

BVGer C-5964/2016 vom 31. Juli 2019

Bundesverwaltungsgericht, 2019-07-31, FR

Quelle: https://mcp.opencaselaw.ch/entscheid/bvger_C-5964_2016

FR: TAF C-5964/2016 du 31 juillet 2019

IT: TAF C-5964/2016 del 31 luglio 2019

Regeste

Droit à la rente

Erwägungen

E. 1

Au regard des art. 31, 32 et 33 let. d LTAF (RS 173.32) ainsi que de l'art. 69 al. 1 let. b LAI (RS 831.20), le Tribunal de céans est compétent pour connaître du présent recours. Le recourant a qualité pour recourir, étant directement touché par la décision attaquée et ayant un intérêt digne d'être protégé à ce qu'elle soit annulée ou modifiée (art. 59 LPGA [830.1] et 48 al. 1 PA). Le recours a été déposé en temps utile (art. 60 LPGA et 50 al. 1 PA) et dans les formes requises par la loi (art. 52 al. 1 PA), et l'avance sur les frais de procédure présumés de 800 francs a été dûment acquittée (art. 63 al. 4 PA; TAF pces 6 à 8).

E. 1.1

Complexe "atteinte à la santé"

E. 1.1.1

Expressions des éléments pertinents pour le diagnostic Les experts doivent justifier le diagnostic de telle manière que l'administration et, cas échéant, le tribunal puissent vérifier que les critères diagnostics ont été observés (ATF 142 V 106 consid. 3.3; cf. aussi arrêt du TF 9C_634/2015, 9C_665/2015 du 15 mars 2016 consid. 6.1).

E. 1.1.2

Succès du traitement ou résistance à cet égard

E. 1.1.3

Succès de la réadaptation ou résistance à cet égard

E. 1.1.4

Comorbidités

E. 1.2

Complexe "personnalité" (diagnostic de la personnalité, ressources personnelles)

E. 1.3

Complexe "contexte social". 2. Catégorie "cohérence" (point de vue du comportement)

E. 2.1

Limitation uniforme du niveau des activités dans tous les domaines comparables de la vie

E. 2.2

Poids des souffrances relevé par l'anamnèse établie en vue du traitement et de la réadaptation. Le Tribunal fédéral a précisé que ce catalogue n'est pas immuable, devant au contraire évoluer avec les connaissances médicales et juridiques, et qu'il sied de toujours tenir compte des circonstances du cas concret, le catalogue n'ayant pas la fonction d'une simple check-list (ATF 141 V 281 consid. 4.1.1).

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 (notamment : ATF 143 V 446 consid. 3.3; 136 V 24 consid. 4.3). Sauf indication contraire, les dispositions de la LAI et de son règlement d'exécution telles que modifiées par la 6e révision de la LAI (premier volet), en vigueur dès le 1er janvier 2012 (RO 2011 5659, FF 2010 1647), s'appliquent au cas d'espèce.

E. 3.2

Le Tribunal 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, soit en l'espèce, jusqu'au 18 août 2016. 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. 3.3

L'affaire présente un aspect transfrontalier dans la mesure où le recourant, ressortissant portugais domicilié au Portugal a été assuré plusieurs années en Suisse (notamment : AI pces 254 à 256 et 261). La cause doit donc être tranchée non seulement au regard des normes du droit suisse mais également à la lumière des dispositions de l'accord entre la Suisse et la Communauté européenne et ses Etats membres sur la libre circulation des personnes du 21 juin 1999 (ALCP, RS 0.142.112.681; cf. art. 80a al. 1 LAI), entré en vigueur le 1er juin 2002 (ATF 133 V 269 consid. 4.2.1; 128 V 317 consid. 1b/aa). Son annexe II règle la coordination des systèmes de sécurité sociale (art. 8 ALCP). Depuis l'introduction de la révision de la rente en 2010, litigieuse en l'espèce (AI pces 111 et 254 ss), l'annexe II de l'ALCP a été modifiée pour la relation avec la Suisse avec effet au 1er avril 2012. Pour cette raison sont en l'occurrence déterminants jusqu'au 31 mars 2012 le Règlement (CEE) n° 1408/71 du Conseil du 14 juin 1971 relatif à l'application des régimes de sécurité sociale aux travailleurs salariés, aux travailleurs non-salariés et aux membres de leur famille qui se déplacent à l'intérieur de la Communauté (RS 0.831.109.268.1), le règlement (CEE) n° 574/72 du Conseil du 21 mars 1972 relatif à l'application du règlement (CEE) n° 1408/71 (RS 0.831.109.268.11) et, ensuite, 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 n° 883/2004 portant sur la coordination des systèmes de sécurité sociale (RS 0.831.109.268.11; cf. arrêt du Tribunal fédéral [ci-après : TF] 8C_455/2011 du 4 mai 2012; à titre d'exemple les arrêts du TAF C-3/2013 du 2 juillet 2013 consid. 3.2 et C-3985/2012 du 25 février 2013 consid. 2.1). Toutefois, même après l'entrée en vigueur de l'ALCP et de ses règlements de coordination, l'invalidité ouvrant droit à des prestations de l'assurance-invalidité 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; 9C_573/2012 du 16 janvier 2013 consid. 4).

E. 4

L'objet du présent recours est le bien-fondé des décisions attaquées du 18 août 2016 par lesquelles l'autorité inférieure a, d'une part, révisé la rente d'invalidité versée depuis le 1er juillet 1996 et alloué à l'assuré depuis le 1er juillet 2012, d'une façon échelonnée dans le temps, des rentes d'invalidités entières et des quarts de rentes. D'autre part, l'OAIE a demandé le remboursement des rentes versées en trop entre juillet 2012 et juillet 2016. Le recourant requiert l'annulation de ces décisions et la poursuite du versement d'une rente d'invalidité entière depuis le 1er juillet 2012.

E. 5.1

En principe, en vertu de l'art. 17 al. 1 LPGA, la rente d'invalidité est d'office ou sur demande révisée pour l'avenir, à savoir augmentée, réduite ou supprimée, si le taux d'invalidité du bénéficiaire de la rente subit une modification notable.

E. 5.2

La jurisprudence a précisé que 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 ses travaux habituels) ont subi un changement important (ATF 141 V 9 consid. 2.3, 134 V 131 consid. 3, 130 V 343 consid. 3.5, 113 V 275 consid. 1a). Lorsque les faits déterminants pour le droit à la rente se sont modifiés au point de faire apparaître un changement important de l'état de santé motivant une révision, le degré d'invalidité doit être fixé à nouveau sur la base d'un état de fait établi de manière correcte et complète, sans référence à des évaluations antérieures de l'invalidité (ATF 141 V 9 consid. 2.3, 117 V 198 consid. 4b; arrêts du TF 8C_825/2018 du 6 mars 2019 consid. 6.7, 9C_378/2014 du 21 octobre 2014 consid. 4.2, 9C_226/2013 du 4 septembre 2013).

E. 5.3

Il n'y a pas matière à révision lorsque les circonstances sont demeurées inchangées et que le motif de la suppression ou de la diminution de la rente réside uniquement dans une nouvelle appréciation du cas (ATF 141 V 9 consid. 2.3, 115 V 308 consid. 4a/bb; arrêts du TF 8C_160/2017 du 22 juin 2017 consid. 2.2, I 755/04 du 25 septembre 2006 consid. 5.1 et I 574/02 du 25 mars 2003 publié dans SVR 2004 IV n. 5 et références citées) d'un point de vue médical notamment (ATF 137 V 210 consid. 3.4.2.3; arrêts du TF 8C_160/2017 cité consid. 2.2, 9C_418/2010 du 29 août 2011 consid. 4.1; cf. aussi consid. 7.3.3 relativement à la nouvelle jurisprudence concernant les syndromes douloureux somatoformes et atteintes similaires).

E. 5.4

Un motif de révision au sens de la loi doit clairement ressortir du dossier (arrêts du TF I 755/04 du 25 septembre 2006 consid. 5.1, I 559/02 du 31 janvier 2003 consid. 3.2 et références). La réglementation sur la révision ne saurait en effet constituer un fondement juridique à un réexamen sans condition du droit à la rente (arrêts du TF I 755/04 du 25 septembre 2006 consid. 5.1, I 8/04 du 12 octobre 2005 consid. 2.1, I 559/02 du 31 janvier

2003 consid. 3.2 et références; Michel Valterio, Commentaire, Loi fédérale sur l'assurance-invalidité (LAI), 2018, art. 31 n° 11 p. 498).

E. 5.5

Pour examiner si dans un cas, il y a eu une modification importante du degré d'invalidité au sens de l'art. 17 al. 1 LPGA, il s'agit de comparer les faits tels qu'ils se présentaient au moment de la dernière décision entrée en force, reposant sur un examen matériel du droit à la rente, avec une constatation des faits pertinents, une appréciation des preuves et une comparaison des revenus conformes au droit, et les circonstances régnant à l'époque de la décision litigieuse (ATF 133 V 108 consid. 5.4, 130 V 343 consid. 3.5.2, 130 V 71 consid. 3.2.3 et références).

E. 5.6.1

En dérogation à l'art. 17 al. 1 LPGA susmentionné, la let. a, al. 1 des dispositions finales de la 6ème révision de l'AI (premier volet; cf. consid. 3.1 ci-dessus) a introduit le 1er janvier 2012 une procédure de révision particulière. Selon cette disposition, les rentes octroyées en raison d'un syndrome sans pathogenèse ni étiologie claires et sans constat de déficit organique - tel un trouble douloureux somatoforme ou une fibromyalgie - seront réexaminées dans un délai de trois ans à compter de l'entrée en vigueur de la présente modification. Si les conditions visées à l'art. 7 LPGA ne sont pas remplies - parce que l'incapacité de gain est considérée comme surmontable (cf. consid. 6.1 ci-dessus) - la rente sera réduite ou supprimée, même si les conditions de l'art. 17 al. 1 LPGA ne sont pas remplies et que l'état de santé ou la situation professionnelle de la personne assurée ne se sont pas modifiés depuis l'octroi de la rente. Toutefois, au vu de l'al. 4 de la let. a des dispositions finales, le réexamen des rentes en vertu des dispositions finales ne s'applique pas aux personnes qui ont atteint 55 ans au moment de l'entrée en vigueur de la présente modification, ou qui touchent une rente de l'assurance-invalidité depuis plus de 15 ans au moment de l'ouverture de la procédure de révision. Selon jurisprudence, pour calculer depuis combien d'année la rente a été versée, il faut se référer, pour la date initiale, à celle du début du droit à la rente et non pas à la date de la décision (ATF 139 V 442 consid. 3 et 4). Le "moment de l'ouverture de la procédure de révision", pour sa part, correspond au moment où, selon le degré de la vraisemblance prépondérante, la révision a effectivement été introduite. Il ne correspond pas au moment où l'Office AI a informé la personne assurée qu'il entend supprimer la rente (cf. arrêt du TF 8C_773/2013 du 6 mars 2014 consid. 3, précisé par l'arrêt 8C_576/2014 du 20 novembre 2014 consid. 4.3.2). Dans les cas où la révision a été introduite avant le 1er janvier 2012 (entrée en vigueur des dispositions finales), cette date-ci constitue le point d'attachement fictif (ATF 140 V 15 consid. 5.3.4, arrêt du TF 8C_576/2014 cité consid. 4.3.2).

