

BVGer C-7370/2016 vom 23. März 2018

Bundesverwaltungsgericht, 2018-03-23, FR

Quelle: https://mcp.opencaselaw.ch/entscheid/bvger_C-7370_2016

FR: TAF C-7370/2016 du 23 mars 2018

IT: TAF C-7370/2016 del 23 marzo 2018

Regeste

Révision de la rente

Erwägungen

E. 1.1

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

E. 1.2

Selon l'art. 37 LTAF la procédure devant le Tribunal de céans est régie par la loi fédérale du 20 décembre 1968 sur la procédure administrative (PA, RS 172.021) pour autant que la LTAF n'en dispose pas autrement. En vertu de 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. A 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

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

E. 1.4

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

E. 2.1

L'examen du droit à des prestations selon la LAI s'agissant d'une révision de rente est régi par la teneur de la LAI au moment de la décision entreprise eu égard au principe selon lequel la législation applicable reste en principe celle qui était 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 de droit transitoire (ATF 136 V 24 consid. 4.3 et les références; voir ég. ATF 139 V 297 consid. 2.1, ATF 130 V 445 consid. 1.2.1). L'intéressé ayant déposé une demande de révision de rente le 12 novembre 2008, vu l'art. 88a al. 1 let. a du règlement sur l'assurance-invalidité du 17 janvier 1961 (RAI, RS

8312.201) selon lequel l'augmentation de la rente (...) prend effet au plus tôt si la révision est demandée par l'assuré dès le mois où cette demande est présentée, les dispositions de la 5e révision de la LAI entrées en vigueur le 1er janvier 2008 sont déterminantes. Les dispositions de la 6ème révision de la LAI (premier volet) en vigueur depuis le 1er janvier 2012 (RO 2011 5659, FF 2010 1647) sont applicables cas échéant également dès cette dernière date.

E. 2.2

La procédure dans le domaine des assurances sociales fait prévaloir la maxime inquisitoire (ATF 138 V 218 consid. 6). L'autorité administrative et en cas de recours le tribunal définissent les faits et apprécient les preuves d'office et librement (cf. art. 12 PA). Le TAF applique le droit d'office, sans être lié par les motifs invoqués par les parties (art. 62 al. 4 PA ; Fritz. Gygi, Bundesverwaltungsrechtspflege, 1983, p. 212 ; Thomas Häberli, in : B. Waldmann / Ph. Weissenberger, Praxiskommentar Verwaltungsverfahrensgesetz, 2e éd. 2016, art. 62 n° 43), ni par l'argumentation juridique développée dans la décision entreprise (ATF 139 V 349, ATF 136 V 376 consid. 4.1, ATF 132 V 105 consid. 5.2.8; Pierre Moor / Etienne Poltier, Droit administratif, vol. II, 3e éd. 2011, p. 300 s.; Jérôme Candrian, Introduction à la procédure administrative fédérale, 2013, n° 176; Frésard-Fellay/Kahil-Wolff/Perrenoud, Droit suisse de la sécurité sociale II, 2015, p. 499). L'autorité saisie se limite en principe aux griefs soulevés et n'examine les questions de droit non invoquées que dans la mesure où les arguments des parties ou le dossier l'y incitent (ATF 122 V 157 consid. 1a, ATF 121 V 204 consid. 6c; Moser/Beusch/Kneubühler, Prozessieren vor dem Bundesverwaltungsgericht, 2e éd. 2013, p. 25 n. 1.55). Elle 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). Les parties ont le devoir de collaborer à l'instruction (art. 13 PA, 43 LPGa).

E. 2.3

Dans le cadre de l'examen du droit aux prestations le tribunal ne peut prendre en considération en principe que les rapports médicaux établis antérieurement à la décision attaquée, à moins que des rapports médicaux établis ultérieurement permettent de mieux comprendre la situation de santé et de capacité de travail de l'intéressé jusqu'à la décision dont est recours (ATF 129 V 1 consid. 1.2, ATF 121 V 362 consid. 1b). Les faits survenus postérieurement, et qui ont modifié cette situation, doivent normalement faire l'objet d'une nouvelle décision administrative (ATF 121 V 362 consid. 1b, ATF 117 V 293 consid. 4).

E. 3.1

L'affaire présente un aspect transfrontalier dans la mesure où le recourant est ressortissant espagnol domicilié en Espagne. 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) et des règlements auxquels il renvoie (cf. ég. l'art. 80a LAI). L'ALCP et ses règlements sont entrés en vigueur pour la relation entre la Suisse et les Etats de l'Union européenne le 1er juin 2002. Dans le cadre de l'ALCP la Suisse est aussi un « Etat membre » au sens des règlements de coordination (art. 1er al. 2 de l'annexe II de l'ALCP).

E. 3.2

L'annexe II de l'ALCP qui règle la coordination des systèmes de sécurité sociale a été modifiée au 1er avril 2012 (Décision 1/2012 du Comité mixte du 31 mars 2012; RO 2012 2345). Toutefois, 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) et 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) - s'appliquant à toutes les rentes dont le droit prend naissance au 1er juin 2002 et ultérieurement et se substituant à toute convention de sécurité sociale liant deux ou plusieurs Etats (art. 6 du règlement) - 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). 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). Dans son champ d'application, le règlement (CE) n° 883/2004 se substitue à toute convention de sécurité sociale applicable entre les États membres. Les anciens règlements (CEE) n° 1408/71 et (CEE) 574/72 sont, selon l'art. 1er al. 1 en relation avec la section A ch. 3 et 4 dans la version en vigueur au 1er avril 2012 de l'annexe II à l'ALCP, applicables entre les parties contractantes dans la mesure où le règlement (CE) n° 883/2004 ou (CE) 987/2009 y fait référence ou lorsque des affaires qui ont eu lieu par le passé sont concernées (cf. ég. l'art. 87 al. 1 du règlement (CE) n° 883/2004 et l'ATF 138 V 533 consid. 2.2). Certaines dispositions de conventions de sécurité sociale que les Etats membres ont conclues avant la date d'application du présent règlement restent applicables, pour autant notamment qu'elles soient plus favorables pour les bénéficiaires (art. 8 du règlement (CE) n° 883/2004) et que ceux-ci aient exercé leur droit à la libre circulation avant l'entrée en vigueur de l'ALCP (ATF 133 V 329 consid. 8.6).

E. 3.3

Selon l'art. 3 du règlement (CEE) n° 1408/71, les ressortissants des Etats membres de la Communauté européenne et les ressortissants suisses bénéficient de l'égalité de traitement. Il en est de même selon l'art. 4 du règlement (CE) n° 883/2004, à moins que le règlement n'en dispose autrement, les personnes auxquelles ce règlement s'applique - tels les ressortissants d'un Etat membre, les apatrides et les réfugiés ayant leur domicile dans un Etat membre auxquels les dispositions d'un ou plusieurs Etats membres sont ou étaient applicables et leurs survivants (cf. l'art. 2 du règlement) - bénéficient des mêmes prestations et sont soumises aux mêmes obligations, en vertu de la législation de tout Etat membre, que les ressortissants de celui-ci.

