Bundesverwaltungsgericht
Tribunal administratif fédéral
Tribunale amministrativo federale
Tribunal administrativ federal

Le TF a refusé d'entrer en matière sur le recours par décision du 30.01.2024 (9C_701/2023)

Cour III
C-5350/2018

Arrêt du 8 septembre 2023

Composition

Madeleine Hirsig-Vouilloz (présidente du collège),
Christoph Rohrer, Vito Valenti, juges,
Julien Borlat, greffier.

Parties

A._____**,** (Espagne)
recourant,
contre

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

Objet

Assurance-invalidité; maintien du quart de rente;
décision du 28 août 2018.

Faits :

A.
A._____, né le (…) 1960, est un ressortissant espagnol. Il s'est marié une première fois le (…) 1991 et a divorcé le (…) 2002 ; il s'est ensuite remarié en date du (…) 2003, avant de divorcer à nouveau le (…) 2005. Il est le père de deux enfants, nés en 1991 et 2005. Il a travaillé en Suisse dans le domaine de la restauration, de janvier 1978 à décembre 1990, et cotisé à l'assurance-vieillesse, survivants et invalidité suisse, suite de quoi il est parti vivre en Espagne. Il a travaillé dans ce pays en tant qu'indépendant comme gérant de bar-restaurant ; dès le mois de février 2011, il a réduit son taux d'activité, avant de cesser toute activité professionnelle en date du 27 juillet 2011, pour des raisons de santé (OAIE pces 2, 3, 5, 8, 9, 15, 29, 31, 40, 42, 48, 49, 53).

B.

B.a En date du 13 septembre 2012, l'intéressé a déposé une demande de prestations de l'assurance-invalidité auprès de l'Office de l'assurance-invalidité pour les assurés résidant à l'étranger (OAIE), qui l'a enregistrée le 19 novembre 2012 (OAIE pce 5).

B.a.a Sur la base de la documentation médicale versée au dossier, l'OAIE a rendu le 26 juillet 2013 une décision accordant à l'assuré un quart de rente d'invalidité à compter du 1er mars 2013. L'incapacité de travail retenue dans l'activité habituelle était de 50 % dès le 27 février 2011 et de 80 % dès le 26 juillet 2011, celle dans une activité adaptée était de 30 % à partir du 27 février 2011. Le tout donnait un degré d'invalidité de 42 % (OAIE pces 63 et 67). Aucun recours n'a été déposé contre cette décision, qui est ainsi entrée en force.

B.a.b Par une deuxième décision du 25 février 2014, l'OAIE a alloué à la seconde ex-épouse de l'assuré un quart de rente pour enfant (la fille cadette) liée à la rente du père dès le 1er mars 2013 (OAIE pce 96).

B.b Par courrier daté du 6 mars 2014 (OAIE pce 99), l'Institut national de sécurité sociale espagnol (INSS) a transmis deux nouveaux documents à l'OAIE, dont il ressortait notamment que l'assuré touchait une nouvelle rente d'invalidité en Espagne depuis le 7 février 2014, pour un montant annuel de 4'893,84 euros (OAIE pce 97), et qu'il présentait de nouvelles atteintes à la santé, à savoir une ostéonécrose des condyles fémoraux, une

dégénérescence de la corne postérieure du ménisque interne et des gonalgies chroniques à droite, ainsi qu'un hallux valgus du pied droit (OAIE pce 98).

B.b.a Invité par l'autorité inférieure le 21 mars 2014 à se déterminer sur la suite qu'il entendait donner à ces nouveaux documents, l'assuré a demandé, par courrier du 31 mars 2014, à ce que sa rente d'invalidité soit révisée (OAIE pces 100, 102).

B.b.b Par décision du 1er avril 2015, l'OAIE a rejeté la demande de révision de l'intéressé et confirmé le droit à un quart de rente, suivant son service médical et considérant notamment que même la réalisation d'une arthrodèse de la cheville gauche, comme suggérée par les médecins espagnols, ne modifierait pas la capacité de travail résiduelle (OAIE pce 142).

B.b.c Le 14 avril 2015, l'assuré a recouru devant le Tribunal administratif fédéral (ci-après : TAF ou Tribunal) contre cette décision. Il a à nouveau fait valoir qu'un taux de 75 % lui avait été concédé en Espagne et a conclu à ce qu'une invalidité totale lui soit reconnue en Suisse, tout en annexant des pièces dont la plupart figuraient déjà au dossier (OAIE pce 147).

B.b.d Par arrêt C-2394/2015 du 10 juillet 2017, le TAF a constaté, sur la base de la documentation médicale au dossier, que la santé psychique (consid. 7.1.1 de l'arrêt) et la cardiopathie du recourant ne s'étaient pas dégradées depuis la dernière décision entrée en force d'une façon propre à motiver une révision du taux d'invalidité (consid. 7.1.2 de l'arrêt), mais que la question de l'influence des nouvelles atteintes au niveau des membres inférieurs sur la capacité de travail du recourant n'avait pas été suffisamment instruite (consid. 7.1.3 de l'arrêt). Il a ainsi partiellement admis le recours, en ce sens qu'il a annulé la décision attaquée et renvoyé la cause à l'OAIE afin qu'il complète l'instruction en ordonnant une nouvelle expertise orthopédique qui réponde aux réquisits jurisprudentiels en matière de valeur probante et qui établisse s'il existe une aggravation de la santé du recourant selon l'AI, avec ensuite un nouvel examen par son service médical, et qu'il rende une nouvelle décision (OAIE pce 155).

B.b.e En vue de mettre en œuvre cet arrêt, l'OAIE a invité l'INSS le 10 octobre 2017 à soumettre l'assuré à une nouvelle visite médicale et à lui faire parvenir certains documents médicaux (OAIE pce 160).

B.b.f Après vérification de la documentation reçue, le médecin du service médical de l'OAIE, le Dr B._____, médecin FMH en médecine interne générale et médecin SMR certifié, a relevé le 28 février 2018 qu'il manquait un rapport orthopédique détaillé en particulier en ce qui concerne le genou, le rapport E 213 remis étant trop succinct à cet égard pour remplir les exigences jurisprudentielles même si l'on pouvait en conclure indirectement que l'atteinte du genou restait un problème secondaire. Il a constaté en revanche que le dossier cardiologique et psychiatrique ne montrait pas de modification manifeste. Il a conclu qu'il fallait demander un rapport orthopédique circonstancié (OAIE pce 172).

B.b.g Par courriers des 2 mars et 2 mai 2018, l'autorité inférieure a invité l'INSS à fournir le document manquant (OAIE pces 174, 176). Celui-ci a transmis un nouveau rapport E 213 daté du 22 mai 2018 (OAIE pce 177 p. 1 à 13) et deux autres documents médicaux (OAIE pces 178, 179).

B.b.h Le 13 juin 2018, le service médical de l'OAIE, par son même médecin, a, à la lumière de ces nouveaux rapports, jugé que le rapport orthopédique du 21 mai 2018 du Dr C._____, médecin en chirurgie orthopédique et en traumatologie, contenait un examen clinique complet du genou avec un diagnostic de chondromalacie de la rotule et que celui-ci confirmait l'absence d'une atteinte sévère au niveau du genou gauche. De surcroît, c'était essentiellement le compartiment fémoro-rotulien qui était atteint et non les compartiments fémoro-tibiaux, de sorte que la description permettait de prendre position sur les limitations fonctionnelles qui restaient discrètes en ce qui concerne le genou. Il a encore souligné que le rapport E 213 du 22 mai 2018 précisait qu'il n'y avait pas eu de consultation orthopédique depuis 2016, ce qui indiquait l'absence d'une aggravation manifeste. Il a par conséquent confirmé que la capacité résiduelle de travail (en position assise) restait possible comme avant et qu'il n'y avait pas d'aggravation de l'état de santé qui en justifiait une modification (OAIE pce 182).

B.b.i Par projet de décision du 19 juin 2018, l'OAIE a fait part de son intention de maintenir le droit à un quart de rente, le dossier médical n'ayant pas fait ressortir de modification de l'état de santé de manière à influencer ce droit (OAIE pce 183).

B.b.j L'assuré ne s'étant pas opposé au projet, l'OAIE a rendu le 28 août 2018 une décision confirmant le maintien d'un droit à un quart de rente (OAIE pce 184).

C.

