



Cour III
C-4350/2011

Arrêt du 26 février 2013

Composition

Elena Avenati-Carpani (présidente du collège),
Stefan Mesmer, Francesco Parrino, juges,
Nicole Ricklin, greffière.

Parties

A. _____,
recourant,

contre

**Office de l'assurance-invalidité pour les assurés
résidant à l'étranger (OAIE)**, avenue Edmond-Vaucher 18,
case postale 3100, 1211 Genève 2,
autorité inférieure.

Objet

Assurance-invalidité, décision du 12 juillet 2011.

Faits :**A.**

A._____, ressortissant français, né le 16 avril 1951, a travaillé en Suisse de 1972 à 1982 et de 1986 à 2002 (AI pce 2). De 1983 à 1985 il a suivi une formation d'analyste-programmeur financée par l'assurance-invalidité suisse parce que, suite à un accident, il souffrait de problèmes cervicaux et ne pouvait plus exercer son métier de peintre décorateur.

B.

Le 1^{er} mai 2003 l'assuré a présenté une nouvelle demande de prestations de l'assurance-invalidité en indiquant qu'il souffrait d'un syndrome néphrotique cortico-dépendant avec diabète insulo-dépendant dû à la cortisone et ne pouvait plus exercer son activité d'analyste-programmeur avec des horaires irréguliers (AI pce 5). Le service de néphrologie de l'hôpital B._____ a, sur mandat de l'Office de l'assurance-invalidité du Canton de Genève (ci-après: OAI-GE), procédé à l'expertise de l'assuré le 12 février 2004. Selon le rapport d'expertise du Dr C._____, néphrologue, l'assuré présentait une capacité résiduelle de travail de 80% dans l'activité professionnelle exercée jusque là à condition de ne pas avoir des horaires de nuit (AI pce 25). Par décision du 21 février 2006, l'Office de l'assurance-invalidité pour les assurés résidant à l'étranger (ci-après: OAIE) a accordé à A._____ une rente entière d'invalidité du 1^{er} novembre 2002 au 31 janvier 2004 (AI pce 54). Suite à une opposition de l'assuré contre la décision du 21 février 2006, l'OAIE a remplacé cette dernière et accordé, par décision du 16 mai 2007, à l'assuré une rente entière d'invalidité du 1^{er} novembre 2002 au 30 avril 2004 et un quart de rente à partir du 1^{er} mai 2004 (AI pce 78). Après une aggravation de l'état de santé nécessitant un traitement immuno-supresseur plus lourd, l'OAIE a procédé à une augmentation de la rente et accordé, par décision du 17 octobre 2007 (AI pce 88), une rente entière à compter du 1^{er} mai 2007.

C.

En novembre 2009, l'OAIE a introduit une révision de rente. L'assuré a indiqué qu'il subissait toutes les quatre semaines un échange plasmatique (AI pce 93). Dans son rapport du 7 décembre 2009, le Centre hospitalier D._____ a mentionné que l'état de santé était stationnaire depuis avril 2008 et que l'assuré pouvait reprendre une activité lucrative entre 70 % et 100 % avec horaire régulier et sans station debout (AI pce 95). Dans son avis du 22 juillet 2010, le Dr E._____, médecin du Service médical régional (SMR), a indiqué que la révision de la rente aurait déjà dû avoir lieu en novembre 2007 (six mois après le traitement immuno-

