



Cour III
C-4794/2015

Arrêt du 4 septembre 2018

Composition

Madeleine Hirsig-Vouilloz (présidente du collège),
Michela Bürki Moreni, Christoph Rohrer, juges,
Barbara Scherer, greffière.

Parties

A. _____, (France)
recourant,

contre

**Office de l'assurance-invalidité pour les assurés
résidant à l'étranger (OAIE),**
autorité inférieure.

Objet

Assurance-invalidité, révision de la rente d'invalidité
(décision du 21 juillet 2015).

Faits :**A.**

Le ressortissant suisse A. _____ (ci-après : assuré ou recourant), né en 1966 et père de deux enfants nés en 1991 et 1996 (cf. attestations de domicile des 4 janvier 2002 [AI vol. 1 pce 125]), a été victime le 1^{er} janvier 1985 d'un accident de circulation, causant un traumatisme cérébral avec fracture parieto-temporale droite de la base du crâne, une contusion cérébrale pariétale droite, une paralysie faciale droite et surdité à droite (cf. rapport du 11 janvier 1985 du centre hospitalier D. _____ [AI vol. 1 pce 75 pp. 175 ss]). Cet accident a été pris en charge par la SUVA.

Une première demande de prestations AI du 29 janvier 1988 a été rejetée par prononcé du 13 octobre 1990 de l'Office de l'assurance-invalidité du canton B. _____ (AI vol. 1 pce 37), l'assuré ayant repris une activité professionnelle chez C. _____ le 1^{er} mai 1990.

Le 2 juin 1992, l'assuré a sollicité une réouverture de son dossier AI (AI vol. 1 pce 40). L'office de l'assurance invalidité du canton B. _____ a dans un premier temps pris en charge un stage d'observation en tant que vendeur du 27 juillet 1993 au 30 janvier 1994 (prononcé du 19 août 1993 [AI vol. 1 pce 51 p. 1]). Ensuite, par décision du 11 décembre 1995 (AI vol. 1 pce 72), il a octroyé une demi-rente d'invalidité à compter du 1^{er} août 1992 au motif d'une maladie épileptique dont l'assuré souffre depuis 1987.

Le 19 mars 1996, l'assuré a demandé une adaptation de sa rente (AI vol. 1 pce 76 p. 9), la SUVA lui ayant accordé une rente d'invalidité de 100% (décision du 21 février 1996, confirmée par décision sur opposition du 7 mai 1996 [AI vol. 1 pces 74 et 75 pp. 2 à 5]). L'office de l'assurance-invalidité du canton B. _____ a rejeté cette demande par décision du 5 février 1997 (AI vol. 1 pce 114 pp. 6 à 8). Durant la procédure de recours devant le Tribunal cantonal, une expertise neurologique a été confiée au centre hospitalier D. _____ (cf. rapport d'expertise du 30 novembre 1999 [AI vol. 1 pce 97]) et les experts ont attesté une incapacité de travail totale au vu de crises et pseudo-crisis comitiales non-contrôlées et d'un état dépressif concomitant. L'office de l'assurance-invalidité du canton B. _____ a alors modifié pendente lite la décision contestée (cf. arrêt du 4 juillet 2000 du Tribunal cantonal [AI vol. 1 pce 109]) et par décision du 2 octobre 2000, l'assuré a été mis au bénéfice d'une rente d'invalidité entière à compter 1^{er} août 1992 (AI vol. 1 pce 114 pp. 1 ss).

En 2001, l'assuré a déménagé en France (courrier du 6 décembre 2001 [AI vol. 1 pce 118 p. 1]) et le dossier a été transmis pour compétence à

l'Office de l'assurance-invalidité pour les assurés résidant à l'étranger (ci-après : OAIE; courrier du 19 décembre 2001 [AI vol. 1 pce 120]).

B.

En 2002, une révision de la rente d'office a été initiée (cf. document interne du 31 mai 2002 [AI vol. 1 pce 141]) dans le cadre de laquelle une nouvelle expertise a été réalisée au centre hospitalier D. _____. Les experts, dans leur rapport du 10 mars 2004 (AI vol. 1 pce 217), ont pour l'essentiel conclu que depuis 2000 la situation était stable et proposé une reprise de travail progressive – 50% pendant 3 à 6 mois, 75% pendant 6 à 12 mois et ensuite 100% – dans une activité adaptée, n'entraînant pas de risques de blessure pour l'assuré et autrui. Ils ont aussi conseillé un traitement et un suivi régulier anticomitial, neurologique et psychologique.

L'OAIE a ensuite déterminé un taux d'invalidité de 50% (AI vol. 1 pce 224).

Par décision du 24 février 2005 (AI vol. 1 pce 233), confirmant le projet de décision du 8 décembre 2004 (AI vol. 1 pce 227), l'OAIE a dans un premier temps réduit la rente entière d'invalidité à une demi-rente à compter du 1^{er} mai 2005, pour ensuite rétablir le droit à une rente entière par décision sur opposition du 11 juillet 2005 (AI vol. 1 pce 254; cf. aussi rapport final du 3 juin 2005 [AI vol. 1 pce 245] et prise de position du 21 juin 2005 [AI vol. 1 pce 247]). L'OAIE a considéré que l'état de santé est resté inchangé mais que l'assuré ne participait pas au traitement qui serait susceptible d'améliorer son état de santé. Le rétablissement du paiement de la rente a été soumis à la condition que l'assuré se soumette à un traitement neurologique et psychiatrique, faute de quoi il s'exposait à la réduction ou au refus temporaire ou définitif des prestations d'invalidité allouées.

C.

L'OAIE a introduit en 2008 une nouvelle révision de la rente. L'assuré a rempli et signé le questionnaire pour la révision le 4 novembre 2008 (AI vol. 1 pce 279) et il a joint deux pièces médicales (AI vol. 1 pce 280).

Lorsque l'OAIE a appris que l'assuré exerçait une activité lucrative depuis le 25 août 2005 comme surveillant d'un lycée (cf. note téléphonique du 4 juin 2009 [AI vol. 1 pce 291]), il a suspendu le versement de la rente par courriers du 4 juin 2009 (AI vol. 1 pces 295 et 297).

Le 18 juin 2009, le questionnaire pour l'employeur a été rempli et signé (AI vol. 1 pce 299).

Dans le dossier ont aussi été versés le rapport médical détaillé E 213 du 29 juin 2009, signé de la Dresse E. _____ (AI vol. 1 pce 305) qui estimait que l'activité de surveillant scolaire était adaptée et pouvait être exercée à temps partiel, et la réponse du médecin de l'OAIE du 13 septembre 2009, signé du Dr F. _____, médecin interne FMH (AI vol. 1 pce 309), qui a estimé que l'activité actuelle exercée à 26 heures/semaine pouvait être augmentée à 40 heures/semaine.

L'OAIE a procédé le 9 octobre 2009 à l'évaluation de l'invalidité en application de la méthode générale et a déterminé une perte de gain à 19 % (AI vol. 1 pce 310).

D.

Par décision du 18 janvier 2010 (AI vol. 1 pce 337), confirmant le projet de décision du 14 octobre 2009 (AI vol. 1 pce 315) auquel l'assuré s'est opposé (cf. AI vol. 1 pces 322, 323, 329 et 330; cf. aussi prise de position du 20 décembre 2012 du Dr F. _____ [AI vol. pce 332]), l'OAIE a supprimé la rente à compter du 1^{er} août 2005. Il a expliqué que l'exercice d'une activité lucrative adaptée était entièrement exigible et permettait à l'assuré de réaliser plus de 70% du gain [chiffre corrigé] qui pourrait être obtenu sans invalidité. De plus, l'OAIE a remarqué que l'assuré n'avait pas communiqué sa reprise d'activité depuis août 2005 contrairement à ses obligations et que sa rente devait dès lors être supprimée avec effet rétroactif au 1^{er} août 2005. L'OAIE a précisé qu'une demande de restitution des prestations indûment perçues demeurait réservée.

Par arrêt C-697/2010 du 10 janvier 2011 (AI vol. 2 pce 15), le Tribunal administratif fédéral (ci-après : TAF ou Tribunal) auprès duquel l'assuré a recouru contre la décision de l'OAIE, a partiellement admis le recours, annulé la décision attaquée et renvoyé le dossier à l'OAIE pour complément d'instruction au sens des considérants (cf. ch. 1 et 2 du dispositif). Le Tribunal a constaté que le dossier médical constitué était insuffisant et ne permettait pas de conclure à une pleine capacité de travail de l'assuré à partir du 25 août 2005. Il a précisé que l'OAIE devait requérir d'un neurologue un rapport sur l'évolution des affections de l'assuré et de sa capacité résiduelle de travail depuis la décision de l'OAIE du 11 juillet 2005, pour déterminer le nombre d'heures de travail par jour envisageable et le rendement de l'assuré compte tenu des risques de crises d'épilepsie dans le cas où une activité lucrative était poursuivie dans une mesure plus grande que celle exercée actuellement, impliquant un rythme de travail plus élevé et des contraintes à la fois tant physiques que psychologiques (consid. 10.3 de l'arrêt). Le TAF a aussi requis l'établissement d'un

nouveau rapport E 213 (consid. 10.5) et a jugé nécessaire que l'employeur donne des nouvelles réponses sur l'activité exercée par le recourant depuis le 25 août 2005, l'attestation de revenu de 2010 fournie par l'assuré ne permettant pas de déterminer son taux d'activité (consid. 10.3). Le Tribunal a par ailleurs précisé qu'il était admis qu'une capacité de travail de 24 heures/semaine en tant que surveillant dans un lycée apparaissait dans tous les cas comme raisonnablement exigible au vu de l'activité déployée par le recourant depuis le 25 août 2005 et qu'en l'état actuel du dossier, l'on ne saurait exclure l'éventualité d'une capacité de travail supérieure à 50%. Il a aussi remarqué que l'OAIE devait effectuer une nouvelle comparaison des revenus selon l'Enquête suisse sur la structure des salaires, en principe en 2005, examiner s'il devait prendre en considération un abattement sur le revenu d'invalidité, et veiller, le cas échéant, à appliquer l'art. 31 LAI (consid. 10.3). Enfin, le TAF a noté que la cessation du droit à une rente entière à partir du 25 août 2005 apparaissait établie, l'assuré ayant eu l'obligation d'annoncer à l'OAIE sa prise d'emploi le 25 août 2005 et les motifs invoqués pour justifier son silence n'étaient pas pertinents. Il a cependant précisé qu'il incomberait à l'OAIE, le cas échéant, de démontrer et documenter une amélioration déterminante avec effet déjà au 1^{er} août 2005 (cf. consid. 10.4).

E.

Le 6 février 2011, l'assuré a demandé à l'OAIE le rétablissement de sa rente avec effet au 1^{er} août 2005 (AI vol. 2 pce 17) ce que l'OAIE a rejeté, expliquant que l'effet suspensif retiré au recours contre une décision de suppression de rente perdurait en cas de renvoi de la cause à l'administration pour instruction complémentaire jusqu'à la notification de la nouvelle décision (AI vol. 2 pce 18).

Le questionnaire pour l'employeur, rempli et signé le 7 septembre 2011, a été ensuite versé en cause, faisant état des heures de travail usuelles et accomplies par le recourant depuis le 27 août 2007, de son salaire ainsi que de ses absences pour maladies en 2009 et 2010 (AI vol. 2 pce 35 pp. 1 à 7). Les bulletins de paie de janvier 2009 à août 2011 ont été joints (AI vol. 2 pce 35 pp. 8 à 39).

Une attestation concernant la carrière d'assurance en France (E 205), datée du 30 novembre 2011, a également été produite (AI vol. 2 pce 44).

F.

Par courriers des 11 août 2011, 20 septembre 2011 et 7 février 2012 (AI vol. 2 pce 27, 40 et 47), l'OAIE a informé l'assuré de l'expertise médicale prévue au centre hospitalier D. _____ les 2 et 3 avril 2012.

Le recourant a d'abord requis le report de la date de l'expertise et demandé ensuite soit un examen à Avignon, soit un examen au centre hospitalier D. _____ durant les vacances scolaires, craignant des conséquences néfastes pour son état de santé et sa place de travail (premier courrier non daté, adressé au centre hospitalier D. _____ [AI vol. 2 pce 51] et courrier du 13 mars 2012 [AI vol. 2 pce 54]). Par mises en demeure des 1^{er} et 22 mars 2012, l'OAIE n'a pas donné suite à ces demandes, expliquant qu'un report des dates des examens n'était pas possible pour des raisons de vacances et de structures de remplacement au centre hospitalier D. _____. Il a par ailleurs rappelé à l'assuré son obligation de collaborer à l'instruction (AI vol. 2 pces 53 et 55).

Par courriel et courrier recommandé du 22 mars 2012 (AI vol. 2 pce 57 et 59), l'assuré a informé que son état de santé actuel ne lui permettait pas d'effectuer les examens au centre hospitalier D. _____ ; il a joint le certificat médical du 22 mars 2012 du Dr G. _____ (AI vol. 2 pces 56 et 58).

G.

Par projet de décision du 15 mai 2012, l'OAIE a signifié à l'assuré qu'il entendait confirmer la suppression de la rente avec effet au 1^{er} août 2005, l'expertise médicale n'ayant pas pu être réalisée alors que l'assuré avait été averti des conséquences de la non présentation aux visites médicales au centre hospitalier D. _____ (AI vol. 2 pce 61).

L'assuré s'est opposé à ce projet, critiquant que l'OAIE n'ait pas tenu compte de son courrier du 22 mars 2012 et avançant qu'il était dans l'attente d'une nouvelle convocation pour l'expertise au centre hospitalier D. _____ ou à une expertise à Avignon (courriel et courrier des 25 mai et 3 juin 2012 [AI vol. 2 pces 63 et 66]).

Dans sa réponse du 21 juin 2012, le Dr F. _____ de l'OAIE a remarqué que le certificat du Dr G. _____ était insuffisant pour prouver l'annulation de l'expertise faute de motivation (AI vol. 2 pce 67). Dans ses avis des 20 novembre 2012 et 10 janvier 2013, il a en outre expliqué que la réalisation d'une expertise au centre hospitalier D. _____ était préférable (AI vol. 2 pces 74 s.).

H.

