posés en 2005. Selon la jurisprudence, une dysthymie est susceptible d'entraîner une diminution de la capacité de travail lorsqu'elle se présente avec d'autres affections, à l'instar d'un grave trouble de la personnalité (ATF 143 V 418 consid. 8.1; arrêts du TF 9C_585/2019 du 3 juin 2020 consid. 4.1 et les références, 9C_599/2019 du 24 août 2020 consid. 5.1, 9C_146/2015 du 19 janvier 2016 consid. 3.2 et les références). Plus généralement, tous les troubles, indépendamment de leur diagnostic, entrent déjà en ligne de compte en tant que comorbidité juridiquement significative s'il y a lieu de leur reconnaître un effet limitatif des ressources dans un cas concret (ATF 143 V 418 consid. 8.1 in fine). Pour en évaluer les éventuels effets limitatifs, la dysthymie et les atteintes connexes

doivent en principe faire l'objet d'une procédure probatoire structurée selon l'ATF 141 V 281 (cf. ATF 143 V 418 consid. 6 s.). Le diagnostic de majoration de symptômes physiques pour des raisons psychologiques (F68.0) s'inscrit dans cet examen. A la lecture de l'expertise de 2017 par rapport à celle de 2005, il appert sur le plan psychiatrique un status non invalidant malgré les nouveaux diagnostics posés par le Dr H. _____ en 2017 qui étaient déjà existant en 2013. Pour l'essentiel, la dysthymie, en tant que symptomatologie dépressive chronique que l'expert fait remonter à 2003 et qui s'est maintenue sans aucune période de rémission, est, objectivement, d'une intensité plutôt légère (voir ég. infra consid. 13.2.7), bien que les plaintes soient sévères. L'expert retient qu'elles ne sont pas en adéquation avec la description des activités quotidiennes, relevant que l'expertisé reste actif et n'est pas replié socialement. D'où, de son appréciation, un status non invalidant malgré le diagnostic de dysthymie corrélé à celui de majoration de symptômes physiques pour des raisons psychologiques, l'expertisé étant quelque peu démonstratif. Il sied d'examiner son appréciation sous l'angle des indicateurs comme l'expert l'a aussi fait.

E. 13.2.5

En référence à la grille d'examen des indicateurs en cas de troubles somatoformes douloureux préconisée par le Tribunal fédéral pour l'évaluation de la capacité de travail et le caractère invalidant des affections retenues (cf. ATF 141 V 281 consid. 4.1.3; supra consid. 8) applicable en principe à toutes les affections psychiques (ATF 143 V 418 consid. 6 s.), le Dr H. _____ du centre Z. _____ a estimé, sans en présenter un examen détaillé mais en donnant une appréciation suffisamment substantifiée dans le cadre de son rapport, qu'il existait au moment de l'examen une dysthymie, mais que le trouble n'était pas incapacitant. Dans le cadre des indicateurs de la catégorie « Degré de gravité fonctionnel » et en particulier du complexe personnalité / ressources personnelles, l'expert, après avoir relevé dans son rapport que l'expertisé n'a pas d'atteintes somatiques et psychiques importantes, met en exergue que l'assuré a des ressources internes, a pu respecter le cadre de l'expertise, est collaborant avec les experts. Il a pu faire preuve de bonnes capacités de communication. Il paraît autonome dans les activités quotidiennes et soutient son épouse qui est malade. Par contre, il paraît s'être enfermé dans un rôle de malade (AI pce 285 p. 25). Selon le rapport de l'expert, l'intéressé est resté actif dans son cadre de vie (des callosités et autres signes aux mains d'activités manuelles ont été observées) et n'est pas prostré, en retrait (voir ég. infra consid. 13.2.7). Il fait preuve (à l'examen de consultation) de bonnes capacités de communication, même s'il a une tendance à apprécier la solitude et qu'il ne recherche pas particulièrement les contacts sociaux et mentionne ne plus avoir de relations sociales en dehors de sa famille. L'expert a noté que l'observance thérapeutique concernant les antidépresseurs était bonne. En regard des indicateurs de la catégorie « Cohérence », l'expert a relevé que la description des activités quotidiennes n'était pas congruente aux plaintes, l'expertisé restant plutôt actif et n'est pas replié socialement comme pourrait le faire penser la sévérité de la symptomatologie dépressive dont l'assuré se plaint.

E. 13.2.6

La Cour observe que l'examen du Dr H. _____ permet une appréciation de l'état de santé du recourant à la lumière des exigences relatives aux diagnostics évoqués et des indicateurs déterminants de la grille d'évaluation (cf. ATF 141 V 281 consid. 2, 4 et 8) du fait d'éléments suffisants puisés des expertises psychiatriques de 2013 et 2017. La structure de la personnalité de l'expertisé ressort des dites expertises, dont des traits de personnalité narcissique avec une tendance à la majoration de symptômes physiques pour des raisons