suppresseur plus lourd), que l'état de santé s'était amélioré puisque seule une plasmaphérèse par mois était nécessaire et que la capacité résiduelle de travail dans une activité adaptée était de 75 % (AI pce 101). Le 25 mai 2011, l'OAI-GE a fixé le revenu d'invalidité à 40'486 francs et celui de valide à 84'407 francs et a donc déterminé un degré d'invalidité de 52,03 % compte tenu d'une réduction supplémentaire de 10 % (AI pce 106). Par projet de décision du 25 mai 2011 (AI pce 107), l'OAI-GE a informé l'assuré qu'il entendait réduire la rente entière d'invalidité à une demi-rente sur la base d'un taux d'invalidité de 52 % et refuser les mesures professionnelles. Dans son courrier du 20 juin 2011 (AI pce 108), l'assuré a argué que les dernières années avant son arrêt maladie il avait travaillé non comme analyste programmeur mais comme opérateur informatique sur gros systèmes et que les langages utilisés alors n'avaient plus cours. Il a joint à son courrier deux attestations du Dr F._____, médecin de l'Etablissement G._____, selon lequel un échange plasmatique devait avoir lieu toutes les quatre semaines depuis juillet 2010 et toutes les cinq semaines depuis décembre 2010, et un certificat du 6 juin 2011 de la Dresse H._____, médecin du Centre hospitalier D._____, selon laquelle l'assuré devait éviter le travail pénible en station debout, le travail en extérieur soumis à des variations de températures brutales ainsi que l'air climatisé et devait avoir des horaires de travail réguliers (AI pce 109).

D.

Par décision du 12 juillet 2011 (AI pce 113), l'OAIE a remplacé la rente entière d'invalidité par une demi-rente dès le 1^{er} septembre 2011 parce que l'assuré était de nouveau en mesure de réaliser plus de 40% du revenu qu'il pourrait obtenir s'il n'était pas devenu invalide.

E.

Contre cette décision, l'assuré a interjeté recours auprès du Tribunal administratif fédéral le 3 août 2011, concluant pour l'essentiel à l'annulation de celle-ci et au maintien de la rente entière également après le 31 août 2011 ou éventuellement à l'octroi d'une rente AVS (TAF pce 1). Il a joint à son recours le certificat du 6 juin 2011 de la Dresse H._____, médecin du Centre hospitalier D._____, qu'il avait déjà envoyé en juin 2011 à l'OAI-GE.

F.

L'OAI-GE a soumis le dossier à son service médical. Dans sa prise de position du 30 août 2011, la Dresse I._____ a mentionné que la plasmaphérèse, contrairement à une dialyse, n'entraînait pas de fatigue et

que les limitations fonctionnelles décrites par la Dresse H._____ correspondaient à celles émises dans l'expertise du Dr C._____. Dans sa réponse au recours du 16 septembre 2011 (TAF pce 3), l'OAIE s'est basé sur la prise de position de l'OAI-GE du 2 septembre 2011 et a conclu au rejet du recours ainsi qu'à la confirmation de la décision attaquée.

G.

Dans sa réplique du 29 septembre 2011 (TAF pce 6), l'assuré a réitéré les arguments mentionnés dans son recours et ajouté qu'il avait été mis d'office à la retraite française.

H.

Dans sa duplique du 26 octobre 2011 (TAF pce 8), transmise pour connaissance au recourant, l'OAIE a maintenu ses conclusions.

Le recourant s'est acquitté de l'avance des frais de procédure de 400 francs le 9 novembre 2011 (TAF pce 11).

Droit :

1.

1.1 En application de l'art. 40 al. 2 du règlement du 17 janvier 1961 sur l'assurance-invalidité (RAI, RS 831.201), l'office AI du secteur d'activité dans lequel le frontalier a travaillé est compétent pour examiner les demandes présentées par des frontaliers, tandis que les décisions sont notifiées par l'OAIE.

1.2 Sous réserve des exceptions prévues à l'art. 32 de la Loi du 17 juin 2005 sur le Tribunal administratif fédéral (LTAF, 173.32), le Tribunal administratif fédéral, en vertu de l'art. 31 LTAF, connaît des recours contre les décisions au sens de l'art. 5 de la Loi fédérale du 20 décembre 1968 sur la procédure administrative (PA, RS 172.021), prises par les autorités mentionnées à l'art. 33 LTAF. En particulier, les décisions rendues par l'OAIE, concernant l'octroi de prestations d'invalidité, peuvent être contestées devant le Tribunal administratif fédéral, conformément à l'art. 69 al. 1 let. b de la Loi fédérale du 19 juin 1959 sur l'assurance-invalidité (LAI, RS 831.20). En l'espèce, la Cour de céans est dès lors compétente pour connaître de la présente cause.