C.a Par acte du 18 septembre 2018, l'intéressé a interjeté recours devant le TAF contre cette décision. Il conclut implicitement à l'octroi d'une rente d'un taux et d'un montant plus élevés et demande en particulier à se faire examiner par des médecins en Suisse (TAF pce 1).

C.b Par décision incidente du 25 septembre 2018, le TAF a invité le recourant à payer une avance de frais de Fr. 800.–, sous peine d'irrecevabilité du recours (TAF pce 2), montant acquitté en temps utile (cf. TAF pce 4).

C.c Dans sa réponse du 20 décembre 2018, l'OAIE a conclu au rejet du recours et à la confirmation de la décision attaquée. Il affirme que la nouvelle documentation médicale a permis de confirmer les appréciations médicales précédentes. De plus, sur la base de l'ensemble du dossier, son service médical aurait été en mesure de déterminer les atteintes à la santé, notamment sur le plan orthopédique, et les répercussions de celles-ci sur la capacité résiduelle de travail du recourant, ce qui rendrait une nouvelle expertise superflue (TAF pce 6).

C.d Par réplique du 22 janvier 2019, le recourant a maintenu son recours et ses conclusions. Il explique son parcours scolaire et professionnel lui permettant de travailler uniquement dans l'hôtellerie et la restauration (serveur ou cuisinier), et le désintérêt d'éventuels employeurs à l'engager à 58 ans. Il précise avoir eu en décembre des douleurs l'ayant empêché de marcher et qu'il avait besoin de cannes pour se déplacer. Il joint notamment un rapport du Dr D._____, radiologue, concernant une IRM réalisée le 4 décembre 2018 au niveau du genou gauche et concluant à un œdème osseux avec fracture chondrale sur la face articulaire du condyle externe, à une méniscopathie interne et externe de degré I, et à un épanchement articulaire. Il exprime son incompréhension face aux évaluations diamétralement opposées entre médecins espagnols et suisses (TAF pce 9).

C.e Par duplique du 14 février 2019, portée à la connaissance du recourant le 20 février suivant, l'OAIE a, après consultation de son service médical, persisté dans ses conclusions, aucun élément apporté par le recourant ne lui permettant de modifier sa position (TAF pces 11 et 12).

C.f Par ordonnance du 21 janvier 2021 le Tribunal, envisageant de procéder à une expertise judiciaire, a invité le recourant à prendre position sur la mise en place de celle-ci ainsi qu'à lui communiquer, au vu d'une éventuelle reformatio in pejus, s'il entendait retirer son recours, l'informant qu'à défaut de réponse de sa part ledit recours serait considéré comme maintenu (TAF pces 16, 20 et 21). L'intéressé n'a pas réagi (cf. TAF pce 23).

C.g Suite à une tentative infructueuse auprès d'un centre d'expertises médicales (cf. TAF pces 25 et 26), le TAF, après avoir obtenu l'accord du Centre d'expertise médicale de E._____ (CEM E._____) à (…), l'a mandaté pour effectuer une expertise comportant les disciplines suivantes : psychiatrie, cardiologie, orthopédie ; le CEM E._____ a encore proposé d'y ajouter la médecine interne (TAF pces 27, 29 à 31 et 33).

C.h Par ordonnance du 22 décembre 2021, le Tribunal a annoncé aux parties les modalités de l'expertise et les questions aux experts, tout en les invitant à se déterminer à ce sujet (y compris sur des motifs de récusation vis-à-vis des experts) dans les 20 jours dès réception (TAF pce 32). Le 4 janvier 2022, l'OAIE a constaté n'avoir aucune remarque à formuler (TAF pce 34). Le 10 janvier 2022, le recourant a écrit à l'autorité inférieure en vue de connaître les modalités de l'expertise, ce que dite autorité a porté à la connaissance du TAF (TAF pce 38), lequel a répondu par lettre du 3 février 2022 (TAF pce 39). Le recourant n'a plus réagi (cf. TAF pce 41).

C.i L'expertise judiciaire a eu lieu les 6 et 7 avril 2022 (cf. TAF pces 48 et 57) et ses résultats ont été consignés dans un rapport du 4 juillet 2022 (TAF pce 74).

C.j Par courrier du 13 avril 2022, le recourant a produit les quittances relatives à son séjour médical aux fins du remboursement (TAF pce 63). Le 7 juin 2022, le Tribunal a rendu une décision incidente à ce sujet (TAF pce 69).

C.k Par ordonnance du 24 août 2022, le TAF a invité l'autorité inférieure à déposer ses observations sur le rapport d'expertise et à formuler ses conclusions jusqu'au 26 septembre 2022 (TAF pces 76 et 77).

C.l Par courrier spontané du 7 septembre 2022, le recourant a relevé, selon lui, une imprécision dans le rapport d'expertise s'agissant des montants de sa rente d'invalidité suisse (Fr. 160.– à Fr. 175.–, et non Fr. 500.–). Il a joint des moyens de preuve (TAF pce 78). Le Tribunal lui a répondu par lettre du 14 septembre 2022, avec copie à l'OAIE (TAF pce 79).

C.m Par observations sur le rapport d'expertise remises le 23 novembre 2022 dans le délai prolongé à cet effet (TAF pces 81 et 83), l'OAIE a déclaré que son service médical avait relevé, dans une prise de position du 8 septembre 2022 annexée, que les experts n'avaient pas constaté d'incapacité de travail de l'assuré sur le plan interne, psychiatrique et cardio-

logique. Seule une incapacité de travail de 30 % dans des activités adaptées en raison des affections d'ordre orthopédique était relevée. Ces constations confirmaient les observations faites par son service médical en procédure de révision en 2014 et lors de la procédure de réexamen en 2018. Il conclut dès lors au rejet du recours et à la confirmation de la décision attaquée (TAF pce 84).

C.n Par ordonnance du 1er décembre 2022, le Tribunal a invité le recourant à déposer, dans les 30 jours dès réception, ses observations sur le rapport d'expertise et les observations de l'autorité inférieure (TAF pce 85).

C.o Par observations du 9 décembre 2022 (date du timbre postal), le recourant conteste le contenu de la dernière écriture de l'OAIE et réitère son total désaccord avec la décision de cette autorité. Il explique par ailleurs sa situation médicale et professionnelle notamment suite à l'accident de 1988, ainsi que les restrictions rencontrées dans son activité habituelle, laquelle requiert de rester debout. Il invoque une dégradation et une usure au niveau des genou et cheville. Il rappelle être reconnu invalide en Espagne depuis 2012 et se plaint des différences d'évaluation entre médecins espagnols et médecins suisses sur une même situation médicale. Il y annexe copie d'une partie de la page 88 de l'expertise (TAF pce 86).

C.p Par ordonnance du 16 janvier 2023, le Tribunal a porté cette écriture et son annexe à la connaissance de l'autorité inférieure (TAF pce 88).

C.q Le 10 août 2023, l'autorité inférieure a transmis au Tribunal une lettre que le recourant lui avait adressé le 29 juillet précédent, pour suite utile (TAF 92). Après une prise de contact avec l'OAIE, ladite lettre ne concerne pas la présente procédure (cf. note téléphonique du 16 août 2023 [TAF pce 93]).

C.r Les autres faits et arguments pertinents de la cause seront présentés, en tant que de besoin, dans les considérants qui suivent.

Droit :

1.

1.1 Le Tribunal administratif fédéral est compétent pour connaître du présent recours (art. 31, 32 et 33 let. d de la loi du 17 juin 2005 sur le Tribunal administratif fédéral [LTAF, RS 173.32] ; art. 69 al. 1 let. b de la loi fédérale du 19 juin 1959 sur l'assurance-invalidité [LAI, RS 831.20]). Dans la mesure où le recourant est directement touché par la décision attaquée et a

un intérêt digne d'être protégé à ce qu'elle soit annulée ou modifiée, il a la qualité pour recourir (art. 59 de la loi fédérale du 6 octobre 2000 sur la partie générale du droit des assurances sociales [LPGA, RS 830.1] et 48 al. 1 de la loi fédérale du 20 décembre 1968 sur la procédure administrative [PA, RS 172.021]). Déposé en temps utile et dans les formes requises par la loi (art. 60 LPGA et 50 al. 1 PA ; art. 52 al. 1 PA) et l'avance sur les frais de procédure ayant été dûment acquittée (art. 63 al. 4 PA), le recours est recevable.