E. 5.6.2

Dans le cas concret, il est constant que l'assuré, touchant une rente d'invalidité depuis le 1er juillet 1996 et ainsi depuis plus de 15 ans le 1er janvier 2012, ne fait pas partie du cercle des personnes dont la rente peut être réexaminée en vertu des dispositions finales de la 6ème révision AI. Toutefois, sa rente d'invalidité peut faire objet de révision en vertu de l'art. 17 LPGA ce que l'OAIE prétend par ses décisions querellées.

E. 6.1

L'invalidité au sens de la LPGA et de la LAI est l'incapacité de gain totale ou partielle qui est présumée permanente ou de longue durée (art. 8 al. 1 LPGA). Elle peut résulter d'une

infirmité congénitale, d'une maladie ou d'un accident (art. 4 al. 1 LAI) et 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). En vertu de l'art. 7 al. 1 LPGA, est réputée incapacité de gain toute diminution de l'ensemble ou d'une partie des possibilités de gain de l'assuré sur un marché du travail équilibré dans son domaine d'activité, si cette diminution résulte d'une atteinte à sa santé physique, mentale ou psychique et qu'elle persiste après les traitements et les mesures de réadaptation exigibles. Selon l'art. 6, 1ère phrase LPGA, on entend par incapacité de travail, toute perte, totale ou partielle, résultant d'une atteinte à la santé physique, mentale ou psychique, de l'aptitude de l'assuré à accomplir dans sa profession ou son domaine d'activité le travail qui peut raisonnablement être exigé de lui. L'assurance-invalidité suisse couvre ainsi seulement les pertes économiques liées à une atteinte à la santé physique ou psychique, et non la maladie en tant que telle (ATF 116 V 246 consid. 1b). En d'autres termes, l'objet assuré n'est pas l'atteinte à la santé, mais l'incapacité de gain probablement permanente ou de longue durée qui en résulte et qui n'est pas objectivement surmontable (art. 7 al. 2 LPGA). En cas d'incapacité de travail de longue durée, l'activité qui peut être exigée de l'assuré peut aussi relever d'une autre profession ou d'un autre domaine d'activité (art. 6, 2e phrase LPGA). La notion d'invalidité, en droit suisse, est donc de nature économique/juridique et non médicale.

E. 6.2

Le taux d'invalidité d'une personne exerçant une activité lucrative est fixé d'après la méthode ordinaire de comparaison des revenus. Ainsi, le revenu que la personne assurée aurait pu obtenir si elle n'était pas invalide (revenu sans invalidité) est comparé avec celui qu'elle pourrait obtenir en exerçant l'activité qui peut être raisonnablement exigée d'elle après les traitements et les mesures de réadaptation, sur un marché du travail équilibré (revenu d'invalidité; art. 16 LPGA et art. 28a al. 1 LAI). La différence entre ces deux revenus permet de calculer le taux d'invalidité.

E. 6.3

La rente d'invalidité est échelonnée selon le degré de l'incapacité de gain. 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%, à trois-quarts de rente s'il est invalide à 60% et à une rente entière s'il est invalide à 70% au moins (art. 28 al. 2 LAI). 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. Toutefois, cette restriction ne s'applique pas lorsque la personne assurée est une ressortissante suisse ou d'un Etat membre de l'Union européenne (UE) et réside dans l'un de ces pays (ATF 130 V 253 consid. 2.3 et 3.1; art. 4 et 7 du règlement n° 883/2004).

E. 7.1

La reconnaissance de l'existence d'une atteinte à la santé psychique suppose la présence d'un diagnostic émanant d'un expert (psychiatre) et s'appuyant selon les règles de l'art sur les critères d'un système de classification reconnu, tel le CIM ou le DSM-IV (notamment : ATF 143 V 409 consid. 4.5.2; 141 V 281 consid. 2.2 et 3.2; arrêts du TF 8C_841/2016 du 30 novembre 2017 consid. 4.5.2, 9C_815/2012 du 12 décembre 2012 consid. 3).

E. 7.2.1

En particulier, une expertise psychiatrique est en principe nécessaire quand il s'agit de se prononcer sur l'incapacité de travail que les troubles douloureux somatoformes (CIM-10

F45.4) sont susceptibles d'entraîner (ATF 137 V 54 consid. 4 et 5; 130 V 352 consid. 2.2.2). Ceci est aussi valable pour les pathologies similaires (ATF 141 V 281 consid. 4.2; 140 V 8 consid. 2.2.1.3; voir aussi ATF 142 V 324), telles la fibromyalgie bien que le diagnostic de celle-ci soit d'abord le fait d'un médecin rhumatologue (ATF 132 V 65 consid. 4.3; 130 V 353 consid. 2.2.2 et 5.3.2). La fibromyalgie présente par ailleurs de nombreux points communs avec le trouble douloureux somatoforme (ATF 132 V 65 consid. 4, 4.1; arrêt du TF 9C_688/2016 du 16 février 2017 consid. 3.5; cf. aussi Peter Henningsen, Probleme und offene Fragen in der Beurteilung der Erwerbsfähigkeit bei Probanden mit funktionellen Körperbeschwerdesyndromen, SZS 2014 p. 12).

E. 7.2.2

La jurisprudence du Tribunal fédéral a posé depuis le 12 mars 2004 la présomption selon laquelle les troubles somatoformes douloureux, la fibromyalgie ainsi que d'autres affections psychosomatiques similaires pouvaient être surmontés par un effort de volonté raisonnablement exigible. Ce n'était que dans des cas exceptionnels qu'on reconnaissait une invalidité à ce titre et qu'il était admis que l'assuré était incapable de fournir cet effort de volonté nécessaire à surmonter sa maladie. La personne assurée devait alors présenter une comorbidité psychiatrique importante et/ou remplir quatre autres critères, appelés critères de Foerster (ATF 132 V 65 consid. 4; 131 V 49 consid. 1.2; 130 V 352 consid. 2.2.3 et 3.3.1; cf. aussi ATF 140 V 290 consid. 3.3.1; 139 V 547 consid. 6 et 7).

E. 7.3.1

Le 3 juin 2015, dans un arrêt de principe publié dans l'ATF 141 V 281, le Tribunal fédéral a modifié sa pratique en profondeur s'agissant de l'appréciation de la capacité de travail résiduelle d'une personne souffrant d'un trouble douloureux somatoforme ou d'un trouble similaire, et le 30 novembre 2017, il a étendu sa nouvelle jurisprudence en principe à toutes les affections psychiques (ATF 143 V 418 consid. 7.1 s.) aussi aux troubles dépressifs de degré léger ou moyen (ATF 143 V 409 consid. 4.5.1 s.). L'évaluation des troubles psychiques fait désormais l'objet d'une procédure probatoire structurée, sur la base d'une vision d'ensemble et à la lumière des circonstances du cas particulier, sans résultat prédéfini, laquelle permet, d'une part, de mettre en lumière les facteurs d'incapacité et, d'autre part, les ressources de la personne assurée. Les limitations constatées doivent ensuite être examinées à l'aune des indicateurs se rapportant à la cohérence (cf. ATF 141 V 281 consid. 4.1.3). Concrètement, le Tribunal a conçu le catalogue d'indicateurs, classés en deux catégories, suivant (cf. ATF 141 V 281 consid. 4.3 à 4.4.2) : 1. Catégorie "degré de gravité fonctionnel"

E. 7.3.2

Le Tribunal fédéral a également souligné que la nouvelle jurisprudence ne modifiait en rien celle tirée de l'art. 7 al. 2 LPGA (cf. consid. 6.1) laquelle exige que seules les limitations, comme conséquences de l'atteinte à la santé, soient prises en compte et que l'examen de l'exigibilité de l'exercice d'une activité adaptée soit objectif (ATF 141 V 281 consid. 3.7.1 et 6; cf. arrêt du TF 9C_899/2014 du 29 juin 2015 consid. 3.2). Comme auparavant, les évaluations et limitations subjectives de la personne assurée qui ne peuvent pas être expliquées d'un point de vue médical ne forment pas d'atteintes à la santé invalidantes (ATF 141 V 281 consid. 3.7.1).

E. 7.3.3

La Haute Cour a encore remarqué que la nouvelle procédure d'appréciation de la capacité de travail de la personne assurée ne constitue pas en soi un motif de nouvelle demande de prestations, ni de révision (ATF 141 V 585 consid. 5 et 5.3).

E. 8.1

Conformément à la maxime inquisitoire qui régit la procédure dans le domaine des assurances sociales (cf. art. 43 LPGA mais aussi art. 12 PA), l'administration est tenue de prendre d'office les mesures d'instruction nécessaires et de recueillir les renseignements dont elle a besoin (Pierre Moor/Etienne Poltier, op. cit. p. 255). Concrètement, afin d'instruire une demande de prestations AI, l'art. 69 al. 2 RAI prescrit que l'Office AI réunit lorsque les conditions d'assurance sont remplies les pièces nécessaires pour évaluer le droit aux prestations, en particulier des rapports médicaux. En effet, bien que l'invalidité soit une notion juridique et économique (cf. consid. 6.1), les données fournies par les médecins constituent un élément utile pour apprécier les conséquences fonctionnelles de l'atteinte à la santé (ATF 143 V 418 consid. 6). 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 au vu de ses limitations (ATF 125 V 256 consid. 4, 115 V 133 consid. 2 et 114 V 310 consid. 3c; RCC 1991 p. 329 consid. 1c). L'évaluation finale des conséquences fonctionnelles d'une atteinte à la santé, voire le point de savoir quelle capacité de travail peut être exigée de la personne assurée constitue toutefois une question de droit et il appartient à l'administration et, cas échéant, au tribunal de la pratiquer (ATF 144 V 50 consid. 4.3, 140 V 193 consid. 3.2).

E. 8.2

Le principe de la libre appréciation des preuves s'applique de manière générale à toute procédure de nature administrative, que ce soit devant l'administration ou le tribunal (notamment : ATF 144 V 50 consid. 4.3; cf. aussi consid. 2.2). Il implique que tous les moyens de preuve doivent être examinés de manière objective quelle que soit leur provenance (ATF 132 V 93 consid. 5.2.8) et il sied de décider si les documents à disposition permettent de porter un jugement valable sur le droit litigieux (ATF 125 V 251 consid. 3a; cf. aussi ATF 143 V 418 consid. 5.2.2).

E. 8.3

La jurisprudence a posé des lignes directrices en ce qui concerne la manière d'apprécier les rapports médicaux (ATF 125 V 351 consid. 3b et 3c).