E. 3.4

Selon l'art. 20 ALCP, sauf disposition contraire découlant de l'annexe II, les accords de sécurité sociale bilatéraux entre la Suisse et les Etats membres de la Communauté européenne sont suspendus dès l'entrée en vigueur du présent accord, dans la mesure où la même matière est régie par le présent accord. Dans la mesure où l'accord - en particulier son annexe II qui régit la coordination des systèmes d'assurances sociales (art. 8 ALCP) - ne

prévoit pas de disposition contraire, l'organisation de la procédure de même que l'examen des conditions à l'octroi d'une rente d'invalidité suisse ressortissent au droit interne suisse.

E. 3.5

Même après l'entrée en vigueur de l'ALCP, le degré d'invalidité d'un assuré qui prétend à une rente de l'assurance-invalidité suisse est déterminé exclusivement d'après le droit suisse (ATF 130 V 253 consid. 2.4 ; arrêt du TF 9C_573/2012 du 16 janvier 2013 consid. 4). En effet selon l'art. 46 al. 3 du règlement (CE) n° 883/2004 (cf. ég. l'art. 40 par. 4 du règlement (CEE) n° 1408/71) une décision prise par l'institution d'un Etat membre quant au degré d'invalidité de l'intéressé s'impose à l'institution de tout autre Etat membre concerné à condition que la concordance des conditions relatives au degré d'invalidité entre les législations de ces Etats membres soit reconnue à l'annexe VII dudit règlement. Or tel n'est pas le cas entre la Suisse et les autres Etats membres (cf. ATF 130 V 253 consid. 2.4). Cela étant, la documentation médicale et administrative fournie par les institutions de sécurité sociale d'un autre Etat membre doit être prise en considération (art. 49 al. 2 du règlement 987/2009).

E. 4

L'objet de la contestation du présent litige est le bien-fondé de l'octroi par l'autorité inférieure, à nouveau et par décision de révision du 20 octobre 2016, d'une demi-rente d'invalidité, en lieu et place d'un quart de rente, à compter du 1er novembre 2008 (mois de la demande de révision déposée par l'assuré), du fait d'une aggravation de l'état de santé de l'intéressé dès le 10 septembre 2007. N'est pas litigieux qu'une dégradation de l'état de santé a eu lieu depuis l'état de fait à la base de l'arrêt du Tribunal fédéral du 11 décembre 2002, mais l'ampleur de cette dégradation, le recourant concluant à une rente entière, implicitement vu le dépôt de sa demande de révision en novembre 2008, depuis le 1er novembre 2008 (cf. recours p. 6).

E. 5.1

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

E. 5.2

Aux termes de l'art. 28 al. 2 LAI, l'assuré a droit à un quart de rente s'il est invalide à 40% au moins, à une demi-rente s'il est invalide à 50% au moins, à trois quarts de rente s'il est invalide à 60% au moins et à une rente entière s'il est invalide à 70% au moins. En principe, les rentes correspondant à un degré d'invalidité inférieur à 50% ne sont versées qu'aux assurés qui ont leur domicile et leur résidence habituelle en Suisse (art. 29 al. 4 LAI). Suite à l'entrée en vigueur le 1er juin 2002 de l'ALCP (cf. supra 3.1), la restriction prévue à l'art. 29 al. 4 LAI n'est pas applicable lorsqu'un assuré est un ressortissant suisse ou de l'UE et réside dans l'un des Etats membres de l'UE (ATF 130 V 253 consid. 2.3; art. 4 et 7 du règlement (CE) n° 883/04).

E. 6.1

La notion d'invalidité, dont il est question à l'art. 8 LPGA et à l'art. 4 LAI est de nature économique/juridique et non médicale (ATF 116 V 246 consid. 1b). En d'autres termes, l'assurance-invalidité suisse couvre seulement les pertes économiques liées à une atteinte à la santé physique ou psychique, qui peut résulter d'une infirmité congénitale, d'une maladie ou d'un accident, et non la maladie en tant que telle. Pour évaluer le taux d'invalidité, le revenu que l'assuré aurait pu obtenir s'il n'était pas invalide est comparé avec celui qu'il pourrait obtenir en exerçant l'activité qui peut raisonnablement être exigé de lui après les traitements et les mesures de réadaptation sur un marché du travail équilibré (art. 16 LPGA; Michel Valterio, Droit de l'assurance-vieillesse et survivants [AVS] et de l'assurance-invalidité [AI], 2011, n° 2060 ss).

E. 6.2

Selon une jurisprudence constante, 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 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, ATF 125 V 256 consid. 4, ATF 115 V 133 consid. 2, ATF 114 V 310 consid. 3c, ATF 105 V 156 consid. 1; voir ég. ATF 140 V 193 consid. 3.2).

E. 7.1

Selon l'art. 17 al. 1 LPGA si le taux d'invalidité du bénéficiaire de la rente subit une modification notable, la rente est, d'office ou sur demande, révisée pour l'avenir, à savoir augmentée ou réduite en conséquence, ou encore supprimée. Un motif de révision au sens de l'art. 17 LPGA doit clairement ressortir du dossier (arrêts du TF 9C_104/2014 du 30 mai 2014 consid. 3.1, I 111/07 du 17 décembre 2007, consid. 3). 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 111/07 loc. cit., I 8/04 du 12 octobre 2005 consid. 2.1; Valterio, op. cit., n° 3054 ss, 3065).

E. 7.2

Aux termes de l'art. 87 al. 3 RAI, lorsqu'une personne assurée dépose une demande de révision, elle doit établir de façon plausible que son invalidité s'est modifiée de manière à influencer ses droits. L'administration doit alors commencer par examiner si les allégations de l'assuré sont, d'une manière générale, plausibles. Si tel n'est pas le cas, l'affaire est liquidée sans autres investigations par un refus d'entrer en matière. Par contre, 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 71 consid. 2.2; arrêt du TF 9C_881/2007 du 22 février 2008 consid. 2.2). L'administration doit procéder de la même manière que dans les cas de révision au sens de l'art. 17 al. 1 LPGA et comparer les circonstances prévalant lors de la nouvelle décision avec celles existant lors de la dernière décision entrée en force et reposant sur un examen matériel du droit à la rente (cf. ATF 133 V 108) pour déterminer si une

modification notable du taux d'invalidité justifiant la révision du droit en question est intervenue (arrêt du TF 9C_57/2016 du 29 juin 2016 consid. 2.2).

E. 7.3

Selon la jurisprudence du Tribunal fédéral, la rente peut être révisée non seulement en cas de modification sensible de l'état de santé, mais aussi lorsque celui-ci est resté le même, mais que ses conséquences sur la capacité de gain ont subi un changement important (ATF 134 V 131 consid. 3, ATF 130 V 343 consid. 3.5; arrêt du TF 8C_162/2016 du 2 mars 2017 consid. 3.1 ; Valterio, op. cit., n° 3063). Une simple appréciation différente d'un état de fait qui, pour l'essentiel, est demeuré inchangé, n'appelle en revanche pas à une révision au sens de l'art. 17 LPGA (ATF 141 V 9 consid. 2.3, arrêt du TF 9C_818/2015 du 22 mars 2016 consid. 2.2; ATF 112 V 371 consid. 2b).