1.2 La procédure devant le Tribunal administratif fédéral est en principe régie par la PA (art. 37 LTAF), sous réserve des dispositions particulières de la LPGA (art. 3 let. d^{bis} PA). Selon les principes généraux du droit intertemporel, les règles de procédure précitées s'appliquent dans leur version en vigueur ce jour (ATF 130 V 1 consid. 3.2).

2.
Le litige porte en l'espèce sur le bien-fondé du maintien du quart de rente d'invalidité du recourant. En particulier, il s'inscrit dans le cadre d'une procédure de révision ayant déjà fait l'objet d'un arrêt de renvoi du TAF le 10 juillet 2017 (C-2394/2015), ce qui conduira notamment le Tribunal à examiner si l'OAIE a complété l'instruction et s'est déterminé de façon conforme à l'arrêt (voir *supra* let. B.b.d).

3.
La procédure dans le domaine des assurances sociales fait prévaloir la maxime inquisitoire (art. 43 LPGA ; ATF 138 V 218 consid. 6). Ainsi, le Tribunal administratif fédéral définit les faits et apprécie les preuves d'office et librement (art. 12 PA ; PIERRE MOOR/ETIENNE POLTIER, Droit administratif, vol. II, 3e éd. 2011, ch. 2.2.6.3). Ce faisant, il ne tient pour existants que les faits qui sont prouvés, cas échéant au degré de la vraisemblance prépondérante (ATF 139 V 176 consid. 5.2, ATF 138 V 218 consid. 6). Par ailleurs, il applique le droit d'office, sans être lié par les motifs invoqués par les parties (art. 62 al. 4 PA ; ATAF 2013/46 consid. 3.2), ni par l'argumentation juridique développée dans la décision entreprise (PIERRE MOOR/ETIENNE POLTIER, op. cit., ch. 2.2.6.5 ; BENOÎT BOVAY, Procédure administrative, 2e éd. 2015, p. 243). L'autorité saisie se limite en principe aux griefs soulevés et n'examine les questions de droit non invoquées que dans la mesure où les arguments des parties ou le dossier l'y incitent (ATF 122 V 157 consid. 1a, ATF 121 V 204 consid. 6c ; ANDRÉ MOSER/MICHAEL BEUSCH/LORENZ KNEUBÜHLER/MARTIN KAYSER, Prozessieren vor dem Bundesverwaltungsgericht, 3e éd. 2022, p. 29 n. 1.55). Les parties ont le devoir de collaborer à l'instruction (art. 13 PA et 43 al. 3 LPGA ; arrêt du

Tribunal administratif fédéral C-6134/2017 du 3 avril 2018 consid. 5.4) et de motiver leur recours (art. 52 PA).

4.

4.1 Selon les principes généraux du droit intertemporel, le droit matériel applicable est en principe celui en vigueur lors de la réalisation de l'état de fait qui doit être apprécié juridiquement ou qui a des conséquences juridiques, sous réserve de dispositions particulières du droit transitoire (ATF 143 V 446 consid. 3.3, ATF 136 V 24 consid. 4.3, ATF 132 V 215 consid. 3.1.1).

4.1.1 L'affaire présente un aspect transnational dans la mesure où le recourant est un ressortissant espagnol, domicilié dans son pays d'origine, ayant travaillé en Suisse. Est dès lors applicable à la présente cause, l'accord du 21 juin 1999 sur la libre circulation des personnes (ALCP, RS 0.142.112.681), dont l'annexe II règle la coordination des systèmes de sécurité sociale (art. 8 ALCP). Dans ce contexte, l'ALCP fait référence depuis le 1er avril 2012 au 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), ainsi qu'au règlement (CE) n° 987/2009 du Parlement européen et du Conseil du 16 septembre 2009 fixant les modalités d'application du règlement (CE) n° 883/2004 (RS 0.831.109.268.11 ; art. 1 al. 1 de l'annexe II en relation avec la section A de l'annexe II). A compter du 1er janvier 2015, sont également applicables dans les relations entre la Suisse et les Etats membres de l'Union européenne (UE) les modifications apportées notamment au règlement n° 883/2004 par les règlements (UE) n° 1244/2010 (RO 2015 343), n° 465/2012 (RO 2015 345) et n° 1224/2012 (RO 2015 353). Il sied de souligner que l'octroi d'une rente étrangère d'invalidité ne préjuge toutefois pas l'appréciation de l'invalidité selon la loi suisse (arrêt du Tribunal fédéral I 435/02 du 4 février 2003 consid. 2). Ainsi, même après l'entrée en vigueur de l'ALCP et des règlements de coordination, l'invalidité ouvrant droit à des prestations de l'assurance-invalidité suisse se détermine exclusivement d'après le droit suisse (art. 46 al. 3 du règlement n° 883/2004, en relation avec l'annexe VII dudit règlement ; ATF 130 V 253 consid. 2.4 ; arrêt du Tribunal fédéral 9C_573/2012 du 16 janvier 2013 consid. 4), étant précisé que la documentation médicale et administrative fournie par les institutions de sécurité sociale d'un autre Etat membre doit être prise en considération (art. 49 al. 2 du règlement n° 987/2009).

4.1.2 S'agissant du droit interne, la présente cause doit être examinée à l'aune des dispositions de la LAI et de son règlement d'exécution telles que modifiées par la 6e révision de l'AI (premier volet), entrées en vigueur le 1er janvier 2012 (RO 2011 5659, FF 2010 1647). Les modifications de la LAI du 19 juin 2020 (Développement continu de l'AI, RO 2021 705, FF 2017 2363), en vigueur depuis le 1er janvier 2022, ne s'appliquent par contre pas au cas d'espèce.

4.2 Le juge des assurances sociales apprécie la légalité des décisions attaquées, en règle générale, d'après l'état de fait existant jusqu'au moment où la décision litigieuse a été rendue (en l'espèce, le 28 août 2018). Les faits survenus postérieurement, et qui ont modifié cette situation, doivent normalement faire l'objet d'une nouvelle décision administrative (ATF 132 V 215 consid. 3.1.1, ATF 130 V 445 consid. 1.2, ATF 121 V 362 consid. 1b). Ils doivent néanmoins être pris en considération lorsqu'ils sont étroitement liés à l'objet du litige et de nature à influencer l'appréciation au moment où la décision attaquée a été rendue (ATF 130 V 138 consid. 2.1, 129 V 1 consid. 1.2, 121 V 362 consid. 1b, arrêt du Tribunal fédéral 9C_34/2017 du 20 avril 2017 consid. 5.2 et les références).

5.

5.1 L'invalidité est l'incapacité de gain totale ou partielle qui est présumée permanente ou de longue durée (art. 8 al. 1 LPGA). Elle peut résulter d'une infirmité congénitale, d'une maladie ou d'un accident (art. 4 al. 1 LAI) et est réputée survenue dès qu'elle est, par sa nature et sa gravité, propre à ouvrir droit aux prestations entrant en considération (art. 4 al. 2 LAI). Selon l'art. 7 al. 1 LPGA, est réputée incapacité de gain toute diminution de l'ensemble ou d'une partie des possibilités de gain de l'assuré sur un marché du travail équilibré dans son domaine d'activité, si cette diminution résulte d'une atteinte à sa santé physique, mentale ou psychique et qu'elle persiste après les traitements et les mesures de réadaptation exigibles. 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 l'assuré peut aussi relever d'une autre profession ou d'un autre domaine d'activité (art. 6, 2e phrase LPGA).

5.2 Aux termes de l'art. 28 al. 2 LAI, l'assuré-e a droit à un quart de rente s'il ou elle est invalide à 40% au moins, à une demi-rente s'il ou elle est invalide à 50% au moins, à trois quarts de rente s'il ou elle est invalide à 60% au moins et à une rente entière s'il ou elle est invalide à 70% au moins.

L'art. 29 al. 4 LAI prévoit que les rentes correspondant à un taux d'invalidité inférieur à 50 % ne sont versées qu'aux assurés qui ont leur domicile et leur résidence habituelle (art. 13 LPGA) en Suisse. Toutefois, suite à l'entrée en vigueur de l'ALCP le 1er juin 2002, la restriction prévue à l'art. 29 al. 4 LAI n'est pas applicable lorsqu'une personne assurée est une ressortissante suisse ou de l'UE et réside dans l'un des Etats membres de l'UE (ATF 130 V 253 consid. 2.3 et 3.1 ; art. 4 et 7 du règlement n° 883/2004).