E. 8.3.1

L'élément décisif pour apprécier la valeur probante d'une pièce médicale n'est en principe ni son origine, ni sa désignation sous la forme d'un rapport ou d'une expertise, mais son contenu. Ainsi, avant de lui conférer la valeur probante, le Tribunal s'assurera que les points litigieux importants ont fait l'objet d'une étude circonstanciée, que le rapport médical se fonde sur des examens complets, qu'il prenne également en considération les plaintes exprimées par la personne examinée, qu'il ait été établi en pleine connaissance de l'anamnèse, que la description du contexte médical et l'appréciation de la situation médicale soient claires et enfin que les conclusions soient dûment motivées (ATF 134 V 231 consid. 5.1; 125 V 351 consid. 3a et références). Il faut en outre que le médecin dispose de la formation spécialisée nécessaire et de compétences professionnelles dans le domaine d'investigation (arrêts du TF 9C_555/2017 du 22 novembre 2017 consid. 3.1; 9C_745/2010 du 30 mars 2011 consid. 3.2 et 9C_59/2010 du 11 juin 2010 consid. 4.1; Michel Valterio,

op. cit., art. 57 n° 33).

E. 8.3.2

La valeur probante d'une expertise médicale établie en vue d'une révision dépend largement du fait de savoir si elle explique d'une manière convaincante la modification survenue de l'état de santé. Les experts doivent alors prendre en considération que la modification de l'état de santé doit être notable et qu'une nouvelle appréciation du cas alors que les circonstances sont demeurées inchangées ne constitue pas un motif de révision (ATF 141 V 9 consid. 2.3; 112 V 371 consid. 2b; arrêts du TF 9C_418/2010 du 29 août 2011 consid. 4.2 à 4.4, I 755/04 du 25 septembre 2006 consid. 5.1; voir aussi arrêt du TF 8C_445/2017 du 9 mars 2018 consid. 2.2; Andreas Traub, Zum Beweiswert medizinischer Gutachten im Zusammenhang mit der Rentenrevision, RSAS 2012 pp. 183 ss; Michel Valterio, op. cit., art. 31 n° 11).

E. 8.3.3

Le Tribunal ne s'écarte pas sans motifs impératifs des conclusions d'une expertise médicale, la tâche de l'expert étant précisément d'éclairer les aspects médicaux d'un état de fait donné grâce à ses connaissances spéciales. 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 que sur une autre. Selon la jurisprudence, peut constituer une raison de s'écarter d'une expertise le fait que celle-ci contient 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 consid. 3b/aa; 118 V 220 consid. 1b et les références; 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). Le simple fait qu'un ou plusieurs avis médicaux divergents ont été produits - même émanant de spécialistes - ne suffit cependant pas à lui seul à remettre en cause la valeur probante d'une expertise médicale (arrêts du TF 9C_748/2013 cité consid. 4.1.1, U 365/06 du 26 janvier 2007 consid. 4.1).

E. 8.3.4

Quant au règlement transitoire de la nouvelle jurisprudence s'agissant des troubles psychiques (cf. consid. 7.3 ss ci-dessus), le Tribunal fédéral a considéré que les expertises médicales effectuées selon les anciens standards jurisprudentiels ne perdent pas de fait leur valeur probante. Il sied d'examiner, compte tenu du cas particulier et des griefs soulevés, si les documents versés au dossier permettent une appréciation convaincante selon les nouveaux indicateurs déterminants. Cas échéant, un complément ponctuel peut s'avérer suffisant (par analogie : ATF 141 V 281 consid. 8; arrêt du TF 8C_628/2018 cité consid. 4.3, 9C_716/2015 du 30 novembre 2015 consid. 4.1).

E. 8.3.5

Au sujet des rapports établis par les médecins traitants, il convient de les apprécier avec une certaine réserve en raison de la relation de confiance qui unit ces médecins à son leur patient-e ; il est constant d'après la jurisprudence que ceux-ci sont généralement enclins, en cas de doute, à prendre parti pour leur patient-e (ATF 135 V 465 consid. 4.5; 125 V 351 consid. 3b/cc). Cette constatation s'applique de même aux médecins non traitants consultés par la personne assurée en vue d'obtenir un moyen de preuve à l'appui de sa requête (arrêt du TF 8C_558/2008 du 17 mars 2009 consid. 2.4.2). Toutefois, le simple fait qu'un

certificat médical est établi à la demande d'une partie et est produit pendant la procédure ne justifie pas en soi des doutes quant à sa valeur probante (ATF 125 V 351 consid. 3b/dd; arrêts du TF 9C_615/2015 du 12 janvier 2015 consid. 6.2, 8C_278/2011 du 26 juillet 2011 consid. 5.3).

E. 8.3.6

S'agissant des rapports médicaux qui sont postérieurs à la décision attaquée, limitant le pouvoir d'examen du Tribunal dans le temps (cf. consid. 3.2), il sied de rappeler qu'ils ne sont déterminants que pour autant qu'ils sont étroitement liés à l'objet du litige et de nature à influencer l'appréciation des faits au moment où la décision attaquée a été rendue (arrêts du TF 9C_235/2016 du 26 janvier 2017 consid. 4.2, 9C_748/2013 du 10 février 2014 consid. 4.2.1; RCC 1980 p. 481).

E. 8.4

Dans le domaine des assurances sociales, la décision doit se fonder sur les faits qui, faute d'être établis de manière irréfutable, apparaissent comme les plus vraisemblables, c'est-à-dire qui présentent un degré de vraisemblance prépondérante. Il ne suffit donc pas qu'un fait puisse être considéré seulement comme une hypothèse possible ; la vraisemblance prépondérante suppose que, d'un point de vue objectif, des motifs importants plaident pour l'exactitude d'une allégation, sans que d'autres possibilités ne revêtent une importance significative ou n'entrent raisonnablement en considération (notamment : ATF 139 V 176 consid. 5.3).

E. 9.1

Dans le cas concret, le point de départ pour examiner si le taux d'invalidité du recourant s'est modifié de manière à influencer le droit aux prestations au sens de l'art. 17 LPGA (consid. 5.5), tel que soutenu par l'OAIE dans ses décisions du 18 août 2016, forment les décisions initiales du 20 février 2004 par lesquelles un quart de rente d'invalidité du 1er juillet 1996 au 31 janvier 2000 et une rente d'invalidité entière à compter du 1er février 2000 ont été octroyés (AI pce 72). En effet, ces décisions ont été le résultat d'une procédure d'instruction fouillée. Dans un premier temps, l'Office cantonal des assurances sociales du canton B. _____ a récolté les questionnaires pour l'employeur (des 8 avril 1997 et 3 mars 1998 [AI pce 19]) et les rapports des médecins traitants (notamment rapports du 21 décembre 1995, des 12 février, 20 mars, 8 juillet et 26 septembre 1996, des 21 août et 21 octobre 1998 et du 5 décembre 2000 des Hôpitaux C. _____ et de l'Hôpital cantonal, du 2 décembre 1996 du Dr D. _____ et des 10 juin 1996, 20 mars 1997 et 30 mars 2000 de la Dresse E. _____ [AI pces 7 à 11, 13 p. 1, 15, 17, 29, 30, 41 et 47]). L'assuré a aussi bénéficié d'un stage d'observation professionnelle de trois mois du 12 avril au 11 juillet 1999 ainsi que d'un stage de réentraînement à l'effort du 12 juillet 1999 au 31 janvier 2000 (cf. rapports de la division de réadaptation professionnelle des 29 janvier et 15 juillet 1999 [AI pces 31 et 35], communications des 25 février et 27 juillet 1999 [AI pces 32 et 36], synthèse et rapport final des 4 et 11 février 2000 [AI pce 39]). Afin de préciser les diagnostics et leur influence sur la capacité de travail de l'assuré qui a souffert d'atteintes physiques et psychiques, l'Office cantonal a ensuite requis un examen médical détaillé sous la forme d'une expertise pluridisciplinaire, réalisée par le F. _____ du 28 janvier au 18 février 2002 (rapport du 10 avril 2002 [AI pce 57] et réponses complémentaires du 12 août 2003 aux questions du 1er juillet 2002 [AI pces 59 et 66]). Enfin, sur la base des conclusions des experts du F. _____, l'Office cantonal a procédé au calcul du taux

d'invalidité par comparaison des revenus en application de la méthode générale (AI pce 70 pp. 6 et 7) et rendu ses décisions du 20 février 2004 qui sont entrées en force de chose décidée faute de recours interjeté à leur encontre. De son côté, la communication du 30 octobre 2006 (AI pce 103), établie suite à la 1ère révision de la rente, s'avère n'être qu'une confirmation formelle du maintien du droit du recourant à une rente d'invalidité entière, suite au constat d'un degré d'invalidité inchangé, basé sur les rapports des médecins traitants (cf. les rapports du 29 mai, 22 août ainsi que des 18 et 19 septembre 2006 des Drs E._____, G._____ et H._____ [AI pces 95, 97 à 100]).

E. 9.2

Dès lors, les décisions du 20 février 2004 constituent les dernières décisions entrées en force par lesquelles le droit du recourant à la rente d'invalidité a été examiné matériellement. Partant, les faits tels qu'ils se présentaient à cette époque et ceux qui ont existé jusqu'au 18 août 2016, date des décisions querellées (AI pces 254 à 260), marquant la limite dans le temps du pouvoir d'examen du Tribunal (consid. 3.2), doivent être comparés afin de déterminer si une modification notable est survenue.

E. 10.1

Les décisions du 20 février 2004 (AI pce 72) reposaient, sur le plan médical, essentiellement sur les conclusions du rapport d'expertise pluridisciplinaire du 10 avril 2002, établi par les Drs I._____, interniste, J._____, neurologue, K._____, rhumatologue, et L._____, psychiatre, du F._____ (AI pce 57), précisées par les réponses complémentaires du 12 août 2003 du Dr M._____ (AI pce 66) aux questions du 1er juillet 2002 (AI pces 59 et 66). Les experts avaient posé comme diagnostics avec influence sur la capacité de travail un trouble dépressif récurrent, épisode actuel sévère, des douleurs chroniques irréductibles sous forme de douleurs diffuses de l'appareil locomoteur et de céphalées tensionnelles ainsi que des troubles de la personnalité de type psychotique. Les experts ont encore diagnostiqué, sans influence essentielle sur la capacité de travail, un traumatisme crânio-cérébral en 1981 sans séquelles à long terme, un status après fracture de la diaphyse fémorale gauche et du poignet gauche, une coxarthrose gauche débutante, un status après cure de hernie inguinale bilatérale et d'une hernie ombilicale en 1996, une ostéotomie des 2e et 3e métatarses gauches (1997) et droit (1998) pour orteils en marteau, une hyperlipidémie et une obésité débutante (AI pce 57 p. 19). Le Tribunal constate qu'il existait encore un status après acromioplastie de l'épaule gauche pour conflit sous-acromial, pratiqué le 1er février 2000 (cf. rapport du 30 mars 2000 de la Dresse E._____ et rapport du 5 décembre 2000 des Hôpitaux C._____ [AI pces 41 et 47]). S'agissant de la capacité de travail résiduelle de l'assuré, les experts du F._____ ont conclu que celui-ci présentait depuis juillet 1995 une capacité de 50% dans l'activité habituelle et une capacité de 80% dans une activité adaptée, n'impliquant pas des travaux lourds, le port de charge supérieur à 5 ou 15 kg et la rotation des hanches (AI pce 57 pp. 16 et 23). Ensuite, pendant le stage d'observation professionnelle en automne 1999, les experts ont admis que l'état de l'assuré s'était aggravé avec l'apparition des atteintes psychiques et douleurs chroniques et que celui-ci avait alors présenté une incapacité de travail totale dans l'ancienne activité et une capacité de travail résiduelle de 30% dans une activité adaptée (AI pce 57; voir aussi les réponses des 12 août 2003 aux questions du 1er juillet 2002 [AI pces 59 et 66]).