psychologiques, l'assuré étant quelque peu démonstratif. L'assuré ne souffre pas d'un grave trouble de la personnalité ni d'un trouble psychique d'une certaine importance, ni, sur le plan somatique, d'un important handicap. En l'occurrence, l'expert, dans l'appréciation du diagnostic de dysthymie, n'a pas conclu à une incidence de cette atteinte sur la capacité de travail de l'assuré. L'exposé du Dr H. _____ de 2017 (anamnèse et rapport psychiatrique), en relation avec l'expertise psychiatrique du Dr E. _____ de 2013, permet d'apprécier l'état de santé psychique de l'assuré. La Cour constate, sur le plan psychique, que le rapport Z. _____ a retenu un status en 2017 pour l'essentiel superposable à celui de 2013, respectivement de 2005, malgré l'existence de nouveaux diagnostics psychiques. Une dégradation de l'état psychique en 2007 et 2008 (épisode dépressif majeur grave [rapport du Centre hospitalier Q. _____ du 20 juin 2008; AI pce 159]), suite à la suppression de rente qui s'est prolongée jusqu'en 2010 avec une nouvelle dégradation en 2011, ressort des rapports des Drs E. _____ et H. _____. L'état de santé psychique de l'intéressé a fait l'objet, selon le rapport de la Dre P. _____ (psychiatre), d'un suivi thérapeutique en raison d'un trouble dépressif prolongé en 2008 puis à nouveau en mai 2011 après une interruption de quelque 10 mois (AI pce 167). Le status s'est amélioré par la suite (consultation tous les deux mois). Dans un rapport E 213 du 3 janvier 2012, le Dr S. _____ a noté le diagnostic de syndrome dépressif réactionnel prolongé mais a mentionné aussi que l'assuré présentait un statut non incapacitant, qu'il pouvait exercer à plein temps son activité habituelle d'opérateur de production alimentaire (AI pce 169). La situation médicale est certes peu établie, mais il ne peut qu'être constaté que, pour la période entrant dans le début du champ d'examen de la décision attaquée (à partir de mars 2012), un status invalidant ne peut pas être retenu sur la base de documents explicites. Des documents médicaux ne permettent pas de le faire. La Cour retient ce constat de défaut de rapports médicaux début 2012 comme déterminant, soit l'absence d'un rapport médical psychiatrique étayé permettant de retenir un status invalidant établi lege artis par un médecin psychiatre. Ensuite, autour de la date d'examen du Dr E. _____, soit le 3 juillet 2013, les constats de ce médecin psychiatre sont déterminants. Puis, le rapport de consultation psychologique du 11 février 2014 de Mme U. _____ (spécialiste en psychologie clinique) n'établit pas une détérioration du status par rapport à 2013, il mentionne un status amélioré, une régression des symptômes, bien que le maintien d'un suivi psychologique soit préconisé (AI pce 239). L'appréciation des experts du centre Z. _____ selon laquelle la dysthymie diagnostiquée depuis 2003, et qui s'est maintenue, n'est pas invalidante (AI pce 285 p. 26) peut dès lors être suivie par la Cour en tout cas quant à son intensité depuis 2012. La période concernée par la dégradation de santé en 2007-2008 voire jusqu'à fin 2011 reste sans effet en l'espèce au vue de l'état de santé ultérieure, un droit à la rente ne pouvant s'ouvrir suite à la nouvelle demande du 12 septembre 2011 au plus tôt qu'au 1er mars 2012 (cf. supra consid. 3.1 et 7.3). Comme l'a retenu l'OAIE dans la décision attaquée, le diagnostic de « francas alterações cognitivas (como depressão major) » mentionné dans le rapport du 29 janvier 2018 de la Dre K. _____, spécialiste en rhumatologie (AI pce 324), a été posé sans autre investigation et en dehors du champ de spécialisation du médecin précité, de sorte que ce diagnostic, non retenu par un spécialiste et non confirmé par un psychiatre (cf. supra consid. 8) dans un ou d'autres rapports médicaux étayés, ne peut motiver à lui seul des investigations complémentaires. Il sied de relever que l'appréciation de la Dre M. _____ (spécialiste en psychiatrie) du 14 février 2019 (TAF pce 18) faisant état d'un suivi en régime ambulatoire depuis 2012 pour des altérations psychopathologiques compatibles avec le diagnostic de dépression névrotique (CIM-9 300.4) - rapport médical s'exprimant sur une période

antérieure à la décision attaquée (cf. supra consid. 3.2) - ne va pas à l'encontre de ce qu'ont apprécié les experts dans le cadre de l'expertise Z._____ 2017. En effet, selon les codes de conversion de la CIM-9 à la CIM-10, l'atteinte à la santé dépression névrotique CIM-9 code 300.4 correspond à une dysthymie selon la CIM-10 code F34.1 (<http://www.icd9data.com/2012/Volume1/290-319/300-316/300/300.4.htm>). Or, les experts se sont prononcés sur cette atteinte dans le sens qu'elle n'est pas invalidante.