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 notable 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 130 V 343 consid. 3.5). 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 (arrêt du Tribunal fédéral I 755/04 du 25 septembre 2006 consid. 5.1 et les références, ATF 112 V 371 consid. 2b et 112 V 387 consid. 1b ; RCC 1987 p. 36, Droit des assurances sociales – Jurisprudence [SVR] 2004 IV n. 5 consid. 3.3.3).

6.3 En application de l'art. 87 al. 2 du règlement du 17 janvier 1961 sur l'assurance-invalidité (RAI, RS 831.201), lorsqu'une demande de révision est déposée, celle-ci doit établir de façon plausible que l'invalidité, l'impotence ou l'étendue du besoin de soins découlant de l'invalidité de l'assuré s'est modifiée de manière à influencer ses droits.

6.4 Lorsqu'elle est saisie d'une demande de révision, l'administration doit ainsi commencer par examiner si les allégations de l'assuré sont, d'une manière générale, plausibles. Si tel n'est pas le cas, l'affaire est liquidée d'entrée de cause et sans autres investigations par un refus d'entrée en matière. Dans le cas contraire, l'administration entre en matière sur la demande de révision ; elle doit alors examiner la cause au plan matériel – soit en instruire tous les aspects médicaux et juridiques – et s'assurer que la modification du degré d'invalidité rendue plausible par la personne concer-

née est effectivement survenue. Si l'administration constate que les circonstances prévalant lors de la décision précédente, passée en force, ne se sont pas modifiées jusqu'au moment de la nouvelle décision, et que le degré d'invalidité n'a donc pas changé, elle rejette la demande de révision. Sinon, elle est tenue d'examiner s'il y a désormais lieu de reconnaître un taux d'invalidité ouvrant le droit à des prestations et statuer en conséquence. En cas de recours, le même devoir d'examen matériel incombe au juge (ATF 130 V 71 consid. 3, 117 V 198 consid. 3a, 109 V 262 consid. 3, 109 V 108 consid. 2, en particulier 2b ; arrêts du Tribunal fédéral 9C_142/2012 du 9 juillet 2012 consid. 4, I 132/03 du 26 avril 2005 consid. 2 et I 490/03 du 25 mars 2004 ; arrêts du Tribunal administratif fédéral C-7302/2016 du 12 octobre 2020 consid. 4.2et 4.4, C-6221/2008 du 9 septembre 2011 consid. 3 ; MICHEL VALTERIO, Commentaire, Loi fédérale sur l'assurance-invalidité [LAI], 2018, art. 31 LAI n° 27 ss).

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

6.6 En l'espèce, l'autorité inférieure est entrée en matière sur la demande de révision du recourant, considérant que celui-ci avait rendu plausible que son invalidité s'était modifiée de manière à influencer son droit (cf. OAIE pces 105 et 104). Ce point n'a dès lors plus à être examiné par

le juge (voir dans le cadre de nouvelles demandes, ATF 109 V 262 consid. 3, 109 V 108 consid. 2b ; arrêt du Tribunal fédéral I 597/05 du 8 janvier 2007).

6.7 L'art. 88*a* al. 2 RAI prévoit que si la capacité de gain de l'assuré ou sa capacité d'accomplir les travaux habituels se dégrade, ou si son impotence ou encore le besoin de soins ou le besoin d'aide découlant de son invalidité s'aggrave, ce changement est déterminant pour l'accroissement du droit aux prestations dès qu'il a duré trois mois sans interruption notable. L'art. 29bis RAI est toutefois applicable par analogie (in casu non déterminant). L'art. 88bis al. 1 let. a RAI dispose que l'augmentation de la rente, de l'allocation pour impotent ou de la contribution d'assistance prend effet, au plus tôt, si la révision est demandée par l'assuré, dès le mois où cette demande est présentée.

7.

7.1 Le Tribunal fédéral a précisé que la dernière décision entrée en force, examinant matériellement le droit à la rente, fondée sur une instruction des faits, une appréciation des preuves et une comparaison des revenus conforme au droit, constituait le point de départ pour examiner si le taux d'invalidité s'était modifié de manière à influencer le droit aux prestations (ATF 133 V 108 consid. 5.4, 125 V 368 consid. 2, 112 V 371 consid. 2).

7.2 En l'espèce, la dernière décision entrée en force, examinant matériellement le droit à la rente, était celle de l'octroi d'un quart de rente, soit celle du 26 juillet 2013 (OAIE pce 67). Cet état de fait devra ainsi être comparé à celui qui prévalait au moment où la décision attaquée a été prise, soit le 28 août 2018.

Au niveau médical, l'autorité inférieure avait retenu, suivant l'avis de son service médical du 2 mai 2013 (OAIE pce 57), comme atteintes à la santé du recourant en 2013 une cardiopathie ischémique chronique (dont découlait notamment le trouble de l'adaptation avec symptômes dépressifs anxieux) et une arthrose post-traumatique du calcanéum gauche (résultant de l'accident de voiture de 1988). S'agissant de l'incapacité de travail du recourant, elle a été jugée dans l'activité habituelle de 50 % dès le 27 février 2011, puis de 80 % à compter du 26 juillet 2011, tandis qu'elle se montait à 30 % dans une activité adaptée dès le 27 février 2011. En ce qui concerne les limitations fonctionnelles, il convenait d'éviter la position de travail debout, le port de charges supérieures à 5 kg, les travaux lourds, la marche sur terrain irrégulier, le froid et l'humidité. C'est donc cet état de fait qui

devra être comparé à celui régnant au moment où la décision entreprise a été rendue, sur la base de la nouvelle documentation médicale versée au dossier dans l'intervalle, en vue de mettre en œuvre le premier arrêt de renvoi du TAF (C-2394/2015).

8.

8.1 Pour pouvoir déterminer la capacité de travail médico-théorique d'une personne assurée et évaluer son invalidité, l'administration, ou le juge en cas de recours, a besoin de documents que le médecin ou éventuellement d'autres spécialistes doivent lui fournir (ATF 117 V 282 consid. 4a) et sur lesquels elle s'appuiera, sous peine de violer le principe inquisitoire (arrêt du Tribunal fédéral 8C_623/2012 du 6 décembre 2012 consid. 1). Le Tribunal fédéral a jugé que les données fournies par les médecins constituent un élément utile pour apprécier les conséquences fonctionnelles de l'atteinte à la santé, quand bien même la notion d'invalidité est de nature économique/juridique et non médicale. 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 (ATF 143 V 418 consid. 6, ATF 132 V 93 consid. 4, ATF 125 V 256 consid. 4, ATF 115 V 133 consid. 2, ATF 114 V 310 consid. 3c, ATF 105 V 156 consid. 1 ; voir également ATF 140 V 193 consid. 3.2 et les références).

Dans ce contexte, on rappellera qu'il n'appartient pas au juge de remettre en cause le diagnostic retenu par un médecin et de poser de son propre chef des conclusions qui relèvent de la science et des tâches du corps médical (arrêt du Tribunal fédéral 9C_719/2016 du 1er mai 2017 consid. 5.2.1).

8.2 Le principe de la libre appréciation des preuves s'applique de manière générale à toute procédure de nature administrative, que ce soit devant l'administration ou le juge. La jurisprudence a toutefois posé des lignes directrices en matière d'appréciation des rapports médicaux et d'expertise (ATF 125 V 351 consid. 3b).

Ainsi, avant de conférer pleine valeur probante à un rapport médical, il convient de s'assurer que les points litigieux importants ont fait l'objet d'une étude circonstanciée, que le rapport se fonde sur des examens complets, qu'il prend également en considération les plaintes exprimées par la personne examinée, qu'il a été établi en pleine connaissance de l'anamnèse,

que la description du contexte médical et l'appréciation de la situation médicale sont claires et enfin que les conclusions du médecin sont dûment motivées (ATF 134 V 231 consid. 5.1, ATF 125 V 351 consid. 3a). La valeur probante d'un rapport médical ou d'une expertise est de plus liée à la condition que le médecin qui se prononce dispose de la formation spécialisée nécessaire et de compétences professionnelles dans le domaine d'investigation (arrêts du Tribunal fédéral 9C_555/2017 du 22 novembre 2017 consid. 3.1 et les références, 9C_745/2010 du 30 mars 2011 consid. 3.2 et 9C_59/2010 du 11 juin 2010 consid. 4.1 ; MICHEL VALTERIO, Commentaire, Loi fédérale sur l'assurance-invalidité [LAI], 2018, art. 57 LAI n° 33).