Par courrier du 23 janvier 2013 (AI vol. 2 pce 78), annulant et remplaçant son projet de décision du 15 mai 2012, l'OAIE a mis l'assuré une nouvelle fois en demeure et exposé que son service médical confirmait la nécessité d'une visite médicale en Suisse et que le certificat médical du 22 mars 2012 du Dr G. _____ n'apportait pas la preuve d'une impossibilité de voyager. L'OAIE a invité l'assuré à lui confirmer son accord pour une visite médicale et l'a avisé des conséquences s'il ne répondait pas à la convocation.

L'assuré, dans son courrier du 4 février 2013 (AI vol. 2 pce 93), a alors remarqué qu'il ne s'opposait pas à une visite médicale mais qu'il demandait qu'elle soit réalisée à Avignon, proche de son domicile, son état de santé ne lui permettant pas de faire de grands trajets et qu'il risquait un blocage, l'immobilisant complètement.

I.

L'OAIE a ensuite mis en place une expertise chez les Drs H. _____, spécialiste en médecine interne et rhumatologie, et I. _____, neurologue FMH, à Genève. Par courrier du 5 juin 2013 (AI vol. 2 pce 103), l'OAIE a communiqué à l'assuré les noms des experts et leurs spécialités ainsi que les questions qui leurs seront soumises. Il lui a accordé un délai de 10 jours pour transmettre d'éventuelles objections ou motifs légaux de récusation et de refus fondés relatifs aux experts mandatés.

L'expertise a eu lieu le 23 août 2013. Dans le rapport du 4 octobre 2013 (AI vol. 2 pce 112), les experts ont retenu comme diagnostics ayant des répercussions sur la capacité de travail une épilepsie post-traumatique survenue pour la première fois le 13 février 1987 et ayant motivé une hospitalisation au centre hospitalier D. _____ le 25 février 1987 ainsi qu'un status après TCC et commotion cérébrale en 1987. Comme diagnostics sans répercussion sur la capacité de travail, ils ont noté des lombalgies sur spondylolisthésis de degré I de L5 sur S1 (M43.17) depuis 2009, un status après TCC avec contusion cérébrale pariétale droite, un status après fracture pariétale temporale droite, un status après fracture de l'apophyse coronoïde droite, un status après fracture des 5 et 6^{ème} côtes droites et un status après fracture des incisives 12 et 22 (AI vol. 2 pce 112 p. 38). Ils ont précisé que l'assuré ne souffrait ni d'un trouble somatoforme ni d'une fibromyalgie ou d'une atteinte analogue (pp. 38 s.) et que les blocages et douleurs aux genoux dont l'assuré se plaignait également étaient probablement un syndrome rotulier pour lequel des exercices de

tonification des vastes internes devraient suffire (p. 39). Ils ont par ailleurs retenu sur le plan rhumatologique et neurologique des limitations fonctionnelles (pp. 42 ss.).

Dans sa prise de position médicale du 26 octobre 2013 (AI vol. 2 pce 117), le Dr F._____ a confirmé le rapport d'expertise et attesté une incapacité de travail de 100% dans l'ancienne activité dans l'agriculture, montages etc. et une capacité résiduelle de travail de 80% dans une activité adaptée dès le 1^{er} août 2005.

Dans le dossier a encore été produit le questionnaire pour la révision de rente rempli et signé le 5 novembre 2013 par l'assuré (AI vol. 2 pce 118). Le bulletin de paie d'octobre 2013 a été joint.

J.

Par projet de décision du 11 décembre 2013 (AI vol. 2 pce 120) qui a annulé et remplacé le projet du 15 mai 2012, l'OAIE a expliqué qu'il entendait confirmer la suppression de la rente d'invalidité à partir du 1^{er} août 2005, se basant sur le rapport d'expertise des Drs I._____ et H._____ et l'activité exercée depuis le 25 août 2005 que l'assuré a omis de communiquer.

Le 31 décembre 2013 (AI vol. 2 pce 121), l'assuré s'est opposé à ce projet de décision, demandant le rapport d'expertise des Drs H._____ et I._____ ainsi que la communication du mode de calcul du taux d'invalidité. Il a soulevé pour l'essentiel qu'il ne pouvait pas argumenter ni apporter des moyens de preuve tant qu'il n'avait pas connaissance de ces documents. Il a en outre argué qu'il ne voulait pas frauder l'assurance mais se protéger et avoir la possibilité de pouvoir retrouver une activité et une vie sociale ainsi que d'améliorer son moral.

Le 7 février 2014 (AI vol. 2 pce 122), l'OAIE a évalué l'invalidité de l'assuré, en application de la méthode générale, et déterminé un taux de 38%.

K.

Par projet de décision du 11 février 2014 (AI vol. 2 pce 123) qui a annulé et remplacé celui du 11 décembre 2013, l'OAIE a confirmé qu'il entendait attester la suppression de la rente à partir du 1^{er} août 2005. Par courrier recommandé séparé (AI vol. 2 pce 124), il a, de plus, envoyé à l'assuré une copie du rapport d'expertise des Drs H._____ et I._____ ainsi qu'une copie du calcul de la perte de gain du 7 février 2014 [date corrigée].

Le 28 février 2014 (AI vol. 2 pce 125), l'assuré a contesté le nouveau projet de décision, maintenant sa position et réclamant la transmission des documents demandés.

L.

Par décision du 13 mai 2014 (AI vol. 2 pce 128), l'OAIE a confirmé la suppression de la rente d'invalidité à partir du 1^{er} août 2005 tout en expliquant sa position compte tenu des observations de l'assuré des 31 décembre 2013 et 28 février 2014.

M.

Le 11 juin 2014 (AI vol. 2 pce 139), l'assuré a déposé devant le TAF un recours (affaire C-3261/2014), concluant implicitement à l'annulation de la décision attaquée ainsi qu'au maintien de sa rente d'invalidité, soulevant notamment que son état de santé a nécessité une hospitalisation le 15 mai 2014. Il a critiqué par ailleurs que l'office ne lui a pas transmis une copie du rapport d'expertise et du calcul de son taux d'invalidité avant de prendre sa décision.

L'assuré a joint à son recours plusieurs documents médicaux qui ont fait état de son hospitalisation suite à une chute survenue le 15 mai 2014 sur son lieu de travail et ayant causé un traumatisme du rein gauche avec hématome péri-rénal sur une lésion rénale d'aspect atypique. De plus, pendant son hospitalisation, l'assuré a souffert le 19 mai 2014 d'une embolie pulmonaire bilatérale massive (cf. notamment le rapport médical du 3 juin 2014 du Dr R. _____ [AI vol. 2 pce 132]).

L'OAIE a proposé, dans sa réponse du 28 août 2014 (cause C-3261/2014), le rejet du recours et la confirmation de la décision attaquée, se basant notamment sur la prise de position du 28 juillet 2014 du Dr F. _____ (AI vol. 2 pce 142). Il a également invoqué qu'il avait envoyé les documents demandés par l'assuré mais que leur réception ne pouvait pas être prouvée.

Par arrêt C-3261/2014 du 24 septembre 2014 (AI vol. 3 pce 1), le TAF a admis le recours, la décision du 13 mai 2014 a été annulée et l'affaire renvoyée à l'OAIE afin que celui-ci transmette à l'assuré les documents demandés ainsi que la prise de position du Dr F. _____, qu'il invite l'assuré à se déterminer sur ces documents et qu'il rende ensuite une nouvelle décision, tenant compte des remarques de l'assuré.

N.

Par nouveau projet de décision du 19 décembre 2014 (AI vol. 3 pce 3), l'OAIE signifie à l'assuré qu'il entend confirmer la suppression de la rente à partir du 1^{er} août 2005. Il joint à son projet une copie du rapport d'expertise des Drs I._____ et H._____, des prises de position médicales de son service médical des 26 octobre 2013 et 28 juillet 2014 ainsi que du calcul de perte de gain du 7 février 2014.

L'assuré forme le 11 janvier 2015 opposition, demandant le maintien de sa rente avec effet au 1^{er} août 2005 (AI vol. 3 pce 10). Il critique en premier lieu que l'OAIE ne lui a pas envoyé les documents réclamés avant le projet de décision, violant son droit d'être entendu. Par ailleurs, il soutient pour l'essentiel que l'OAIE n'a pas apporté la preuve que son état de santé s'est amélioré, que, au contraire, son état n'est pas stable et que l'activité exercée à ce jour ne démontre pas le contraire mais lui permet de rester dans un milieu social. Il remarque que depuis son accident de 1985 il a nécessité de nombreuses hospitalisations et arrêts de travail alors qu'il suit des nombreux traitements médicaux et que le Dr I._____ admet un handicap et des troubles neurologiques. Il invoque en outre qu'il a été victime le 15 mai 2014 d'une chute due à une crise d'épilepsie, qu'il a présenté le 19 mai 2014 une embolie pulmonaire massive et le 6 janvier 2015 une rechute avec arrêts de travail.

Le 6 février 2015 (AI vol. 3 pce 15), l'OAIE invite l'assuré à lui transmettre toute documentation médicale nouvelle s'agissant de l'événement du 6 janvier 2015. Le recourant verse alors le 1^{er} mars 2015 (AI vol. 3 pce 26) plusieurs pièces médicales et maintient pour le reste sa position. Il prétend notamment que suivant les conseils et demandes de l'administration, il avait repris une activité professionnelle pour avoir un meilleur équilibre social mais que celle-ci démontrait également qu'une réintégration à 100% n'était pas concevable vu qu'il venait d'en faire les frais par un problème cardiaque.

Par courrier du 21 avril 2015 (AI vol. 3 pce 29), l'OAIE invite l'assuré encore à lui transmettre les résultats des derniers examens médicaux annoncés, invitation à laquelle l'assuré donne suite le 10 mai 2015 (AI vol. 3 pce 39). L'assuré avance que ces pièces démontrent une santé toujours instable avec des crises épileptiques présentes dont l'une a provoqué son accident du 15 mai 2014 et la rechute du 6 janvier 2015.

Le Dr F._____ a été invité à prendre position sur ces nouveaux documents (cf. avis des 1^{er} avril et 13 juin 2015 [AI vol. 3 pces 28 et 41]).

O.

Par décision du 21 juillet 2015 (AI vol. 3 pce 43), l'OAIE confirme la suppression de la rente avec effet au 1^{er} août 2005 et explique en détail sa position notamment compte tenu des observations de l'assuré des 11 janvier, 3 mars et 10 mai 2015. En substance, l'OAIE remarque que l'état de santé de l'assuré est stabilisé, exceptés les événements temporaires, que l'épilepsie posttraumatique est sous contrôle, que le constat cardiologique est compatible avec une activité professionnelle légère, qu'au niveau urologique aucune mesure spécifique n'a été recommandée et qu'au niveau pneumologique les examens sont normaux, que l'accident survenu en mai 2014 n'a créé qu'une incapacité de travail temporaire et que l'incapacité de travail du 6 janvier 2015, prolongée à deux reprises, n'est justifiée par aucune pathologie objectivable plausible.

P.

Par recours interjeté le 31 juillet 2015 auprès du TAF, le recourant conclut à l'annulation de la décision de l'OAIE et au versement de la rente au 1^{er} août 2005 (TAF pce 1). Essentiellement, le recourant, maintenant sa position, se base sur les nombreux documents médicaux datés de 2014 et 2015 et argue que l'OAIE n'a pas tenu compte de l'évolution de son état depuis l'expertise des Drs H._____ et I._____, que son état n'est pas stable et que l'incapacité de travail suite à l'accident de travail en 2014 n'a pas été temporaire mais a duré 5,5 mois en 2014 et 5 mois lors de la rechute du 6 janvier 2015. De plus, il rappelle que le Dr I._____ met en garde sur les risques de chute et la conduite de véhicules et admet qu'il présente des phases avec limitation transitoire et ponctuelle de ses capacités professionnelles et que le Dr H._____ a décrit des limitations fonctionnelles à observer. Le recourant critique également qu'il n'a reçu les différents documents, dont le rapport d'expertise des Drs H._____ et I._____, qu'avec le projet de décision du 19 décembre 2014, contrairement aux consignes du Tribunal, et qu'il s'est ainsi trouvé devant le fait accompli sans pouvoir avancer des arguments avant ce projet de décision. Il prétend alors que son droit d'être entendu a été violé et que le rapport d'expertise n'est, partant, pas recevable.

Le recourant produit encore plusieurs nouvelles pièces médicales.

Q.

Dans sa réponse du 7 octobre 2015 (TAF pce 3), l'OAIE propose le rejet du recours et la confirmation de la décision attaquée. Il relève en premier lieu que le recourant a obtenu la documentation requise, conformément à l'arrêt du Tribunal, et a saisi à plusieurs reprises l'opportunité de discuter

des éléments pertinents et d'apporter une nouvelle documentation médicale. Les allégations du recourant selon lesquelles il n'a pas pu se prononcer, notamment au sujet des rapports médicaux de l'OAIE, sont alors infondées. Sur le fond, l'OAIE avance que son service médical a confirmé dans ses prises de position que malgré les atteintes à la santé, l'assuré présente une capacité de travail de 80% dans une activité légère qui n'est pas exercée dans un environnement dangereux comme celle poursuivie en tant que surveillant dans une école depuis 2005, qu'il a présenté une pleine incapacité de travail du 15 mai au 19 août 2014, suite à une chute et hospitalisation et que l'arrêt de travail prolongé par son médecin traitant ne peut pas être retenu.

L'OAIE verse encore en cause la prise de position du 13 septembre 2015 du Dr F. _____ qui confirme ses positions antérieures (AI vol. 3 pce 56).

R.

Le recourant s'acquitte de l'avance de frais de procédure présumés de 400 francs dans le délai imparti par le Tribunal (TAF pces 4 et 6).

S.

Dans sa réplique du 29 octobre 2015 (TAF pce 5), le recourant maintient ses conclusions, précisant qu'il souhaite le remboursement de l'avance de frais de procédure. Il conteste qu'il présente une capacité de travail de 80% même dans une activité légère et soutient une nouvelle fois que son état n'est pas stabilisé ou amélioré, voire guéri, que le fait qu'il a débuté en 2005 une activité ne démontre pas un état de santé retrouvé, qu'il nécessite toujours un contrôle et un traitement permanent avec des arrêts de travail comme celui du 8 décembre 2009, qu'il souffre des effets secondaires du traitement (troubles du sommeil, douleurs corporelles), que l'accident du 15 mai 2014 en rapport avec sa maladie épileptique a eu de graves conséquences et que celles-ci ne sont pas guéries contrairement à ce que prétend l'OAIE et que son état de santé s'est aggravé. En outre, il prétend que le TAF ne lui a pas fait grief d'avoir fait un pas pour une réhabilitation sociale plus ou moins normale.