E. 13.2.7

Le recourant fait grief aux experts de ne pas avoir exploré son quotidien, d'avoir minimisé son isolement social et son anxiété, l'envie de ne voir personne, de faire des promenades en solitaire. Contrairement à ce qu'indique le recourant, l'anamnèse de l'expertise Z._____ 2017 rapporte le quotidien de l'assuré (AI pce 285 p. 12, 16 s.). Ce dernier dans le cadre d'activités occupationnelles remplit ses journées de diverses activités rapportées dans l'anamnèse. Bien qu'il n'ait selon ses dires pas particulièrement de hobbies, d'activités qu'il affectionne, il n'apparaît pas que l'assuré soit inactif, prostré dans une inactivité malade. Il a un lever matinal et un coucher régulier (7-8h./21h.), participe quelque peu aux activités ménagères (nettoyage à son rythme, préparation des repas), effectue les emplettes avec son épouse, jardine, regarde un peu la télévision, conduit la voiture (1 heure sans pause au maximum), se promène une heure et demie par jour. S'il indique s'être retranché dans un cadre de vie plutôt familial, apprécier la solitude, se promener seul ou avec son chien, ces constats relèvent d'un mode de vie délibéré, d'un tempérament qui en tant que tel ne saurait être qualifié de pathologique. Il n'est pas apparu à l'expert que l'assuré était renfermé, non communicatif, non en phase avec la réalité, en marge de l'activité familiale, sujet à une dépersonnalisation, à une déréalisation. L'expert a noté qu'il n'y avait pas de notion de symptômes de panique, ni d'agoraphobie, ni de phobie, ni d'évitement, ni d'obsession ou de compulsions, ni d'anxiété généralisée. Certes l'assuré se dit inquiet pour l'avenir, car il craint de souffrir et que ses douleurs empirent de plus en plus. Mais les craintes de l'assuré, très compréhensibles sous les aspects économiques, n'atteignent pas un niveau obsessionnel invalidant. Ces constats confirment une dysthymie non invalidante.

E. 13.2.8

Enfin, le recourant reproche aux experts du centre Z._____ d'avoir glissé rapidement sur le diagnostic de fibromyalgie en indiquant en quelques mots que l'on ne retrouve pas les points algiques typiques à la palpation. Dans le rapport Z._____ du 19 juillet 2017, l'expert rhumatologue relève que le rachis dorsolombaire, l'occiput jusqu'au sacrum, les muscles paravertébraux, les insertions musculaires sur les crêtes iliaques postérieures, la musculature fessière haute sont constatées douloureux, de même que la mobilisation des épaules et des hanches. Le rapport relève qu'il n'y a pas de points algiques à la palpation typiques d'une fibromyalgie, notamment aux membres supérieurs ou aux membres inférieurs (AI pce 285 p. 20). Sur le plan psychique, l'expertise ne retient, comme il l'a été démontré, pas de fibromyalgie ou de trouble somatoforme douloureux (AI pce 285 p. 25, cf. supra consid. 13.2.3). D'emblée il faut rappeler qu'une fibromyalgie n'avait pas été retenue en 2005. Dans son rapport d'expertise du 5 juillet 2013, le Dr E. _____ n'a également retenu ni fibromyalgie ni trouble somatoforme douloureux persistant (AI pce 202). Le Dr F. _____ (spécialiste en orthopédie et traumatologie) dans le rapport du 8 mai 2014 indique un suivi en raison d'une pathologie dégénérative de la colonne vertébrale et lombaire-sacrée associée à un cadre de fibromyalgie sans plus de précision quant à cette atteinte (AI pce 240). La fibromyalgie, comme le diagnostic de syndrome douloureux

somatoforme, vu les nombreux points communs entre ces troubles (cf. ATF 132 V 65 consid. 4), suppose au préalable à son examen qu'un diagnostic psychiatrique relevant de ce champ pathologique ait été posé selon les règles de l'art selon les critères d'un système de classification reconnu (cf. consid. 8). En l'espèce et comme cela a été démontré, tel n'est pas le cas, le syndrome évoqué requiert dès lors d'être replacé dans le contexte des atteintes somatiques de l'expertisé. De plus, la présence d'un syndrome douloureux chronique mentionné que « de façon vague » ne suffirait pas pour reconnaître une atteinte invalidante (cf. arrêt du TF 9C_558/2017 du 30 octobre 2017 consid. 4.2.2). Or c'est précisément dans ce contexte que les médecins traitant de l'assuré avaient/ont posé ce diagnostic sous l'angle somatique depuis 2000 en raison de l'absence d'un socle organique permettant de comprendre les douleurs évoquées par l'assuré. En évoquant ce diagnostic, non celui de fibromyalgie, dans leur rapport, les experts du centre Z._____ n'ont fait que relater l'appréciation faite en 2000 des médecins traitant de l'assuré et n'ont nullement posé un diagnostic actuel de trouble somatoforme douloureux persistant au sens des critères de la CIM-10. Aussi, il sied de rappeler que selon la jurisprudence, s'agissant en particulier des douleurs et compte tenu des difficultés, en matière de preuve, à en établir l'existence, les simples plaintes subjectives d'un assuré ne sauraient suffire pour justifier une invalidité entière ou partielle. Dans le cadre de l'examen du droit aux prestations de l'assurance sociale, l'allégation de douleurs doit en effet être confirmée par des observations médicales concluantes par un médecin spécialiste, à défaut de quoi une appréciation du droit aux prestations ne peut être assurée de manière conforme à l'égalité de traitement des assurés (ATF 130 V 352 consid. 2.2.2; cf. ég. ATF 141 V 574 consid. 4.1, 141 V 281 consid. 2, 140 V 290 consid. 3.3.1 et 130 V 396 consid. 5.3.2).