E. 7.4

La constatation d'un changement propre à fonder un motif de révision résulte de la mise en parallèle d'un état de santé actuel et passé. L'objet de la preuve est ainsi l'existence - en l'occurrence à tirer de l'expertise médicale - d'une différence déterminante dans les états de santé. La constatation de l'état de santé actuel et ses conséquences fonctionnelles est bien le point de départ de l'appréciation; elle n'est cependant pas en elle-même déterminante, elle ne sera pertinente que dans la mesure où elle constatera effectivement une différence entre les données des états de santé actuel et antérieur. La valeur probante d'une expertise établie aux fins d'une révision de rente dépend en conséquence essentiellement de la question de savoir si un changement déterminant des états de santé peut suffisamment être prouvé. Une évaluation médicale considérée pour elle-même en soi complète, convaincante, qui serait probante dans le cadre d'une évaluation initiale à la base de l'octroi initial de prestations (cf. ATF 134 V 231 consid. 5.1 p. 232; ATF 125 V 351 consid. 3a p. 352), ne revêt en général par conséquent pas la valeur probante juridique requise si l'évaluation médicale (par rapport à une évaluation médicale antérieure divergente) n'établit pas suffisamment dans quelle mesure un changement effectif de l'état de santé a eu lieu. Sont réservées les situations dans lesquelles une modification des états de santé sont évidents (cf. l'arrêt du TF 9C_418/2010 du 29 août 2011 consid. 4.2 ; Andreas Traub, *Zum Beweiswert medizinischer Gutachten im Zusammenhang mit der Rentenrevision*, RSAS 2012 p. 183 ss.).

E. 7.5

Selon l'art. 88a al. 2, 1ère phrase RAI si la capacité de gain de l'assuré ou sa capacité d'accomplir les travaux habituels se dégrade (...) ce changement est déterminant pour l'accroissement du droit aux prestations dès qu'il a duré trois mois sans interruption notable.

E. 7.6

L'augmentation de la rente prend effet, au plus tôt, si la révision est demandée par l'assuré, dès le mois où cette demande est présentée et, s'il est constaté que la décision de l'office AI désavantageant l'assuré était manifestement erronée, dès le mois où ce vice a été découvert (cf. art. 88bis al. 1 let. a et c RAI).

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 ; cf. ég. l'art. 69 RAI). Il appartient à l'autorité compétente d'établir elle-même les faits pertinents dans la mesure où l'exige la correcte application de la loi (cf. ATF 116 V 23, 114 Ia 114, 127).

E. 8.2

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 134 V 231 consid. 5.1, ATF 125 V 351 consid. 3a et les références). Au demeurant, 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 125 V 351 consid. 3, 135 V 465 consid. 4.4; arrêt du TF 9C_555/2015 du 23 mars 2016 consid. 5.2). 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, op. cit. n° 2912). 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 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 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. 8.3

La jurisprudence a posé des lignes directrices en ce qui concerne la manière d'apprécier certains types d'expertise ou de rapports médicaux. Le juge procède à cette appréciation selon le principe de la libre appréciation des preuves selon les types de rapports médicaux et expertises (ATF 125 V 351 consid. 3b).

E. 8.3.1

Lorsqu'au stade de la procédure administrative une expertise confiée à un médecin indépendant est établie par un spécialiste reconnu, 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 353 consid. 3b/bb, arrêt du TF I 701/04 du 27 juillet 2005 consid. 2.1.2).

E. 8.3.2

S'agissant des documents produits par le service médical d'un assureur étant partie au procès, le Tribunal fédéral n'exclut pas que l'assureur ou le juge des assurances sociales statuent en grande partie, voire exclusivement sur la base de ceux-ci. Les rapports des SMR

selon les art. 59 al. 2bis LAI et 49 al. 1 et 3 RAI 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). Au vu de ces différences, ils ne doivent pas remplir les mêmes exigences au niveau de leur contenu que les expertises médicales. On ne saurait en revanche leur dénier toute valeur probante. Ils ont notamment pour but de résumer et de porter une appréciation sur la situation médicale d'un assuré, ce qui implique aussi, en présence de pièces médicales contradictoires, de dire s'il y a lieu de se fonder sur l'une ou l'autre ou s'il y a lieu de procéder à une instruction complémentaire. De tels rapports pour avoir valeur probante ne peuvent suivre une appréciation sans établir les raisons pour lesquelles des appréciations différentes ne sont pas suivies (cf. ATF 137 V 210 consid. 6.2.4 ; arrêt du TF 9C_165/2015 du 12 novembre 2015 consid. 4.3; Valterio, op. cit. n° 2920 ss). La valeur probante de ces rapports présuppose que le dossier contienne l'exposé complet de l'état de santé de l'assuré (anamnèse, évolution de l'état de santé et status actuel) et qu'il se soit agi essentiellement que d'apprécier un état de fait médical non contesté établi de manière concordante par les médecins (cf. les arrêts du TF 9C_335/2015 du 1er septembre 2015 consid. 3.1, 8C_653/2009 du 28 octobre 2009 consid. 5.2, 8C_239/2008 du 17 décembre 2009 consid. 7.2; cf. également arrêt du TF 9C_462/2014 du 16 septembre 2014 consid. 3.2.2 et les références). 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. 8.3.3

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 125 précité consid. 3b/cc et les références). Cette constatation s'applique de même aux médecins non traitant consultés par un patient en vue d'obtenir un moyen de preuve à l'appui de sa requête. Toutefois le simple fait qu'un certificat médical ou une expertise de partie 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 (cf. ATF 125 précité consid. 3b/dd et les références citées).

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 (ATF 139 V 176 consid. 5.3, 135 V 39 consid. 6.1, 121 V 47 consid. 2a et 208 consid. 6b et références).

E. 9.1

Dans l'arrêt du 23 février 2012 le Tribunal de céans constata, comme l'a considéré également l'autorité inférieure dans sa décision du 11 novembre 2009, une aggravation de l'état de santé de l'intéressé depuis les faits à la base de l'arrêt du Tribunal fédéral des assurances du 11 décembre 2002 (cf. consid. 7, base de comparaison décision du 24 janvier 2000). L'arrêt du Tribunal de céans du 23 février 2012 retint que si le diagnostic énoncé dans l'arrêt du 11 décembre 2002 était celui de status après réinsertion du sus-épineux et élargissement du défilé sous-acromial de l'épaule gauche par rupture traumatique de la coiffe des rotateurs, permettant une activité de 100% de l'intéressé dans une activité adaptée, par référence au diagnostic et à la capacité de travail établis par la CNA en 1996 inchangés, les diagnostics actuels au moment de la décision du 11 novembre 2009 étaient ceux de périarthrite sévère des deux épaules, spécialement marquée à droite avec souffrance de l'espace sous-acromial, calcification et rupture de la coiffe des rotateurs avec abolition de la mobilité active de la rotation et de l'abduction par destruction de la coiffe des rotateurs en aggravation, rigidité postopératoire de l'épaule gauche, lombalgie chronique avec altérations dégénératives L4-L5 et L5-S1 et sténose foraminale. Ce Tribunal releva que tant la Dre F._____, médecin de l'OAIE, que le Dr E._____, médecin traitant, s'accordaient pour reconnaître que A._____ pouvait exercer des activités de substitution n'impliquant pas de mouvements répétés des épaules et permettant des changements de position pour ménager le dos (activités de surveillance, commissionnaire, vendeur de billets par ex.). Toutefois, si la Dre F._____, non spécialiste en rhumatologie, fixait la capacité de travail à 80% dans une activité adaptée, le Dr E._____, rhumatologue, l'estimait à 40% après l'avoir estimé initialement à 0% (cf. le consid. 8.2 p. 11 s. de l'arrêt du 23 février 2012 et supra D.a et E). Seuls étaient ainsi litigieux les conséquences des atteintes à la santé sur la capacité fonctionnelle et de travail dans une activité adaptée et le taux de l'incapacité de travail de l'assuré dans une telle activité.