Le recourant joint à sa réplique plusieurs documents médicaux qui se trouvent déjà tous dans le dossier constitué.

T.

Dans sa duplique du 3 décembre 2015 (TAF pce 8), l'OAIE réitère ses conclusions précédentes, remarquant qu'aucun élément apporté ne lui

permet de modifier sa prise de position. Cette duplique a été portée à la connaissance du recourant le 9 décembre 2015 (TAF pce 9).

Droit :**1.**

1.1 En vertu des art. 31 et 33 let. d de la loi sur le Tribunal administratif fédéral (LTAF, RS 173.32) ainsi que de l'art. 69 al. 1 let. b de la loi sur l'assurance-invalidité (LAI, RS 831.20), le Tribunal de céans connaît des recours contre les décisions de l'OAIE. Les exceptions prévues à l'art. 32 LTAF ne sont pas réalisées en l'espèce.

1.2 La procédure devant le Tribunal en matière d'assurances sociales est régie par la loi sur la procédure administrative (PA, RS 172.021) dans la mesure où la LTAF, la loi sur la partie générale du droit des assurances sociales (LPGA, RS 830.1) ou la LAI ne sont pas applicables (cf. art. 37 LTAF, art. 3 let. d^{bis} PA, art. 2 LPGA et art. 1 al. 1 LAI).

1.3 Le recourant a qualité pour recourir contre la décision de l'OAIE, étant touché par celle-ci et ayant un intérêt digne d'être protégé à ce qu'elle soit annulée ou modifiée (cf. art. 59 LPGA).

1.4 Le recours a été déposé en temps utile et dans les formes requises par la loi (cf. art. 60 LPGA et art. 52 PA). De plus, le recourant a versé l'avance de frais de procédure de 400 francs (cf. art. 63 al. 4 PA).

Dès lors, le recours est recevable et le Tribunal entre en matière sur son fond.

2.

2.1 Devant le Tribunal de céans les parties peuvent invoquer au sens de l'art. 49 PA la violation du droit fédéral, y compris l'excès et l'abus du pouvoir d'appréciation (let. a), la constatation inexacte ou incomplète des faits pertinents (let. b) ainsi que l'inopportunité (let. c). Le TAF jouit donc du plein pouvoir d'examen (s'agissant de l'examen de l'opportunité : ATF 137 V 71 consid. 5.2).

2.2 Le TAF définit les faits d'office (cf. art. 12 PA) – l'on parle de la maxime inquisitoire – et il apprécie les preuves librement (cf. ci-dessus). De plus, il applique le droit d'office, sans être lié par les motifs invoqués par le recourant (art. 62 al. 4 PA), ni par l'argumentation juridique développée par l'administration dans la décision entreprise (PIERRE MOOR/ETIENNE POLTIER, Droit administratif, Volume II, Les actes administratifs, 3^e édition 2011, p. 300 s.; JÉRÔME CANDRIAN, op. cit., n° 176, p. 105). Cependant,

l'autorité saisie se limite en principe aux griefs soulevés et n'examine les questions de droit non invoquées que dans la mesure où les arguments des parties ou le dossier l'y incitent (ATF 122 V 157 consid. 1a, 121 V 204 consid. 6c; MOSER/BEUSCH/KNEUBÜHLER, Prozessieren vor dem Bundesverwaltungsgericht, 2^{ème} édition 2013, p. 25 n. 1.55).

3.

3.1 S'agissant du droit applicable dans le temps, il convient de rappeler le principe selon lequel sont généralement déterminantes les dispositions en vigueur lors de la réalisation de l'état de fait qui doit être apprécié juridiquement ou qui entraîne des conséquences juridiques (à titre d'exemple : ATF 139 V 297 consid. 2.1). Dans le domaine de l'assurance-invalidité des modifications législatives sont entrées en vigueur le 1^{er} janvier 2008 (RO 2007 5129, FF 2005 4215) et le 1^{er} janvier 2012 (RO 2011 5659, FF 2010 1647). Concrètement, le droit à une rente d'invalidité du recourant est déterminé pour la période jusqu'au 31 décembre 2007 selon les règles alors en vigueur et pour les périodes suivantes selon les règles alors en vigueur à compter des 1^{er} janvier 2008, 1^{er} janvier 2012 et 1^{er} janvier 2015. Du reste, la date de la décision querellée – le 21 juillet 2015 – marque la limite dans le temps du pouvoir d'examen du Tribunal (notamment : ATF 131 V 407 consid. 2.1.2.1, 129 V 4 consid. 1.2).

3.2 L'affaire présente un aspect transfrontalier dans la mesure où le recourant suisse a été assuré en Suisse (cf. extraits des comptes individuels [AI vol. 1 pce 71 pp. 10 ss]) et vit et travaille depuis de nombreuses années en France. 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), entrée en vigueur pour la relation avec la Suisse le 1^{er} juin 2002 (ATF 133 V 269 consid. 4.2.1, 128 V 317 consid. 1b/aa).

Depuis l'introduction de la révision de la rente du recourant en 2008, l'annexe II de l'ALCP a été modifiée avec effet au 1^{er} avril 2012 (cf. la décision n°1/2012 du Comité mixte du 31 mars 2012 remplaçant l'annexe II dudit accord sur la coordination des systèmes de sécurité sociale [RO 2012 2345]). Pour cette raison sont en l'occurrence déterminants jusqu'au 31 mars 2012 le Règlement (CEE) n° 1408/71 du Conseil du 14 juin 1971 relatif à l'application des régimes de sécurité sociale aux

travailleurs salariés, aux travailleurs non-salariés et aux membres de leur famille qui se déplacent à l'intérieur de la Communauté (RS 0.831.109.268.1), le règlement (CEE) n° 574/72 du Conseil du 21 mars 1972 relatif à l'application du règlement (CEE) n° 1408/71 (RS 0.831.109.268.11) et, ensuite, le règlement (CE) n° 883/2004 du Parlement européen et du Conseil du 29 avril 2004 portant sur la coordination des systèmes de sécurité sociale (RS 0.831.109.268.1) et le règlement (CE) n° 987/2009 du Parlement européen et du Conseil du 16 septembre 2009 fixant les modalités d'application du règlement n° 883/2004 portant sur la coordination des systèmes de sécurité sociale (RS 0.831.109.268.11; cf. arrêt du Tribunal fédéral [ci-après : TF] 8C_455/2011 du 4 mai 2012; à titre d'exemple les arrêts du TAF C-3/2013 du 2 juillet 2013 consid. 3.2 et C-3985/2012 du 25 février 2013 consid. 2.1).

Cela étant, dans la mesure où l'ALCP et en particulier son annexe II qui régit la coordination des systèmes d'assurances sociales (art. 8 ALCP) ne prévoient pas de disposition contraire, la procédure et les conditions à l'octroi des prestations de l'assurance invalidité suisse sont déterminées exclusivement d'après le droit suisse (cf. art. 46 al. 3 du règlement n° 883/2004; ATF 130 V 257 consid. 2.4; à titre d'exemple : arrêts du TF 8C_329/2015 du 5 juin 2015, 9C_54/2012 du 2 avril 2012).

Du reste, conformément à l'art. 3 du règlement n° 1408/71 et de l'art. 4 du règlement n° 883/2004, les ressortissants des Etats membres de la Communauté européenne et les ressortissants suisses bénéficient de l'égalité de traitement.

4.

En l'occurrence, le recourant se plaint d'une violation de son droit d'être entendu qui en tant que grief de nature formelle doit être examinée en premier lieu (ATF 138 I 232 consid. 5.1; arrêt du TF 9C_692/2016 du 30 janvier 2017 consid. 4.1). Concrètement, le recourant critique que contrairement aux consignes du TAF (arrêt C-3261/2014 cité), l'OAIE ne lui a pas envoyé les documents réclamés avant le projet de décision, qu'il se trouvait dès lors devant les faits accomplis et qu'il ne pouvait pas avancer des arguments avant que le projet lui a été communiqué.

4.1 Le droit d'être entendu, garanti par l'art. 29 al. 2 de la Constitution fédérale (Cst., RS 101), est une règle primordiale de procédure, entraînant en principe l'annulation de la décision attaquée sans égard aux chances de succès du recours sur le fond (ATF 132 V 387 consid. 5.1). Il comprend notamment le droit de s'exprimer sur les éléments déterminants avant

qu'une décision ne soit prise, de produire des preuves pertinentes, de prendre connaissance du dossier, d'obtenir qu'il soit donné suite à ses offres de preuve pertinentes, de participer à l'administration des preuves essentielles ou à tout le moins de s'exprimer sur son résultat, lorsque cela est de nature à influencer sur la décision à rendre (ATF 132 V 268 consid. 3.1 et 129 II 498 consid. 2.2 et les références). L'autorité pour sa part doit examiner les conclusions et allégations des parties et en tenir compte dans sa décision (ATF 134 I 83 consid. 4.1, 124 I 241 consid. 2 et 124 V 389 consid. 4a).

4.2 Dès lors, le droit d'être entendu doit être garanti avant que la *décision* soit rendue. Dans ce sens, la procédure d'audition, introduite en matière d'assurance invalidité avec un *projet* de décision, a pour objectif de permettre à la personne assurée de se positionner avant que la *décision* soit rendue et de produire, cas échéant, des documents utiles et de requérir des mesures d'instruction.

Dans le cas d'espèce, force est de constater que l'assuré a obtenu avec le *projet* de décision du 19 décembre 2014 (AI vol. 3 pce 3) – et ainsi avant la *décision* du 21 juillet 2015 déterminante et litigieuse (AI vol. 3 pce 43) – le rapport d'expertise des Drs H. _____ et I. _____, les prises de position de son service médical des 26 octobre 2013 et 28 juillet 2014 ainsi que le calcul de la perte de gain du 7 février 2014. Conformément aux consignes du Tribunal (cf. arrêt C-3261/2014 cité), le recourant a en outre pu se déterminer, le 11 janvier 2015 (AI vol. 3 pce 10), sur ces documents et le projet de décision. De surcroît, l'OAIE rappelle à juste titre qu'avant la décision du 21 juillet 2015, l'assuré a encore été invité à deux reprises à produire des nouveaux documents médicaux (AI vol. 3 pces 15 et 29) et qu'il a saisi ces occasions les 1^{er} mars et 10 mai 2015 (AI vol. 3 pces 26 et 39) aussi pour exposer sa position.

Partant, le droit d'être entendu du recourant a été respecté et son grief est infondé.

5.

Sur le fond du recours, le bien-fondé de la décision du 21 juillet 2015 par laquelle l'OAIE a confirmé la suppression de la rente au 1^{er} août 2005 est litigieux.

6.

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

6.2 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 141 V 9 consid. 2.3, 130 V 343 consid. 3.5, 113 V 275 consid. 1a). En revanche, il n'y a pas matière à révision lorsque les circonstances sont demeurées inchangées et que le motif de la suppression ou de la diminution de la rente réside uniquement dans une nouvelle appréciation du cas (ATF 141 V 9 consid. 2.3, 115 V 308 consid. 4a/bb; arrêts du TF 8C_160/2017 du 22 juin 2017 consid. 2.2, I 755/04 du 25 septembre 2006 consid. 5.1 et I 574/02 du 25 mars 2003 publié dans SVR 2004 IV n. 5 et leurs références citées). A titre d'exemple, une conclusion médicale qui diffère d'une conclusion antérieure alors que l'état de santé ne s'est effectivement pas modifié, résulte souvent d'un exercice différent de l'appréciation médicale (ATF 137 V 210 consid. 3.4.2.3; arrêts du TF 8C_160/2017 cité consid. 2.2, 9C_418/2010 du 29 août 2011 consid. 4.1); elle ne saurait justifier une révision.

6.3 Un motif de révision au sens de la loi doit clairement ressortir du dossier (arrêts du TF I 755/04 du 25 septembre 2006 consid. 5.1, I 559/02 du 31 janvier 2003 consid. 3.2 et références). La réglementation sur la révision ne saurait en effet constituer un fondement juridique à un réexamen sans condition du droit à la rente (RUDOLF RUEDI, *Die Verfügungsanpassung als verfahrensrechtliche Grundfigur namentlich von Invalidenrentenrevisionen, in Die Revision von Dauerleistungen in der Sozialversicherung*, 1999, p. 15).

6.4 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 al. 1 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. C'est donc la dernière décision entrée en force, examinant matériellement le droit à la rente, qui constitue le point de départ pour examiner si le degré d'invalidité s'est modifié de manière à influencer

le droit aux prestations (ATF 133 V 108 consid. 5.4, 130 V 343 consid. 3.5.2, 130 V 71 consid. 3.2.3 et références).

6.5

6.5.1 Il résulte de l'art. 88a al. 1 du règlement sur l'assurance-invalidité (RAI, RS 831.201; la teneur en vigueur depuis le 1^{er} janvier 2012 n'apporte pas de modifications de fond) que s'il y a amélioration de la capacité de gain ou de la capacité d'accomplir les travaux habituels, ce changement n'est déterminant pour la suppression de tout ou partie du droit aux prestations qu'à partir du moment où on peut s'attendre à ce que l'amélioration constatée se maintient 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.

6.5.2 S'il y a dégradation de la capacité de gain ou de la capacité d'accomplir les travaux habituels, ce changement, en vertu de l'al. 2 de l'art. 88a RAI (la version en vigueur depuis le 1^{er} janvier 2012 n'apporte pas de modifications de fond), est déterminant pour l'accroissement du droit aux prestations dès qu'il a duré trois mois sans interruption notable. L'art. 29^{bis} RAI est toutefois applicable par analogie.

L'art. 29^{bis} RAI (la version en vigueur depuis le 1^{er} janvier 2008 n'apporte pas de modifications de fond) prévoit que si la rente a été supprimée du fait de l'abaissement du degré d'invalidité et que l'assuré, dans les trois ans qui suivent, présente à nouveau un degré d'invalidité ouvrant le droit à la rente en raison d'une incapacité de travail de même origine, on déduira de la période d'attente que lui imposerait l'art. 28 al. 1 let. b LAI, dans sa teneur en vigueur depuis le 1^{er} janvier 2008, celle qui a précédé le premier octroi. L'application par analogie de cet article dans le cadre de l'art. 88a al. 2 RAI implique que lorsqu'il y a aggravation de la même atteinte à la santé, celle-ci peut conduire à une rente supérieure avant l'échéance du délai de trois mois pour autant que cette aggravation de l'invalidité soit survenue dans les trois ans qui suivent la suppression ou la réduction de la rente (cf. MICHEL VALTERIO, Droit de l'assurance-vieillesse et survivants (AVS) et de l'assurance-invalidité (AI), Commentaire thématique, 2011, ch. 3087 s., pp. 837 s.; ULRICH MEYER/MARCO REICHMUTH, Rechtsprechung des Bundesgerichts zum Sozialversicherungsrecht, Bundesgesetz über die Invalidenversicherung (IVG), 3^{ème} édition 2014, art. 29 ch. 26 s. p. 415).