E. 10.2

Le TAF note, de plus, que l'observation et le réentrainement professionnel dont l'assuré a bénéficié du 12 avril 1999 au 31 janvier 2000 démontraient que l'assuré pouvait obtenir un rendement résiduel moyen de 70% (AI pce 39 p. 10). La conclusion des experts selon laquelle l'assuré présentait, avant l'aggravation survenue en automne 1999, une capacité de travail résiduelle de 80% a donc été corroborée dans une certaine mesure par ces résultats (voir également les questions du 1er juillet 2002 et les réponses du 12 août 2003 du Dr M._____ du F._____ [AI pces 59 et 66, question 3]).

E. 10.3

Sur la base des capacités de travail médicalement attestées, l'Office cantonal a déterminé pour la période du 21 juillet 1996 au 31 juillet 2000 un taux d'invalidité de 43% compte tenu d'une comparaison de revenus ; le revenu avec invalidité résultait alors des données statistiques et prenait en compte une capacité de travail résiduelle de 80% et un abattement du salaire statistique de 20%. Dès l'aggravation de l'état de santé fin 1999, l'Office a déterminé un taux d'invalidité de 70% compte tenu d'une incapacité de travail du même pourcentage (AI pce 70 pp. 5 à 7).

E. 10.4

En conclusion, le TAF constate que par les décisions du 20 février 2004 le quart de rente, versé du 1er juillet 1996 au 31 janvier 2000, a été octroyé principalement pour des troubles somatiques tandis que la rente d'invalidité entière, allouée depuis le 1er février 2000, essentiellement pour des raisons psychiatriques lesquelles ont aggravé l'état de santé de l'assuré en automne 1999.

E. 11

Lors des décisions attaquées du 18 août 2016, l'OAIE disposait d'une nouvelle documentation importante.

E. 11.1

L'OAIE a recueilli dans un premier temps notamment les nouveaux rapports médicaux ci-après : - le résultat du 14 juillet 2010 de l'examen radiologique de la colonne lombo-sacrée, signé de la Dresse N._____ (AI pce 117), - le résultat du 19 juillet 2010 de l'examen par TC de la colonne lombaire, signé du Dr O._____ (AI pce 118), - le rapport médical manuscrit, non daté, du Dr P._____ (AI pce 119), - le rapport médical détaillé E213 du 8 février 2011 du Dr Q._____ lequel pose comme diagnostics une pathologie dégénérative de la colonne lombaire, une fibromyalgie et une dépression ; il ne se détermine pas sur la capacité de travail résiduelle de l'assuré (AI pce 122), - le rapport médical du 11 février 2011 de la Dresse G._____, rhumatologue qui conclut que l'assuré présente une fibromyalgie avec une pathologie ostéoarticulaire dégénérative / posttraumatique coxo-fémorale et genoux d'état modéré à avancé ; selon ce médecin, le pronostic fonctionnel est très réservé (AI pce 123), - le rapport médical du 21 février 2011 de la Dresse R._____, psychiatre, laquelle observe une humeur euthymique, sans symptômes psychiatriques, ainsi qu'un état mental adéquat, sans altérations. Elle retient comme diagnostic un trouble dépressif récurrent, actuellement en rémission clinique et estime que le pronostic est favorable d'un point de vue psychiatrique avec maintien du traitement psychopharmacologique (AI pce 124), - le résultat du 23 novembre 2011 de l'examen radiologique de l'épaule droite et du bassin, signé de la Dresse S._____ (AI pce 135 p. 2), - le rapport du 2 janvier 2012 du Dr P._____ qui indique une aggravation de l'état clinique organique et informe que des examens sont en cours afin de déterminer la nécessité

d'une intervention chirurgicale ; il souligne également que l'assuré présente un état dépressif, nécessitant un soutien constant et permanent (AI pce 135 p. 1), - le rapport médical du 13 janvier 2012 du Dr T._____, psychiatre qui relève que l'assuré souffre d'une fibromyalgie ainsi que d'une dysthymie et soutient que le rapport psychiatrique antérieur a été établi à la légère, en posant notamment, d'une façon ironique, les questions à savoir si la combinaison des douleurs avec un état dépressif pouvait constituer un bon diagnostic ou si une amélioration légère de l'humeur pouvait impliquer la guérison des douleurs chroniques comorbides (AI pce 137), - le rapport du 2 janvier 2012 du Dr P._____ lequel informe des derniers examens (AI pce 150), - le rapport neurochirurgical du 6 mars 2012 faisant part d'une intervention pour hernie discale en date du 5 mars 2012 avec fenestration, foraminectomie et discectomie L4-L5 (AI pce 151), - le rapport du 28 mai 2012 du Dr U._____, pneumologue qui conclut que l'assuré présente une ronchopathie légère, sans signe de syndrome de l'apnée obstructive de sommeil (AI pce 152), - le rapport du 23 juin 2012 du Dr T._____ similaire à son rapport antérieur ; il fait par ailleurs état d'une aggravation de l'état global de l'assuré et notamment d'une intervention chirurgicale (AI pce 156). Les médecins de l'OAIE, la Dresse V._____ et le Dr W._____, ont été invités à prendre position sur ces documents médicaux (avis des 21 juin, 25 août et 7 novembre 2011, 28 février 2012 et 10 janvier 2013 [AI pces 126, 128, 130, 139 et 171]). Le Dr W._____, psychiatre, confirme une amélioration nette, stable et durable de l'état psychique de l'assuré dont il s'agirait de tenir compte depuis le 21 février 2011 (AI pce 128) lorsqu'elle a été constatée par la Dresse R._____ (AI pce 124). La Dresse V._____ retient que la dernière activité de manoeuvre dans le bâtiment n'est plus exigible de la part de l'assuré. Par contre des activités plus légères en positions assises ou alternées, sans port de lourdes charges au-dessus de 10 kg ou de travail à cadence rapide ou en position fléchie du tronc, en porte-à-faux ou accroupi d'une façon répétée, seraient exigibles à 80% dès le 21 février 2011 (AI pce 130).

E. 11.2

Suite à l'arrêt du TAF C-3228/2012 cité sont versées dans le dossier les nouvelles pièces médicales suivantes : - le rapport du 25 mars 2014 de l'expertise médicale pluridisciplinaire laquelle a eu lieu du 4 au 6 mars 2014 à la Clinique X._____. Les experts, les Drs Y._____, psychiatre et psychothérapeute, Z._____, médecin interniste, AA._____, médecin interniste et rhumatologue et BB._____, neurologue, confirment l'amélioration de l'état psychique et concluent que l'assuré présente une incapacité de travail totale dans l'activité antérieure de maçon, par contre, dans une activité adaptée aux limitations fonctionnelles sa capacité serait entière depuis février 2011, les incapacités de travail temporaires, survenues en raison des interventions chirurgicales récentes, étant réservées. Au rapport principal (AI pce 200) sont joints le rapport du 5 mars 2014 de l'expertise rhumatologique, signé de la Dresse AA._____ (AI pce 201), le rapport du 6 mars 2014 de l'expertise psychiatrique du Dr Y._____ (AI pce 203) et le rapport du 11 mars 2014 de l'examen neurologique, établi par le Dr BB._____ (AI pce 202), - le certificat manuscrit du 25 mai 2015 du Dr P._____ (AI pce 226), - le rapport médical du 3 juin 2015 du Dr T._____ lequel fait état des diagnostics ostéoarticulaires. Comme diagnostic neuropsychiatrique il indique un trouble dépressif récurrent d'épisode actuel sévère, des douleurs chroniques sous forme de douleurs diffuses de l'appareil locomoteur et de tensions céphaliques, un trouble de la personnalité et des autres troubles spécifiques de la personnalité. Rappelant par ailleurs que les rapports médicaux précédents ont fait état de troubles psychiques (états dépressifs récurrents) ainsi que d'un cadre algique, il décrit des

dommages cognitifs et un " désespoir appris " causés par la douleur chronique qui se serait aggravée au fil des ans malgré les traitements (AI pce 227), - le rapport orthopédique du 25 juin 2015 de la Dresse CC. _____ remarquant que l'assuré a été traité depuis 2010 pour des paresthésies aux membres inférieurs et une hernie discale L4-L5 pour laquelle il a été opéré en mars 2012 et qu'il présente toujours des plaintes lombo-sacrées. Elle rappelle également l'opération de janvier 2014 pour une coxarthrose (AI pce 228), - le rapport d'examen du 9 novembre 2015 de la Dresse DD. _____ qui conseille un ajustement thérapeutique pour la fibromyalgie dont l'assuré souffre puisque celle-ci ne présente aucune amélioration (AI pce 237). L'OAIE a invité ses médecins à se déterminer sur le rapport d'expertise de la Clinique X. _____. Ils confirment alors les conclusions de celle-ci (cf. prises de position des 19 juin et 13 août 2014, des 7 janvier et 5 août 2015 ainsi que du 22 avril 2016 [AI pces 207, 208, 212, 232 et 245]).

E. 11.3

Dans le cadre de la présente procédure de recours, sont encore produits en cause notamment les nouveaux documents médicaux suivants : - le certificat manuscrit du 13 septembre 2016 du Dr P. _____ lequel relève que l'assuré souffre de dépression, de problèmes ostéo-articulaires même après les opérations d'hernies discales ainsi que d'une aggravation au niveau de la hanche droite. Il note que l'assuré suit un traitement médicamenteux fort et prend des antalgiques sans rémission de douleurs et que l'assuré se plaignait parfois de désespoir faute d'amélioration constatée au niveau clinique. Il atteste que l'assuré présente une incapacité de travail, ne pouvant pas effectuer des efforts minimes et étant de plus en plus dépendant de tierces personnes dans sa vie quotidienne (TAF pce 1 annexe 14), - le rapport médical du 16 septembre 2016 du Dr T. _____ correspondant à son rapport antérieur (TAF pce 1 annexe 15), - le rapport du 20 septembre 2016 de la Dresse CC. _____ laquelle reprend les divers éléments anamnestiques connus et relève que l'assuré se plaint toujours des douleurs à la hanche (gauche) opérée et à la cheville droite (TAF pce 3 annexe 16). Invitée, la Dresse EE. _____, travaillant pour l'OAIE, remarque que les nouveaux rapports médicaux produits n'apportent aucun élément nouveau ni argument en faveur d'une aggravation significative de l'état de santé. Ils ne contiennent pas non plus d'argument pouvant remettre en question les conclusions de l'expertise de la Clinique X. _____ (prise de position du 21 novembre 2016 [TAF pce 5 annexe 2]).

E. 11.4

D'un point de vue économique, l'OAIE a encore récolté les documents ci-après : - le questionnaire pour la révision de la rente du 4 janvier 2011 duquel il ressort notamment que l'assuré n'a pas repris d'activité professionnelle (AI pce 116), - les évaluations de l'invalidité des 30 novembre 2011 et 25 février 2015 en application de la méthode générale (AI pces 131 et 218), - l'examen du 10 avril 2015 de la capacité de l'assuré à se réintégrer par lui-même sur le marché du travail ; l'OAIE conclut que celui-ci peut exercer des activités impliquant des tâches physiques ou manuelles simples sans qu'il doive suivre préalablement des mesures de réadaptation (AI pce 222).