E. 9.2

Suite à l'arrêt de renvoi du 23 février 2012 l'OAIE ordonna une expertise rhumatologique (rapport du 20 mai 2014) et une expertise psychiatrique (rapport du 22 octobre 2015), du fait que l'expertise rhumatologique avait soulevé l'éventualité d'une pathologie psychiatrique ayant une incidence sur la capacité de travail résiduelle de l'intéressé.

E. 10.1

L'OAIE fonde son appréciation de la capacité de travail résiduelle de l'intéressé de 80% (prise en compte nouvellement d'une baisse de production, de la nécessité de temps de récupération) dans une activité adaptée dès le 10 septembre 2007, et non plus de 100% depuis 1996 (cf. l'arrêt du TFA de 2002), en retenant une dégradation de l'état de santé de l'intéressé constatées par la Dre F._____ du SMR dans son rapport du 27 mars 2009 révisé le 31 juillet 2009, que le Dr I._____, rhumatologue du SMR, a confirmé et étayé dans un rapport du 27 août 2014 fondé sur les constatations au plan somatique du rapport d'expertise rhumatologique du 20 mai 2014 des Drs G._____ et H._____, mais contestant toutefois sa valeur probante, en ce sens que les conclusions de l'expertise étaient influencées par un diagnostic psychiatrique qui n'était pas de la compétence des experts rhumatologues, et sur la base du rapport d'expertise psychiatrique du Dr J._____ du 22 octobre 2015 n'ayant relevé aucune atteinte psychiatrique.

E. 10.2

Dans son recours l'intéressé conteste tout d'abord que le médecin du SMR se soit écarté des conclusions de l'expertise rhumatologique du 20 mai 2014 ayant retenu une totale incapacité de travail, relevant aux termes de l'expertise que depuis février 2007 il était atteint au niveau des deux épaules, ce qui rendait caduque toute activité de substitution, exigible avant la double atteinte, en dehors d'un atelier protégé, relevant que par la suite les lombalgies s'étaient ajoutées au tableau pour exclure encore davantage toute possibilité de réinsertion en dehors d'un atelier protégé. Il contesta que la prise de position du Dr I. _____ sur dossier n'ait pas été soumise aux experts pour un complément d'expertise. Subsidiairement il fit valoir qu'à défaut de pouvoir trancher il y avait lieu de renvoyer le dossier à l'autorité inférieure afin qu'elle ordonne une expertise neuropsychiatrique et une évaluation socioprofessionnelle. Sur le plan de la mise en valeur de sa capacité de travail résiduelle il émit enfin le grief que son âge avancé n'avait pas été pris en compte, qu'en l'occurrence le 20 mai 2014, date du rapport d'expertise déterminante pour l'évaluation de son invalidité économique, il était âgé de 63 ans (recte : 62 ans et 5 mois).

E. 11.1

En réponse au premier grief du recourant il sied de relever que selon l'art. 59 al. 2 et 2bis LAI, les services médicaux régionaux (SMR) interdisciplinaires sont à la disposition des offices AI pour évaluer les conditions médicales du droit aux prestations. Le Dr I. _____, rhumatologue, répond aux exigences de qualification requises par un SMR se prononçant dans un cas présentant des atteintes rhumatologiques. Tant l'administration que les tribunaux doivent pouvoir se référer aux connaissances spécialisées des médecins et experts quant au bien-fondé des conclusions d'un rapport ou d'une expertise (cf. arrêts du TF I 142/07 du 20 novembre 2007 consid. 3.2.3 et 9C_323/2009 du 14 juillet 2009 consid. 4.3.1). Il appartient à l'office AI de déterminer le droit aux prestations des assurés et non aux experts lesquels sont appelés à poser les diagnostics et à déterminer les limitations fonctionnelles. Ceci présuppose que les données à la base de leur appréciation satisfassent aux critères jurisprudentiels de valeurs probantes requises des rapports médicaux (cf. arrêt du TF 9C_1063/2009 du 22 janvier 2010 consid. 4.2.3).

E. 11.2

Les rapports des SMR sur dossier 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 (cf. supra consid. 8.3.2). Les rapports au sens des art. 59 al. 2bis LAI et 49 al. 1 et 3 RAI 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.

E. 11.2.1

Dans leur rapport du 20 mai 2014 les experts en rhumatologie retinrent les diagnostics avec répercussion sur la capacité de travail de : rupture de la coiffe des rotateurs de l'épaule gauche (30.12.1992), rupture de la coiffe des rotateurs de l'épaule droite (muscles supra- et infra- épineux) (plainte depuis fin 1996, diagnostic formel sur IRM en mars 2007), lombo-sciatalgies gauches non déficitaires (progressives depuis 2006), troubles dégénératifs du rachis multi-étagés L4-L5, L5-S1, déconditionnement physique global et focal avec dysbalances musculaires sur hypoextensibilité de la musculature posturale et affaiblissement de la musculature phasique, syndrome de déconditionnement avec très probable composante anxio-dépressive secondaire à la persistance de la symptomatologie

douloureuse. Il appert que l'expertise somatique, excepté les considérations d'ordre psychiatrique et en partie liée l'évaluation de la capacité de travail résiduelle, a valeur probante s'agissant de l'anamnèse, de l'exposé du cadre de vie de l'intéressé, de ses plaintes somatiques, de ses atteintes à la santé actuelles avec une description de ses possibilités de mouvements des membres supérieurs, de son dos, de ses membres inférieurs. Il peut être retenu que les points litigieux ont fait l'objet, sinon d'une étude en référence aux constatations passées et à une appréciation de leur évolution, au moins de relevés actuels complets pouvant être utilisés dans le cadre d'une comparaison avec les états de santé antérieurs, permettant, contrairement à l'avis du recourant, une appréciation par le service médical du SMR, lequel n'est pas tenu par les conclusions des experts dans la mesure où il s'en écarte à juste titre avec une motivation circonstanciée et convaincante, comme cela sera démontré par la suite. Ainsi le Dr I. _____ releva notamment avec pertinence que les diagnostics somatiques retenus et les constatations circonstanciées cliniques dans le rapport d'expertise rhumatologique du 20 mai 2014 tant s'agissant des membres supérieurs que du rachis - établies et non contestées - ne s'opposaient pas à une activité de surveillance, de commissionnaire et de vendeur de billets qui étaient les seules envisagées pour l'intéressé. Il fonda cette appréciation sur les constatations somatiques de l'expertise rhumatologique en notant sur le plan somatique qu'il ne ressortait pas des différentes prises de mesures depuis 1994 une amyotrophie du massif de l'épaule et du bras gauche à laquelle il y avait lieu de s'attendre, l'expertise décrivant une absence de dysbalance musculaire des membres supérieurs sans qu'il y ait de résultat chiffré permettant d'évaluer l'évolution de la tonicité de la musculature et de son utilisation. Il nota que la fonctionnalité des membres supérieurs décrite par les experts rhumatologues lors de leur examen était quasi normale en dessous du plan des épaules pour l'épaule gauche et permettant une utilisation active de l'articulation jusqu'au plan de l'horizontale pour l'épaule droite. S'agissant de l'atteinte du poignet gauche il nota que des limitations n'étaient pas discutées mais n'étaient pas déterminantes dans une activité de surveillance. Il releva que lors de l'expertise de 2014 la mobilité lombaire était décrite normale et la manoeuvre de Lasègue négative, qu'il n'y avait donc pas de sciatique ou de blocage lombaire, qu'il n'y avait pas d'irritation radiculaire. Il releva de l'expertise une autonomie de marche de 45 minutes, la possibilité pour l'intéressé de conduire sa voiture.