6.6 A la teneur de l'art. 88^{bis} al. 2 RAI, dans sa version en vigueur depuis le 1^{er} janvier 2015, la diminution ou la suppression de la rente d'invalidité prend effet a) au plus tôt, le premier jour du deuxième mois qui suit la notification de la décision ; ou b) rétroactivement à la date où elle a cessé de correspondre aux droits de l'assuré, s'il se l'est fait attribuer irrégulièrement ou s'il a manqué, à un moment donné, à l'obligation de renseigner qui lui incombe raisonnablement selon l'art. 77 RAI, que la poursuite du versement de la prestation ait eu lieu ou non en raison de l'obtention irrégulière ou de la violation de l'obligation de renseigner. L'art. 77 RAI stipule que l'ayant droit [...] doit communiquer immédiatement à l'office AI tout changement important qui peut avoir des répercussions sur le droit aux prestations, en particulier les changements qui concernent l'état de santé, la capacité de gain ou de travail, [...] ainsi que la situation personnelle et éventuellement économique de l'assuré.

7.

7.1 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 art. 4 al. 1 LAI).

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 (art. 7 al. 1 LPGA).

Seules les conséquences de l'atteinte à la santé sont prises en compte pour juger de la présence d'une incapacité de gain. De plus il n'y a incapacité de gain que si celle-ci n'est pas objectivement surmontable (art. 7 al. 2 LPGA).

En cas d'incapacité de travail de longue durée, l'activité qui peut être exigée de la personne assurée peut aussi relever d'une autre profession ou d'un autre domaine d'activité (art. 6 LPGA).

7.2 La notion d'incapacité de gain implique qu'en Suisse l'invalidité est de nature juridique-économique et non médicale (ATF 116 V 246 consid. 1b). Seules les pertes économiques et les empêchements constatés dans les travaux habituels (par exemple le ménage), liés à une atteinte à la santé,

sont assurés. Le taux d'invalidité ne se confond ainsi pas nécessairement avec le taux d'incapacité de travail déterminé par les médecins.

7.3 La rente d'invalidité est échelonnée selon le degré de l'incapacité de gain. Aux termes de l'art. 28 al. 1 LAI, dans sa teneur en vigueur jusqu'au 31 décembre 2007 (correspondant à l'art. 28 al. 2 LAI, dans sa version en vigueur depuis lors), la personne assurée a droit à un quart de rente si elle est invalide à 40% au moins, à une demi-rente si elle est invalide à 50% au moins, à trois quarts de rente si elle est invalide à 60% au moins et à une rente entière s'il est invalide à 70% au moins.

Les rentes correspondant à un degré d'invalidité inférieur à 50% sont versées aux ressortissants suisses et ressortissants d'un Etat membre de la Communauté européenne (cf. ALCP et les art. 4 et 7 du règlement n° 883/2004, malgré l'art. 28 al. 1^{er} LAI, dans sa teneur en vigueur jusqu'au 31 décembre 2007, correspondant à l'actuel art. 29 al. 4 LAI).

7.4 Le taux d'invalidité d'une personne exerçant une activité lucrative est fixé d'après la méthode ordinaire de comparaison des revenus (cf. consid. 12.1 ss ci-dessous).

8.

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) – aussi celle devant le Tribunal de céans (cf. consid. 2.2 ci-dessus) – l'administration est tenue de prendre d'office les mesures d'instruction nécessaires et de recueillir les renseignements dont elle a besoin (PIERRE MOOR/ETIENNE POLTIER, op. cit., p. 255).

Concrètement, afin d'instruire une demande de prestations AI, l'art. 69 al. 2 RAI prescrit que l'Office AI réunit, lorsque les conditions d'assurance sont remplies, les pièces nécessaires pour évaluer le droit aux prestations, en particulier des rapports médicaux. En effet, les données fournies par les médecins constituent un élément utile pour apprécier les conséquences fonctionnelles de l'atteinte à la santé (ATF 143 V 418 consid. 6). Précisément, la tâche des médecins consiste à porter un jugement sur l'état de santé et à indiquer dans quelle mesure et pour quelles activités la personne assurée est incapable de travailler compte tenu de ses limitations. 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 le conduisent à retenir telle ou telle

limitation de la capacité de travail (ATF 125 V 256 consid. 4, 115 V 133 consid. 2 et 114 V 310 consid. 3c; RCC 1991 p. 329 consid. 1c).

Selon l'art. 59 al. 2 et 2^{bis} LAI, les services médicaux régionaux (SMR) interdisciplinaires sont à la disposition des offices AI pour évaluer les conditions médicales du droit aux prestations. Pour effectuer leurs tâches les SMR peuvent se déterminer sur la base de l'ensemble du dossier collecté (art. 49 al. 1 et 3 RAI), examiner les assurés au sein du SMR (art. 49 al. 2 RAI) ou confier à un médecin expert indépendant la charge d'une expertise (art. 44 LPGa).

Nonobstant, l'évaluation finale des conséquences fonctionnelles d'une atteinte à la santé, voire la question de savoir quelle capacité de travail peut être exigée de la personne assurée constitue une question de droit et il appartient à l'administration et, cas échéant, au Tribunal de la pratiquer (ATF 144 V 50 consid. 4.3, 140 V 193 consid. 3.2).

8.2 Le Tribunal examine les preuves – aussi celles médicales – d'office et librement (ATF 144 V 50 consid. 4.3, 143 V 418 consid. 6, 137 V 210 consid. 1.3.4; arrêt du TF 8C_633/2017 du 16 février 2018 consid. 4.3.4; cf. consid. 2 ci-dessus). Il doit examiner de manière objective tous les moyens de preuve, quelle que soit leur provenance (ATF 132 V 93 consid. 5.2.8; arrêt du TF 8C_633/2017 cité consid. 4.3.4), puis décider si les documents à disposition permettent de porter un jugement valable sur le droit litigieux (ATF 125 V 251 consid. 3a; cf. aussi ATF 143 V 418 consid. 5.2.2).

8.3 La jurisprudence a posé des lignes directrices en ce qui concerne la manière d'apprécier les rapports médicaux.

L'élément décisif pour apprécier la valeur probante d'une pièce médicale n'est en principe ni son origine, ni sa désignation sous la forme d'un rapport ou d'une expertise, mais bel et bien son contenu. Il importe, pour conférer pleine valeur probante à un rapport médical que les points litigieux aient fait l'objet d'une étude circonstanciée, que le rapport se fonde sur des examens complets, qu'il prenne également en considération les plaintes exprimées par la personne examinée, qu'il ait été établi en pleine connaissance de l'anamnèse, que la description du contexte médical et l'appréciation de la situation médicale soient claires et enfin que les conclusions de l'expert soient dûment motivées (ATF 125 V 351 consid. 3, 122 V 157 consid. 1c et références). Bien entendu, le médecin consulté

doit disposer de la qualification médicale déterminante (arrêt du TF 9C_1059/2009 du 4 août 2010 consid. 1.2).

La valeur probante d'un rapport établi en vue d'une révision dépend largement du fait de savoir si elle explique d'une manière convaincante la modification survenue de l'état de santé. Un nouveau diagnostic, se basant principalement sur une dénomination différente d'un état de fait resté pour l'essentiel inchangé, ne saurait fonder un motif de révision (cf. arrêt du TF 9C_418/2010 du 29 août 2011 consid. 4.2 à 4.4; voir aussi arrêt du TF 8C_445/2017 du 9 mars 2018 consid. 2.2 et références). Sont réservées les situations où les modifications de l'état de santé sont évidentes (arrêts du TF 9C_418/2010 du 29 août 2011 consid. 4.2 et 9C_710/2014 du 26 mars 2015; ANDREAS TRAUB, Zum Beweiswert medizinischer Gutachten im Zusammenhang mit der Rentenrevision, RSAS 2012 pp. 183 ss).

Le Tribunal ne s'écarte pas sans motifs impératifs des conclusions d'une expertise médicale, la tâche de l'expert étant précisément d'éclairer les aspects médicaux d'un état de fait donné grâce à ses connaissances spéciales. En présence d'avis contradictoires, le Tribunal doit apprécier l'ensemble des preuves à disposition et indiquer les motifs pour lesquels il se fonde sur une appréciation plutôt que sur une autre. Selon la jurisprudence, peut constituer une raison de s'écarter d'une expertise le fait que celle-ci contient des contradictions manifestes ou ignore des éléments essentiels ou lorsque d'autres spécialistes émettent des opinions contraires objectivement vérifiables – de nature notamment clinique ou diagnostique – aptes à mettre sérieusement en doute la pertinence des déductions de l'expert (cf. ATF 125 V 351 cons. 3b/aa, 118 V 220 consid. 1b et les références; arrêts du TF 9C_748/2013 du 10 février 2014 consid. 4.1.1 et 4.1.2, I 131/03 du 22 mars 2004 consid. 2.2). Le simple fait qu'un ou plusieurs avis médicaux divergents ont été produits – même émanant de spécialistes – ne suffit cependant pas à lui seul à remettre en cause la valeur probante d'une expertise médicale (arrêts du TF 9C_748/2013 cité consid. 4.1.1, U 365/06 du 26 janvier 2007 consid. 4.1).

8.4 Dans le domaine des assurances sociales, la décision doit se fonder sur les faits qui, faute d'être établis de manière irréfutable, apparaissent comme les plus vraisemblables, c'est-à-dire qui présentent un degré de vraisemblance prépondérante. Il ne suffit donc pas qu'un fait puisse être considéré seulement comme une hypothèse possible ; la vraisemblance prépondérante suppose que, d'un point de vue objectif, des motifs

importants plaident pour l'exactitude d'une allégation, sans que d'autres possibilités ne revêtent une importance significative ou n'entrent raisonnablement en considération (notamment : ATF 139 V 176 consid. 5.3).

9.

En l'occurrence, le point de départ pour examiner la question de savoir si le degré d'invalidité du recourant a subi une modification déterminante au sens de l'art. 17 LPGA doit être fixé au 11 juillet 2005 lorsque l'OAIE a rendu la décision sur opposition rétablissant le droit à une rente d'invalidité entière de l'assuré. En effet, cette décision sur opposition qui a été rendue suite à la première révision de la rente introduite en 2002, est basée sur un examen matériel complet du droit de l'assuré à une rente d'invalidité au vu notamment de l'expertise médicale réalisée au centre hospitalier D._____ le 21 janvier 2004 et, de plus, elle est entrée en force (cf. consid. 6.4 ci-dessus). En conséquence, dans la présente procédure de recours, les faits déterminants à la date de la décision litigieuse du 21 juillet 2015 doivent être comparés à ceux existant au 11 juillet 2005.

10.

10.1 Pour la décision sur opposition du 11 juillet 2005 (AI vol. 1 pce 254), l'OAIE s'est basé principalement sur le rapport d'expertise du 10 mars 2004, signé du Prof. J._____ et du Dr K._____ du service neurologique du centre hospitalier D._____ (AI vol. 1 pce 217). Ces experts ont diagnostiqué des crises comitiales généralisées convulsives et partielles complexes post-traumatiques tardives et pseudo-crisis comitiales avec manifestation de conversion hystérique, un traumatisme cranio-cérébral avec fracture pariéto-temporale droite de la base du crâne, une contusion cérébrale pariétale droite, une paralysie faciale droite régressive et une surdité de perception et de transmission droite post-traumatique en 1985 (pp. 4 s. du rapport).

Les experts ont rappelé dans un premier temps que l'assuré, victime d'un accident de la circulation en 1985 avec traumatisme cranio-cérébral avec fracture pariéto-temporale droite de la base du crâne et contusion cérébrale pariétale droite, a présenté depuis 1987 des crises comitiales ainsi que de pseudo-crisis comitiales qui ont motivé plusieurs hospitalisations et ont atteint un paroxysme en 1992 (p. 2 du rapport). Ils ont ensuite remarqué que l'état est depuis 2000 stable avec stabilisation de la fréquence et de la sévérité des crises et pseudo-crisis, que l'état était rassurant, les crises malgré la fréquence décrite par l'assuré – plusieurs

fois par semaine – n’ayant pas entraîné de lésions corporelles et que l’électroencéphalogramme effectuée par le Dr L._____ le 6 novembre 2002 étant dans la norme (pp. 2, 4 et 5). Les experts ont aussi estimé que la poursuite régulière d’un traitement anticomitial pourrait améliorer les malaises et qu’un soutien psychologique pourrait également être envisagé avec l’accord de l’assuré afin de tenter de diminuer la fréquence des pseudo-crisés. Les experts ont alors conclu que depuis 2000 la situation est stable et qu’une reprise progressive d’une activité professionnelle adaptée pouvait être envisagée en tout temps, soit 50% pendant 3 à 6 mois, puis 75% pendant 6 à 12 mois et 100% à partir de 12 mois. Une activité adaptée ne devait pas comporter des risques de se blesser lui-même et autrui. En particulier, les activités de conduite ainsi que les activités sur des chantiers comme grutier et sur des échafaudages sont proscrites. En revanche, des activités en position assise dans un bureau pouvaient être envisagées (opérateur de saisie, employé d’entreprise multimédia; pp. 5 s.).