E. 13.2.9

Sur la base de ce qui précède, il peut être retenu avec l'OAIE, sous l'angle du status psychique, une situation en 2017 superposable à celle établie en 2013 et également, nonobstant l'existence de nouveaux diagnostics, à celle de 2005, dans le sens que, bien que de nouveaux diagnostics psychiques aient été retenus, la capacité de travail de l'intéressé n'a subi aucun changement.

E. 13.3

Ainsi que cela a été exposé, tant sur le plan somatique (consid. 13.1 supra) que sur le plan psychique (consid. 13.2 supra), l'existence de nouveaux diagnostics somatiques et psychiques constatés en 2017 par rapport à 2005 ne permettent pas de retenir un état de santé aggravé au sens de l'AI. Selon les experts, les constats de 2017 sont superposables à ceux de 2005. La capacité de travail du recourant est en 2017 - comme en 2005 - appréciée complète dans l'activité précédente et pour toutes activités sans diminution de rendement ni restrictions médicales à retenir (AI pce 285). Ces constats sont partagés par la Cour en tout cas pour toutes activités légères à moyennement lourdes sur la base notamment du rapport d'expertise Z._____ 2017 et du rapport du 8 mai 2014 du Dr F._____ et des autres rapports médicaux évoqués (supra consid. 13.1 et 13.2) et il en est de même jusqu'à la décision attaquée.

E. 13.4

Après l'examen au fond de l'expertise du centre Z._____, il sied d'examiner successivement divers griefs du recourant à son encontre qui auraient affecté les constatations des experts.

E. 13.4.1

Le recourant a relevé des erreurs dans la partie « anamnèse » de l'expertise. En tant que telles, elles n'ont cependant pas eu une incidence sur les conclusions des experts quant à l'état de santé de l'assuré et ses limitations fonctionnelles tant sur les plans physique que psychique : a. Le recourant conteste être resté assis tranquillement plus d'une heure sur une chaise lors des consultations. Il appert du rapport Z. _____ que l'expertisé montrait des signes de douleurs au bas du dos et à la nuque à la position assise sans pour autant s'être levé (AI pce 285 p. 18 et 20). La position assise n'a effectivement pas été reconnue comme douloureuse par l'expert rhumatologue. Et il sied de relever que tant la Dre K. _____, spécialiste en rhumatologie, que le Dr F. _____, spécialiste en orthopédie et traumatologie, ne l'ont pas mentionnée non plus. Aussi, l'assuré a indiqué être en mesure de conduire sa voiture une heure durant sans faire de pause (AI pce 285 p. 24), ce qui suppose que l'assuré peut effectivement maintenir la position assise durant ce même laps de temps. b. Le recourant fait valoir que son suivi psychologique au Portugal n'a pas été interrompu. En effet, selon l'attestation du 14 février 2019 de la Dre M. _____ (spécialiste en psychiatrie), l'assuré est suivi ambulatoirement depuis 2012 pour des altérations psychopathologiques compatibles avec le diagnostic de dépression névrotique (CIM-9 300.4) sans autres précisions ni indication de fréquence des consultations (TAF pce 18; voir cep. AI pce 285 p. 14 mentionnant un suivi interrompu en juillet 2016). Le diagnostic évoqué est selon la CIM-10 une dysthymie (cf. supra consid. 13.2.7) qui a été reconnue non invalidante. L'attestation de la Dre M. _____ ne permet cependant pas de retenir un suivi régulier de type thérapeutique par un psychiatre. Le recourant a mentionné lui-même le 28 février 2018 que le suivi était depuis 2015 d'une consultation tous les deux mois (AI pce 322), ce qui est une cadence de type accompagnement conservateur. c. Au nombre des médicaments listés, le Gabapentina® 100mg (pris 2x/j.) fait défaut. A la posologie prescrite, il est utilisé dans le traitement de crises d'épilepsie, dont l'assuré ne souffre pas, et de douleurs neurogènes périphériques (F. Girardin et alii, Utilité de la gabapentine dans les douleurs neurogènes, in: Revue médicale suisse 2003 2443). Les atteintes traitées par cette médication (paresthésie et hypoesthésie des membres inférieurs) ont été évoquées dans le rapport de 2014 du Dr F. _____ dont les experts ont eu connaissance (AI pce 285 p. 9, 22 in fine). Sa non-prise en compte ne saurait dès lors invalider le rapport d'expertise Z. _____ 2017 d'autant moins que si l'expertisé a fait état de douleurs cervicales et lombaires, il n'a pas évoqué en 2017 à l'examen somatique d'irradiations douloureuses dans les membres supérieurs ni dans les membres inférieurs, ni non plus de troubles sensitivomoteurs périphériques (AI pce 285 p. 11 i.f.). d. C'est effectivement par erreur qu'il a/aurait été retenu (AI pce 285 p. 10 [le texte se réfère apparemment à son ancien emploi]) que l'assuré se faisait aider dans son travail par ses collègues du fait même que l'assuré ne travaille plus depuis fin 2001. L'indication évoquée dans l'anamnèse est mal placée dans l'exposé chronologique. Il sied en effet de relever que cette indication figure dans le rapport du Dr E. _____ de 2005 qui fait aussi état de rapports de travail difficiles en 2001 à l'origine également du congé donné (AI pce 94 p. 3 s.). On ne voit toutefois pas que cet énoncé aurait eu une incidence sur l'appréciation de la capacité de travail résiduelle de l'assuré.