E. 11.2.2

Dans son rapport d'expertise du 22 octobre 2015 le Dr J. _____, psychiatre, conclut à l'inexistence d'un diagnostic psychiatrique avec répercussion sur la capacité de travail et au diagnostic sans répercussion sur la capacité de travail de troubles mentaux et troubles du comportement liés à l'utilisation d'alcool ; utilisation épisodique (F10.26) présent depuis 1998. Il retint une capacité de travail totale actuelle et par le passé sur le plan psychiatrique précisant qu'un diagnostic de dépression ne pouvait pas être posé actuellement ni avec certitude pour la période passée. Le Dr J. _____ précisa dans son rapport (pce 178 p. 19) que la problématique de l'alcool était de type secondaire, qu'il n'y avait pas de séquelles incapacitantes en lien avec la problématique alcoolique et plus particulièrement qu'il n'y avait pas de séquelles neuropsychologiques (absence de désorientation ; absence de troubles de la mémoire récente), qu'il n'y avait pas de séquelles intellectuelles (absence de démence alcoolique) ni de séquelles psychotiques (absence de psychose alcoolique). C'est ainsi à bon droit que le Dr I. _____ a relevé de plus que l'expertise des Drs G. _____ et H. _____, rhumatologues, avait retenu de façon contraire à leur champ d'investigation et leur spécialisation médicale une pathologie psychiatrique invalidante (cf. supra F et consid. 11.2) qui avait impacté largement en tant que rhumatologues leur appréciation. Ainsi

exposé, il est apparu du rapport d'expertise probant du Dr J. _____ que l'intéressé ne présentait pas et n'avait jamais présenté d'atteintes psychiatriques ayant, respectivement ayant eu, une incidence sur sa capacité de travail. Partant sous cet angle l'expertise des Drs G. _____ et H. _____ n'est pas probante (cf. supra F p. 7).

E. 11.2.3

A juste titre le rapport du Dr I. _____ ne pose pas de nouvelles conclusions médicales mais porte une évaluation sur celles déjà existantes (cf. arrêts du TF 9C_581/2007 du 14 juillet 2008 consid. 3.2 et 9C_341/2007 du 17 novembre 2007 consid. 4.1). Il résume et porte une appréciation sur la situation médicale de l'assuré, d'une part, actuelle et, d'autre part, en référence à ses états de santé antérieurs. Les experts Drs G. _____ et H. _____ ont indiqué que depuis février 2007 l'intéressé était atteint au niveau des deux épaules, ce qui rendait caduque toute activité de substitution, exigible avant la double atteinte, en dehors d'un atelier protégé. Ils ont relevé par la suite que les lombalgies s'étaient ajoutées au tableau pour exclure encore davantage toute possibilité de réinsertion en dehors d'un atelier protégé. De plus ils ont relevé l'existence de nombreux éléments en faveur d'un état anxio-dépressif. Le diagnostic retenu par le Dr I. _____ ne s'écarte pas de celui actuel retenu par le rapport d'experts du 20 mai 2014 qui est probant quant aux constats somatiques relevés lors de l'examen rhumatologique, excepté les constats psychiatriques évoqués. Le Dr I. _____ effectua cependant et à la suite du diagnostic actuel retenu plus spécifiquement une comparaison de statuts entre 1993 et 2013 dans le sens des réquisits de l'examen de la révision du droit à la rente (cf. consid. 7.4). Cette comparaison reposa sur une mise en parallèle de constats entre 1994 et 2013 (pce 154 p. 4 s.). Le Dr I. _____ releva pour l'épaule gauche des données chiffrées ayant peu évolué, que les mouvements permettaient une fonction quasi normale s'ils étaient effectués en dessous du plan des épaules, que pour l'épaule droite s'il y avait eu une péjoration en 2009 il y avait eu ensuite une amélioration entre 2009 et 2013, les mouvements permettant une utilisation active de l'articulation jusqu'au plan de l'horizontale. Il retint que la mobilité de la colonne était décrite comme normale en 2007 à l'instar de 2013, l'examen neurologique ne montrant plus d'irritation radiculaire. Par cette analyse convaincante et pour ces motifs pertinents l'appréciation du Dr I. _____ des capacités fonctionnelles résiduelles de l'intéressé depuis le 10 septembre 2007 s'écarte à juste titre de celles des experts en ce sens que les limitations somatiques de l'intéressé n'excluent manifestement pas une activité de surveillance, de commissionnaire de vendeur de billets. Il pouvait également exclure un diagnostic psychiatrique ayant une incidence sur la capacité de travail (cf. expertise du Dr J. _____). Pour avoir pleine valeur probante un rapport SMR ne peut suivre une appréciation sans établir les raisons pour lesquelles des déterminations différentes ne sont pas suivies (cf. ATF 137 V 210 consid. 6.2.4 ; arrêt du TF 9C_165/2015 du 12 novembre 2015 consid. 4.3; Valterio, op. cit. n° 2920 ss). Ainsi démontré, l'appréciation et l'argumentation du rapport SMR du Dr I. _____ répond à cette exigence de façon convaincante notamment au regard des activités adaptées qu'il prend en compte comme exigibles. Vu ce qui précède et contrairement à l'avis du recourant contestant être à même de pouvoir exercer quelque activité lucrative que ce soit, l'appréciation du Dr I. _____ retenant une capacité de travail de 80% dans les activités adaptées aux limitations fonctionnelles de surveillance, de commissionnaire, de vendeur de billets à partir du 10 septembre 2007 est probante. La réduction du temps de travail de 20% résulte de la prise en compte de petites pauses régulières pour éviter l'ankylose et les douleurs secondaires du rachis (cf. AI pce 64, supra D.c) comme l'a indiqué la Dre F. _____ . Il n'apparaît pas du dossier de motifs à une

réduction du temps de travail plus importante dans les activités de substitution retenues par le Dr I._____. Partant et contrairement à ce que souleva le recourant il n'y avait aucune nécessité de soumettre l'appréciation probante du Dr I._____ aux experts rhumatologues. A noter enfin et par surabondance que l'intéressé ne conteste pas d'effectuer régulièrement des promenades de 3-5 km (voire 2 fois par jour) avec deux chiens qu'il y a lieu de pouvoir maîtriser par l'usage des deux membres supérieurs, qu'il conduit sa voiture, qu'il s'occupe de son jardin (les travaux lourds étant effectués par des tiers), qu'il fait des travaux de bricolage dans sa maison, qu'il s'occupe des courses (cf. l'anamnèse de l'expertise psychiatrique), qu'il présente une bonne autonomie constatée lors des examens à la base de l'expertise du 24 mai 2014 (l'intéressé est par ailleurs venu seul en Suisse depuis l'Espagne), qu'il ne souffre pas de pathologie psychiatrique. L'énoncé de ces activités non contredites confirme la capacité de travail de l'intéressé retenue par le Dr I._____ qui comme il l'a indiqué s'inscrit dans des activités de surveillance, de commissionnaire, de vente de billets lesquelles ne nécessitent pas de travail requérant l'usage des membres supérieurs dans une mesure autre que celle des activités domestiques légères.