10.2 Si au vu des résultats de l’expertise médicale, le Dr M._____ du service médical de l’OAIE a défendu dans ses avis des 12 mai et 16 novembre 2014 (AI vol. 1 pces 221 et 226 p. 1) que l’état de santé de l’assuré s’est amélioré et qu’il présentait à partir du 10 mars 2004 une incapacité de travail de 50% – raison pour laquelle par décision du 24 février 2005 (AI vol. 1 pce 233) la rente d’invalidité entière a été réduite à compter du 1^{er} mai 2005 à une demi-rente – le Dr Battaglia du SMR, dans son rapport final du 3 juin 2005 (AI vol. 1 pce 245), a considéré que l’état de santé est resté inchangé puisque les crises étaient toujours aussi fréquentes et qu’une reprise d’activité n’était possible qu’après amélioration de l’état de santé de l’assuré. La prise de position interne du 21 juin 2005 (AI vol. 1 pce 247) a confirmé cette appréciation. Par décision sur opposition du 11 juillet 2005 (AI vol. 1 pce 254), l’OAIE a alors rétabli le droit à une rente entière d’invalidité sous condition que l’assuré se soumette à un traitement neurologique et psychiatrique. L’assuré a été rendu attentif au fait que s’il ne soumet pas à la thérapie, l’OAIE sera obligé de procéder au sens de l’art. 21 al. 4 LPGA selon lequel les prestations peuvent être réduites ou refusées temporairement ou définitivement si l’assuré se soustrait ou s’oppose, ou encore ne participe pas spontanément, dans les limites de ce qui peut être exigé de lui, à un traitement [...] raisonnablement exigible et susceptible d’améliorer notablement sa capacité de travail ou d’offrir une nouvelle possibilité de gain (1^{ère} phrase).

10.3 En conclusion, le TAF constate que le droit à une rente d'invalidité entière a été maintenu par la décision sur opposition du 11 juillet 2005 parce qu'une modification notable du taux d'invalidité de l'assuré n'a pas pu être établie au degré de la vraisemblance prépondérante depuis la dernière décision du 2 octobre 2000, bien que les experts ont constaté dans leur rapport d'expertise du 10 mars 2004 une certaine amélioration de l'état de santé de l'assuré.

11.

11.1 Lorsque l'OAIE a rendu la décision litigieuse du 21 juillet 2015, il disposait de nombreux documents médicaux.

11.1.1 Dans un premier temps, suite à la révision de la rente introduite en 2008, les pièces médicales suivantes ont été versées en cause :

- le certificat médical du 4 novembre 2008 du Dr N._____, médecin interniste, certifiant qu'il suit l'assuré depuis 2001, et la prescription médicale du même jour de ce médecin, valable pour 6 mois (AI vol. 1 pce 280),
- le rapport médical détaillé E 213 du 29 juin 2009 (AI vol. 1 pce 305), signé de la Dresse E._____ qui a fait état d'une épilepsie quasiment équilibrée par traitement, ne causant pas de déficit fonctionnel majeur ; elle a estimé que l'activité de surveillant scolaire était adaptée à temps partiel et que l'invalidité était de moins de 2/3 (AI vol. 1 pce 305).

Le Dr F._____, médecin interne FMH, travaillant pour l'OAIE a remarqué dans son avis du 13 septembre 2009 (AI vol. 1 pce 309) que l'activité de surveillant d'un lycée est adaptée et que l'activité jusqu'alors exercée à 26 heures par semaine pouvait être augmentée à 40 heures par semaine.

11.1.2 Pendant la procédure d'audition qui faisant suite au projet de décision du 14 octobre 2009, l'assuré a transmis les documents ci-après :

- les différentes ordonnances et prescriptions médicales, datées entre les 25 mai 2005 et 3 novembre 2009 et signées du Dr N._____ (AI vol. 1 pce 322 pp. 3 à 5 et 8 ss),
- les attestations des 9 juillet et 3 novembre 2009 du Dr N._____ qui informe suivre l'assuré régulièrement pour une comitialité et que l'exercice d'une activité professionnelle réduite est parfaitement souhaitable (AI vol. 1 pce 322 pp. 2 et 7),

- les résultats des examens du 24 juillet 2009, le certificat ainsi que la prescription médicale du 4 novembre 2009 du Dr O._____, oto rhino laryngologiste (AI vol. 1 pce 322 pp. 1 et 6, pce 329 p. 2) qui a observé que les tympans sont normaux mais que l'audiométrie tonale montre une hypoacousie à droite instable qu'un appareillage auditif pourrait améliorer,
- les résultats du 18 novembre 2009 de l'examen radiologique de la charnière lombo-sacrée (AI vol. 1 pce 329 p. 1), observés par le Dr P._____,
- les résultats du 23 novembre 2009 d'un examen sanguin (AI vol. 1 pce 329 pp. 3 s.),

Invité à prendre position, le Dr F._____ a remarqué dans son avis du 20 décembre 2009 (AI vol. 1 pce 332) que les nouveaux documents n'apportaient pas d'éléments nouveaux outre notamment une légère atteinte auditive unilatérale [droite], le détail de prescriptions médicamenteuses et une attestation de capacité de travail partielle.

11.1.3 S'agissant de l'exigence d'une expertise médicale en Suisse ont été produits au dossier, le certificat médical du 22 mars 2012 du Dr G._____ (AI vol. 2 pces 56 et 58) ainsi que la réponse et les avis des 21 juin et 20 novembre 2012 et du 10 janvier 2013 du Dr F._____ (AI vol. 2 pces 67 et 74 s.).

11.1.4 L'expertise médicale a eu lieu le 23 août 2013 à Genève. Dans le rapport du 4 octobre 2013 (AI vol. 2 pce 112), les Drs H._____, spécialiste en médecine interne et rhumatologie, et I._____, neurologue FMH, retiennent comme diagnostics ayant des répercussions sur la capacité de travail une épilepsie post-traumatique survenue pour la première fois le 13 février 1987 et ayant motivé une hospitalisation au centre hospitalier D._____ le 25 février 1987 ainsi qu'un status après TCC et commotion cérébrale en 1987. Comme diagnostics sans répercussion sur la capacité de travail, ils notent des lombalgies sur spondylolisthésis de degré I de L5 sur S1 (M43.17) depuis 2009, un status après TCC avec contusion cérébrale pariétale droite, un status après fracture pariétale temporale droite, un status après fracture de l'apophyse coronoïde droite, un status après fracture des 5 et 6^{ème} côtes droites et un status après fracture des incisives 12 et 22 (AI vol. 2 pce 112 p. 38).

Les experts précisent que l'assuré ne souffre ni d'un trouble somatoforme ni d'une fibromyalgie ou d'une atteinte analogue (pp. 38 s.) et expliquent que les rachialgies diffuses, la labilité émotionnelle, les difficultés de concentration (objectivées par l'évaluation neuropsychologique) et le sommeil non réparateur d'ordre psychophysiologique, probablement inhérents à un état de stress chronique secondaire à de nombreuses préoccupations personnelles, familiales et peut-être professionnelles de l'assuré, ne sont pas incapacitants (pp. 41 s.). Ils exposent, en outre, que les blocages et douleurs aux genoux dont l'assuré se plaint également sont probablement un syndrome rotulier – en effet, les résultats de l'examen clinique sont dans la norme et les symptômes bénins – et que des exercices de tonification des vastes internes devraient suffire (p. 39 du rapport).

Se déterminant sur des limitations fonctionnelles, les Drs H. _____ et I. _____ confirment que l'assuré présente des limitations inhérentes à sa comitialité. Ainsi, l'assuré ne peut pas conduire de véhicules ou travailler dans des situations où une chute pourrait engendrer des lésions graves. Par ailleurs, ils ont attesté que les crises provoquent une asthénie ou fatigue transitoire. Cependant, ils ont également remarqué que l'assuré ne présente qu'un handicap mineur, que l'examen neurologique et neuropsychologique était normal et que l'assuré, selon ses allégations, présentait une crise Grand Mal mensuelle avec une phase post-critique de un à trois jours sans déficit neurologique et des crises partielles de quelques secondes sans aucune conséquence et qu'il vaquait depuis 2005 à son activité professionnelle parfaitement adéquate à son affection, quoique à un rendement moindre. Les experts ont aussi précisé que l'état pourrait être amélioré si un meilleur traitement, tel qu'expliqué à l'assuré, était instauré et suivi (AI vol. 2 pce 112 pp. 41, 42 et 44). Les experts médicaux ont encore considéré que la fatigue peut être pré-disposante à des crises (p. 43) et si une augmentation du temps de travail à 100% n'expose l'assuré pas en soi à un risque accru de crises comitiales et que l'activité physique en soi n'est pas épileptogène, le degré de la fatigue alors engendré est inconnu ; pourtant une adaptation de la thérapie pourrait compenser ce problème selon les experts (p. 48).

Au niveau rhumatologique, les experts ont expliqué que l'assuré doit éviter les mouvements répétés du rachis et le port de charge de plus de 10 kg. Ils ont alors attesté que la capacité de travail de l'assuré est entière (100%) sans diminution de rendement dans son activité actuelle (pp. 39 et 43), répondant aux limitations observées.

11.1.5 Dans sa prise de position médicale du 26 octobre 2013 (AI vol. 2 pce 117), le Dr F._____ a confirmé l'expertise médicale. Il a conclu que l'assuré présente depuis l'accident de 1985 une incapacité de travail de 100% dans les anciennes activités dans l'agriculture, montages etc. et à partir du 1^{er} août 2005 une capacité résiduelle de travail de 80% dans une activité adaptée, ne comportant pas de risques de blessures (pas d'activités sur des échafaudages et échelles, pas d'activités de conduite) et le port de charge régulier de 20 kg, et permettant d'alterner les positions assises et debout. Il a considéré que l'assuré ne souffre que rarement de crises et que les résultats des examens cliniques neurologiques et électro-encéphalographiques sont normaux. Il a également remarqué que la capacité de travail attestée d'un point de vue médical a du reste été confirmée par l'activité professionnelle exercée par l'assuré.

11.1.6 Au cours de la procédure de recours de la cause C-3261/2014, interjeté par l'assuré contre la décision du 13 mai 2014, ont été produits les documents médicaux suivants :

- le résultat du 23 mai 2014 de l'électro-encéphalogramme, signé du Dr Q._____ (AI vol. 2 pce 136),
- l'ordonnance médicale du 26 mai 2014 pour des bas de contention (AI vol. 2 pce 135),
- le rapport médical du 3 juin 2014 contenant un résumé d'hospitalisation, établi par le Dr R._____ qui note que l'assuré a chuté d'une hauteur de 1.5 m, causant un traumatisme du rein gauche avec hématome péri-rénal sur une lésion rénale d'aspect atypique sur l'imagerie, et que pendant l'hospitalisation, le 19 mai 2014, l'assuré a souffert d'une embolie pulmonaire bilatérale massive dont l'évolution est favorable (AI vol. 2 pce 132),
- le bulletin de situation du 4 juin 2014 du Centre Hospitalier S._____, faisant état de l'admission de l'assuré le 15 mai 2014 et de sa sortie le 4 juin 2014 (AI vol. 2 pce 129),
- les certificats d'incapacité de travail des 15 mai et 4 juin 2014, valables jusqu'au 15 juin 2014 (AI vol. 2 pces 131 et 137),
- les ordonnances d'examens médicaux des 30 mai et 4 juin 2014 (AI vol. 2 pces 133 et 134),
- la prescription médicale du 4 juin 2014 (AI vol. 2 pce 130),

- les différents rendez-vous médicaux entre les 16 juin et 3 septembre 2014 (AI vol. 2 pces 138).

Dans sa prise de position du 28 juillet 2014 (AI vol. 2 pce 142), le Dr F._____ remarque que s'agissant de l'épilepsie, l'évaluation du Dr I._____ reste valable ainsi que l'attestation d'une capacité résiduelle de travail de 80% depuis 2005, les nouveaux rapports constatant d'une façon similaire qu'il n'y a pas de lésion au niveau cérébral et que les résultats de l'IRM et de l'électro-encéphalogramme sont normaux. Quant à l'embolie survenue durant l'hospitalisation, le Dr F._____ remarque que l'assuré a bien répondu au traitement et pu sortir de l'hôpital le 4 juin 2014 déjà. Si son évolution reste favorable, le médecin de l'OAIE estime que la guérison prendra deux mois et qu'il n'y a pas de modification durable de l'état de santé à craindre.

11.1.7 Sur invitation de l'OAIE, l'assuré a transmis le 1^{er} mars 2015 les nouvelles pièces ci-après :

- les résultats du 21 janvier 2015 de l'examen sanguin (AI vol. 3 pce 21),
- les résultats du 29 janvier 2015 de l'examen des urines (AI vol. 3 pce 20),
- le rapport du 11 février 2015 du Dr T._____, cardiologue ainsi que le résultat de l'échographie cardiaque et des images radiologiques de la même date joints ; ce médecin conclut que l'assuré souffre d'une fuite aortique non négligeable grade $\frac{3}{4}$ sur valve d'allure bicuspide avec dilatation aortique, altération de la fonction systolique, FEVG 48%, strain global -18% (AI vol. 3 pce 18),
- la prescription médicamenteuse du 11 février 2015 du Dr T._____ (AI vol. 3 pce 19),
- les différents certificats d'incapacité de travail, valables du 6 janvier au 20 mars 2015, signés du Dr G._____ (AI vol. 3 pces 22 à 25).

Invité à prendre position, le Dr F._____ remarque le 1^{er} avril 2015 que les nouveaux documents produits n'apportent pas d'éléments nouveaux s'agissant de l'épilepsie et que, partant, l'avis du Dr I._____ reste déterminant. De plus, il admet que l'assuré a présenté du 15 mai au 19 août 2014 une incapacité de travail suite à la chute et l'embolie pulmonaire. Enfin, il explique que le constat cardiologique du Dr

U._____, soit un débit cardiaque du ventricule gauche légèrement réduit, n'exclut pas la poursuite d'une activité légère (AI vol. 3 pce 28).

11.1.8 Sur invitation du 21 avril 2015, l'assuré a versé le 10 mai 2015 les pièces suivantes :

- le rapport du 26 janvier 2015 du Dr V._____, urologue qui a refait un scanner rénal le 9 janvier 2015 présentant des anomalies et a conseillé une analyse d'urines complémentaires et, cas échéant, un examen de cystoscopie (AI vol. 3 pce 32),
- le rapport du 18 février 2015 du Dr W._____, médecin au centre de pneumologie et d'allergologie qui note que la gazométrie et la pléthysmo sont dans les limites de la normale mais que l'assuré présente une anomalie particulière sur le bilan pneumologique, soit une phlébite bilatérale qui a été la cause de l'embolie pulmonaire de mai 2014 (AI vol. 3 pce 33),
- le courrier du 5 mars 2015 de la sécurité sociale française, informant que la rechute du 6 janvier 2015 est imputable à l'accident de travail du 15 mai 2014 (AI vol. 3 pce 38),
- signé du Dr X._____ qui conclut à un réseau coronaire sain, un prolapsus de l'extrémité du cusp non coronaire, une planimétrie de l'orifice régurgitant de l'ordre de 15 mm², une dilatation modérée de l'aorte ascendante à 44 mm et à un volume mid-télé-diastolique du ventriculaire à la limite supérieure de la normale (170 ml) (AI vol. 3 pce 37),
- le résultat du 10 avril 2015 de l'écho-doppler veineux des membres inférieurs, signé du Dr Z._____ qui note une excellente reperméation des troncs veineux profonds et sans séquelle anatomique et fonctionnelle et qui conclut qu'un nouveau contrôle n'est pas nécessaire à court terme (AI vol. 3 pce 36),
- le rapport du 7 mai 2015 établi par le Dr Y._____, neurologue qui rapporte qu'il n'y a pas eu de crise généralisée mais quelques épisodes brefs et conclut que l'épilepsie semble active et que le traitement médicamenteux doit être poursuivi (AI vol. 3 pce 34),
- la prescription médicamenteuse du 21 mai 2015 (AI vol. 3 pce 35).