1.3 En vertu de l'art. 3 let. d^{bis} PA, auquel renvoie l'art. 37 LTAF, la procédure en matière d'assurances sociales n'est pas régie par la PA, dans la mesure où la loi fédérale du 6 octobre 2000 sur la partie générale du droit des assurances sociales (LPGA, RS 830.1) est applicable. Selon l'art. 2 LPGA, les dispositions de la présente loi sont applicables aux assurances sociales régies par la législation fédérale, si et dans la mesure où les lois spéciales sur les assurances sociales le prévoient. Or, l'art. 1 al. 1 LAI mentionne que les dispositions de la LPGA s'appliquent à l'assurance-invalidité (art. 1a à 26^{bis} et 28 à 70), à moins que la LAI ne déroge à la LPGA.

1.4 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. Le recours doit être déposé dans les trente jours suivant la notification de la décision sujette à recours (art. 60 al. 1 LPGA). Le mémoire de recours indique les conclusions, motifs et moyens de preuve et porte la signature du recourant ou de son mandataire; celui-ci y joint l'expédition de la décision attaquée et les pièces invoquées comme moyens de preuve, lorsqu'elles se trouvent en ses mains (art. 52 al. 1 PA).

1.5 En l'espèce, le recours est recevable, vu qu'il a été déposé en temps utile et dans les formes requises par la loi (art. 60 al. 1 LPGA et 52 PA), et que l'avance sur les frais de procédure a été dûment acquittée.

2.

Le Tribunal administratif fédéral applique le droit d'office, sans être lié par les motifs invoqués (art. 62 al. 4 PA) ni par l'argumentation juridique développée dans la décision entreprise (PIERRE MOOR, Droit administratif, vol. II, 2e éd., Berne 2002, ch. 2.2.6.5, p. 265). La procédure est régie par la maxime inquisitoire, ce qui signifie que le Tribunal administratif fédéral définit les faits et apprécie les preuves d'office et librement (art. 12 PA). Les parties doivent toutefois collaborer à l'établissement des faits (art. 13 PA) et motiver leur recours (art. 52 PA). En conséquence, l'autorité saisie se limite en principe aux griefs soulevés et n'examine les questions de droit non invoquées que dans la mesure où les arguments des parties ou le dossier l'y incitent (ATF 122 V 157 consid. 1a, ATF 121 V 204 consid. 6c; Jurisprudence des autorités administratives de la Confédération [JAAC] 61.31 consid. 3.2.2; ANDRÉ MOSER/MICHAEL BEUSCH/LORENZ KNEUBÜHLER, Prozessieren vor dem Bundesverwaltungsgericht, Bâle 2008, p. 22 n. 1.55, ALFRED KÖLZ/ ISABELLE HÄNER, Verwaltungsverfahren und Verwaltungsrechtspflege des Bundes, 2e éd., Zurich 1998, n. 677).

3.

3.1 Le requérant est citoyen d'un Etat membre de la Communauté européenne. Par conséquent est applicable, en l'espèce, l'accord sur la libre circulation des personnes du 21 juin 1999 entre la Confédération suisse, d'une part, et la Communauté européenne et ses Etats membres, d'autre part, entré en vigueur le 1^{er} juin 2002 (ALCP, RS 0.142.112.681).

3.2 L'annexe II de l'ALCP qui règle la coordination des systèmes de sécurité sociale a été modifiée au 1^{er} avril 2012 (Décision 1/2012 du Comité mixte du 31 mars 2012; RO 2012 2345). Toutefois, le cas d'espèce reste régi (par renvoi de l'art. 80a LAI) 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 1^{er} 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).

3.3 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 exclusivement du droit interne suisse (art. 40 par. 4 du règlement 1408/71).

3.4 L'art. 80a LAI rend expressément applicables dans la présente cause, s'agissant d'un ressortissant de l'Union européenne, l'ALCP et les Règlements (CEE) n° 1408/71 du Conseil du 14 juin 1971 et (CEE) n° 574/72 du Conseil du 21 mars 1972, relativement à l'application du Règlement (CEE) n° 1408/71.

4.