E. 13.4.2

Le recourant fait de plus valoir que des difficultés de compréhension ont affecté l'expertise Z. _____ de 2017. Pour preuve, il indique que les experts ont retenu à tort qu'il n'était plus suivi psychologiquement, que le médicament Gabapentina® a été omis, qu'il a été retenu

qu'il se faisait aider au travail alors qu'il ne travaille plus depuis fin 2001, que sa mère serait décédée en 2002 alors qu'elle est décédée en 2012, qu'il n'avait pas vendu son bien immobilier mais perdu ce dernier faute de ne plus pouvoir en assumer les charges, qu'il avait été confié à sa grand-mère non à 3 ans mais à 10 ans (cf. TAF pce 1 p. 2). La Cour note que les exemples invoqués n'affectent en rien le contenu de l'expertise. Des difficultés de compréhension ne ressortent par ailleurs pas du rapport d'experts. L'expert psychiatre a en effet noté que l'expertisé comprend bien le français et s'exprime bien dans cette langue (cf. AI pce 285 p. 21). Le Dr E. _____ en 2013 a fait les mêmes constats (AI pce 202 p. 9). Il s'ajoute que des problèmes de langue dans une expertise somatique ne sont normalement pas constitutifs d'une violation du droit d'être entendu (cf. arrêt du TF 9C_509/ 2010 du 4 février 2011 consid. 4.1). Dans le domaine psychiatrique, il convient d'être sévère (arrêt du TF 9C_410/2016 du 4 août 2016 consid. 2.2.1). Il n'est cependant pas nécessaire que la compréhension soit totale. Il suffit que le praticien puisse recueillir les éléments utiles à une appréciation fidèle et pertinente de la situation (arrêts du TF 9C_509/2010 loc. cit., 9C_1040/ 2008 du 17 avril 2009 consid. 2). Des éléments tels que l'expression non-verbale (mimique, gestuelle) ou la tonalité de la voix et la spontanéité des réponses jouent également un rôle non négligeable (Valterio, Commentaire LAI, art. 57 n° 28). Dans tous les cas, l'invocation tardive, près d'une année après les examens subis (courrier du 28 février 2018 [AI pce 327]), de problèmes de compréhension n'est pas acceptable. Une simple mention écrite ou même téléphonique après l'expertise aurait suffi (arrêt du TF 9C_1040/ 2008, loc. cit). Le grief manifestement tardif de difficultés de communication ne peut in casu être retenu.

E. 13.4.3

Il appert de ce qui précède que les griefs de l'assuré à l'encontre de l'expertise Z. _____ de 2017 ne permettent pas de mettre en doute les conclusions des experts selon lesquels il n'y a pas eu de modifications de santé notables déterminantes au sens de l'AI entre les constats de 2005 et ceux de 2017 malgré les nouveaux diagnostics posés (cf. consid. 13.3). La Cour de céans peut en conséquence confirmer les conclusions des experts et l'appréciation de l'OAIE selon laquelle la capacité de travail du recourant est en 2017 complète dans l'activité précédente et pour toutes activités sans diminution de rendement ni restrictions médicales à retenir, du moins pour toutes activités légères à moyennement lourdes comme il le sera retenu selon ce qui suit (AI pce 285).

E. 13.5

La Cour de céans relève en effet qu'il appert du dossier qu'il n'est pas certain que la dernière activité professionnelle de l'assuré dans l'industrie du café puisse être qualifiée sur le plan physique de moyennement exigeante comme cela ressort de l'expertise Z. _____ qui relève simplement une activité d'opérateur de production dans l'industrie alimentaire (AI pce 285 p. 5) alors qu'il est résulté d'une mesure d'instruction de l'OAIE du 11 février 2004 que l'activité de l'assuré au sein de l'entreprise était une activité lourde effectuée en position debout (cf. AI pce 38). Il s'ensuit qu'une capacité de travail entière dans des activités légères à moyennement lourdes, comme préconisée en 2014 par le Dr F. _____ (spécialiste en orthopédie et traumatologie [AI pce 240]) du fait des dorsalgies, et non pas également lourdes, doit être retenue dans l'évaluation de l'invalidité afin de prendre en compte les observations du Dr F. _____ qui ne sauraient être ignorées. Par ailleurs, Il appert de l'expertise Z. _____ et d'autres rapports médicaux que l'assuré a subi en 1983 une fracture de la main droite. Il n'apparaît cependant pas du dossier que celle-ci ait laissé des séquelles