Lorsqu'au stade de la procédure administrative, une expertise confiée à un médecin indépendant est établie par un-e spécialiste reconnu-e, sur la base d'observations approfondies et d'investigations complètes, de même qu'en pleine connaissance du dossier, et que l'expert-e aboutit à des résultats convaincants, il y a lieu de reconnaître pleine valeur probante à ces résultats, aussi longtemps qu'aucun indice concret ne permet de douter de leur bien-fondé (ATF 137 V 210 consid. 2.2.2, ATF 135 V 465 consid. 4.4, ATF 125 V 351 consid. 3b/bb).

S'agissant des rapports établis par les médecins traitants, il convient de les apprécier avec une certaine réserve, en raison de la relation de confiance, issue du mandat thérapeutique confié au médecin traitant, qu'il ou elle soit médecin de famille généraliste ou spécialiste, qui unit celui-ci ou celle-ci à son patient (arrêt du Tribunal fédéral I 655/05 du 20 mars 2006 consid. 5.4 ; ATF 125 V 351 consid. 3b/cc et les références). Toutefois, le simple fait qu'un rapport médical soit établi à la demande d'une partie et soit produit pendant la procédure ne justifie pas en soi des doutes quant à sa valeur probante ; ainsi, on en retiendra des éléments, notamment si ceux-ci, objectivement vérifiables, ont été ignorés dans le cadre d'une expertise indépendante et s'avèrent suffisamment pertinents pour remettre en cause les conclusions de l'expert (ATF 125 V 351 consid. 3b/dd et les références ; arrêts du Tribunal fédéral 9C_876/2009 du 6 juillet 2010 consid. 2.2, 9C_24/2008 du 27 mai 2008 consid. 2.3.2 et 9C_201/2007 du 29 janvier 2008 consid. 3.2).

Concernant enfin les rapports et expertises des médecins rattachés à un assureur, il sied de relever que le fait précisément que ces médecins soient liés à l'assureur, d'un point de vue institutionnel ou par un rapport de travail, ne permet pas, pour ce seul motif, de douter de l'objectivité de leurs appréciations ; le Tribunal fédéral n'y voit pas de motif de partialité ou de subjec-

tivité. La valeur probante de tels rapports dépend bien plutôt de leur contenu : ainsi doivent-ils être jugés pertinents, compréhensibles et cohérents pour avoir valeur de preuve ; en outre, il ne doit pas exister d'indice suffisant plaidant contre leur fiabilité (ATF 135 V 465 consid. 4.4, ATF 125 V 351 consid. 3b/ee).

8.3 Si l'administration ou le juge, se fondant sur une appréciation consciencieuse des preuves, sont convaincus que certains faits présentent un degré de vraisemblance prépondérante et que d'autres mesures probatoires ne pourraient plus modifier cette appréciation, il est superflu d'administrer d'autres preuves (appréciation anticipée des preuves ; UELI KIESER, ATSG-Kommentar, 4e éd. 2020, art. 42 LPGA n° 31 ; ATF 122 II 464 consid. 4a). Une telle manière de procéder ne viole pas le droit d'être entendu selon l'art. 29 al. 2 de la Constitution fédérale de la Confédération suisse du 18 avril 1999 (Cst., RS 101 ; Sozialversicherungsrecht [SVR] 2001 IV n° 10 p. 28).

9.
Dans le cadre de la mise en œuvre de l'arrêt du TAF susmentionné visant à élucider la situation orthopédique du recourant, l'OAIE a, avec la collaboration de l'INSS, recueilli les documents médicaux suivants :

- un rapport du 20 novembre 2013 du Dr F._____, médecin au sein d'un service de traumatologie et d'orthopédie de consultation externe, relevant une gonalgie chronique qui à ce moment ne nécessite pas d'intervention chirurgicale, mais qu'il ne faut pas abandonner à moyen-long terme (OAIE pce 179) ;

- une fiche de médicaments du 21 novembre 2017 (OAIE pce 168) ;

- un rapport du 16 janvier 2018 du Dr G._____, psychiatre, faisant état pour l'essentiel d'une absence de manifestations psychopathologiques graves, diagnostiquant un trouble adaptatif mixte en état de stabilisation clinique et concluant que ce diagnostic secondaire n'est pas en soi une cause limitant la capacité de travail, mais qu'il pourrait à côté des pathologies somatiques plus importantes chez l'assuré contribuer à ses difficultés professionnelles (OAIE pce 165) ;

- un rapport du 23 janvier 2018 du Dr H._____, médecin au sein du service de cardiologie de la clinique I._____, considérant l'assuré comme asymptomatique au niveau cardiovasculaire et relevant que les

examens effectués ne modifient pas les diagnostics antérieurs ; le médecin recommande de continuer avec la même médication, laquelle permet à son patient de mener une vie normale (OAIE pce 166) ;

- un rapport d'électrocardiogramme d'effort du même jour de ce médecin (OAIE pce 167) ;

- des imageries de cardiologie de la même date du Dr J._____, médecin à la même clinique (OAIE pce 169) ;

- un rapport médical détaillé E 213 E du 2 février 2018 de la Dresse K._____, médecin de l'INSS, posant les diagnostics de condyle fémoral du genou droit, de dégénérescence intra-méniscale corne post ménisque interne, kyste de Baker droit, infarctus aigu du myocarde inféro-latéral de Killip II, dans le vaisseau coronaire 1 stent angiosplastie coronarienne percutanée. Artère coronaire droite (Cd) fraction d'éjection ventriculaire 55 %, état mixte adaptatif, ainsi que de fracture métatarsienne droite en 1988, hallux valgus droit, fracture du radius cubitus également en 1988, fracture du talus aussi en 1988, arthrose sévère de la cheville et nécrose du corps du talus, atteinte des arthroses articulaires, adjacent talo-scaphoïde sous-talien, ostéonécrose (code CIE 716.17). La médecin observe un état de stabilisation clinique. Elle retient comme limitations fonctionnelles une limitation de la mobilité globale du pied gauche supérieure à 50 %, avant-bras gauche, gonalgie chronique droit limitante à moins de 50 % de supination, maladie ischémique chronique stabilisée, euthymique, et conclut que l'assuré peut travailler devant un écran, sans l'aide d'autrui que ce soit sur le lieu de travail ou à domicile, que les limitations établies sont permanentes depuis le 7 février 2014. La médecin indique qu'elle n'est pas en mesure de se prononcer sur une possible amélioration de la capacité de travail dans le futur (OAIE pce 164) ;

- un rapport du 21 mai 2018 du Dr C._____, posant des diagnostics d'arthralgie de la cheville gauche due à une dégénérescence articulaire et de chondromalacie de la rotule gauche, ainsi que jugeant nécessaire un traitement symptomatique ou des processus chroniques (OAIE pce 178) ;

- un rapport E 213 du 22 mai 2018 de la Dresse K._____, reprenant les diagnostics déjà retenus dans son rapport médical du 2 février 2018, retenant en sus les diagnostics de trouble adaptatif mixte en état de stabilisation clinique et d'arthrose, recommandant d'examiner les

symptômes cliniques douloureux ainsi que la possibilité d'une arthrodèse. La médecin relève par ailleurs des limitations fonctionnelles de limitation de la mobilité globale du pied gauche supérieure à 50 %, et de l'avant-bras gauche inférieure à 50%, ainsi qu'une supination, une gonalgie chronique droite sans limitation fonctionnelle et une maladie ischémique chronique stabilisée, euthymique. Elle conclut à nouveau au fait que l'intéressé peut travailler devant un écran, sans l'aide d'autrui que ce soit sur le lieu de travail ou à domicile, ajoutant que sa capacité de travail est nulle dans son activité habituelle, mais entière dans une activité adaptée. Elle considère toujours que les limitations établies sont permanentes depuis le 7 février 2014 et mentionne ne pas être en mesure de se déterminer quant à une possible amélioration de l'état de santé dans le futur (OAIE pce 177).

10.