L'examen du droit à des prestations selon la LAI s'agissant d'une rente octroyée antérieurement est régi par la teneur de la LAI au moment de la décision entreprise eu égard au principe selon lequel les règles applicables sont celles en vigueur au moment où les faits juridiquement déterminants se sont produits (ATF 130 V 445 et les références). Les dispositions de la LAI et de la LPGA, sont donc citées dans le présent arrêt dans leur teneur en vigueur dès le 1^{er} janvier 2008, sauf mention contraire. Ne sont en revanche pas applicables les dispositions de la 6^{ème} révision de la LAI (premier volet) en vigueur dès le 1^{er} janvier 2012 (RO 2011 5659, FF 2010 1647). En ce qui concerne les faits déterminant selon la jurisprudence, le Tribunal de céans doit se limiter à examiner la situation de fait existant jusqu'à la date de la décision attaquée (ATF 130 V 4450 consid. 1.2).

5.

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

5.2 Aux termes de l'art. 28 al. 2 LAI, l'assuré a droit à un quart de rente s'il est invalide à 40% au moins, à une demi-rente s'il est invalide à 50% au moins, à trois quarts de rente s'il est invalide à 60% au moins et à une rente entière s'il est invalide à 70% au moins. Toutefois, les rentes correspondant à un degré d'invalidité inférieur à 50% ne sont versées qu'aux assurés qui ont leur domicile et leur résidence habituelle en Suisse (art. 29 al. 4 LAI). Depuis l'entrée en vigueur des Accords sur la libre circulation des personnes, les ressortissants d'un Etat de la Communauté européenne qui présentent un degré d'invalidité de 40% au moins, ont droit à un quart de rente en application de l'art. 28 al. 2 LAI s'ils ont leur domicile et leur résidence habituelle dans un Etat membre.

6.

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

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

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

6.4 La jurisprudence a posé des lignes directrices en ce qui concerne la manière d'apprécier certains types d'expertise ou de rapports médicaux. Ainsi, le juge ne s'écarte en principe pas sans motifs impératifs des conclusions d'une expertise médicale judiciaire, la tâche de l'expert étant précisément de mettre ses connaissances spéciales à la disposition de la justice afin de l'éclairer sur les aspects médicaux d'un état de fait donné (ATF 125 précité consid. 3b/aa; 118 V 286 consid. 1b et les références). Au sujet des rapports établis par les médecins traitant, le juge peut et doit tenir compte du fait que selon l'expérience, le médecin traitant est

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

7.

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

7.2 L'art. 88a al. 1 du règlement sur l'assurance-invalidité du 17 janvier 1961 (RAI, RS 831.201) prévoit que, si la capacité de gain de l'assuré s'améliore ou que son impotence s'atténue, il y a lieu de considérer que ce changement supprime, le cas échéant, tout ou partie de son droit aux prestations dès que l'on peut s'attendre à ce que l'amélioration constatée

se maintienne durant une assez longue période. Il en va de même lorsqu'un tel changement déterminant a duré trois mois déjà, sans interruption notable et sans qu'une complication prochaine soit à craindre. Quant à l'art. 88bis al. 2 let. a RAI, il dispose que la diminution ou la suppression de la rente ou de l'allocation pour impotent prend effet, au plus tôt le premier du deuxième mois qui suit la date de la notification.

7.3 Selon la jurisprudence du Tribunal fédéral des assurances, la rente peut être révisée non seulement en cas de modification sensible de l'état de santé, mais aussi lorsque celui-ci est resté en soi le même, mais que ses conséquences sur la capacité de gain ont subi un changement important (ATF 130 V 343 consid. 3.5, ATF 113 V 273 consid. 1a; voir également ATF 112 V 371 consid. 2b et 387 consid. 1b). Il n'y a pas matière à révision lorsque les circonstances sont demeurées inchangées et que le motif de la suppression ou de la diminution de la rente réside uniquement dans une nouvelle appréciation du cas (arrêt du Tribunal fédéral I 755/04 du 25 septembre 2006 consid. 5.1 et réf. cit., ATF 112 V 371 consid. 2b et 112 V 287 consid. 1b, RCC 1987 p. 36, Droit des assurances sociales – Jurisprudence [SVR] 2004 IV n. 5 consid. 3.3.3). Un motif de révision au sens de l'art. 17 LPGa doit clairement ressortir du dossier (arrêt du Tribunal fédéral I 559/02 du 31 janvier 2003, consid. 3.2 et réf. cit.; sur les motifs de révision en particulier: URS MÜLLER, Die materiellen Voraussetzungen der Rentenrevision in der Invalidenversicherung, thèse Fribourg 2002, p. 133 ss). La réglementation sur la révision ne saurait en effet constituer un fondement juridique à un réexamen sans condition du droit à la rente (RUDOLF RUEDI, Die Verfügungsanpassung als verfahrensrechtliche Grundfigur namentlich von Invalidenrentenrevisionen, in: Schaffhauser/Schlaubi [Hrsg], Die Revision von Dauerleistungen in der Sozialversicherung, Saint-Gall 1999, p. 15).