significatives chez l'assuré (cf. examen somatique lors de l'expertise 2005, AI pce 94 p. 7 s.). Tout au plus, si des séquelles devaient être constitutives de limitations fonctionnelles, celles-ci ne sauraient être importantes au vu de l'activité exercée par l'assuré jusqu'à fin 2001 qui n'a jamais fait valoir de limitations au niveau de la main droite avant l'expertise Z._____ de 2017 (l'expertise de 2005 jugée probante par l'arrêt de ce tribunal C-4464/2007 n'avait pas retenu de séquelles significatives au niveau de la main droite). Une limitation fonctionnelle de la main droite n'est pas non plus évoquée par le Dr F._____ dans son rapport d'examen en 2014 (AI pce 240). Selon ce médecin, l'assuré ne peut plus exercer son ancienne activité en raison de problèmes à la colonne vertébrale et de positions dans son activité très peu adaptées. Dans le rapport Z._____ 2017 une éventuelle diminution de force de préhension de cette main est évoquée avec quelque doute. L'expert a relevé que le testing de la force musculaire était conservé sauf la préhension à la main droite qui était un peu moins bonne à droite qu'à gauche, mais il ne lui a pas semblé que l'expertisé avait fait l'effort maximal, lors de la serrée de mains pour les salutations initiales et finales, la force avait été correcte (AI pce 285 p. 19).

E. 14.1

Dans la mesure où effectivement le recourant pourrait exercer comme précédemment l'activité qui était la sienne dans le cadre de l'industrie du café, comme l'ont retenu les experts du centre Z._____ en 2017, et à sa suite l'OAIE, il ne saurait être retenu d'invalidité. Dans la mesure au contraire où l'intéressé ne pourrait plus exercer l'activité précédemment exercée du fait d'avoir été effectivement lourde et que des activités légères à moyennement lourdes doivent être prises en considération en raison des atteintes au rachis (lombalgies, cervicalgies), comme le préconise le Dr F._____ dans son rapport du 8 mai 2014, à plein temps sans diminution de rendement, il apparaît nécessaire de vérifier en droit l'incidence de la prise en compte d'une activité limitée à des tâches légères à moyennement lourdes à plein temps dans le cadre d'une comparaison de revenus avec et sans invalidité.

E. 14.2

Le revenu hypothétique de la personne valide (revenu sans invalidité au sens de l'art. 16 LPGa) se détermine en établissant au degré de la vraisemblance prépondérante ce qu'elle aurait effectivement pu réaliser au moment déterminant si elle était en bonne santé. Il doit être évalué de la manière la plus concrète possible; c'est pourquoi il se déduit en principe du salaire réalisé en dernier lieu par la personne assurée avant l'atteinte à la santé, en tenant compte de l'évolution des salaires jusqu'au moment de la naissance du droit à la rente (ATF 134 V 322 consid. 4.1, 129 V 222 consid. 4.3.1 et les références). Toutefois, lorsque la perte de l'emploi est due à des motifs étrangers à l'invalidité, le salaire doit être établi sur la base de valeurs moyennes (arrêts du TF 9C_500/2020 du 1er mars 2021 consid. 4.1, 9C_247/2015 du 23 juin 2015 consid. 5.1, 9C_212/2015 du 9 juin 2015 consid. 5.4 et les arrêts cités; cf. aussi arrêts 8C_728/2016 du 21 décembre 2016 consid. 3.1 et 9C_501/2013 du 28 novembre 2013 consid. 4.2). Autrement dit, n'est pas déterminant pour la fixation du revenu hypothétique de la personne valide le salaire que la personne assurée réaliserait actuellement auprès de son ancien employeur, mais bien plutôt celui qu'elle réaliserait si elle n'était pas devenue invalide (arrêt du TF 9C_394/2013 du 27 septembre 2013 consid. 3.3 et les références). L'intéressé ayant cessé son activité en Suisse fin 2001, et n'ayant plus exercé d'activité lucrative depuis son retour au Portugal fin 2001 (AI pce 8 p. 3), l'appréciation de sa capacité actuelle de travail doit l'être, au vu des années écoulées sans activité lucrative et sans invalidité reconnue, en référence en l'espèce aux seuls revenus

statistiques. Le Tribunal de céans ayant en fait confirmé le 5 janvier 2009 (arrêt C-4464/2007) que c'était à tort que l'assuré avait été mis au bénéfice d'une rente entière d'invalidité et que les conditions d'octroi d'une rente n'avaient jamais été remplies, il s'ensuit que le revenu de l'assuré dans son activité en 2001 ne peut dès lors pas être pris en considération en tant que revenu de valide pour l'évaluation de l'invalidité de l'assuré dans le cadre de sa nouvelle demande de prestations d'invalidité (cf. ATF 108 V 70 consid. 1; voir aussi l'ATF 147 V 133 consid. 5.3). En effet, un droit à une rente d'invalidité n'a existé à l'époque ni quand il a quitté son emploi ni les années précédentes et suivantes vu l'absence d'atteintes à la santé diminuant sa capacité de travail (cf. supra Aa et Ad). Dans le cadre de la procédure initiée par le dépôt de la nouvelle demande en septembre 2011, la question de savoir s'il y a un taux d'invalidité ouvrant le droit à une rente doit ainsi être examinée à l'aune du marché du travail en général qui de notoriété publique compte un grand nombre d'activités simples et répétitives légères, moyennes et lourdes.