E. 12

Sur le plan médical, l'OAIE base ses décisions du 18 août 2016 essentiellement sur les conclusions de l'expertise réalisée à la Clinique X. _____ du 4 au 6 mars 2014 que ses médecins ont confirmées. Il soutient que l'expertise pluridisciplinaire remplit tous les requis juridiques pour se voir accorder pleine valeur probante et que la

documentation médicale produite par l'assuré ne la met pas en cause. Le recourant conteste cette position et prétend essentiellement qu'il ne peut plus exercer une activité professionnelle.

E. 12.1

Eu égard aux exigences jurisprudentielles relatives à la valeur probante d'expertises médicales (consid. 8.3.1 à 8.3.3), le Tribunal de céans remarque que le rapport d'expertise du 25 mars 2014 et ses rapports rhumatologique, psychiatrique et neurologique individuels des 5, 6 et 11 mars 2014 (AI pces 200 à 203) se basent sur le dossier médical constitué (AI pce 200 pp. 2 à 6) ainsi que sur des rapports médicaux apportés par l'assuré (pp. 6 s.) dont en particulier le compte rendu d'hospitalisation du 24 juin 2013 concernant une cholécystectomie sous laparoscopie, décidée dans le cadre d'une cholécystite aiguë. Le Tribunal constate en outre que les experts ont exposé l'anamnèse en détail, aussi les aspects d'hérédité et familiaux, personnels et sociaux, professionnels, de maladies et d'accidents et par systèmes, avec description des plaintes actuelles, du déroulement d'une journée actuelle, des habitudes et de la médication de l'assuré (pp. 7 à 11; voir aussi les rapports individuels : AI pce 201 pp. 2 s., pce 202 pp. 1 s. et pce 203 pp. 2 à 4). Les rapports font ensuite état des constatations des examens cliniques (AI pce 200 pp. 11 s., pce 201 pp. 3 ss, pce 202 pp. 2. et pce 203 pp. 4 s.) lesquels, sur le volet rhumatologique, ont également inclus l'examen des documents d'imagerie, de la hanche gauche du 30 janvier 2014, du bassin de face et de la hanche gauche du 11 janvier 2014, de la colonne lombaire du 31 juillet 2012 et de l'épaule droite du 23 novembre 2011 (AI pce 201 pp. 4 s.). Le rapport d'expertise contient ensuite les diagnostics (AI pce 200 pp. 12 s.; voir aussi les rapports individuels : AI pce 201 p. 5, pce 203 p. 5) ainsi qu'une appréciation du cas (AI pce 200 pp. 13 à 15; les rapports individuels : AI pce 201 pp. 5 s., pce 202 p. 3 et pce 203 pp. 5 s.) et les réponses aux questions posées, comportant notamment une prise de position sur l'exigence des mesures de réadaptation professionnelle et la capacité de l'assuré à s'adapter à un environnement professionnel compte tenu de ses troubles psychiques (AI pce 200 pp. 15 ss). Il est, de plus, incontesté que le Dr Y. _____, psychiatre et psychothérapeute, le Dr Z. _____, médecin interniste, la Dresse AA. _____, médecin interniste et rhumatologue et le Dr BB. _____, neurologue, disposent des qualifications médicales nécessaires pour prendre, en tant qu'experts, position sur les troubles de l'assuré. Cette expertise pluridisciplinaire, telle qu'exigée par l'arrêt du TAF C-3228/2012 cité, garantit, de surcroît, que l'état de santé de l'assuré a été évalué dans son ensemble.

E. 12.2

Il sied d'examiner si les conclusions des experts sont convaincantes et puissent, partant, être confirmées (cf. consid. 8.3.1 à 8.3.3 ci-dessus). Relativement au volet psychiatrique de l'expertise, le TAF tient à relever qu'elle a été pratiquée avant le changement jurisprudentiel qui a instauré un nouvel examen de preuve structuré (cf. consid. 7.3.1) et que, partant, il sied de s'assurer que les documents versés au dossier permettent une appréciation convaincante selon la nouvelle jurisprudence (cf. consid. 8.3.4). Ensuite, il convient encore de vérifier si une modification déterminante de l'état de santé est survenue depuis le 20 février 2004, pouvant justifier une révision de la rente d'invalidité de l'assuré (cf. consid. 9.2).

E. 12.3.1

Les experts ont retenu comme diagnostics (AI pce 200 p. 12) avec répercussion sur la capacité de travail des lombalgies chroniques non spécifiques avec status après cure de hernie discale L4-L5 droite en 2012 et un status après mise en place de prothèse de hanche totale droite le 30 janvier 2014. Comme diagnostics sans répercussion sur la capacité de travail, il est retenu un trouble dépressif récurrent d'intensité légère, un trouble somatoforme douloureux, un status après acromioplastie de l'épaule gauche en 2000, un status après cure de hallux valgus et d'orteils en griffe des pieds en 1997 et 1998, un status après fracture du poignet gauche et un status après fracture du fémur. La rhumatologue a encore fait état d'une coxarthrose droite et d'un état douloureux chronique diffus (AI pce 201 p. 5) ; ce dernier diagnostic est similaire au trouble douloureux somatoforme retenu par les experts ainsi qu'à celui de la fibromyalgie également décrite dans le dossier médical. Le TAF peut ajouter à ces diagnostics un status après une cholécystectomie sous laparoscopie, décidée dans le cadre d'une cholécystite aiguë le 24 juin 2013 (cf. AI pce 200 pp. 7 et 9), et un status après cure de hernie inguinale bilatérale et d'une hernie ombilicale en 1996 (AI pces 9, 57 p. 19 et 200 p. 9).

E. 12.3.2

Sur le volet neurologique (AI pce 202), le Dr BB._____ a expliqué que l'examen peut être considéré dans les limites de la norme, sans signes de souffrance radiculaire ou tronculaire hormis une hyperesthésie du gros orteil gauche qui ne gêne pas l'assuré pour le port de chaussures et sans signes résiduels d'une atteinte vestibulaire (AI pce 202 p. 3). Si l'assuré signale des céphalées, elles seraient rares (AI pce 200 p. 10) et sans composante pulsatile, trouble visuel ou symptôme végétatif associé (AI pce 202 p. 1). Compte tenu de la normalité de l'examen neurologique, l'expert n'a retenu aucune limitation dans son domaine de compétence (AI pce 202 p. 3).

E. 12.3.3

L'experte rhumatologue, la Dresse AA._____, a considéré (cf. notamment AI pce 200 pp. 9, 14 et 16 et pce 201 pp. 2 s., et 5 s.) que l'assuré souffre de longue date de lombalgies, avec discopathies étagées et troubles dégénératifs modérés. La cure de hernie discale (L4-L5) du 5 mars 2012 (date adaptée : cf. AI pce 151) aurait amélioré les sciatalgies apparues en 2011 mais pas les lombalgies (voir aussi AI pce 202 pp. 2 et 3). Selon l'experte, ces lombalgies chroniques ainsi que la coxarthrose bilatérale et la mise en place de prothèse totale de la hanche gauche le 30 janvier 2014 dont l'assuré souffre également auraient une répercussion sur sa capacité de travail et contre-indiqueraient depuis 2011, lorsque les premières douleurs concernant la hernie discale étaient apparues, toute activité lourde comme celle exercée auparavant dans le bâtiment. Par contre, dans une activité adaptée, permettant d'éviter les ports de charges au-delà de 5 kg, les mouvements en porte-à-faux du dos, les déplacements prolongés, ou en terrain irrégulier, les positions accroupies ou à genou répétée, l'exigibilité serait théoriquement entière. En raison de l'intervention du 5 mars 2012, l'experte a encore attesté une incapacité de travail transitoire de 6 mois (soit de mars à août 2012) et pour la pose de la prothèse totale de la hanche droite une incapacité de travail de 3 mois (soit du 30 janvier au 30 avril 2014). La Dresse AA._____ a aussi exposé que les autres plaintes douloureuses, en particulier musculaires, des bras et des avant-bras ou surtout thoraciques, n'auraient aucun substrat anatomique et relèveraient, comme il avait été décrit auparavant, d'un état douloureux chronique diffus. Elle a expliqué que bien que l'assuré remplisse tant les anciens que les nouveaux critères ACR de la fibromyalgie ce diagnostic ne pourrait pas être retenu faute de présence d'une autre

pathologie à l'origine du trouble. En outre, elle a remarqué que l'état douloureux diffus ne constitue pas en soi un facteur limitant la capacité de travail de l'assuré. La Dresse AA. _____ a encore précisé que l'assuré n'a plus aucune plainte et limitation fonctionnelle pour l'arthrose acromio-claviculaire opérée en 2000 et que la gêne à la marche en raison de l'hallux valgus et d'orteils en griffe opérés en 1997 et 1998 a été amendée depuis lors, les douleurs ayant perturbé la marche de l'assuré lors de son examen étant attribuées à la coxarthrose. Enfin, l'experte a souligné que le diagnostic de spondylarthrite évoqué dans le dossier médical sur la seule base de la positivité d'un HLA B237 ne pouvait pas être retenu.

E. 12.3.4

D'un point de vue psychiatrique (notamment AI pce 200 pp. 9 et 14 s., pce 203 pp. 4 ss), le Dr Y. _____ a expliqué que l'assuré souffrait d'un syndrome dépressif récurrent compte tenu d'un abaissement de l'humeur, d'une certaine morosité face à l'avenir et des difficultés mineures à mener à bien d'éventuelles activités professionnelles. L'expert a considéré que l'intensité du syndrome était légère puisque l'assuré ne présentait qu'une tristesse légère, qu'il n'avait pas de peine à former ses pensées, qu'il n'existait pas un vécu d'indignité ou de culpabilité, que l'assuré demeurait hédonique, promenait son jeune chien et sortait rencontrer des connaissances et que le sommeil et la libido étaient conservés. L'expert n'a pas non plus observé une manifestation anxieuse paroxystique particulière. L'expert a aussi observé un trouble somatoforme douloureux persistant en raison des douleurs migrantes, chroniques, mal systématisées et persistantes dont l'assuré se plaignait et lesquelles n'étaient pas en rapport avec un substrat anatomopathologique et notamment chirurgical. L'expert a remarqué que ces douleurs assuraient à l'assuré une aide accrue de la part de ses médecins. Le Dr Y. _____ a cependant précisé qu'il n'existait pas de critères de gravité qui auraient pu justifier une incapacité de travail tels qu'un état de détresse, un état psychique cristallisé, une raréfaction des interactions sociales ou une comorbidité avec un syndrome dépressif sévère, l'assuré sortant de chez lui, étant hédonique, entretenant et nourrissant des rapports sociaux. Le Dr Y. _____ a, de plus, remarqué qu'il rejetait le diagnostic de trouble de personnalité psychotique, l'assuré étant en pleine possession de la cohérence de ses pensées et qu'il n'existait pas de manifestation psychotique floride. L'expert a ensuite confirmé l'amélioration de l'état de santé constatée par la Dresse R. _____ dont les constats seraient, selon lui, concordants avec ses propres observations.