7.4 Pour examiner si dans un cas de révision il y a eu une modification importante du degré d'invalidité au sens de l'art. 17 LPGa, le juge doit prendre généralement en considération l'influence de l'état de santé sur la capacité de gain au moment où fut rendue la décision qui a octroyé ou modifié le droit à la rente ainsi que l'état de fait existant au moment de la décision attaquée. Le Tribunal fédéral a précisé que la dernière décision entrée en force, examinant matériellement le droit à la rente, fondée sur une instruction des faits, une appréciation des preuves et une comparaison des revenus conforme au droit constitue le point de départ pour examiner si le degré de l'invalidité s'est modifié de manière à influencer le droit aux prestations (ATF 133 V 108 consid. 5.4).

8.

En l'espèce, le recourant a bénéficié d'une rente entière d'invalidité du 1^{er} novembre 2002 au 30 avril 2004, d'un quart de rente du 1^{er} mai 2004 au 30 avril 2007 et à nouveau d'une rente entière à partir du 1^{er} mai 2007 suite à la décision de l'OAIE du 17 octobre 2007 (AI pce 88). La question de savoir si le degré d'invalidité du recourant a subi une modification doit par conséquent être jugée en comparant les faits tels qu'ils se présentaient le 17 octobre 2007 et ceux qui ont existé à la date de la décision litigieuse du 12 juillet 2011.

9.

Alors que l'OAIE base le remplacement de la rente entière versée depuis le 1^{er} mai 2007 par une demi-rente dès le 1^{er} septembre 2011 sur une amélioration de l'état de santé grâce à un nouveau traitement, le recourant argue que sa santé ne lui permet pas de retrouver un emploi comme opérateur informatique parce que cette activité se pratique en air conditionné.

9.1 Dans son rapport du 22 juillet 2010, le Dr E._____, médecin du SMR, se basant sur le certificat du médecin traitant, Dr J._____, et celui de la néphrologue, Dresse H._____, considère que depuis 2008 l'état de santé de l'assuré s'est amélioré avec une capacité de travail de 75 % dans une activité adaptée avec une séance de plasmaphérèse par mois, les limitations fonctionnelles observées correspondant à une fatigabilité et une asthénie après échange plasmatique qui est valable le jour de la procédure, l'assuré retrouvant la capacité de travail de 75 % le lendemain. Dans un rapport médical intermédiaire du 6 décembre 2009 (AI pce 95), la Dresse H._____ avait en effet considéré que l'état était stable depuis avril 2008, fixé à 75 % la capacité de travail et préconisé une reconversion dans une activité avec horaire régulier et pas de station debout avec une capacité entre 70 % et 100 %. La même médecin avait précisé le 6 juin 2011 (AI pce 109) que le traitement suivi par le patient nécessitait des précautions quant à son environnement, notamment pas de station debout pénible, pas de travail en extérieur soumis à des variations de températures brutales, pas d'air climatisé, des horaires de travail réguliers permettant une prise médicamenteuse régulière et rigoureuse ainsi qu'une alimentation adaptée.

S'exprimant sur ce rapport, la Dresse I._____ du SMR observe que les limitations mentionnées par le Dresse H._____ ressortaient déjà de l'expertise du Dr C._____ du 12 février 2004 (AI pce 25), ce document n'étant donc pas de nature à modifier les avis précédents.