10.1 Le recourant conclut implicitement à l'octroi d'une rente plus élevée, considérant ainsi que son état de santé s'est péjoré depuis la décision de 2013 entrée en force.

10.2 L'autorité inférieure a motivé le maintien du quart de rente dans la décision litigieuse (OAIE pce 184) en se basant en particulier sur le rapport orthopédique du 21 mai 2018 du Dr C._____ (OAIE pce 178).

10.3 Il appartient, partant, au Tribunal d'examiner si l'OAIE a considéré à tort ou à raison que ce rapport orthopédique remplissait les exigences posées par la jurisprudence exposées plus haut pour se voir accorder pleine valeur probante (voir *supra* consid. 8), et comblait les lacunes d'instruction constatées dans l'arrêt de renvoi du TAF du 10 juillet 2017 (C-2394/2015).

10.3.1 En premier lieu, il est utile de rappeler que dans son arrêt de renvoi du 10 juillet 2017, le Tribunal administratif fédéral attend de l'autorité inférieure qu'elle complète l'instruction en particulier en ordonnant une nouvelle expertise orthopédique qui devra présenter une valeur probante suffisante selon les conditions tirées de la jurisprudence et établir s'il existe une aggravation de la santé du recourant au regard de l'assurance-invalidité, avant de consulter à nouveau son service médical et de rendre une nouvelle décision (consid. 8.2 dudit arrêt). Il n'a toutefois pas spécifié si la nouvelle expertise devait être organisée en Suisse ou en Espagne.

10.3.2 En l'occurrence, l'OAIE a décidé de contacter l'INSS afin de lui confier la tâche de compléter l'instruction (OAIE pce 160).

10.3.3 Après avoir reçu la documentation médicale de l'INSS, l'autorité inférieure a jugé qu'elle n'était pas suffisante pour répondre aux exigences de l'arrêt de renvoi du TAF et prié l'INSS de lui faire encore parvenir un rapport d'examen orthopédique devant se prononcer sur les affections du genou, en précisant au surplus les limitations fonctionnelles, la capacité de travail dans la dernière activité et dans une activité adaptée (OAIE pce 174). L'INSS lui a fait parvenir un rapport médical du Dr C._____ daté du 21 mai 2018 (OAIE pce 178) et un rapport E 213 du 22 mai 2018 établi par la Dresse K._____ (OAIE pce 177).

10.3.4 Sur la base de ces nouveaux documents, le service médical de l'OAIE a estimé qu'il lui était possible de confirmer que la capacité de travail (en position assise) restait possible et qu'il n'y avait pas d'aggravation de l'état de santé justifiant une modification de la capacité résiduelle de travail reconnue (OAIE pce 182), avis qui a été repris par la décision querellée.

10.3.5 Le Tribunal remarque à la lumière du rapport orthopédique du 21 mai 2018 que celui-ci émane d'un chirurgien en orthopédie et en traumatologie, soit d'un spécialiste disposant des connaissances requises pour se prononcer sur l'état de santé du recourant, ses limitations fonctionnelles et sa capacité de travail. Le rapport orthopédique commence par une anamnèse, mais qui est fort succincte, bien qu'elle retrace les principales affections du recourant. De plus, à l'exception d'un examen radiologique en décembre 2017, le rapport ne mentionne pas de rapport médical qui aurait été mis à sa disposition avant d'effectuer son examen. Il n'est ainsi pas possible au Tribunal de déterminer si le spécialiste était en pleine connaissance du dossier. Par ailleurs, les examens effectués au niveau de la cheville et du genou gauches ne sont pas décrits. Seuls les résultats sont mentionnés, en particulier pour le genou gauche. Il en ressort ainsi qu'il n'y a ni épanchement articulaire, ni instabilité ligamentaire, que par contre il existe une friction rotulienne avec douleur, un plaquage de la rotule et une atrophie mineure du quadriceps crural gauche et qu'enfin les tests d'exploration méniscale ne se sont pas révélés concluants. Le médecin retient alors un diagnostic de chondromalacie de la rotule gauche, à côté d'une arthralgie de la cheville gauche due à une dégénérescence articulaire. Enfin, il préconise un traitement symptomatique ou des processus chroniques. Le Tribunal remarque que le médecin ne se prononce aucunement sur la capacité de travail résiduelle du recourant dans l'activité habituelle et dans une activité adaptée. Il n'indique pas non plus quelles sont les limitations fonctionnelles du recourant. Il appert que le rapport orthopédique ne correspond pas à une expertise, du moins pas au sens du droit suisse.

Ce rapport orthopédique ne peut donc se voir accorder pleine valeur probante selon les lignes directrices posées par la jurisprudence du Tribunal fédéral. Le rapport E 213 du 22 mai 2018 n'est pas plus concluant. En effet, on ignore la spécialisation de la Dresse K._____ et donc si elle est spécialisée en orthopédie, alors que l'arrêt de renvoi du TAF enjoignait de mettre en place une expertise orthopédique ; la médecin se prononce d'ailleurs sur l'ensemble des pathologies, somatiques et psychiatriques, du recourant, ne permettant dès lors pas non plus de déduire si elle possède une spécialisation pour l'une ou l'autre des affections ; qui plus est, le service médical avait averti que le 1er rapport E 213 E du 2 février 2018 établi par la même médecin (OAIE pce 164) et au contenu assez similaire au second était trop succinct pour l'orthopédie, tandis que le second rapport n'ajoute que peu de précisons à ce sujet. Dès lors, il y a lieu de constater que l'arrêt de renvoi du TAF C-2394/2015 du 10 juillet 2017 n'a pas été pleinement appliqué.

10.3.6 Aussi peine-t-on à suivre le Dr B._____ du service médical de l'OAIE dans sa réponse du 13 juin 2018 (OAIE pce 182) lorsqu'il retient ces documents pour confirmer les conclusions antérieures. Ce d'autant plus que ce médecin avait répondu le 28 février 2018 (OAIE pce 172) qu'il était nécessaire de demander un rapport orthopédique en spécifiant clairement que ce dernier devrait se prononcer sur le genou en précisant les limitations fonctionnelles et la capacité de travail, tant dans la dernière activité que dans une activité adaptée, ce afin de satisfaire aux exigences du TAF. Or, la décision attaquée reprend les éléments de la réponse du service médical de l'OAIE du 13 juin 2018 pour maintenir le droit à un quart de rente.

10.3.7 Au vu des éléments médicaux contenus dans le dossier et en l'absence d'expertise répondant aux exigences jurisprudentielles en matière de valeur probante, le Tribunal ne peut pas trancher la question d'une éventuelle aggravation de l'état de santé du recourant entre 2013 et 2018. Ces aspects ayant déjà été instruits, mais pas suffisamment suite à l'arrêt du TAF prononçant le renvoi de la cause à l'OAIE, le Tribunal de céans a procédé à une expertise judiciaire compte tenu notamment de l'exigence de célérité de la procédure (cf. ATF 137 V 210 consid. 4.4.1.4 ; arrêt du Tribunal fédéral 8C_633/2014 du 11 décembre 2014 consid. 2.1, 3.2 et 3.3).

11.

11.1 Une expertise médicale judiciaire dans les disciplines de la psychiatrie, cardiologie et orthopédie a été organisée par le Tribunal de céans auprès du CEM E._____ (cf. décision incidente du 24 février 2022 [TAF pce 45]), le CEM E._____ y ayant ajouté, avec l'accord du TAF, la médecine interne (TAF pces 29 et 32). Chaque experte et expert a rendu dans sa discipline un rapport d'expertise (expertise de médecine interne du 7 avril 2022 de la Dresse L._____, spécialiste en médecine interne, experte certifiée SIM [TAF pce 74 p. 3 à 36] ; expertise psychiatrique du 7 avril 2022 du Dr M._____, spécialiste en psychiatrie, expert certifié SIM [TAF pce 74 p. 37 à 55] ; expertise cardiologique du 6 avril 2022 du Dr N._____, spécialiste en cardiologie [TAF pce 74 p. 56 à 68] et expertise orthopédique du 6 avril 2022 du Dr O._____, spécialiste en orthopédie, expert certifié SIM [TAF pce 74 p. 69 à 88]). Enfin, un consilium interdisciplinaire a eu lieu par téléphone entre l'ensemble des experts (TAF pce 74 p. 89 à 97). Il convient dès lors d'examiner si l'expertise pluridisciplinaire du CEM E._____ remplit les exigences jurisprudentielles en matière de valeur probante.