E. 12.3.5

Les experts ont conclu (AI pce 200 pp. 15 s.) que l'assuré présentait une incapacité de travail entière dans toute activité de février 2000 à février 2011. Pour la période subséquente, ils ont retenu les limitations et incapacités décrites par l'experte rhumatologue et attesté une incapacité de travail totale dans l'activité antérieure mais une capacité de travail entière dans des activités respectant les limitations décrites sous réserve des incapacités de travail entières suite aux interventions des 5 mars 2012 et 30 janvier 2014, soit du 5 mars au 5 août 2012 et du 30 janvier au 30 avril 2014. Les experts ont aussi relevé que les bons résultats des interventions chirurgicales ne justifient pas plus qu'en 2002 les plaintes douloureuses multiples, erratiques et variables lesquelles font partie du trouble somatoforme douloureux qui n'est pourtant associé à aucun diagnostic psychiatrique incapacitant et ne présente pas de critères de gravité. Ils ont par ailleurs attesté que les mesures de réadaptation professionnelles étaient envisageables, sans aucune réserve, dans une activité adaptée aux limitations fonctionnelles, dès la fin avril 2014 et que l'assuré présente une pleine capacité de s'adapter à un environnement professionnel malgré ses

troubles psychiques (AI pce 200 p. 16).

E. 12.3.6

Les médecins de l'OAIE confirment les conclusions des experts (cf. AI pces 207, 208, 212 et 245) alors que la Dresse V._____, relativement au volet somatique, a dans un premier temps estimé qu'il n'y avait pas d'amélioration ni détérioration durable de l'état de l'assuré (AI pce 207). Ce médecin a, en outre, précisé (AI pce 212) que l'attestation de l'incapacité de travail entière dans la dernière activité professionnelle (au-delà de février 2011) était justifiée en raison de la hernie discale et de la coxarthrose opérées en 2012 et 2014, s'agissant-là de processus dégénératifs progressifs évoluant sur plusieurs années et ne nécessitant un traitement chirurgical qu'à un stade évolué, après l'échec d'autres traitements. Sur le plan psychique, le Dr FF._____, psychiatre et psychothérapeute a souligné que l'assuré ne présentait effectivement plus de limitations fonctionnelles. Il a considéré que les douleurs n'étaient pas dominantes, l'assuré ne les avançant pas avec insistance, qu'elles ne limitaient pas ses activités quotidiennes dans tous les niveaux de la vie et qu'aucune détresse n'avait été observée (AI pce 245).

E. 12.4.1

Au vu de ce qui précède, le TAF constate que les experts, se fondant sur un examen approfondi du dossier médical et de la personne de l'assuré (cf. consid. 12.1 ci-dessus), ont dûment motivé leurs conclusions et que celles-ci sont cohérentes.

E. 12.4.2

S'agissant en particulier des troubles psychiques, le Dr Y._____ a fait part des éléments objectifs et pertinents des diagnostics retenus (cf. l'indicateur 1.1.1 « expression des éléments pertinents pour le diagnostic »; consid. 7.3.1 ci-dessus). Concernant le diagnostic du syndrome douloureux somatoforme il a notamment considéré que celui-ci a comme conséquence une sollicitation des soins ou d'attentions médicales importantes (ATF 141 V 281 consid. 2.1.1) et qu'il présuppose une certaine gravité de l'affection (ATF 141 V 281 consid. 2.1.1 et 4.3.1.1; cf. aussi ATF 141 V 574 consid. 4.2; arrêt du TF 8C_344/2016 du 23 février 2017 consid. 5.2.1). L'expert a aussi expliqué d'une manière convaincante que le trouble dépressif était d'intensité légère. Il a notamment relevé que le maintien du sommeil et de la libido permettait d'écarter avec certitude un épisode dépressif sévère (AI pce 200 p. 14). Le Dr Y._____ a en outre précisé que l'assuré ne présentait plus de trouble de personnalité psychotique. Concernant l'appréciation de l'expert selon laquelle le trouble dépressif récurrent léger ainsi que le syndrome douloureux somatoforme observés ne justifiaient pas d'incapacités de travail, le TAF constate qu'elle est convaincante aussi compte tenu des nouveaux critères jurisprudentiels (cf. consid. 7.3.1). En effet, si en tant que facteurs d'incapacité l'on peut relever les différents éléments pertinents pour les diagnostics des troubles (cf. indicateur 1.1.1 « Expression des éléments pertinents pour le diagnostic »), tels la tristesse, les plaintes douloureuses sans substrat organique, la consultation des médecins ainsi que la persistance des douleurs malgré un traitement suivi depuis des années (AI pce 201 p. 3, pce 203 pp. 2 et 4; cf. indicateur 1.1.2 « Succès du traitement et résistance à cet égard »), des comorbidités notamment sous forme d'antécédents chirurgicaux significatifs (AI pce 200 p. 15; cf. indicateur 1.1.4 « Comorbidité »), une certaine morosité face à l'avenir et des difficultés à mener à bien d'éventuelles activités professionnelles (cf. indicateur 1.2 « personnalité »), le Tribunal constate également que ces facteurs sont légers et mineurs, selon les constats de l'expert,

que l'assuré n'a pas de peine à former ses pensées, qu'il n'existe pas un vécu d'indignité ou de culpabilité, qu'il ne présente pas d'anxiété, qu'il demeure hédonique, qu'il ne souffre pas de troubles du sommeil et de la libido. De plus, le TAF remarque que de 2000 à 2012 - soit depuis l'opération du 1er février 2000 à l'épaule gauche pour un conflit sous-acromial jusqu'à la cure de hernie discale du 5 mars 2012 (AI pces 41 et 47 et 151) - l'assuré n'a souffert d'aucun nouveau problème médical, que les résultats des différentes interventions chirurgicales sont bons et que l'assuré est de bonne condition physique (AI pce 200 pp. 9, 13, 15). En outre, le TAF note que l'assuré dispose de nombreuses ressources, étant en mesure de structurer et de remplir ses journées notamment avec les promenades avec son chien et les visites des amis dans le village voisin (indicateur 1.2 « complexe personnalité »). Ses interactions sociales sont, de surcroît, diverses et riches, avec sa famille, les amis et des connaissances ; l'assuré aime s'entretenir avec les gens qu'il rencontre (indicateur 1.3 « contexte social »; AI pce 200 pp. 8, 14, pce 203 pp. 4 et 6). Enfin, le TAF retient encore que si la consultation des médecins et le suivi du traitement médical font état d'une cohérence du point de vue du comportement de l'assuré (catégorie 2 et indicateur 2.2 « Poids des souffrances »), l'expert a souligné qu'il n'a pas observé un état de détresse de la part de l'assuré (AI pce 203 p. 4). Plus encore, il appert que l'assuré n'avance pas ses douleurs avec insistance (AI pce 200 pp. 10 ss) et que celles-ci ne dominent pas le déroulement de ses journées et ne limitent pas ses activités quotidiennes. Le Dr FF. _____ de l'OAIE le soulève à juste titre (AI pce 245). Ainsi, au vu des facteurs d'incapacités lesquels sont légers et mineurs, confirmés par les critères de la cohérence peu importants, et compte tenu des nombreuses ressources de l'assuré, une capacité de travail entière peut être confirmée d'un point de vue psychiatrique. De surcroît, à l'instar des experts et des médecins de l'OAIE, le TAF peut fixer la survenance de l'amélioration psychique au 21 février 2011 lorsqu'elle a été constatée pour la première fois par la Dresse R. _____ (AI pce 124).

E. 12.5.1

La comparaison des faits déterminants au moment où les décisions du 20 février 2004 ont été rendues avec ceux existants le 18 août 2016 démontre d'emblée que l'état de santé de l'assuré s'est modifié d'une façon importante.

E. 12.5.2

Sur le volet somatique, la situation s'est aggravée entre-temps dans la mesure où l'assuré lequel en 2004 déjà présentait des troubles dégénératifs de la colonne vertébrale et une coxarthrose gauche débutante (cf. consid. 10.1) a subi le 5 mars 2012 une cure pour hernie discale et le 30 janvier 2014 une intervention pour prothèse totale de la hanche gauche et qu'il souffre désormais également d'une coxarthrose du côté droit, mais moins importante (cf. consid. 12.3.1 et 12.3.3). Les experts de la Clinique X. _____ ont alors attesté que pour cause des lombalgies chroniques, de la coxarthrose bilatérale et de la mise en place d'une prothèse totale de la hanche, l'exercice d'une activité physique lourde telle l'activité de maçon poursuivie auparavant était depuis 2011 contre-indiquée (consid. 12.3.5) alors qu'en 2004 encore, il a été établi que l'assuré présentait pour ses plaintes somatiques, avant l'aggravation de son état psychique en automne 1999, une capacité de travail résiduelle de 50% dans sa dernière profession (consid. 10.1). L'appréciation de la nouvelle situation médicale est convaincante et expliquée aussi en détail par la Dresse V. _____ de l'OAIE (consid. 12.3.6). Le TAF peut donc retenir que l'assuré présente depuis 2011 une incapacité de travail totale dans sa dernière activité tout comme dans d'autres professions physiquement lourdes. Le Tribunal ne saurait par contre suivre les experts qui estiment que

l'assuré présente dans une activité adaptée à ses limitations fonctionnelles une capacité de travail résiduelle entière qui diffère du taux de 80% retenu en 2004 (cf. consid. 10.1 et 10.3). Les experts de la Clinique X. _____ - ainsi que les médecins de l'OAIE qui dans un premier temps ont toutefois attesté, comme auparavant, une capacité de travail résiduelle de 80% (AI pces 130 et 207) - n'ont pas motivé leur appréciation différente bien qu'ils n'aient pas fait part d'une amélioration de l'état somatique et qu'ils aient observé des limitations fonctionnelles proches de celles formulées par les experts du F. _____, soit le port de charges au-delà de 5 kg, les mouvements en porte-à-faux du dos, les déplacements prolongés, ou en terrain irrégulier, les positions accroupies ou à genou répétées (experts de la Clinique X. _____), respectivement les travaux lourds, le port de charge supérieur à 5 ou 15 kg, la rotation des hanches et des positions debout ou assises prolongées (experts du F. _____). Partant, la nouvelle appréciation de la capacité de travail résiduelle de l'assuré ne saurait convaincre le Tribunal qui préfère retenir celle de 80% attestée auparavant, laquelle, du reste, s'approche du rendement résiduel moyen de 70% observé durant les stages professionnels, avant l'aggravation de l'état psychique de l'assuré en automne 1999 (cf. consid. 10.1). Enfin, le TAF peut confirmer les incapacités de travail transitoires de mars à août 2012 et du 30 janvier au 30 mars 2014 suite aux interventions chirurgicales.

E. 12.5.3

Sur le plan psychique, il apparaît que la situation s'est améliorée notablement depuis le 20 février 2004 (consid. 10.1). Les experts ont décrit et motivé cette amélioration dûment (cf. consid. 12.4.2) et il en ressort que l'assuré ne souffre plus d'un trouble de la personnalité psychotique, que le trouble dépressif récurrent n'est plus sévère mais léger et que le trouble douloureux somatoforme ne remplit pas les critères de gravité. De plus, l'évaluation selon laquelle l'assuré ne présente plus d'incapacité de travail pour ses troubles psychiques est fondée sur des éléments objectifs et affirmée par les critères déterminants de la nouvelle jurisprudence. Tout comme les experts et les médecins de l'OAIE, le TAF peut, de plus, fixer la survenance de cette amélioration au 11 février 2011.