E. 14.3

Or, selon le système d'évaluation de l'invalidité suisse, selon lequel, 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. 28a al. 1 LAI, 16 LPGA; voir par ex. arrêt du TAF C-2584/2017 du 13 janvier 2021 consid. 14-14.1.3, 14.1.5-6 et les références), une restriction d'activité professionnelle à des tâches légères à moyennement lourdes, voire uniquement légères, ne justifie pas un abattement sur le revenu d'invalidité « toutes branches confondues » niveau de compétence 1 (travaux simples et répétitifs) pris en compte en application des revenus statistiques résultants de l'Enquête suisse sur la structure des salaires (ESS) tablette TA1, appliquée en générale pour l'évaluation de l'invalidité lorsque la personne assurée n'exerce plus d'activité, ou aucune activité adaptée lui permettant de mettre pleinement en valeur sa capacité résiduelle de travail (ATF 135 V 297 consid. 5.2 et les arrêts cités; arrêt du TF 9C_276/2020 du 18 décembre 2020 consid. 5.2). En effet, l'ESS contient pour la ligne de référence « toutes branches confondues » un nombre important d'activités légères et il n'y a dès lors pas lieu de tenir compte d'un abattement spécifique pour des activités légères. Selon la jurisprudence, un abattement sur le revenu d'invalide doit être accordé en particulier lorsque la capacité de travail de l'assuré est réduite même pour des travaux de manoeuvre peu astreignants (ATF 126 V 75 consid. 5a/bb, 124 V 321 consid. 3b/bb; arrêts du TF 9C_554/2020 du 14 avril 2021 consid. 6.2, 8C_381/2017 du 7 août 2017 consid. 4.2.2 et les références, 9C_187/2011 du 30 mai 2011 consid. 4.2.1 et les références; Valterio, Commentaire LAI, art. 28a n°85). Il s'ensuit que dans le cas présent le revenu statistique pour tous types d'activités légères à lourdes sans invalidité serait ainsi a priori le même (niveau de compétence 1 [l'assuré n'a pas de formation certifiée]) que le revenu statistique pour des activités légères à moyennes, voire uniquement légères, avec invalidité (niveau de compétence 1), d'où par comparaison de revenus un taux d'invalidité de 0%. Selon les circonstances le même revenu statistique peut/doit en effet être pris en compte (cf. arrêt du TF 9C_15/2020 du 10 décembre 2020 consid. 7.1). Cependant, comme il l'a été relevé, l'assuré a subi en 1983 une fracture de la main droite dont d'éventuelles légères séquelles ne sauraient être ignorées. Toutefois, même si on devait tenir compte d'un abattement de 10-15% au plus du fait d'une limitation de mobilité au niveau de la main droite (cf. arrêts du TF 8C_471/2017 du 16 avril 2018 consid. 5.3, 9C_620/2010 du 15 mars 2011 consid. 4.2 et 4.5, 8C_1006/2010 du 31 août 2011 consid. 4.2.2. s.) sur le revenu d'invalide appliqué sur le revenu « toutes branches

confondues » de la table TA1 niveau de compétence 1 de l'ESS, cet abattement ne fonderait pas l'ouverture d'un droit à une rente vu le taux seuil d'invalidité de 40% pour ouvrir le droit à un quart de rente. Par ailleurs, à la date du rapport d'expertise Z._____ 2017, l'assuré né en 1960 avait 57 ans, or cet âge ne constitue pas en soi un motif d'abattement sur le revenu d'invalidité. En effet, le Tribunal fédéral considère que la soixantaine, selon les circonstances concrètes du cas d'espèce, peut justifier un abattement sur le salaire d'invalidité (cf. ATF 143 V 431 consid. 4.5.2; arrêts du TF 9C_638/2018 du 7 février 2019 consid. 4.2, 9C_160/2013 du 28 août 2013 consid. 4.2; U 436/04 du 12 avril 2005 consid. 4.2; Valterio, Commentaire LAI, art. 28a n° 90). Les autres facteurs fondant un abattement sur le revenu d'invalidité (années de service, nationalité, autorisation de séjour et taux d'occupation [cf. ATF 126 V 75 consid. b/aa; Valterio, Commentaire LAI, art. 28a n° 84]) n'entrent in casu pas non plus en considération.

E. 14.4

Il s'ensuit de ce qui précède que même s'il devait être considéré que l'assuré ne pourrait reprendre qu'une activité légère à moyennement lourde adaptée aux limitations fonctionnelles évoquées par le Dr F._____ et non toutes activités (également lourdes) telle son ancienne activité, comme l'ont retenu les experts du centre Z._____, il n'en résulterait aucune incapacité de travail déterminante au sens de la LAI qui pourrait fonder un taux d'invalidité d'au moins 40%, condition indispensable pour ouvrir le droit à une rente d'invalidité.

E. 14.5

La décision du 11 avril 2018 de l'OAIE se révèle ainsi bien fondée sur la base de la documentation médicale au jour de la décision attaquée. La Cour peut ainsi confirmer la décision de l'OAIE selon laquelle il n'y a pas une incapacité de travail moyenne suffisante pendant une année au sens de la LAI et que, malgré l'atteinte à la santé, l'exercice d'une activité lucrative (adaptée) est toujours exigible dans une mesure suffisante pour exclure le droit à une rente. Le renvoi du dossier à l'autorité inférieure pour un complément d'instruction, comme l'a requis le recourant faisant valoir la nécessité le cas échéant d'un rapport d'expertise spécialisé sur les questions toujours en suspens selon lui, n'a pas lieu d'être (voir l'ATF 136 I 229 consid. 5.3 sur l'appréciation anticipée des preuves).