Dans son avis du 13 juin 2015, le Dr F._____ (AI vol. 3 pce 41), se détermine sur chaque nouveau rapport produit et expose que le Dr V._____, urologue, ne conseille pas de mesures particulières, que le Dr W._____, pneumologue, fait état de constats normaux, que les Drs X._____ et Z._____ n'ont pas observé une pathologie cardiologique grave, incompatible avec une activité physique légère et que le Dr Y._____, neurologue, n'a pas rapporté de crises généralisées. Le médecin de l'OAIE conclut alors que les constats médicaux confirment que l'événement de mai 2014 est guéri et que l'assuré peut à nouveau poursuivre à 80% son activité de concierge qui est adaptée à son état de santé pour autant que quelques mesures de précaution sont respectées, telles d'éviter de monter des échelles.

11.1.9 Dans le cadre de la présente procédure de recours, sont encore versés en cause, les nouveaux documents médicaux suivants :

- le certificat d'incapacité de travail du 8 décembre 2009, valable au 15 décembre 2009, signé du Dr N._____ (TAF pce 1 annexe 17),
- les synthèses du passage aux urgences du 16 mai 2014, signées du Dr Cc._____ (TAF pce 1 annexes 15),
- le rapport du 2 juillet 2014 du Dr V._____ qui fait état d'une évolution favorable du traumatisme du rein gauche survenu le 15 mai 2014 (TAF pce 1 annexe 13),
- le rapport médical du 19 août 2014, établi par le Dr Y._____ qui note que depuis mai 2014 il n'y a pas eu d'autres événements neurologiques, l'assuré rapportant simplement quelques effets sédatifs possiblement liés au traitement (TAF pce 1 annexe 12),
- plusieurs prescriptions médicales de 2014 et 2015 concernant des examens et médicaments différents (ATF pce 1 annexes 10),
- les certificats d'incapacité de travail, signés des Drs Aa._____ et G._____, valables du 15 mai au 30 septembre 2014 (TAF pce 1 annexes 11.1 à 11.6),
- les certificats d'incapacité de travail, signés du Dr G._____, valables du 6 janvier au 31 mai 2015 (TAF pce 1 annexes 11.7 à 11.12).

Dans la prise de position du 13 septembre 2015, le Dr F._____ confirme les positions antérieures (AI vol. 3 pce 56).

11.2 Dans le dossier AI se trouvaient également les questionnaires pour l'employeur et l'assuré.

Il ressort du questionnaire pour l'employeur du 18 juin 2009 (AI vol. 1 pce 299) que l'assuré a été engagé le 25 août 2005 comme surveillant, qu'il travaillait 24 heures par semaine alors que l'horaire usuelle est de 35 heures par semaine, qu'il a gagné en 2007 7'864 euros, en 2008 12'009 euros et qu'il touchait depuis mai 2009 un salaire mensuel de 1'024 euros. L'employeur a expliqué que l'assuré assure des fonctions de surveillance et d'organisation de la vie scolaire basiques (surveillance simple, tenu du registre d'absences, mise sous pli etc.) et il appert des réponses aux questions complémentaires que son activité est exercée dans des positions alternées et qu'elle n'implique que rarement de soulever et porter des charges. Il appert du questionnaire du 7 septembre 2011 (AI vol. 2 pce 35 pp. 1 à 7) que l'assuré travaille depuis le 27 août 2007 7,6 heures par jour et 38 heures par semaine et que l'assuré touche depuis le 1^{er} septembre 2010 un salaire mensuel de 1'143 euros. L'employeur a encore mentionné les absences pour maladie du 12 au 19 mai et du 8 au 31 décembre 2009 ainsi que du 21 juin au 2 juillet et du 1^{er} au 31 octobre 2010. Des bulletins de paie de janvier 2009 à août 2011 ont également été joints (AI vol. 2 pce 35 pp. 8 à 39).

Enfin, dans le questionnaire pour la révision de rente, signé par l'assuré le 5 novembre 2013, celui-ci indique qu'il travaille depuis le 27 août 2007 7,6 heures par jour et qu'il touchait en 2013 un salaire de 1'574 euros, le bulletin de paie d'octobre 2013 est annexé (AI vol. 2 pce 118).

11.3

11.3.1 Au vu de ce qui précède, le TAF constate qu'au moment de la décision du 21 juillet 2015, l'assuré souffrait de plusieurs problèmes de santé. Les Drs H. _____ et I. _____ ont diagnostiqué le 4 octobre 2013 (AI vol. 2 pce 112 p. 38) une épilepsie post-traumatique survenue pour la première fois le 13 février 1987 et ayant motivé une hospitalisation au centre hospitalier D. _____ le 25 février 1987, un status après TCC et commotion cérébrale en 1987, des lombalgies sur spondylolisthésis de degré I de L5 sur S1 (M43.17) depuis 2009, un status après TCC avec contusion cérébrale pariétale droite, un status après fracture pariétale temporale droite, un status après fracture de l'apophyse coronéide droite, un status après fracture des 5 et 6^{ème} côtes droites et un status après fracture des incisives 12 et 22.

Eu égard aux exigences jurisprudentielles posées (cf. consid. 8.3 ci-dessus), le TAF n'a pas de raisons de mettre en cause les diagnostics des experts qui se basent sur l'étude de l'entier du dossier médical constitué par l'OAIE, remontant à 1985 (cf. AI vol. 2 pce 112 pp. 1 à 28), sur les anamnèses neurologique et rhumatologique fournies par l'assuré (pp. 30 à 33 du rapport d'expertise) et sur un examen clinique approfondi de l'assuré, au niveau neurologique (incluant un EEG pratiqué), rhumatologique, ostéo-articulaire et de la médecine interne. Les experts ont en outre décrit et expliqué les résultats en détail (pp. 33 à 38 du rapport) et il est incontesté qu'ils sont habilités en tant qu'experts de médecine interne, rhumatologie et neurologique à prendre position sur les atteintes de l'assuré. Le recourant ne formule par ailleurs pas de critiques à ce sujet.

11.3.2 Il appert du dossier médical que l'assuré présente encore d'une légère atteinte auditive unilatérale (consid. 10.1 et 11.1.2). De plus, il souffre d'un status après traumatisme du rein gauche avec hématome péri-rénal sur une lésion rénale d'aspect atypique sur l'imagerie (15 mai 2014), d'un status après embolie pulmonaire bilatérale massive (19 mai 2019) ainsi que d'un débit cardiaque ventriculaire gauche réduit (11 février 2015; consid. 11.1.6 à 11.1.9); ces dernières maladies sont apparues après l'expertise des Drs H. _____ et I. _____.

11.3.3 Comparée à la situation déterminante le 11 juillet 2005 (cf. consid. 10.1 ss ci-dessus), l'assuré a donc présenté le 21 juillet 2015 de nouveaux problèmes de santé au niveau lombaire (2009), rénale (2014), pulmonaire (2014) et cardiaque (2015).

Cela étant, s'il est incontesté que l'assuré souffre de plusieurs problèmes à la santé et doit suivre des traitements médicamenteux divers, le Tribunal rappelle que l'assurance-invalidité suisse ne couvre pas les maladies en tant que telles ou leurs traitements mais les conséquences économiques causées par les maladies. Or, ceux-ci dépendent notamment de la capacité résiduelle de travail de la personne assurée, elle-même déterminée par les limitations fonctionnelles liées aux problèmes de la santé (cf. consid. 7.1 et 7.2 ci-dessus). Dans ce sens, les remarques du recourant, invoquant que son état n'est pas stable et qu'il suit un traitement médicamenteux, ne sont pas déterminantes en soi.

Il sied donc de déterminer les limitations fonctionnelles liées aux problèmes de santé de l'assuré, sa capacité résiduelle de travail et l'évolution de celle-ci.

11.4

11.4.1 Le recourant n'avance aucun grief concret s'agissant des limitations fonctionnelles observées par les Drs H._____ et I._____ au niveau neurologique et rhumatologique et selon lesquelles il ne peut pas exercer une activité comportant un risque de blessure et impliquant les mouvements répétés du rachis et le port de charge régulier de plus de 10 kg (cf. consid. 11.1.4 ci-dessus). Le recourant ne fait que souligner que les experts ont attesté ces limitations. Pour les raisons susmentionnées (cf. consid. 11.3.1 ci-dessus), le TAF n'a pas de raisons de mettre les observations des experts en cause, celles-ci, basées sur un examen complet, étant de surcroît cohérentes et motivées en détail. Du reste, le Dr F._____ de l'OAIE a confirmé à plusieurs reprises les appréciations des experts (consid. 11.1.5 à 11.1.9) et sa description d'une activité adaptée – pas d'exposition au risque de blessures, pas de port de charge régulier de 20 kg et possibilité d'alterner les positions assises et debout – ressemble à celle de ceux-ci (cf. consid. 11.1.5 ci-dessus). Le Dr F._____ a aussi tenu compte de la chute survenue en mai 2014 et des nombreux documents médicaux émanant d'experts alors versés en cause. Dans ses prises de position détaillées des 28 juillet 2014, 1^{er} avril, 13 juin et 13 septembre 2015 (consid. 11.1.6 à 11.1.9 ci-dessus), le médecin de l'OAIE a exposé que l'évaluation du Dr I._____, s'agissant de l'épilepsie, reste valable, considérant que les différents nouveaux rapports des Drs Q._____, R._____ et Y._____ ne font toujours pas état de lésion au niveau cérébral et que les résultats de l'IRM et de l'ECC sont normaux. Le Tribunal peut donc également confirmer les explications convaincantes du Dr F._____.

Partant, le TAF retient les limitations fonctionnelles observées par les Drs H._____, I._____ et F._____.

11.4.2 Le Dr F._____ s'est aussi déterminé, dans ses avis des 28 juillet 2014, 1^{er} avril, 13 juin et 13 septembre 2015 (consid. 11.1.6 à 11.1.9 ci-dessus), sur les problèmes de santé sur le plan rénal, pulmonaire et cardiaque, survenus après l'expertise des Drs H._____ et I._____. Le médecin de l'OAIE a expliqué que la maladie cardiaque est compatible avec l'exercice d'une activité professionnelle légère et que l'accident de 2014 suivi de l'embolie pulmonaire a causé une incapacité de travail temporaire. Il n'a pas fait état de limitations supplémentaires. Le TAF n'a pas de raisons de mettre en doute les appréciations motivées et cohérentes du médecin de l'OAIE, fondées sur les nombreux rapports produits par l'assuré, émanant des spécialistes médicaux respectifs. Du

reste, le recourant qui prétend que l'accident de mai 2014 a eu de graves conséquences ne décrit pas des limitations y relatives.

11.4.3 En résumé, le TAF constate que le recourant présente des limitations fonctionnelles au niveau neurologique, rhumatologique et cardiaque. Il ne peut plus exercer une activité comportant un risque de blessure et impliquant le port de charge régulier de plus de 10 ou 20 kg et les mouvements répétés du rachis ; une activité adaptée doit lui permettre d'alterner les positions assises et debout. De plus, le problème cardiologique n'exclut pas l'exercice d'une profession légère.

11.5 Compte tenu des limitations observées, il est incontesté entre les parties que l'assuré ne peut plus poursuivre les activités de manœuvre dans le domaine de l'agriculture, de chauffeur-livreur, d'aide-géomètre, d'agent de C._____, exercées avant l'octroi de la rente d'invalidité, pour motif de l'épilepsie notamment, ces activités n'étant plus adaptées, comportant soit un risque de blessures pour l'assuré et autrui soit un risque accru de fatigue et, partant, de crises, en tant que profession exercée la nuit (cf. questionnaire pour l'employeur, signé par C._____ le 24 août 1992 [AI vol. 1 pce 43 pp. 3 s.]). L'assuré présente donc dans ces professions une incapacité de travail totale ce qui, du reste, était déjà valable le 11 juillet 2005.

Par contre, le recourant peut toujours exercer une activité adaptée à ses limitations et l'activité de surveillant d'un lycée que l'assuré exerce depuis le 25 août 2005 répond parfaitement aux limitations retenues ; les Drs H._____, I._____ et F._____ ainsi que l'OAIE le remarquent à juste titre. En effet, l'assuré assure des simples fonctions de surveillance et d'organisation de la vie scolaire et son activité est exercée dans des positions alternées ne comportant que rarement de soulever et porter des charges (cf. consid. 11.2 ci-dessus). Partant, l'activité exercée par la recourant est exigible. Le recourant qui conteste cette évaluation omet d'expliquer pour quelle raison cette appréciation, tenant compte de ses limitations, n'est pas justifiée ; le TAF a déjà remarqué qu'il ne décrit pas d'autres limitations (cf. consid. 11.4.1 et 11.4.2).

11.6 L'appréciation de la capacité résiduelle de travail de l'assuré et son évolution est encore litigieuse entre les parties. L'OAIE soutient, se basant sur les avis du Dr F._____, que l'assuré présente une capacité résiduelle de travail de 80% au moins depuis le 1^{er} août 2005 et qu'il a présenté du 15 mai au 19 août 2014 une incapacité de travail totale temporaire.