E. 12.6.1

Le recourant, soutenant qu'il ne peut plus exercer une activité professionnelle, conteste que son état s'est amélioré. Il avance notamment que le litige comporte suffisamment d'éléments mettant en cause l'expertise effectuée à la Clinique X. _____. Il rappelle également que les mesures professionnelles auxquelles il s'est soumis par le passé n'ont pas abouti. Pour les motifs ci-après, le Tribunal ne saurait suivre l'assuré.

E. 12.6.2

Le TAF vient de constater qu'il est vrai que l'état de santé de l'assuré s'est dégradé d'une certaine mesure depuis les décisions du 20 février 2004 sur le plan somatique (cf. consid. 12.5.2) mais qu'il s'est amélioré considérablement sur le volet psychiatrique (cf. consid. 12.5.3) alors qu'il est rappelé que la rente d'invalidité entière a été allouée dès le 1er février 2000 principalement pour des troubles psychiques dont l'assuré souffrait depuis l'automne 1999 et que les atteintes somatiques avaient initialement donné droit à un quart de rente du 1er juillet 1996 au 31 janvier 2000 (cf. consid. 10.4).

E. 12.6.3

De plus, en raison de l'aggravation de l'état somatique, il est incontesté que l'assuré ne peut plus exercer depuis 2011 une activité physique lourde. En revanche, dans une activité de substitution, le TAF a retenu que l'assuré présentait toujours une capacité de travail

résiduelle de 80% (consid. 12.5.2). Le recourant et ses médecins traitants n'expliquent pas pour quelle raison il ne serait pas en mesure d'exercer une activité adaptée, respectant ses limitations fonctionnelles, étant du reste remarqué que ses médecins, les Drs CC._____, orthopédiste, G._____, rhumatologue, et P._____, médecin de famille (rapports des 11 février 2011, 25 juin 2015, 13 et 20 septembre 2016 [AI pces 123, 228, TAF pce 1 annexe 14, TAF pce 3 annexe 16]), ne font pas état d'autres atteintes somatiques et que les experts de la Clinique X._____ ont constaté que l'assuré ne présente pas de limitations au niveau neurologique (consid. 12.3.2) et qu'il est, du reste, de bonne condition physique (AI pce 200 p. 13). Sur le plan psychiatrique, le Dr T._____, psychiatre de l'assuré, rapporte certes toujours les anciens diagnostics (rapports des 3 juin 2015 et 16 septembre 2016 [AI pce 227, TAF pce 1 annexe 15]). Toutefois, il ne les fonde pas sur des constats cliniques et ne les motive pas alors que les experts de la Clinique X._____, sur la base d'un examen fouillé du dossier médical et de la personne de l'assuré, ont exposé le résultat de leurs examens et les raisons pour lesquelles ils n'ont pas diagnostiqué un trouble de la personnalité et un trouble dépressif récurrent sévère (cf. consid. 12.3.4) ; le Tribunal a constaté que ces explications étaient convaincantes (cf. consid. 12.4.2). Le TAF a également remarqué que la conclusion selon laquelle l'assuré ne présente plus d'incapacité de travail pour ses atteintes psychiques est fondée (consid. 12.4.2). L'évaluation de la capacité de travail résiduelle de l'assuré a alors tenu compte des facteurs d'incapacités, tels la tristesse, les douleurs chroniques, une sollicitation des médecins et le suivi d'un traitement médicamenteux sans amélioration, également avancés par les Drs P._____ et T._____ (rapports des 2 et 13 janvier et du 23 juin 2012, du 3 juin 2015 ainsi que des 13 et 16 septembre 2016 [AI pces 135 p. 1, 137, 156, 227, TAF pce 1 annexes 14 et 15]). Pour un examen objectif, il seyait, toutefois, aussi de prendre en considération les ressources de l'assuré et les facteurs de cohérence des limitations observées dans la vie quotidienne dont les médecins traitants n'ont pas fait état dans leurs rapports. L'assertion du médecin de famille selon laquelle l'assuré ne pourrait plus effectuer des efforts minimes et qu'il serait dépendant de tierces personnes (AI pces 135 p. 1, TAF pce 1 annexe 14) n'est fondée sur aucun élément objectif et concret et ne saurait, dès lors, mettre en doute les observations et conclusions approfondies des experts. Il est rappelé que lorsque - comme dans le cas concret - une expertise médicale est complète et ses conclusions convaincantes, il appartient au recourant de relever des éléments concrets, susceptibles de les mettre en doute et qu'il ne suffit pas de produire des avis contradictoires (consid. 8.3.3).

E. 12.6.4

Enfin, le TAF remarque que si les mesures professionnelles dont l'assuré a pu bénéficier du 12 avril 1999 au 31 janvier 2000 n'ont pas abouti à sa réintégration sur le marché du travail, c'était en raison des troubles psychiques lesquels sont survenus en automne 1999 et avaient justifié une incapacité de travail de 70% et, par conséquent, une rente d'invalidité entière (cf. consid. 10.1, 10.3 et 10.4). Or, depuis lors, l'état psychique de l'assuré s'est amélioré et ne motive plus d'incapacité de travail (consid. 12.5.3). L'assuré ne saurait donc rien en déduire en sa faveur, les situations n'étant pas comparables.

E. 12.7

En conclusion, le TAF constate que le recourant n'a pas réussi à mettre en doute les conclusions de l'expertise à la Clinique X._____ (consid. 12.6) et qu'il est établi au degré de la vraisemblance prépondérante (consid. 8.4) que son état de santé s'est modifié notablement depuis les décisions du 20 février 2004 d'un point de vue somatique et

psychique (consid. 12.5 ss). L'assuré présente depuis 2011 une incapacité de travail totale dans son ancienne profession ainsi que dans toute autre profession physiquement lourde. Par contre, dès le 21 février 2011 sa capacité de travail résiduelle est de 80% dans une activité de substitution laquelle n'implique pas le port de charges au-delà de 5 kg, les mouvements en porte-à-faux du dos, les déplacements prolongés, ou en terrain irrégulier ou les positions accroupies et à genou répétées. En outre, l'assuré a présenté des incapacités de travail transitoires totales de mars à août 2012 et du 30 janvier au 30 mars 2014. Ce changement de la situation médicale de l'assuré constitue un motif de révision au sens de l'art. 17 LPGGA (consid. 5.1 ss).

E. 13

L'OAIE a ensuite examiné si l'assuré était capable de se réintégrer par lui-même sur le marché du travail ou s'il avait besoin de mesures d'ordre professionnel préalables (examen du 10 avril 2015 [AI pce 222]).

E. 13.1

D'après la jurisprudence du Tribunal fédéral, l'administration laquelle dans le contexte d'une révision (art. 17 al. 1 LPGGA) ou d'une reconsidération (art. 53 al. 2 LPGGA) envisage de réduire ou de supprimer la rente d'invalidité doit, en principe, examiner s'il est nécessaire de mettre préalablement en oeuvre une mesure d'observation professionnelle (afin d'établir l'aptitude au travail, la résistance à l'effort, etc.), voire des mesures de réadaptation au sens de la loi afin que la personne assurée soit concrètement en mesure d'exploiter sa capacité de travail résiduelle médico-théorique sur le marché équilibré du travail (cf. art. 7 al. 1 LPGGA et art. 16 LPGGA; cf. arrêt du TF 9C_163/2009 du 10 septembre 2010 consid. 4.2.2 et les références, in SVR 2011 IV n° 30 p. 86; voir également arrêt du TF 9C_368/2010 du 31 janvier 2011 consid. 5). Or, en règle générale, une amélioration de la capacité de travail médicalement documentée permet d'inférer une amélioration de la capacité de gain de la personne assurée (arrêts du TF 9C_178/2014 du 29 juillet 2014 consid. 9C_254/2011 du 15 novembre 2011 consid. 7.1.2.1, 9C_368/2010 cité consid. 5.2.2.1 et 9C_163/2009 du 10 septembre 2010 consid. 4.2.2). En effet, d'après le principe défini à l'art. 7 al. 2 LPGGA (consid. 6.1), seules les conséquences de l'atteinte à la santé sont prises en compte pour juger de la présence d'une incapacité de gain et que, partant, tout obstacle à une réintégration professionnelle qui ne serait pas la conséquence de l'atteinte à la santé ne doit pas être pris en considération pour juger de la présence d'une incapacité de gain. De plus, il appartient à la personne assurée d'entreprendre elle-même tout ce qu'on peut raisonnablement attendre d'elle pour tirer profit d'une amélioration de sa capacité de travail médicalement documentée (réadaptation par soi-même; cf. art. 7 al. 1 LAI; Michel Valterio, op. cit., art. 7 n° 1 ss). Dès lors, dans les cas où il apparaît d'emblée que la personne assurée n'a besoin d'aucune mesure de réadaptation, ou tout au plus d'une mesure d'aide au placement (art. 18 LAI), il peut être procédé immédiatement au calcul du taux d'invalidité, sans qu'il soit nécessaire de surseoir à statuer (arrêts du TF 9C_178/2014 du 29 juillet 2014 consid. 7.1.2.1, 9C_254/2011 du 15 novembre 2011 consid. 7.1.2.1, 9C_368/2010 du 31 janvier 2011 consid. 5.1.1, 9C_141/2009 du 5 octobre 2009 consid. 2.3.1).

E. 13.2.1

La jurisprudence considère qu'il existe des situations dans lesquelles il convient d'admettre que des mesures d'ordre professionnel sont nécessaires afin que la personne assurée puisse retrouver une nouvelle capacité de gain. Il s'agit des personnes assurées qui au moment de

la réduction ou suppression de la rente (ATF 141 V 5 consid. 4) sont âgées de 55 ans révolus ou avaient bénéficié d'une rente depuis 15 ans au moins. Bien que ces personnes ne puissent pas se prévaloir d'un droit acquis, il est présumé à titre exceptionnel qu'une réadaptation par soi-même ne peut pas, en principe, être exigée d'elles et que les mesures d'ordre professionnel préalables sont nécessaires afin qu'elles puissent faire valoriser économiquement leurs capacités de travail attestées (cf. arrêt du TF 9C_228/2010 du 26 avril 2011 consid. 3.3 et 3.5, in SVR 2011 IV n° 73 p. 220; voir également arrêts du TF 9C_178/2014 du 29 juillet 2014 consid. 7.1.2.2, 9C_920/2013 du 20 mai 2014 consid. 4.4, 9C_254/2011 cité consid. 7.1.2.2 et 9C_920/0213 du 20 mai 2014 consid. 4.4; Petra Fleichanderl, *Behandlung der Eingliederungsfrage im Falle der Revision einer langjährig ausgerichteten Invalidenrente*, in: SZS 2012 pp. 360 ss). Autrement dit, dans ces cas, en raison de l'âge de la personne assurée et/ou de la longue absence du marché du travail en raison du versement de la rente, une mesure de réadaptation présente en général une condition sine qua non de la réduction ou suppression de la rente (cf. notamment arrêts du TF 9C_707/2018 du 26 mars 2019 consid. 5.1, 9C_368/2010 du 31 janvier 2011 consid. 5.1.2 et 5.2.2).