E. 11.3

Dans son recours l'intéressé conclut encore à ce que le tribunal requiert une expertise neuropsychologique. Il appert du rapport d'expertise du Dr J._____, probant, que l'intéressé ne présente pas de troubles neuropsychologiques (cf. supra K.a) en particulier en lien avec sa consommation d'alcool qui bien que relativement importante occasionnellement n'a pas d'incidence sur sa capacité de travail. Le Dr J._____ s'est expressément prononcé à ce sujet niant une pathologie liée à l'alcool (cf. supra consid. 11.2.2 in fine). Partant une expertise neuropsychologique ne pourrait pas apporter de nouveaux résultats (cf. appréciation anticipée des preuves : ATF135 V 215 consid. 3.2, ATF 131 I 153 consid. 3, ATF 124 V 94 consid. 4.b) et ne se justifie dès lors pas. De plus il est de la compétence propre de l'expert de décider quels examens et tests sont à intégrer pour établir un état de santé complet à la base d'une appréciation médicale probante (cf. ATF 139 V 349 consid. 3.3).

E. 11.4

En résumé et concernant la demande de révision déposée par le recourant le 12 novembre 2008 il doit être retenu une capacité de travail de 80% dans une activité adaptée (surveillance, commissionnaire, vendeur de billets) à compter du 10 février 2007 qui s'est maintenue jusqu'aux constatations à la base de l'expertise des Dr G._____ et H._____ du 20 mai 2014 et au-delà jusqu'à la décision dont est recours. En effet l'intéressé n'a pas invoqué dans son recours une détérioration de son état de santé depuis l'expertise rhumatologique du 20 mai 2014 et l'expertise du Dr J._____ du 22 octobre 2015 et n'a pas non plus produit de rapports médicaux faisant état d'une détérioration de son état de santé depuis l'expertise des Drs G._____ et H._____ (voir supra L) et J._____. Il sied de plus de relever que le rapport du Dr J._____ du 22 octobre 2015 (examen du 20 octobre 2015) rend compte dans sa partie anamnèse d'activités compatibles avec les constats somatiques dans l'expertise des Dr G._____ et H._____, constats qui n'ont pas non plus été contestés par le recourant.

E. 12.1

Selon les art. 28a al. 1 LAI et 16 LPGA, pour évaluer le taux d'invalidité, le revenu que l'assuré aurait pu obtenir s'il n'était pas invalide est comparé avec celui qu'il pourrait obtenir

en exerçant l'activité qui peut raisonnablement être exigée de lui, après les traitements et les mesures de réadaptation, sur un marché du travail équilibré. Les deux revenus doivent être déterminés de façon objective aussi exactement que possible et être confrontés l'un avec l'autre, la différence permettant de calculer le taux d'invalidité (arrêt du TF 9C_725/2015 du 5 avril 2016 consid. 4.1). Des aspects étrangers à l'invalidité doivent être soit ignorés, soit pris en considération dans une mesure identique pour les deux revenus de référence (Valterio, op. cit., n° 2061; ATF 129 V 222 consid. 4.4).

E. 12.2

La notion de marché équilibré du travail est une notion théorique et abstraite qui sert de critère de distinction entre les cas tombant sous le coup de l'assurance-chômage et ceux qui relèvent de l'assurance-invalidité. Elle implique, d'une part, un certain équilibre entre l'offre et la demande de main d'oeuvre et, d'autre part, un marché du travail structuré de telle sorte qu'il offre un éventail d'emplois diversifiés, tant au regard des exigences professionnelles et intellectuelles qu'au niveau des sollicitations physiques. Lorsqu'il s'agit d'examiner dans quelle mesure un assuré peut encore exploiter économiquement sa capacité résiduelle de gain sur le marché du travail entrant en considération pour lui (art. 16 LPGA), on ne saurait subordonner la concrétisation des possibilités de travail et des perspectives de gain à des exigences excessives. Il s'ensuit que pour évaluer l'invalidité, il n'y a pas lieu d'examiner la question de savoir si un invalide peut être placé eu égard aux conditions concrètes du marché du travail, mais uniquement de se demander s'il pourrait encore exploiter économiquement sa capacité résiduelle de travail lorsque les places de travail disponibles correspondent à l'offre de la main d'oeuvre. On ne saurait toutefois se fonder sur des possibilités de travail irréalistes. Ainsi, on ne peut parler d'une activité exigible au sens de l'art. 16 LPGA, lorsqu'elle ne peut être exercée que sous une forme tellement restreinte qu'elle n'existe pratiquement pas sur le marché général du travail ou que son exercice suppose de la part de l'employeur des concessions irréalistes et que, de ce fait, il semble exclu de trouver un emploi correspondant (arrêts du TF 9C_804/2014 du 16 juin 2015 consid. 7.2 et les références, 9C_496/2015 du 28 octobre 2015 consid. 3.2). Le caractère irréaliste des possibilités de travail doit découler de l'atteinte à la santé - puisqu'une telle atteinte est indispensable à la reconnaissance d'une invalidité (cf. art. 7 et 8 LPGA) - et non de facteurs psychosociaux ou socioculturels totalement étrangers à l'invalidité (cf. arrêts du TF 8C_175/2017 du 30 octobre 2017 consid. 4.1, 9C_286/2015 du 12 janvier 2016 consid. 4.2 et les références, 9C_144/2010 du 10 décembre 2010 consid. 4.1; 9C_881/2009 du 1er juin 2010 consid. 4.2.3).

E. 12.3

Le revenu hypothétique de la personne valide 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 (cf. arrêt du TF 9C_363/2016 du 12 décembre 2016 consid. 8.3.1 et les références ; ATF 134 V 322 consid. 4.1, ATF 129 V 222 consid. 4.3.1 ; arrêt du TF 9C_725/2015 du 5 avril 2016 consid. 4.1). Si le dernier salaire de l'assuré ne peut être pris comme base de comparaison il est fait recours à des bases statistiques (cf. les arrêts du TF 9C_725/2015 consid. 4.1, 9C_57/2017 du 21 avril 2017 consid. 5.2 et les références) ou à d'autres modes de détermination s'il y a lieu de prendre en

compte des revenus variables sur plusieurs années (cf. arrêt du TF 9C_760/2015 du 21 juin 2016 consid. 3.2). Compte tenu des capacités professionnelles de l'assuré et des circonstances personnelles le concernant, on prend en considération la présomption que l'assuré aurait continué d'exercer son activité sans la survenance de son invalidité et cas échéant ses chances réelles d'avancement compromises par le handicap (cf. ATF 96 V 29 ; arrêt du TF 9C_607/2012 du 17 avril 2013 consid. 3).