11.2 Le juge ne s'écarte pas sans motifs impératifs des conclusions d'une expertise médicale judiciaire, la tâche de l'expert-e étant précisément de mettre ses connaissances spéciales à la disposition de la justice afin de l'éclairer sur les aspects médicaux d'un état de fait donné. Peut constituer une raison de s'écarter d'une expertise judiciaire le fait que celle-ci contient des contradictions, ou qu'une surexpertise ordonnée par le tribunal en infirme les conclusions de manière convaincante, ou encore que d'autres spécialistes émettent des opinions contraires aptes à mettre sérieusement en doute la pertinence des déductions de l'expert-e. On ne peut exclure, dans ce cas, une interprétation divergente des conclusions de l'expert-e par le juge ou, au besoin, une instruction complémentaire sous la forme d'une nouvelle expertise médicale (ATF 135 V 465 consid. 4.4, 125 V 351 consid. 3b/aa ; arrêts du Tribunal fédéral 9C_719/2016 du 1er mai 2017 consid. 5.2.1, I 131/03 du 22 mars 2004 consid. 2.2).

12.

Il ressort de la documentation médicale au dossier que le recourant a rencontré des problèmes de santé tant sur le plan somatique que psychique.

En 1988, celui-ci a été victime d'un accident de la circulation en Espagne ayant causé notamment de multiples fractures au niveau des côtes, des pieds et des membres supérieurs (cf. notamment OAIE pces 21 et 22). Des douleurs au pied gauche ont persisté. Durant le mois de février de l'année 2011, il a fait un infarctus du myocarde inféropostérolatéral, lequel a

nécessité la pose d'un stent en urgence (OAIE pces 18 et 7). L'état de santé cardiovasculaire s'est stabilisé, mais a fait place à un trouble de l'adaptation avec une symptomatologie anxiodépressive (cf. notamment OAIE pce 57 ; TAF pce 74 p. 23). En 2013, ont ainsi été retenus une cardiopathie ischémique chronique (dont découlait notamment un trouble de l'adaptation avec symptômes dépressifs anxieux) et une arthrose post-traumatique du calcanéum droit (des suites de l'accident précité ; OAIE pce 57 ; cf. aussi OAIE pce 20 pour la cardiopathie ischémique chronique ; OAIE pce 24 pour le trouble de l'adaptation avec symptômes dépressifs anxieux ou OAIE pces 19 et 118 en particulier pour une anémie et une dépression). Cela a justifié la mise au bénéfice d'un quart de rente d'invalidité suisse dès le 1er mars 2013 (OAIE pce 67). Cependant, le recourant a, selon les documents médicaux fournis par l'INSS en 2014, rencontré de nouveaux troubles, sous forme d'ostéonécrose des condyles fémoraux, de dégénérescence de la corne postérieure du ménisque interne, des gonalgies chroniques à droite et un hallus valgus du pied droit (OAIE pce 98). Une dyslipidémie a encore été relevée (OAIE pce 135). Dans le cadre de l'instruction complémentaire de la demande de révision du recourant, le Dr F._____ a confirmé une gonalgie chronique (rapport du 20 novembre 2013 [OAIE pce 179]), tandis que le Dr G._____ a fait de même pour le trouble adaptatif mixte, mais en précisant qu'il était en état de stabilisation (rapport du 16 janvier 2018 [OAIE pce 165]), et que le Dr H._____ a signalé que le recourant était asymptomatique au niveau cardiovasculaire (rapport du 23 janvier 2018 [OAIE pce 166]). La Dresse K._____ a constaté au surplus un kyste de Baker droit (voir aussi OAIE pce 119), une fracture métatarsienne droite, une fracture du radius cubitus, une fracture du talus, ces trois dernières existant depuis 1988, ainsi qu'une arthrose sévère de la cheville et nécrose du corps du talus, une atteinte des arthroses articulaires, adjacent talo-scaphoïde sous-talien (rapport E 2013 E du 2 février 2018 [OAIE pce 164]). L'orthopédiste, le Dr C._____, a, quant à lui, retenu une arthralgie de la cheville gauche due à une dégénérescence articulaire et une chondromalacie de la rotule gauche (rapport du 21 mai 2018 [OAIE pce 178]). Enfin, après que la décision attaquée ait été rendue, et pour autant que le rapport médical en question puisse être pris en considération dans la présente procédure de recours (voir *supra* consid. 4.2), le Dr D._____ a retenu en ce qui concerne le genou gauche, un œdème osseux avec fracture chondrale sur la face articulaire du condyle externe, une méniscopathie interne et externe de degré I et un épanchement articulaire (rapport du 4 décembre 2018 [TAF pce 9, annexe]).

13.
Le Tribunal remarque que l'expertise médicale judiciaire pluridisciplinaire, en couvrant les disciplines de la médecine interne, de la psychiatrie, de la cardiologie et de l'orthopédie, traite de l'ensemble des pathologies dont souffre le recourant, ce depuis son accident en 1988. En particulier avec le volet orthopédique, elle est en outre propre à mettre en œuvre l'arrêt de renvoi prononcé par le TAF en date du 10 juillet 2017 (C-2394/2015).

Sous l'angle des conditions formelles, le rapport d'expertise a été établi par des spécialistes reconnus et possédant la spécialisation ainsi que les connaissances nécessaires dans chacune de leur discipline (voir *supra* consid. 11.1 ; voir aussi TAF pce 44). Les plaintes exprimées par le recourant lors de l'expertise pluridisciplinaire y sont dûment retranscrites (pour l'expertise de médecine interne, TAF pce 74 p. 22 à 24 et 32 ; pour l'expertise psychiatrique, p. 38 à 40, 51 à 52 et 54 ; pour l'expertise cardiologique, p. 57 à 59 et 65 ; pour l'expertise orthopédique, p. 70 à 74, 77 et 86 ; pour le consilium interdisciplinaire, p. 92 et 95). Les experts ont passé en revue l'anamnèse sur les plans systématique (que ce soit tant général que pour les différentes parties du corps, respectivement types de symptômes), de la carrière, social (y compris familial / hérédité), du quotidien et des traitements suivis y compris médicamenteux (pour l'expertise de médecine interne, p. 23 à 28 ; pour l'expertise psychiatrique, p. 39 à 44 ; pour l'expertise cardiologique, p. 57 à 60 ; pour l'expertise orthopédique, p. 71 à 75 ; pour le consilium interdisciplinaire dans une partie intitulée « Résumé succinct de l'évolution de la maladie selon les différentes disciplines », p. 89 à 92). Si le recourant conteste, dans ses observations spontanées du 7 septembre 2022, le montant rapporté de la rente d'invalidité suisse perçue, en relation avec l'anamnèse sur la situation financière (p. 25) et l'état des dettes (p. 95), force est d'admettre que ledit montant n'est pas décisif dans un tel contexte d'expertise d'ordre médical, l'important étant de savoir que l'expertisé dispose de revenus (par l'octroi des rentes espagnole et suisse), qu'il n'a pas de dette et que sa mère prend en charge financièrement le loyer et les courses (TAF pce 74 p. 26 et 33). En somme, les experts ont établi leur rapport d'expertise pluridisciplinaire en étant en parfaite connaissance de l'anamnèse. S'agissant de la description du contexte médical, il convient de relever que le rapport d'expertise présente celui-ci à la suite d'un entretien approfondi avec l'expertisé, de façon claire, consciencieuse et circonstanciée dans une section « Affection actuelle » en débutant avec l'accident de 1988 en Espagne et en développant jusqu'aux jours de l'expertise (pour l'expertise de médecine interne, p. 22 à 23 ; pour l'expertise psychiatrique, p. 38 à 39 ; pour l'expertise cardiologique, p. 57 ; pour l'expertise orthopédique, p. 71 ; pour le consilium interdisciplinaire qui le traite

dans une partie 4.1 « Résumé succinct de l'évolution de la maladie selon les différentes disciplines », p. 89 à 91). L'exigence y relative est ainsi remplie. Enfin, le rapport précise s'être basé sur le dossier mis à la disposition du CEM E._____ par le Tribunal (TAF pce 74 p. 5) et énonce les actes au dossier dans l'expertise de médecine interne (p. 6 ss), les autres volets y renvoyant expressément (p. 37 pour la psychiatrie ; p. 56 pour la cardiologie ; p. 69 pour l'orthopédie). Le consilium interdisciplinaire, quant à lui, résume l'évolution des maladies dans le temps et répète les points de vue des spécialistes traitants (p. 89 à 91). Ce faisant, il y a lieu d'admettre que les experts avaient pleinement connaissance du dossier médical du recourant. Enfin, le Tribunal remarque que dits experts ont aussi répondu à la question posée de savoir si l'état de santé du recourant s'est modifié depuis 2013 (voir *supra* consid. 6.5).