9.2 Le Tribunal de céans considère dès lors que le recourant souffre d'un syndrome néphrotique qui a été diagnostiqué pour la première fois en 2001 et que, après une aggravation de l'état de santé en 2006 et 2007, il a dû se soumettre à un traitement immuno-suppresseur plus lourd. Grâce à ce nouveau traitement, l'état de santé s'est amélioré et est resté stable depuis avril 2008. Il n'exige plus qu'une plasmaphérèse toutes les quatre semaines depuis juillet 2010 et toutes les cinq semaines depuis décembre 2010. En raison de la nouvelle situation médicale, l'assuré présente donc au moins depuis avril 2008, selon les avis concordants des médecins qui se sont exprimés, une capacité de travail de 75 % dans une activité adaptée qui tienne compte des limitations fonctionnelles relevées.

10.

Il convient encore de déterminer le taux d'invalidité du recourant, à noter que le recourant ne soulève aucun grief en la matière.

10.1 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 l'assuré aurait pu obtenir s'il n'était pas invalide (revenu sans invalidité) est comparé avec celui qu'il pourrait obtenir en exerçant l'activité qui peut être raisonnablement exigée de lui après les traitements et les mesures de réadaptation, sur un marché du travail équilibré (revenu d'invalide; art. 16 LPGA et art. 28a al. 1 LAI).

Les revenus à comparer doivent être évalués de manière aussi concrète que possible si bien qu'il convient, dans la mesure du possible, de se référer aux salaires réellement gagnés par l'assuré avant et après la survenance des problèmes de santé. A défaut d'un salaire de référence, un salaire théorique doit être évalué sur la base des statistiques salariales.

Dans le cas où le salaire d'invalide est déterminé d'après les données retenues par les enquêtes suisses sur la structure des salaires (ESS), publiées par l'Office fédéral de la statistique (OFS), il doit être réduit afin de tenir compte des circonstances personnelles et professionnelles du cas particulier (limitations liées au handicap, âge, années de service, nationalité/catégorie d'autorisation de séjour et taux d'occupation). La hauteur de la réduction relève en premier lieu de l'office AI qui dispose pour cela d'un large pouvoir d'appréciation. La jurisprudence n'admet cependant à ce titre pas de déduction globale supérieure à 25% (ATF 126 V 75 consid. 5). Le juge des assurances sociales ne peut, sans motif pertinent, substituer son appréciation à celle de l'administration (ATF 126 cité consid. 6).

10.2 L'office intimé a correctement déterminé le salaire avec invalidité d'après les données statistiques suisses et le niveau 4 concernant les travaux simples et répétitifs que le recourant peut encore assumer à 75 %. Selon l'ESS 2008, tableau TA1, tous secteurs confondus (total), pour une activité simple et répétitive (niveau 4), le salaire statistique était de 59'979.- francs pour un travail hebdomadaire de 41.6 heures en moyenne dans le secteur privé. Eu égard au fait que le recourant ne peut plus exercer que des activités adaptées et avait déjà au 60 ans au moment de la décision litigieuse, l'OAIE a pratiqué un abattement de 10 %. Une telle diminution apparaît justifiée. Le revenu avec invalidité à prendre en considération s'élève ainsi à 40'486.- francs.

Pour fixer le revenu sans invalidité, l'OAIE s'est basé sur le rapport de l'employeur reçu le 18 juin 2003 (AI pce 15) indiquant un salaire pour l'année 2003 de 79'000.- francs et a indexé ce salaire au moyen de l'Indice Suisse des Salaires nominaux (ISS) jusqu'en 2008, ce qui donnait un salaire de valide de 84'407.- francs (AI pce 106). Comme l'employeur a indiqué que l'assuré aurait gagné 81'000.- francs en 2003 sans atteinte à la santé (AI pce 15), le Tribunal de céans considère que c'est ce salaire-là qui doit être retenu comme salaire de valide et indexé jusqu'en 2008, ce qui correspond à un salaire de 86'544 francs.

Comme la décision litigieuse a été rendue en 2011, les salaires avec et sans invalidité devraient en principe être indexés jusqu'en 2011 et pas seulement jusqu'en 2008. Etant donné qu'une indexation de la même valeur des deux salaires n'a aucune influence du point de vue mathématique sur le résultat obtenu pour le degré d'invalidité, on peut y renoncer comme l'a fait l'OAIE.