E. 12.4

Pour fixer le revenu d'invalidé, il convient de se fonder, conformément à la jurisprudence (ATF 143 V 295 consid. 2.2 s., ATF 129 V 472 con-sid. 4.2.1), sur les données économiques statistiques. En l'absence d'un revenu effectivement réalisé, la jurisprudence admet la référence au groupe des tableaux « A », correspondant aux salaires bruts standardisés, de l'Enquête suisse sur la structure des salaires (arrêt I 194/06 du 28 septembre 2006 consid. 2.1 et la référence). La valeur statistique - médiane - s'applique alors, en principe, à tous les assurés qui ne peuvent plus accomplir leur ancienne activité parce qu'elle est physiquement trop astreignante pour leur état de santé, mais qui conservent néanmoins une capacité de travail importante dans des travaux légers. Pour ces assurés, ce salaire statistique est suffisamment représentatif de ce qu'ils seraient en mesure de réaliser en tant qu'invalides dès lors qu'il recouvre un large éventail d'activités variées et non qualifiées (branche d'activités), n'impliquant pas de formation particulière, et compatibles avec des limitations fonctionnelles peu contraignantes (cf. arrêts du TF 9C_633/2017 du 29 décembre 2017 consid. 4.3, 9C_603/2015 du 25 avril 2016 consid. 8.1). Il y a lieu de se référer en principe toujours aux données de l'ESS les plus récentes (ATF 143 V 295 consid. 2.3 et 4, ATF 142 V 178 consid. 2.5.8.1 ; arrêts du TF 9C_725/2015 du 5 avril 2016 consid. 4.3.1, 8C_520/2016 du 14 août 2017 consid. 4.3.1).

E. 12.5

Il est notoire que les personnes atteintes dans leur santé, qui présentent des limitations même pour accomplir des activités légères, sont désavantagées sur le plan de la rémunération par rapport aux travailleurs jouissant d'une pleine capacité de travail et pouvant être engagés comme tels; ces personnes doivent généralement compter sur des salaires inférieurs à la moyenne (ATF 124 V 321 consid. 3b/bb ; arrêt du TF 9C_633/2017 consid. 4.2). Ainsi selon la jurisprudence, dans certains cas, le revenu d'invalidé déterminé d'après les données statistiques doit être réduit afin de tenir compte des circonstances personnelles et profession-nelles de la personne assurée (limitations liées au handicap, âge, années de service, nationalité/catégorie d'autorisation de séjour et taux d'occupa-tion), susceptibles de diminuer ses possibilités de réaliser un gain se situant dans la moyenne, applicable aux employés qui ne souffrent pas d'invalidité, sur le marché ordinaire de l'emploi (ATF 134 V 322 consid. 5.1, 126 V 75). Il incombe à l'administration d'évaluer globalement l'influence de tous les facteurs sur le revenu postérieur à l'invalidité. La jurisprudence n'admet cependant pas de déduction globale supérieure à 25% (ATF 126 V 75 consid. 5 ; arrêts du TF 9C/633/2017 consid. 4.2, 9C_677/2015 du 25 janvier 2016 consid. 3.3). La hauteur de la réduction dépend de chaque cas d'espèce - une réduction automatique n'est pas admissible (arrêt du TF 9C_187/2011 du 30 mai 2011 consid. 4.2.1) - et relève en premier lieu de l'office AI qui dispose pour cela d'un large pouvoir d'appréciation. Un taux de chômage élevé dans une région donnée n'entre pas en ligne de compte dans la détermination de l'abattement sur le revenu d'invalidé car il n'affecte pas la capacité de travail mais la possibilité de retrouver un emploi, risque couvert par l'assurance-chômage

(cf. arrêt du TF I 893/06 du 15 octobre 2007 consid. 6.2). Lorsque le Tribunal de céans examine l'usage qu'a fait l'administration de son pouvoir d'appréciation pour fixer l'étendue de l'abattement sur le revenu d'invalidé, il doit porter son attention sur les différentes solutions qui s'offraient à l'organe de l'exécution de l'assurance-invalidité et voir si un abattement plus ou moins élevé (mais limité à 25 % [ATF 126 V 75]) serait mieux approprié et s'imposerait pour un motif pertinent, sans toutefois substituer sa propre appréciation à celle de l'administration (ATF 137 V 71 consid. 5.2 ; arrêt du TF 9C_855/2014 du 7 août 2015 consid. 4.3).

E. 13.1

En l'espèce, il y a lieu de procéder à une évaluation de l'invalidité selon la méthode générale par une comparaison de revenus sur la base du revenu de l'intéressé retenu en 1994 (base prise en compte par l'OAIE à l'ouverture initiale du droit à la rente [pce 155]) indexé 2008 (cf. supra le consid. 12.3, notamment l'arrêt cité du TF 9C_363/2016 consid. 5.3.1) et des chiffres de l'ESS 2008 vu que l'intéressé peut prétendre in casu à une augmentation de rente d'invalidité à compter du 1er novembre 2008 (mois de la demande de révision). La prise en compte de l'ESS 2012, comme l'a fait l'autorité inférieure (cf. pce 155), n'a pas lieu d'être. En effet, selon la jurisprudence, les salaires avant et après invalidité doivent être pris en compte concrètement, respectivement indexés, jusqu'à la date de la survenance du droit théorique éventuel à la rente (cf. ATF 128 V 174 et ATF 129 V 222), in casu du droit à une rente plus élevée dès le 1er novembre 2008. Selon l'ESS 2008 table TA1 le revenu mensuel brut (valeur centrale) toutes branches confondues secteurs privé est en 2008 pour les hommes du niveau de compétence 4 (activités simples et répétitives) de 4'806.- francs par mois pour 40 h./sem. et de 4'998.24 francs pour 41.6 h./sem. (temps de travail moyen). Ce montant ne peut être pris comme base de calcul car l'intéressé ne peut qu'accomplir des activités de surveillance, de commissionnaire, de vendeur de billets. Les revenus des activités de vendeur dans le commerce de détail (Fr. 4'436.-) et d'autres services collectifs et personnels (Fr. 4'291.-), moins élevés que le revenu moyen selon TA1, peuvent par contre plus spécifiquement être retenus, soit en moyenne pour 40 h./sem. 4'363.50 francs et pour 41.6 h./sem. 4'538.04 francs. L'OAIE effectua sur le revenu avec invalidité un abattement de 20% compte tenu des circonstances personnelles et professionnelles du cas particulier (taux d'exigibilité des activités de substitution [80%], limitations fonctionnelles, âge). Cet abattement, bien que le revenu avec invalidité prenne déjà en compte un éventail restreint d'activités, paraît adéquat compte tenu des limitations fonctionnelles de l'intéressé et de son âge en novembre 2008 (56 ans et 11 mois ; voir infra consid. 13.2). Vu l'abattement de 20% appliqué, le revenu mensuel avec invalidité se monte à 3'630.43 francs. Pris en compte au taux d'activité de 80% ce revenu s'élève à 2'904.34 francs. En comparaison avec le dernier revenu annuel de l'intéressé de 5'577.- francs en 1994 (indice 1939 : 1769 ; montant retenu à l'avantage de l'assuré par rapport aux revenus statistiques selon l'ESS 1994 dans la branche 4 « Bâtiment et génie civil » pour 42.5 h./sem. de Fr. 4'391.31 [niveau 4] et de Fr. 5'058.56 [niveau 3]) indexé 2008 (indice 1939 : 2092) à 6'595.29 francs, la différence de revenu est de 3'690.95 francs correspondant à un degré d'invalidité de $([6'595.29 - 2'904.34] : 6'595.29 \times 100)$ 55.96 %, soit 56%, taux ouvrant le droit à une demi-rente d'invalidité.

E. 13.2

Dans son recours l'intéressé fait valoir que l'OAIE n'a pas tenu compte de son âge avancé, qu'en l'occurrence en date du 20 mai 2014, date du rapport d'expertise des Drs G. _____ et H. _____, il avait 63 ans (recte : 62 ans et 5 mois) et que c'est à cette date que sa capacité

de travail doit être évaluée pour établir nouvellement rétroactivement son droit à une rente d'invalidité à compter du 1er novembre 2008.