E. 13.2.2

Des exceptions à ces cas exceptionnels ont été admises lorsque la personne assurée avait maintenu une activité lucrative malgré le versement de la rente, de sorte qu'il n'existait pas une longue période d'éloignement professionnel (arrêt du TF 8C_597/2014 du 6 octobre 2015 consid. 3.2), lorsque l'assuré disposait d'une agilité et prestance particulières et était bien intégré dans l'environnement social (arrêt du TF 9C_68/2011 du 16 mai 2011 consid. 3.3; cf. aussi arrêt du TF 9C_625/2015 du 17 novembre 2015 consid. 5), lorsque l'assuré disposait d'une formation et des expériences professionnelles étendues (arrêt du TF 8C_39/2012 du 24 avril 2012 consid. 5.2) ou encore lorsque la longue absence du marché du travail n'était pas dictée par l'invalidité (arrêt du TF 8C_393/2016 du 25 août 2016 consid. 3.7). La jurisprudence a précisé qu'il incombe à l'office AI de prouver, sur la base des éléments concrets (arrêt du TF 9C_183/2015 E. 5 in SVR 2015 IV n° 41 p. 139), que, contrairement à la règle, la personne concernée était alors en mesure de mettre à profit sa capacité de travail résiduelle retrouvée et de se réintégrer par elle-même sans autre aide sur le marché du travail (arrêts du TF 8C_494/2018 du 6 juin 2019 E. 5.1, 8C_582/2017 du 22 mars 2018 consid. 6.3, 9C_543/2017 du 7 novembre 2017 consid. 3.1 et 8C_394/2017 du 8 août 2017 consid. 4.2).

E. 13.2.3

Par ailleurs, si la personne assurée a en principe droit à des mesures de réadaptation, en l'absence d'une volonté ou d'une aptitude subjective de réadaptation, l'administration peut refuser de mettre en oeuvre une mesure professionnelle ou y mettre fin d'une manière anticipée (arrêt du TF I 370/98 du 26 août 1999, publié dans *Pratique VSI* 3/2002 p. 111; voir aussi arrêts du TF 8C_19/2016 du 4 avril 2016 consid. 5.2.3 et 8C_569/2015 du 17 février 2016 consid. 5.1). Le droit à la rente sera cas échéant réduit ou supprimé (arrêts du TF 9C_317/2017 du 19 juin 2017 consid. 3.1, 9C_661/2014 du 17 septembre 2015 consid. 3.3; Michel Valterio, *op. cit.*, art. 31 n° 9).

E. 13.3

En l'espèce, le Tribunal constate que l'assuré entre dans la catégorie exceptionnelle des personnes dont il convient de présumer qu'elles ne réussissent en principe pas de leur propre

chef une réintégration professionnelle pour tirer profit des capacités de travail résiduelles retrouvées. En effet, l'assuré a touché une rente d'invalidité depuis le 1er juillet 1996 et a ainsi bénéficié aux moments déterminants, soit les 11 mai et 1er juillet 2012 lorsque la réduction de la rente a été décidée et pris effet (AI pce 143; ATF 141 V 5 consid. 4.2.1), d'une rente d'invalidité depuis presque 16 ans. Il est remarqué que le degré de la rente allouée (trois quarts, demi ou quart de rente) ne joue alors aucun rôle (ATF 141 V 5 consid. 4.2.1; Michel Valterio, op. cit., n. 8 ad art. 31). De plus, l'assuré était à ces moments âgé de 50 ans. C'est donc à tort que l'OAIE a considéré que l'assuré ne faisait pas partie des cas exceptionnels et le TAF ne saurait suivre sa conclusion selon laquelle celui-ci n'aurait pas besoin de mesures de réadaptation préalables. L'Office ne fait, du reste, pas non plus valoir des éléments, voire des compétences et caractéristiques particulières de la part de l'assuré lesquels pourraient attester qu'il puisse sans autre tirer profit de sa capacité de travail. Au contraire, il sied de considérer que l'assuré ne peut faire valoir d'expériences professionnelles actuelles compte tenu de son éloignement du marché du travail depuis 1995 déjà, qu'il ne pourra plus travailler dans une profession dans le bâtiment et que par ailleurs, il ne bénéficie que d'une scolarisation de base, ayant commencé à travailler à l'âge de 12 ans et qu'il n'a suivi aucune formation professionnelle initiale, ni formation subséquente. Partant, dans l'état actuel du dossier, il n'apparaît pas que l'assuré puisse reprendre du jour au lendemain une activité lucrative sans mesures préalables, destinées à l'aider à se réinsérer dans le monde du travail. De plus, aucune absence de volonté ou inaptitude subjective de réadaptation de la part de l'assuré ne ressort du dossier. En effet, bien que le recourant ait fait valoir dans la présente procédure qu'il est incapable d'exercer une activité professionnelle, l'on ne serait en déduire selon le degré de la vraisemblance prépondérante (consid. 8.4) que des mesures de réadaptation seront dépourvues de toute chance de succès, le Tribunal fédéral ayant notamment remarqué que de telles mesures pouvaient servir à favoriser la volonté de réadaptation (cf. arrêts du TF 9C_317/2017 du 19 juin 2017 consid. 3.3.2, voir aussi les consid. 3.3.1 ss, 8C_446/2014 du 12 janvier 2015 consid. 4.2.3, non publié dans l'ATF 141 V 5, mais in SVR 2015 IV n° 19 p. 56). De surcroît, il est relevé que les experts ont attesté que des mesures professionnelles étaient envisageables, sans aucune réserve, et que l'assuré présente une pleine capacité de s'adapter à un environnement professionnel malgré ses troubles psychiques (consid. 12.3.5).

E. 13.4

Dès lors, il n'est pas établi, au degré de la vraisemblance prépondérante (consid. 8.4) que l'assuré dispose d'emblée de capacités suffisantes lui permettant une réadaptation par lui-même ou qu'il n'a pas une volonté ou une aptitude subjective de réadaptation. L'examen de l'OAIE est lacunaire sur ces questions et doit être complété par l'octroi d'une aide préalable pour faciliter la réinsertion de l'assuré sur le marché du travail, que ce soit sous la forme d'une observation professionnelle et/ou mesures de réadaptation (arrêt du TF 9C_707/2018 du 26 mars 2019 consid. 4.2; consid. 13.1).

E. 13.5

Selon la jurisprudence du Tribunal fédéral, ce n'est qu'à l'issue de l'examen concret de la situation de l'assuré et de la mise en oeuvre d'éventuelles mesures de réadaptation que l'OAIE pourra définitivement statuer sur la révision de la rente de l'assuré et décider la réduction ou, cas échéant, le maintien de la rente (cf. arrêts du TF 9C_707/2018 du 26 mars 2019 consid. 5.1, 9C_517/2016 du 7 mars 2017 consid. 5.3, 9C_920/2013 du 20 mai 2014 consid. 4.5, 9C_254/2011 du 15 novembre 2011 consid. 7.2). Entre-temps le recourant

continue de bénéficier de sa rente d'invalidité (cf. arrêt du TF 9C_409/2012 du 11 septembre 2012 consid. 2.3; arrêt du TAF C-580/2015 du 24 septembre 2015 consid. 3 ss). C'est donc à tort que l'OAIE a confirmé par les décisions du 18 août 2016 querellées la révision de la rente de l'assuré depuis le 1er juillet 2012. Le recourant ayant toujours droit à une rente d'invalidité entière n'a, de plus, pas touché des rentes trop élevées entre juillet 2012 et juillet 2016. La décision demandant le remboursement d'un montant de 16'646 francs est donc également mal fondée.

E. 14

Au vu de ce qui précède, il appert que les décisions contestées ont été rendues sur la base d'une instruction du dossier incomplète. S'il est établi que l'état de santé de l'assuré s'est modifié depuis le 20 février 2004 et qu'il présente depuis le 21 février 2011 une capacité de travail résiduelle de 80% dans une activité de substitution, respectant ses limitations fonctionnelles (cf. consid. 12.7), l'OAIE n'a pas suffisamment examiné la question de savoir si l'assuré avait besoin de mesures professionnelles préalables lui permettant sa réintégration sur le marché du travail (consid. 13.4). Il sied donc d'admettre le recours et d'annuler toutes les décisions du 18 août 2016. L'OAIE doit verser au recourant une rente d'invalidité entière depuis le 1er juillet 2012 (consid. 13.5). Il déterminera les montants à payer et rendra une décision à ce sujet. De plus, le dossier est renvoyé à l'autorité inférieure en vertu de l'art. 61 al. 1 PA afin qu'elle complète son instruction (voir aussi 13.4). Le renvoi est indiqué en l'espèce conformément à la jurisprudence du Tribunal fédéral bien qu'il soit exceptionnel et la procédure soumise à l'exigence de la célérité comprise dans l'art. 29 de la Constitution fédérale (Cst., RS 101). Le Tribunal fédéral a précisé que le renvoi de l'affaire à l'autorité inférieure pour nouvelle instruction est justifié lorsque - comme en l'occurrence - l'autorité inférieure n'a pas instruit une question déterminante pour l'examen du droit aux prestations (cf. ATF 137 V 210 consid. 4.4.1.4; arrêt du TF 8C_633/2014 du 11 décembre 2014 consid. 3.2).

E. 15.1

Il n'est pas perçu de frais de procédure. Suite à la poursuite du versement d'une rente d'invalidité entière et au renvoi de l'affaire pour complément d'instruction (consid. 14), le recourant a obtenu gain de cause (voir ATF 132 V 215 consid. 6.2 s'agissant du renvoi) et, à ce titre, il ne doit pas participer aux frais de procédure conformément à l'art. 63 al. 1 PA. L'avance de frais de 800 francs, versée par le recourant (TAF pces 6 à 8), lui est restituée dès l'entrée en force du présent arrêt. L'OAIE, en tant qu'autorité, ne doit pas non plus participer aux frais de procédure (cf. art. 63 al. 2 PA).

E. 15.2

Conformément aux art. 64 al. 1 PA et 7 al. 1 FITAF (RS 173.320.2), le Tribunal peut allouer à la partie ayant entièrement ou partiellement obtenu gain de cause une indemnité pour les frais indispensables et relativement élevés qui lui ont été occasionnés. Le TAF fixe l'indemnité d'office dans le cas où il n'a pas reçu de décomptes (cf. art. 14 al. 2 FITAF; arrêts du TF 2C_730/2017 du 4 avril 2018 consid. 3.4; 2C_422/2011 du 9 janvier 2012 consid. 2), en tenant compte de l'importance et de la difficulté du litige, ainsi que du travail et du temps que le représentant du recourant a dû y consacrer. Ainsi, en l'espèce, il convient d'allouer au recourant, à charge de l'OAIE, une indemnité à titre de dépens fixée à 2'800 francs (frais compris; cf. art. 9 al. 1 let. c FITAF). Le dispositif se trouve à la page suivante.

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