11.6.1 Pour la période allant jusqu'au 23 août 2013, lorsque l'expertise médicale a été réalisée, le TAF constate que les Drs H._____ et I._____ ne se sont pas prononcés précisément, ni sur le degré de la capacité résiduelle de travail ni sur son évolution s'agissant de la comitialité dont l'assuré souffre. Si les experts ont clairement attesté sur le volet rhumatologique que la capacité de travail de l'assuré est de 100% dans une activité respectant les limitations fonctionnelles, ils ont remarqué du point de vue neurologique qu'une fatigue peut être pré-disposante à des crises et que les crises provoquent une asthénie transitoire mais également que le handicap de l'assuré est mineur, sans déficit neurologique, ne l'empêchant pas de vaquer à ses occupations quoique à un rendement moindre ; par ailleurs, ils ont estimé que l'état pourrait être amélioré avec un meilleur traitement suivi (cf. consid. 11.1.4 ci-dessus). S'agissant de l'évolution de la capacité de travail depuis le 6 juillet 2005, les experts ont noté (AI vol. 2 pce 112 pp. 40 et 43) que l'assuré a commencé son activité en 2005 initialement sur une base temporaire, erratique et ponctuelle et que ce n'était que plus tard, en 2006, qu'il a pu avouer à son employeur qu'il présentait des crises comitiales, ce qui l'a stabilisé. En 2006, ils décrivent que l'assuré a estimé qu'il pouvait vaquer à ses occupations de façon adéquate, alors que durant cette période, il présentait des crises comitiales sur une base plus fréquentes qu'actuellement.

Contrairement au médecin Dr F._____ qui a estimé que l'assuré présentait depuis le 1^{er} août 2005 une capacité résiduelle de travail de 80% au moins, le TAF peut suivre les remarques des experts, faisant état d'une progression de la capacité de travail de l'assuré depuis août 2005, certes basées principalement sur les déclarations de ce dernier, mais aussi corroborées par le fait qu'une reprise progressive était indiquée en raison de la longue absence de l'assuré du marché du travail depuis 1991 (questionnaire pour l'employeur du 24 août 1992 [AI vol. 1 pce 43]) et, du reste, conseillée médicalement par le Prof. J._____ et le Dr K._____ du centre hospitalier D._____, qui ont examiné l'assuré le 21 janvier 2004 (cf. consid. 10.1 ci-dessus) ; il est rappelé que ces experts avaient conseillé une reprise progressive de travail à 50% pendant 3 à 6 mois, puis 75% pendant 6 à 12 mois et 100% à partir de 12 mois. Le TAF fait donc sienne cette appréciation, l'évaluation des experts du centre hospitalier D._____ se trouvant, de surcroît, temporellement le plus proche de la reprise de travail effective par l'assuré. En conséquence, le TAF retient que l'assuré a présenté une capacité résiduelle de travail de 50% du 25 août 2005 au 28 février 2006 et de 75% du 1^{er} mars au 31 août 2006.

S'agissant de la capacité résiduelle de travail dès le 1^{er} septembre 2006, le TAF confirme l'évaluation du Dr F. _____, attestant une réduction de la capacité de travail de 20%, dans le sens qu'il retient que la capacité résiduelle de travail de l'assuré est entière mais que son rendement est réduit de 20%. De cette manière, il est tenu compte des observations des Drs H. _____ et I. _____ selon lequel l'assuré exerce son activité à un rendement moindre à cause de ses limitations. Les incapacités de travail temporaires, du 12 au 19 mai et du 8 au 31 décembre 2009 ainsi que du 21 juin au 2 juillet et du 1^{er} au 31 octobre 2010, que l'assuré a présentées (cf. le questionnaire pour l'employeur du 7 septembre 2011; consid. 11.2) – le recourant a invoqué dans la présente procédure celle de décembre 2009 – ne peuvent pas mettre en doute cette appréciation, ces incapacités de quelques jours, ne dépassant jamais un mois, ne sont pas déterminantes au sens de la loi (cf. art. 88a al. 1 RAI cité [consid. 6.5.1 ci-dessus]).

Le TAF retient alors les capacités résiduelles de travail suivantes : 50% du 25 août 2005 au 28 février 2006, 75% du 1^{er} mars au 31 août 2006 et 100%, avec un rendement de 80% à compter du 1^{er} septembre 2006. Le fait que ces capacités médicalement attestées ne correspondent pas dans un premier temps – du 25 août 2005 au 27 août 2007 – aux taux d'activité réellement poursuivis par l'assuré n'est pas déterminant. Si du 25 août 2005 au 28 février 2006, l'assuré a travaillé à un taux de 69% – 24 heures par semaines alors que 35 heures par semaines étaient usuelles (cf. 11.2 ci-dessus) – la capacité de travail de 50% tient compte du fait que son rendement était réduit en raison des absences et de la fatigue liées aux crises, de presque 20%, telle qu'observée par les Drs H. _____ et I. _____ et attestée par le Dr F. _____. Pour la période à compter du 1^{er} mars 2006, il ressort des évaluations médicales que l'assuré aurait pu augmenter son taux de travail correspondant à sa capacité de travail médicalement établie – soit dès le 1^{er} mars 2006 à 75%, un peu plus que les 69% réellement poursuivis, et dès le 1^{er} septembre 2006 à 100% – et le recourant n'avance aucun argument démontrant l'inadéquation de cette évaluation alors que lorsque celle-ci se fonde comme en l'occurrence sur une appréciation très détaillée et motivée de l'état de santé du recourant (cf. aussi consid. 11.1, 11.3 ss), il appartient à celui-ci, s'il entend la remettre en cause, de faire état d'éléments ignorés ou contradictoires (cf. consid. 8.3 ci-dessus). Dès lors, si l'assuré n'a augmenté son activité que dès le 27 août 2007 à 100% – 38 heures de travail par semaine alors que 35 heures étaient usuelles (cf. consid. 11.2) – c'est pour des raisons étrangères à ses maladies dont l'assurance-invalidité ne tient pas compte.

Enfin, cette appréciation des capacités de travail n'est pas en contradiction avec l'arrêt C-697/2010 cité du TAF (consid. 10.3), le Tribunal ayant considéré que l'on ne saurait exclure l'éventualité d'une capacité de travail supérieure à 50%.

11.6.2 Pour la période après le 23 août 2013, le Dr F._____ de l'OAIE a admis que l'assuré a présenté une incapacité de travail totale du 15 mai au 19 août 2014 (consid. 11.1.6 à 11.1.9). L'OAIE a expliqué cette position en détail dans la décision querellée.

Le TAF a déjà constaté que le médecin de l'OAIE s'est déterminé en détail sur les problèmes de santé sur le plan rénal, pulmonaire et cardiaque, survenus après l'expertise des Drs H._____ et I._____, se basant sur les nombreux rapports médicaux de spécialistes, et que ses appréciations sont motivées et cohérentes (cf. consid. 11.4.2 ci-dessus).

Concrètement, le TAF peut confirmer la limite fixée au 19 août 2014 des suites des événements de mai 2014, cette date correspondant à la date du rapport du Dr Y._____, neurologue qui a noté que depuis mai 2014 il n'y a pas eu d'autres événements neurologiques (consid. 11.1.9). Auparavant, le 2 juillet 2014, le Dr V._____, urologue a en outre remarqué une évolution favorable du traumatisme du rein gauche (cf. consid. 11.1.9). Le Dr F._____, a aussi expliqué que les rapports postérieurs, des 26 janvier, 18 février et 7 mai 2015, des Drs V._____, W._____ (du centre de pneumologie et d'allergologie) et Y._____ confirment que les suites sont guéries, ne faisant pas état de constats médicaux graves et ne conseillant pas de mesures médicales particulières (cf. consid. 11.1.8). En outre, au niveau cardiaque, le rapport du 11 février 2015 du Dr Bb._____ et les examens ultérieurs relèvent (consid. 11.1.7 à 11.1.9) que l'assuré ne souffre pas d'une pathologie cardiaque lourde incompatible avec une activité légère. Ainsi, à l'instar du Dr F._____, le TAF retient que les prolongations de l'incapacité de travail par le médecin traitant de l'assuré jusqu'au 30 septembre 2014 et du 6 janvier au 31 mai 2015, qui, du reste, ne sont pas motivées, ne sont justifiées par aucune pathologie objectivable plausible. A ce sujet, le TAF rappelle qu'il est constant que les médecins traitants sont généralement enclin, en cas de doute, à prendre parti pour leur patient en raison de la relation de confiance qui les unit à ce dernier (ATF 125 V 351 consid. 3b/cc et les références citées) et que, dès lors, leurs appréciations peuvent avoir une valeur de preuve moindre.

Partant, le TAF peut faire sienne l'appréciation du Dr F._____.

11.6.3 Le TAF ne peut pas suivre les arguments du recourant.

L'appréciation de sa capacité résiduelle de travail se fonde sur une évaluation très détaillée et motivée de son état de santé aussi de celui survenu après l'expertise des Drs H. _____ et I. _____ (cf. consid. 11.3 ss ci-dessus). Le TAF a aussi remarqué que les différentes maladies dont l'assuré souffre et les traitements médicaux suivis ne démontrent pas en soi qu'il est invalide au sens de la loi, encore faut-il que ses maladies causent des limitations fonctionnelles pouvant donner lieu à une perte de gain (cf. consid. 11.3.3). Or, le recourant n'a pas décrit des limitations fonctionnelles autres que celles retenues par les Drs H. _____, I. _____ et F. _____ (cf. consid. 11.4.1 et 11.4.2) et son activité de surveillant dans un lycée est parfaitement adaptée et exigible (consid. 11.5, 11.6.1) ; les incapacités de travail de courtes durées, présentées en 2009 et 2010, ne sont pas déterminantes (cf. consid. 11.6.). Par ailleurs, contrairement à ce que prétend le recourant, l'exercice de son activité confirme l'exigibilité des capacités de travail retenues, son travail parfaitement adapté étant exercé avec succès depuis août 2005 déjà (cf. aussi consid. 11.6.1). L'assuré touchant, de surcroît, un salaire non négligeable pour cette activité, celle-ci ne constitue pas une simple activité d'intégration ou de réhabilitation sociale comme il tente de la présenter ; d'ailleurs, il est rappelé que selon la jurisprudence il est présumé que le salaire effectif correspond à la valeur du travail fourni (cf. ATF 117 V 8 consid. 2c/aa; MICHEL VALTERIO, op. cit., ch. 2072 p. 550) et qu'en l'espèce, ni le recourant ni son employeur ne soutiennent le contraire.

Enfin, il sied de rappeler que selon un principe général valable en assurances sociales, la personne assurée a l'obligation de diminuer le dommage et doit entreprendre de son propre chef tout ce qu'on peut raisonnablement attendre d'elle afin d'atténuer autant que possible les conséquences de son invalidité (cf. art. 7 LAI; notamment : ATF 138 V 457 consid. 3.2; ULRICH MEYER-BLASER, Zum Verhältnismässigkeitsgrundsatz im staatlichen Leistungsrecht, thèse, Berne 1985, p. 131). Cette obligation implique notamment que l'on peut exiger de la part de l'assuré qu'il accepte une activité professionnelle adaptée à son état de santé afin de réduire sa perte de gain (cf. art. 6 LPGA cité) et qu'il s'intègre de son propre chef dans le marché du travail (à titre d'exemple : arrêt du TF 9C_899/2015 du 4 mars 2016 consid. 4.3.1 ; VSI 1999 p. 247 consid. 1 et références).

11.7 Le recourant argue encore que l'OAIE n'a pas apporté la preuve que son état s'est amélioré. Or au vu de tout ce qui précède, cet argument est infondé. En effet, si comparée à la situation déterminante le 11 juillet 2005

(cf. consid. 9 et 10.1 ss), l'assuré souffre le 21 juillet 2015 certes d'autres maladies encore (cf. consid. 11.3.3), une amélioration déterminante de son état au sens de l'assurance-invalidité est néanmoins survenue, l'assuré ayant pu augmenter sa capacité de travail à compter du 25 août 2005, l'incapacité temporaire en 2014 étant réservée.

11.8 En conclusion, le TAF considère qu'il est établi, au degré de la vraisemblance prépondérante (cf. consid. 8.4), que l'assuré a présenté une capacité résiduelle de travail de 50% du 25 août 2005 au 28 février 2006 et de 75% du 1^{er} mars au 31 août 2006. A partir du 1^{er} septembre 2006, sa capacité de travail est entière mais son rendement est réduit à 80%. L'assuré a encore présenté une incapacité totale du 15 mai au 19 août 2014. Comparée à la situation prévalant en 2005 (cf. consid. 10.3), l'état de l'assuré s'est donc notablement amélioré à compter du 25 août 2005, l'incapacité temporaire en 2014 étant réservée (cf. consid. 11.7). Cette amélioration peut donner lieu à une révision de la rente au sens de l'art. 17 LPGA cité.

12.

Il reste à examiner le taux d'invalidité de l'assuré et son droit à une rente.

12.1 A titre initial, il est rappelé que la suppression de la rente avec effet rétroactif, conformément à l'art. 88a al. 2 let. b RAI en relation avec l'art. 77 RAI (cf. consid. 6.6), a déjà été admise par le TAF dans son arrêt C-697/2010 cité. Le Tribunal a alors noté que la cessation du droit à une rente entière à partir du 25 août 2005 apparaissait établie, l'assuré ayant eu l'obligation d'annoncer à l'OAIE sa prise d'emploi le 25 août 2005 et les motifs invoqués par l'assuré pour justifier son silence n'étaient pas pertinents (consid. 10.4). Ces constatations du TAF restent toujours valables, les allégations du recourant qui prétend le contraire sont dépourvues de tout fondement.

12.2 En vertu des art. 16 LPGA et 28 al. 2 LAI en vigueur jusqu'au 31 décembre 2007 (correspondant à l'art. 28a al. 1 LAI en vigueur depuis lors), le taux d'invalidité d'une personne exerçant une activité lucrative est fixé d'après la méthode ordinaire de comparaison des revenus. Ainsi le revenu que la personne assurée aurait pu obtenir si elle n'était pas invalide (revenu sans invalidité) est comparé avec celui qu'elle pourrait obtenir en exerçant l'activité qui peut être raisonnablement exigée d'elle après les traitements et les mesures de réadaptation, sur un marché du travail équilibré (revenu d'invalide). La différence entre ces deux revenus permet de calculer le taux d'invalidité.

12.3 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 de ses problèmes de santé.