E. 13.2.1

Il sied de relever que la décision du 20 octobre 2016 dont est recours, rendue suite à l'arrêt de renvoi du 23 février 2012, a également alloué comme la décision du 11 novembre 2009, compte tenu de la possibilité établie d'une activité à 80% dans une activité adaptée, une demi-rente d'invalidité en faveur de l'intéressé à compter du 1er novembre 2008, l'intéressé ayant alors près de 57 ans. Or cet âge ne correspond de loin pas à l'âge à partir duquel la jurisprudence considère généralement qu'il n'existe plus de possibilité réaliste de mise en valeur de la capacité résiduelle de travail sur un marché du travail supposé équilibré (voir les arrêts 9C_88/2013 du 4 septembre 2013 consid. 4.3 et les références, 9C_918/2008 du 28 mai 2009 consid. 4.2.2, 9C_437/2008 du 19 mai 2009 consid. 4 et I 819/04 du 27 mai 2005 consid. 2.2). Toutefois pour cet âge, 55 ans révolus, à l'instar également du cas où un assuré a bénéficié d'une rente pendant 15 ans au moins, il y a lieu d'examiner selon la pratique constante si l'intéressé, malgré l'existence d'une capacité de travail médico-théorique, devrait bénéficier de mesures de réinsertion professionnelle (cf. l'arrêt du TF 9C_517/2016 du 7 mars 2017 consid. 5.2 et les références), examen normalement effectué pendant en cas de suppression ou diminution de rente et non d'augmentation de rente. En effet selon la jurisprudence (cf. ég. arrêts du TF 9C_254/2011 du 15 novembre 2011 consid. 7, 9C_920/2013 du 20 mai 2014 consid. 4.4), lorsque la rente a été allouée de façon prolongée, il n'est pas opportun de supprimer la rente, malgré l'existence d'une capacité de travail médico-théorique recouvrée médicalement documentée, avant que les possibilités théoriques de travail n'aient été confirmées avec l'aide de mesures médicales de réadaptation et/ou de mesures d'ordre professionnel. Il convient dans chaque cas de vérifier que la personne assurée est concrètement en mesure de mettre à profit sa capacité de gain sur le marché équilibré du travail (art. 7 al. 1 LPGA en corrélation avec l'art. 16 LPGA). Avant de réduire ou de supprimer une rente d'invalidité, l'administration doit donc examiner si la capacité de travail résiduelle médico-théorique mise en évidence sur le plan médical permet d'inférer une amélioration de la capacité de gain et, partant, une diminution du degré d'invalidité ou s'il est nécessaire au préalable de mettre en oeuvre une mesure d'observation professionnelle (afin d'examiner l'aptitude au travail, la résistance à l'effort, etc.) et/ou des mesures légales de réadaptation, à moins que le défaut de volonté ou de capacité subjective de s'auto-insérer ne fasse objectivement défaut (cf. arrêt du TF 8C_19/2016 du 4 avril 2016 consid. 5.2.3, 8C_569/2015 du 17 février 2016 consid. 5.1 et les références). En l'espèce l'intéressé n'ayant jamais fait usage de sa capacité de travail résiduelle entière dans une activité adaptée pendant les 14 ans précédant le moment du dépôt de sa demande de révision de rente ni après (cf. Rapport psychiatrique pce 178 p. 10, supra K.a ; infra consid. 13.2.2), il ne présente pas de volonté ou capacité subjective reconnaissable de s'auto-insérer dans le monde du travail, de sorte que des mesures d'ordre professionnel auraient été en 2009 et seraient toujours d'emblée vouées à l'échec. Raison pour laquelle il ne peut ni prétendre à des mesures d'ordre professionnel ni à une rente supérieure à celle allouée (cf. l'arrêt du TF 9C_816/2013 du 20 février 2014 consid. 2.2). Par ailleurs il sied de rappeler que la rente de l'intéressé était par les deux décisions des 11 novembre 2009 et 20 octobre 2016 augmentée et non diminuée ou supprimée. Partant, et pour les mêmes motifs de non activité professionnelle et de défaut de volonté reconnaissable de s'auto-insérer dans le monde du travail, la question d'une évaluation socioprofessionnelle, que l'intéressé sollicite dans son recours, ne se pose pas, l'intéressé n'étant pas dans la démarche de mettre à profit

sa capacité de travail résiduelle.

E. 13.2.2

Le moment auquel la question de la mise en valeur de la capacité (résiduelle) de travail pour un assuré proche de l'âge de la retraite doit être examinée correspond certes au moment auquel il a été constaté que l'exercice (partiel) d'une activité lucrative était médicalement exigible (cf. ATF 138 V 457). Soit dès que les documents médicaux permettent d'établir de manière fiable les faits y relatifs (arrêt du TF 9C_716/2014 du 19 février 2015 consid. 4.2, voir ég. 5.1 et 5.4 ; 9C_253/2017 du 6 juillet 2017 consid. 2.2.2). Cependant ce principe peut souffrir des exceptions s'il conduit à un résultat inapproprié (cf. arrêt du TF 9C_535/2017 du 14 décembre 2017 [prévu à la publication aux ATF] consid. 4.5 relevant une violation d'un devoir d'annoncer). En l'espèce, dans le présent cas, si la jurisprudence précitée (9C_716/2014) devait être suivie elle écarterait l'incidence de l'obligation de l'assuré de valoriser sa capacité de travail résiduelle existante depuis plusieurs années dans une mesure relativement importante soit 100% puis 80% dans une activité adaptée au profit de l'invocation, après une longue procédure, d'un âge avancé pour fonder le droit rétroactivement à une rente entière au motif de n'être plus en mesure de retrouver un travail après n'avoir plus travaillé par choix depuis de nombreuses années. Ce cas de difficulté de réinsertion dans le monde du travail ne saurait être pris en charge par l'assurance invalidité (voir aussi arrêt du TF 9C_88/2013 du 4 septembre 2013 consid. 4.3).

E. 13.2.3

Il sied en effet de constater que par décision du 15 avril 2003 l'OAI-D. _____ alloua à l'intéressé un quart de rente en application de l'arrêt du Tribunal fédéral du 11 décembre 2002 ayant retenu une capacité de travail de 100% dans une activité adaptée et que fin 2003 l'intéressé retourna vivre en Espagne sans reprendre par la suite une activité lucrative adaptée à son état de santé qui lui aurait permis de se maintenir dans le monde du travail alors que sa capacité de travail résiduelle était totale dans une activité adaptée (la situation de l'intéressé se différencie de celle relevée dans l'arrêt du TF 9C_689/2011 du 21 février 2012 spéc. consid. 5.2 où l'intéressé n'avait plus qu'une capacité de travail résiduelle de 45%).

E. 14

Vu ce qui précède la décision du 20 octobre 2016 de l'OAIE ayant alloué à l'intéressé une demi-rente d'invalidité à compter du 1er novembre 2008 (mois du dépôt de la demande de révision par l'assuré) doit être confirmée. Partant le recours contre la décision de l'OAIE du 20 octobre 2016 est rejeté.

E. 15.1

Vu l'issue de la procédure, les frais de celle-ci, fixés à 800 francs, sont mis à la charge du recourant (art. 63 al. 1 PA, applicable par le truchement de l'art. 37 LTAF). Ils sont compensés par l'avance de frais du même montant dont il s'est acquitté au cours de l'instruction.

E. 15.2

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

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