La comparaison des revenus sans et avec invalidité fait apparaître une perte de gain de 53,22 % ($[(\text{Fr. } 86'544.- - \text{Fr. } 40'486.-) \times 100 : \text{Fr. } 86'544.-]$). Ce montant, donne droit à une demi-rente d'invalidité suisse, conformément à ce que l'OAIE a retenu dans sa décision attaquée.

10.3 Il sied encore de considérer que le recourant était âgé de 60 ans au moment de la décision entreprise. Selon la jurisprudence, quand bien même en principe, il n'y a pas lieu d'examiner si une personne invalide peut être placée eu égard aux conditions concrètes du marché du travail (VSI 1998 p. 296 consid. 3b et les références) et que les facteurs tels que l'âge, le manque de formation ou les difficultés linguistiques ne constituent pas des circonstances supplémentaires susceptibles d'influencer l'étendue de l'invalidité (VSI 1999 p. 247 consid. 1 et les références ci-

tées), il est admis, que lorsqu'une personne assurée se trouve proche de l'âge de la retraite suisse (65 ans pour les hommes), il faut se demander, si, de manière réaliste et en appréciant la situation dans son ensemble, celle-ci est en mesure de trouver un emploi sur un marché équilibré du travail (cf. arrêts du Tribunal fédéral I 1034/3006 du 6 décembre 2007 consid. 3.3, I 61/05 du 27 juillet 2005 consid. 4.4. avec références et I 462/02 du 26 mai 2003 consid. 2.3 et arrêts du Tribunal administratif fédéral C-3050/2006 du 23 mars 2009 consid. 10.3.1 et C-1091/2007 du 24 novembre 2008 consid. 8.1).

Dans le cas concret, il faut prendre en compte que l'assuré, malgré son atteinte à la santé, peut encore exercer à 75% de nombreuses activités adaptées; son poste de travail ne doit pas être adapté à son handicap. L'assuré bénéficiant de nombreuses années d'expériences professionnelles dans deux domaines d'activités variés (peintre décorateur et analyste-programmateur), il ne paraît pas irréaliste qu'il puisse mettre à profit sa capacité résiduelle de travail sur un marché de l'emploi équilibré. Par ailleurs, l'offre de main d'œuvre pour des activités non physiques de main-d'œuvre n'est en principe pas influencée de façon déterminante par l'âge des demandeurs d'emploi (arrêts du Tribunal fédéral I 39/04 du 20 juillet 2004 consid. 2.4, 9C_610/2007 du 23 octobre 2007 consid. 4.3). Au demeurant, comme exposé ci-dessus, l'autorité intimée a tenu compte de manière appropriée des effets des problèmes de santé du recourant en lui concédant un abattement supplémentaire de 10 % sur le revenu avec invalidité statistique (cf. consid. 10.2). Dès lors, le Tribunal estime que le recourant reste capable de mettre à profit sa capacité de travail résiduelle sur un marché équilibré.

11.

11.1 Selon une jurisprudence constante (cf. arrêt du Tribunal fédéral 9C_254/2011 du 15 novembre 2011), 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 médicalement documentée, avant que les possibilités théoriques de travail n'aient été confirmées avec l'aide de mesures médicales de réhabilitation et/ou de mesure 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). Il peut en effet arriver que les exigences du marché du travail ne permettent pas l'exploitation immédiate d'une capacité de travail médicalement documentée; c'est le cas lorsqu'il ressort clairement du dossier