E. 15

A la suite de la décision attaquée niant le droit de l'assuré à une rente à compter de mars 2012 jusqu'au 11 avril 2018, l'assuré a produit de nouveaux rapports médicaux, à savoir : deux nouveaux rapports des Drs K._____ (spécialiste en rhumatologie) du 8 février 2019 et M._____ (spécialiste en psychiatrie) du 14 février 2019, un rapport radiologique du Dr N._____ du 25 janvier 2019 (TAF pce 18), un rapport du 23 avril 2019 du Dr O._____ de tomographie du genou droit (TAF pce 26). Ces rapports ont été transmis à l'OAIE et son service médical s'est prononcé à leur sujet dans le sens que ceux-ci n'étaient pas de nature à revenir sur la décision contestée (cf. supra lettre G et I). La Cour constate que les nouveaux rapports médicaux ont été établis largement après la décision attaquée et ne portent pas sur l'état de santé de l'assuré avant ladite décision. Ils ne peuvent en conséquence pas être pris en compte dans le cadre de la présente procédure. Les faits survenus postérieurement à la décision attaquée et qui ont modifié cette situation doivent normalement faire l'objet d'une nouvelle décision administrative (cf. consid. 3.2 supra).

E. 16

Vu ce qui précède, le recours doit être rejeté. Il est laissé à l'appréciation du recourant, compte tenu de l'évolution de son état de santé, de déposer ou non une nouvelle demande de prestations d'invalidité.

E. 17.1

Le recourant, qui succombe, a demandé à bénéficier de l'assistance judiciaire gratuite dans le sens d'être libéré d'éventuels frais de procédure. Une partie ne remplit les conditions de l'assistance judiciaire partielle que si elle ne dispose pas de ressources suffisantes et si ses conclusions ne paraissent pas vouées à l'échec (art. 65 al. 1 PA). Par ressources sont pris en compte revenus et fortune (ATF 128 I 225 consid. 2.5.1, 124 I 1 consid. 2a). Sur la base des actes, l'indigence du recourant n'ayant pas de fortune, vivant sur les faibles revenus de son épouse, ne payant tant lui-même que son épouse pas d'impôt, n'étant pas assujéti à un régime de contributions sociales ni ne percevant de prestations sociales (TAF pces 5, 8, 10 et 14) peut être admise. Il y a ainsi lieu de lui accorder l'assistance judiciaire partielle pour cette procédure de recours, le recours n'ayant pas été a priori, au regard des motifs avancés, dénué de chances de succès (cf. ATF 140 V 521 consid. 9.1, 127 I 202 consid. 3b, 125 V 371 consid. 5b; voir ég. (avec l'arrêt au fond) p. ex.: arrêts du TF 8C_546/2019 du 7 septembre 2020 consid. 6, 8C_704/2019 du 5 décembre 2019 consid. 6, 9C_875/2015 du 11 mars 2016 consid. 7). Le recourant a de plus requis, après le dépôt d'un recours substantiel, le bénéfice de l'assistance judiciaire par ces termes « je requiers (...) subsidiairement l'octroi de l'assistance judiciaire » (TAF pce 5). Sa requête subsidiaire non développée se comprend comme la demande de bénéficier de l'assistance d'un avocat d'office dans la mesure où son recours serait considéré par le Tribunal comme incomplet ou non suffisamment étayé. Or, l'assuré a déposé un recours substantiel en fait et l'a complété par des écritures motivées avec des rapports médicaux de sorte qu'il n'y avait pas de nécessité d'une telle assistance ni de justification d'en accorder une d'office en l'absence de questions litigieuses purement juridiques. Il n'a par ailleurs par la suite plus demandé l'obtention de l'assistance d'un avocat d'office au cours de l'échange des écritures dans la présente procédure régie par la maxime inquisitoire (cf. consid. 5.2 supra). Il s'ajoute que le Tribunal n'a en l'occurrence ordonné aucune démarche procédurale particulière en dehors de l'usuel échange d'écritures, qui aurait pu requérir l'intervention d'un mandataire d'office du recourant. Partant, la demande (subsidiaire) d'assistance judiciaire doit être rejeté. Il est précisé que l'admission de la seule assistance judiciaire partielle avec l'arrêt au fond, en cas d'absence de la nécessité de désigner un mandataire d'office lors de la procédure, ne contrevient pas aux droits procéduraux du recourant en l'espèce, ce dernier ayant en tout temps pu requérir le bénéfice d'un avocat avant d'entreprendre des écritures d'importance (cf. arrêts du TF 1C_262/2019 du 6 mai 2020 consid. 3.1, 9C_423/2017 du 10 juillet 2017 consid. 4.1, 9C_628/2013 du 14 janvier 2013 consid. 2.2).

E. 17.2

Vu l'issue de la procédure, il n'est alloué de dépens ni au recourant qui succombe, ni à l'autorité inférieure (art. 64 al. 1 a contrario PA et art. 7 al. 1 a contrario et al. 3 du règlement du 21 février 2008 concernant les frais, dépens et indemnités fixés par le Tribunal administratif fédéral (FITAF, RS 173.320.2).