S'agissant du revenu d'invalidé, le Tribunal fédéral a précisé que lorsque l'activité exercée après la survenance de l'atteinte à la santé repose sur des rapports de travail particulièrement stables, qu'elle met pleinement en valeur la capacité de travail résiduelle exigible et que le gain obtenu correspond au travail effectivement fourni et ne contient pas d'éléments de salaire social – il est présumé que le salaire effectif correspond à la valeur du travail fourni (cf. consid. 11.7) – c'est le revenu effectivement réalisé qui doit être pris en compte pour fixer le revenu d'invalidé (ATF 126 V 75 consid. 3b/aa; cf. arrêt du TF 9C_363/2016 cité consid. 5.3.2; pour le salaire sans invalidité : ATF 129 V 222 consid. 4.3.1; cf. aussi arrêt du TF 9C_363/2016 du 12 décembre 2016 consid. 5.3.1).

12.4 Selon la jurisprudence, à défaut d'un salaire de référence, un salaire théorique doit être évalué sur la base des statistiques salariales. Pour le marché du travail suisse il s'agit des enquêtes sur la structure des salaires (ESS), publiées par l'Office fédéral de la statistique (OFS; ATF 139 V 592 consid. 2.3, 135 V 297 consid. 5.2, 129 V 472 consid. 4.2.1, 126 V 75 consid. 3b/aa et bb; arrêts du TF 9C_363/2016 cité consid. 5.3.1 s., 9C_719/2015 du 3 juin 2016 consid. 5.1).

Dans certains cas, le revenu d'invalidé déterminé d'après les données statistiques doit être réduit afin de tenir compte des circonstances personnelles et professionnelles de la personne assurée (limitations liées au handicap, âge, années de service, nationalité/catégorie d'autorisation de séjour et taux d'occupation), susceptibles de diminuer ses possibilités de réaliser un gain se situant dans la moyenne, applicable aux employés qui ne sont pas invalides, sur le marché ordinaire de l'emploi (ATF 134 V 322 consid. 5.1, 126 V 75). La jurisprudence n'admet cependant pas de déduction globale supérieure à 25% (ATF 126 V 75 consid. 5). La hauteur de la réduction dépend de chaque cas d'espèce – une réduction automatique n'est pas admissible (arrêt du Tribunal fédéral 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. Le pouvoir d'examen du Tribunal portant également sur l'opportunité d'une décision (cf. consid. 2.1 ci-dessus), le TAF doit, lorsqu'il examine l'usage de ce pouvoir d'appréciation pour fixer l'étendue de l'abattement, porter son attention sur les différentes solutions qui s'offraient à l'administration et voir

si un abattement plus ou moins élevé (mais limité à 25%) 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; arrêts du TF 8C_800/2017 du 21 juin 2018 consid. 4.2, 9C_481/2017 du 1^{er} décembre 2017 consid. 3.2).

12.5 Le Tribunal fédéral a également précisé qu'afin de permettre une comparaison des revenus, les salaires à comparer doivent se fonder sur un même marché du travail, les salaires et le coût de la vie n'étant pas les mêmes d'un pays à l'autre et ne permettant ainsi pas une comparaison objective des revenus en question (ATF 110 V 273 consid. 4b; notamment : arrêts du TF 8C_300/2015 du 10 novembre 2015 consid. 7.1, 8C_1043/2009 du 15 avril 2010 consid. 4.2, I 396/05 du 15 juin 2006 consid. 6.2).

12.6 Enfin, pour procéder à la comparaison des revenus, il convient de se placer au moment de la naissance du droit à la rente. En outre, les revenus à comparer doivent être déterminés par rapport à un même moment et les modifications de ces revenus susceptibles d'influencer le droit à la rente survenues jusqu'au moment où la décision est rendue doivent être prises en compte (ATF 132 V 393 consid. 2.1, 129 V 222 consid. 4.1 et 4.2 et 128 V 174; arrêt du TF 9C_607/2015 du 20 avril 2016 consid. 5.3.2). De plus, l'autorité doit se fonder sur les données les plus récentes disponibles au moment de la décision (ATF 143 V 295 consid. 4; arrêt du TF 9C_699/2015 du 6 juillet 2016 consid. 5.2).

12.7

12.7.1 En l'occurrence, bien que l'assuré ait repris en France une activité lucrative à partir du 25 août 2005 et touche un revenu d'invalidité, l'OAIE a déterminé le degré d'invalidité compte tenu du marché suisse (AI vol. 2 pce 122) conformément aux consignes du TAF qui a remarqué dans l'arrêt C-697/2010 cité que l'OAIE devait effectuer une nouvelle comparaison des revenus selon l'enquête suisse sur la structure de salaire, en principe basée sur l'année 2005 (consid. 10.3). Cette manière de faire permet en effet une comparaison des revenus sur le même marché du travail (cf. consid. 12.5 dessus).

12.7.2 L'OAIE a déterminé le revenu sans invalidité compte tenu du salaire mensuel que l'assuré gagnait de janvier à juillet 1991 chez C. _____ (cf. AI vol. 1 pce 43 pp. 3 s.), sa dernière activité professionnelle poursuivie avant qu'une rente d'invalidité a été accordée à compter du 1^{er} août 1992.

Il a alors déterminé un salaire mensuel moyen de 4'880.60 francs, y compris le 13^{ème} salaire. Indexé à 2005, lorsque la capacité de travail de l'assuré s'est améliorée, le revenu sans invalidité se montait à 6'005.04 francs (1939=100; 1991=1'619, 2005=1'992 pour un homme). Pour 2006, l'OAIE a retenu le montant de 6'071.36 francs.

12.7.3 S'agissant du calcul du salaire avec invalidité, l'Office intimé s'est ensuite fondé sur les données statistiques 2006 et a déterminé un salaire moyen de 4'699.38 francs dans le commerce de gros, commerce de détail, branche des services fournis aux entreprises et branche des autres services collectifs et personnels. Le TAF préfère se baser sur les données 2004 et retient, conformément à la jurisprudence (ATF 124 V 321 consid. 3b/aa; arrêt du TF 9C_237/2007 du 24 août 2007 consid. 5.1 et 5.2, non publiés dans les ATF 133 V 545), le salaire mensuel brut pour un homme exerçant des activités simples et répétitives dans le secteur privé (salaire total) de 4'588 francs pour 40 heures par semaine, respectivement de 4'782.99 francs pour 41.7 heures par semaine usuelles. Indexé à 2005 (2004=1'975, 2005=1'992), le salaire s'élève à 4'824.16 francs et indexé à 2006, à 4'877.44 francs (2006=2'014).

L'OAIE n'a pas pratiqué d'abattement sur ces valeurs statistiques. Pour motifs il a invoqué le jeune âge de l'assuré qui en 2005 avait 39 ans, ses limitations fonctionnelles légères mais aussi le fait que les effets contraignants de l'atteinte à la santé ont déjà été pris en compte lors de l'appréciation de sa capacité résiduelle de travail. Le TAF peut entièrement faire sienne cette évaluation. De plus, il est rappelé que lorsque – comme en l'occurrence – un assuré est capable de travailler à plein temps mais avec une diminution de rendement, celle-ci est prise en considération dans la fixation de la capacité de travail et il n'y a pas lieu, en sus, d'effectuer un abattement à ce titre (arrêts du TF 9C_122/2017 du 20 décembre 2017, 9C_677/2012 du 3 juillet 2013 consid. 2.2; 8C_93/2013 du 16 avril 2013 consid. 5.4 et les références).

12.7.4 Pour la période du 25 août 2005 au 28 février 2006 pendant laquelle la capacité de travail de l'assuré a été de 50%, le revenu d'invalidité s'élève à 2'412.08 francs (50% de 4'824.16 francs).

La comparaison des revenus fait apparaître une perte de gain de 3'592.96 francs (6'005.04 francs – 2'412.08 francs), correspondant à un taux d'invalidité de 59.83% (3'592.96 francs / 6'005.04 francs x 100%), soit de 60% arrondi selon les règles mathématiques usuelles (ATF 130 V 121 consid. 3; arrêt du TF 9C_439/2007 du 28 février 2007 consid. 3.2; MICHEL

VALTERIO, op. cit., ch. 2039 p. 540) qui donne droit à trois quart de rente eu égard à l'art. 28 al. 1 LAI alors en vigueur (cf. consid. 7.3 ci-dessus). Cette amélioration de la capacité de gain peut être retenue à partir du 1^{er} décembre 2005, conformément à l'art. 88a al. 1 RAI et son délai de 3 mois (cf. consid. 6.5.1). Au sens des art. 17 LPGA et 88^{bis} al. 2 let. b RAI cités (cf. consid. 6.1, 6.6 et 12.1 ci-dessus), l'assuré n'a donc plus droit qu'à trois quart de rente dès le 1^{er} décembre 2005.

12.7.5 Pour la période du 1^{er} mars au 31 août 2006 pendant laquelle la capacité de travail de l'assuré a été de 75%, le revenu d'invalidité s'élève à 3'658.08 francs (75% de 4'877.44 francs).

La comparaison des revenus fait apparaître une perte de gain de 2'413.28 francs (6'071.36 francs – 3'658.08 francs), correspondant à un taux d'invalidité de 39.75% (2'413.28 francs / 6'071.36 francs x 100%), soit de 40% arrondi, ce qui donne droit à un quart de rente eu égard à l'art. 28 al. 1 LAI alors en vigueur. Conformément à l'art. 88a al. 1 RAI cité (cf. consid. 5.6), cette amélioration de la capacité de gain peut être prise en compte à partir du 1^{er} juin 2006 ; partant, dès le 1^{er} juin 2006, l'assuré n'a plus droit qu'à un quart de rente au sens des art. 17 LPGA et 88^{bis} al. 2 let. b RAI.

12.7.6 Pour la période à partir du 1^{er} septembre 2006 pendant laquelle la capacité de travail de l'assuré est entière mais son rendement réduit de 20%, le revenu d'invalidité s'élève à 3'901.95 francs (80% de 4'877.44 francs).

La comparaison des revenus fait apparaître une perte de gain de 2'169.41 francs (6'071.36 francs – 3'901.95 francs), correspondant à un taux d'invalidité de 35.73% (2'169.41 francs / 6'071.36 francs x 100%) qui ne donne plus droit à une rente eu égard à l'art. 28 al. 1 LAI alors en vigueur. Conformément à l'art. 88a al. 1 RAI cité, la suppression de la rente peut être prise en compte à partir du 1^{er} décembre 2006. Au sens des art. 17 LPGA et 88^{bis} al. 2 let. b RAI, la rente d'invalidité du recourant doit être supprimée à compter de cette date.

12.7.7 S'agissant de l'incapacité de travail totale du 15 mai au 19 août 2014, le TAF remarque que celle-ci ne donne pas droit à une rente en vertu de l'art. 28 al. 1 LAI, dans sa version en vigueur depuis le 1^{er} janvier 2008, qui prévoit notamment comme condition une incapacité de travail d'au moins 40% en moyenne durant une année (let. b). En outre, les conditions de l'art. 29^{bis} RAI en relation avec l'art. 88a al. 2 RAI (cf. consid. 6.5.2) ne

sont pas remplies, la suppression de la rente au 1^{er} décembre 2006 remontant à plus de trois ans.

12.8 En conclusion, le TAF constate que la rente d'invalidité entière de l'assuré doit être réduite à compter du 1^{er} décembre 2005 à trois quart de rente et à compter du 1^{er} juin 2006 à un quart de rente. A partir du 1^{er} décembre 2006, le recourant n'a plus droit à une rente d'invalidité.

13.

Au vu de ce qui précède, le recours est partiellement admis et la décision litigieuse annulée et réformée dans le sens que la rente d'invalidité entière de l'assuré est réduite à compter du 1^{er} décembre 2005 à trois quart de rente et à compter du 1^{er} juin 2006 à un quart de rente. A partir du 1^{er} décembre 2006, le recourant n'a plus droit à une rente d'invalidité.

14.

Il reste à déterminer la participation aux de frais de la présente procédure et l'allocation de dépens.

14.1 En règle générale, les frais de procédure sont à la charge de la partie qui succombe (art. 63 al. 1, 1^{ère} phrase PA) ; a contrario, la partie qui a obtenu gain de cause ne doit en principe pas ces frais (cf. aussi art. 63 al. 3 PA). Si la partie est partiellement déboutée, les frais sont réduits (art. 63 al. 1, 2^{ème} phrase PA).

En l'espèce, le recours est partiellement admis (cf. à ce sujet : MICHAEL BEUSCH, Kommentar zum Bundesgesetz über das Verwaltungsverfahren (VwVG), 2008, art. 63 ch. 13, p. 807; ATF 123 V 156 consid. 3c). Le Tribunal estime que le recourant qui a conclu au maintien à une rente d'invalidité a gagné dans une moindre mesure, soit à $\frac{1}{4}$, de sorte qu'il doit participer aux frais de procédure à hauteur de 300 francs ($\frac{3}{4}$). Ce montant est prélevé sur l'avance de frais de 400 francs versée par le recourant (TAF pces 4 et 6). Le solde de 100 francs lui est restitué dès l'entrée en force du présent arrêt.

Aucun frais de procédure n'est mis à la charge de l'office intimé (cf. art. 63 al. 2 PA).

14.2 Il n'est pas alloué de dépens, le recourant ayant agi sans représentation professionnelle et n'ayant dû supporter des frais élevés, et l'OAIE n'y ayant pas droit en tant qu'autorité (cf. art. 64 al. 1 PA et art. 7 du

règlement concernant les frais, dépens et indemnités fixés par le Tribunal administratif fédéral [FITAF, RS 173.320.2]).

Par ces motifs, le Tribunal administratif fédéral prononce :

1.

Le recours est admis partiellement et la décision du 21 juillet 2015 annulée et réformée dans le sens que la rente d'invalidité entière de l'assuré est réduite à compter du 1^{er} décembre 2005 à un trois quart de rente et à compter du 1^{er} juin 2006 à un quart de rente. A partir du 1^{er} décembre 2006, le recourant n'a plus droit à une rente.

2.

Les frais de procédure s'élèvent à 400 francs. Le recourant y participe à hauteur de 300 francs. Ce montant est prélevé sur l'avance de frais de procédure de 400 francs dont le recourant s'est acquittée. Le solde de 100 francs lui est remboursé.

3.

Il n'est pas alloué de dépens.

4.

Le présent arrêt est adressé :

- au recourant (Recommandé avec avis de réception)
- à l'autorité inférieure (n° de réf. [...] ; Recommandé)
- à l'Office fédéral des assurances sociales (Recommandé)

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

La présidente du collège :

La greffière :

Madeleine Hirsig-Vouilloz

Barbara Scherer

Indication des voies de droit :

La présente décision peut être attaquée devant le Tribunal fédéral, Schweizerhofquai 6, CH-6004 Lucerne, Suisse 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 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 :