que la personne assurée n'est pas en mesure - pour des motifs objectifs et/ou subjectifs liés principalement à la longue absence du marché du travail - de mettre à profit par ses propres moyens les possibilités théoriques qui lui ont été reconnues et nécessite de ce fait l'octroi d'une aide préalable (arrêt 9C_163/2009 du 10 septembre 2010 consid. 4.2.2 [SVR 2011 IV n° 30 p. 86, RSAS 2011 p. 71]). 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 œuvre une mesure d'observation professionnelle (afin d'examiner l'aptitude au travail, la résistance à l'effort, etc.) et/ou des mesures légales de réadaptation. Dans la plupart des cas, cet examen n'entraînera aucune conséquence particulière, puisque les efforts que l'on peut raisonnablement exiger de la personne assurée – qui priment sur les mesures de réadaptation - suffiront à mettre à profit la capacité de gain sur le marché équilibré du travail dans une mesure suffisante à réduire ou à supprimer la rente. Il n'y a ainsi pas lieu d'allouer de mesures de réadaptation à une personne assurée qui disposait déjà d'une importante capacité résiduelle de travail, dès lors qu'elle peut mettre à profit la capacité de travail nouvellement acquise dans l'activité qu'elle exerce actuellement ou qu'elle pourrait normalement exercer (arrêt 9C_163/2009 du 10 septembre 2010 consid. 4.2.2 [SVR 2011 IV n° 30 p. 86, RSAS 2011 p. 71]). Dans un arrêt 9C_228/2010 du 26 avril 2011 consid. 3.3 et 3.5 (RSAS 2011 p. 504), le Tribunal fédéral a précisé qu'il existait deux situations dans lesquelles il y avait lieu d'admettre, à titre exceptionnel, que des mesures d'ordre professionnel préalables devaient être considérées comme nécessaires, malgré l'existence d'une capacité de travail médicalement documentée. Il s'agit des cas dans lesquels la réduction ou la suppression, par révision ou reconsidération, du droit à la rente concerne un assuré qui est âgé de 55 ans révolus ou qui a bénéficié d'une rente depuis plus de quinze ans. Cela ne signifie cependant pas que ces assurés peuvent faire valoir des droits acquis dans le contexte de la révision (art. 17 al. 1 LPG), respectivement de la reconsidération (art. 53 al. 2 LPG); on admet seulement qu'une réadaptation par soi-même ne peut pas être exigée d'eux en raison de leur âge ou de la longue durée de la rente.

11.2 Lors de la première diminution d'une rente entière à un quart de rente par décision du 16 mai 2007 (AI pce 78), l'OAIE avait considéré, au vu de la formation dont bénéficiait le recourant, qu'une réadaptation par soi-même était possible. Or, disposant d'une importante capacité résiduelle de travail pendant plusieurs périodes de quelques années durant ces dix

dernières années, le recourant ne l'a jamais utilisée. Le Tribunal considère que, comme lors de la première diminution de rente selon la décision du 16 mai 2007, une réadaptation par soi-même pouvait être également exigée lors de la nouvelle diminution de la rente en juillet 2011. En effet, si on tient compte que la formation et l'expérience professionnelle de l'assuré lui permettent, malgré son atteinte à la santé, d'exercer dans la mesure de 75 % de nombreuses activités adaptées légères, il ne paraît pas irréaliste qu'il puisse mettre à profit sa capacité résiduelle de travail sur un marché équilibré de l'emploi.

12.

Au vu de ce qui précède, il appert que la décision du 5 août 2011 doit être confirmée et le recours rejeté.

13.

13.1 Vu l'issue de la cause, les frais de procédure, fixés par le Tribunal de céans à 400 francs, sont mis à la charge du recourant débouté (art. 69 al. 2 LAI et art. 3 let. b du règlement du 21 février 2008 concernant les frais, dépens et indemnités fixés par le Tribunal administratif fédéral [FITAF, RS 173.320.02]). Ce montant est compensé par l'avance de frais du même montant déjà versée.

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

(dispositif à la page suivante)

Par ces motifs, le Tribunal administratif fédéral prononce :

1.

Le recours est rejeté.

2.

Les frais de procédure, d'un montant de 400 francs, sont mis à la charge du recourant. Ce montant est compensé par l'avance de frais déjà versée de 400 francs.

3.

Le présent arrêt est adressé :

- au recourant (Recommandé AR)
- à l'autorité inférieure (n° de réf. _____ ; Recommandé)
- à l'Office fédéral des assurances sociales, Berne (Recommandé)

La présidente du collège :

La greffière :

Elena Avenati-Carpani

Nicole Ricklin

Indication des voies de droit :

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

Expédition :