Sur le vu de ce qui précède, le rapport d'expertise pluridisciplinaire satisfait aux exigences jurisprudentielles de nature formelle pour se voir accorder pleine valeur probante.

14.
D'un point de vue somatique, il y a lieu de retenir ce qui suit.

14.1 Dans son rapport d'expertise de médecine interne, l'experte interniste, la Dresse L._____ n'a retenu, sur la base d'un entretien approfondi prenant en compte les indications fournies spontanément par le recourant (TAF pce 74 p. 22 à 28) et d'un examen sur la personne de ce dernier (p 29 s.), aucun diagnostic avec effet sur la capacité de travail et posé comme diagnostics sans effet sur la capacité de travail un diabète non insulinodépendant traité par monothérapie (E11), une dyslipidémie (E78) et un surpoids (E66.93). Elle a précisé que ces diagnostics étaient des facteurs de risque cardiovasculaires et étaient bien objectivés dans le dossier médical de l'expertisé (p. 31).

14.1.1 A cet égard, on notera que l'examen sur la personne susmentionné a été complet, l'experte interniste ayant indiqué les constatations qu'elle a faites à cette occasion au niveau du status général, de la peau et phanères, des status ORL, cardiologique, pulmonaire, abdominal, neurologique et ostéoarticulaire. Elle a jugé que des examens complémentaires n'étaient pas nécessaires (TAF pce 74 p. 29 à 30). Le corps dans son ensemble a donc été investigué par la Dresse L._____. Au niveau des observations rapportées, l'experte relève lors de l'arrivée du recourant une démarche caricaturale avec un membre inférieur gauche en hypertension, le genou étant

bloqué. L'expertisé n'a pas montré de signe douloureux durant 1h45 d'examen. Dans le cadre de ce dernier, il est fait mention d'un surpoids (IMC de 29 kg/m^2), de quelques adénopathies cervicales infracentimétriques (le reste des aires ganglionnaires étant libres), de télangiectasies du pied gauche, d'une hypotrophie du mollet gauche, d'une marche impossible sur les talons et d'un hallux valgus droit. Le reste est qualifié de normal. Ces observations sont ainsi approfondies et justifient, en tenant compte des éléments au dossier, l'absence de diagnostic avec effet sur la capacité de travail et les diagnostics sans effet sur la capacité de travail susmentionnés que l'experte a retenus, étant précisé par l'experte que ces derniers représentent tout au plus des facteurs de risque cardiovasculaires (TAF pce 74 p. 31).

14.1.2 En ce qui concerne les points litigieux, il sied de remarquer dans un premier temps que l'anémie signalée par une seule médecin traitante, la Dresse P._____ (rapports des 29 juillet [OAIE pce 19] et 24 octobre 2011 [OAIE pce 118]) n'est pas relevée par l'experte lors de son examen. Cependant, les symptômes de cette maladie, une fois traitée, disparaissent en général au bout de quelques mois. De la sorte, il peut être considéré, au degré de la vraisemblance prépondérante, que celle-ci n'existait plus au jour de l'expertise pluridisciplinaire. Il en va de même, là aussi au degré de la vraisemblance prépondérante, de la dyspepsie et d'autres spécificités modifiant les fonctions de l'estomac, dont il n'a fait état qu'une fois en 2011 (rapport du 24 octobre 2011 de la Dresse P._____ [OAIE pce 118]) et que l'experte indique d'ailleurs en tant qu'antécédent personnel (voir TAF pce 74 p. 24). La Dresse L._____ relève au demeurant, notamment un abdomen pléthorique souple indolore lors de son examen (p. 30). Par ailleurs, les diagnostics de dyslipidémie et de surpoids étaient déjà connus depuis 2011 et il n'existe à ce sujet pas de divergences entre l'experte et les médecins traitants. Quant au diabète non insulinodépendant, il n'a été découvert qu'en 2021, soit postérieurement à la décision dont est recours, de sorte qu'aucune pièce au dossier ne vient contredire ce diagnostic. Au surplus, l'experte fait état d'un traitement antidiabétique oral bien toléré avec une bonne réponse thérapeutique. Au final, ce diabète, tout comme la dyslipidémie et le surpoids n'ont, au niveau de la médecine interne, pas d'effet sur la capacité de travail du recourant. De façon générale, l'experte relève encore que les facteurs de risque cardiovasculaire sont correctement pris en charge conjointement par le médecin généraliste et le cardiologue traitants. En conclusion, il n'existe pour les diagnostics connus lorsque la décision entreprise a été rendue, pas de divergences d'opinion sur le plan de la médecine interne entre l'experte et les médecins traitants.

14.1.3 Forte de ces constats dûment motivés, c'est ainsi de façon convaincante que l'experte interniste souligne d'une part, que tous les diagnostics qu'elle retient restent non-incapacitants et non-déterminant dans l'évolution de l'état de santé de l'expertisé entre 2013 et 2018. D'autre part, elle indique que sur le plan de la médecine interne, aucune limitation fonctionnelle n'a été objectivée et qu'ainsi l'expertisé jouit d'une pleine capacité de travail dans toute activité (TAF pce 74 p. 34 ss).

14.1.4 En conséquence, il y a lieu de remarquer que les exigences posées par la jurisprudence en matière de rapports d'expertise sont remplies en l'espèce et qu'il doit être conféré pleine valeur probante à l'expertise de médecine interne. L'état de santé du recourant n'a pas connu sur le plan de la médecine interne, de modification propre à motiver une révision du taux d'invalidité entre 2013 et 2018.

14.2 S'agissant des troubles cardiologiques du recourant, l'expert cardiologue, le Dr N._____, dans l'expertise y relative n'a, après avoir entrepris un entretien approfondi prenant en considération des indications fournies spontanément par l'assuré (TAF pce 74 p. 57 à 60) et un examen réalisé sur la personne du recourant (p. 60 à 63), posé aucun diagnostic avec répercussion sur la capacité de travail ; il a retenu comme diagnostics sans répercussion sur la capacité de travail un infarctus du myocarde non susST (I214), un stent coronaire droit distal (I251) et un déconditionnement à l'effort (T733). Il a jouté que ces diagnostics n'interagissaient pas entre eux et rappelé l'absence de ralentissement fonctionnel du problème cardiaque du recourant avec état consolidé deux mois après l'épisode aigu (p. 64).

14.2.1 Les examens effectués par l'expert cardiologue sont décrits en particulier pour le status cardiologique qui est de son ressort, dans des chapitres intitulés « 4.3.1 Status » et « 4.3.2 Examens complémentaires » (TAF pce 74 p. 61 ss). Ainsi, en plus d'une auscultation cardiaque et pulmonaire, le Dr N._____ a procédé à un échodoppler cardiaque (avec mesure et calcul mode 2 D/TM, puis mesure et calcul doppler), ainsi qu'à une ergométrie (avec épreuve d'effort sur cyclo ergomètre en position semi couchée avec mise en place des électrodes). Ses investigations sont donc complètes. Au niveau des observations approfondies qui ont pu en être tirées, il ressort du rapport d'expertise cardiologique que le recourant présente une tension artérielle de 126/76 et un pouls régulier à 70/min. Ces chiffres entrent dans la norme. L'auscultation cardiaque est qualifiée de normale sans souffle avec bruits du cœur normaux. Il en va de même de l'auscultation pulmonaire, qui est sans bruits surajoutés. L'expertisé n'a pas d'œdème des membres inférieurs et le foie est non-perçu. Le

Dr N._____ relève encore une absence de séquelles d'infarctus du myocarde. (p. 61). Les mesures faites lors des examens complémentaires sont retranscrites tant au niveau du mode 2 D/TM (p. 61 s.) que du calcul doppler (p. 62), notant pour la plupart des postes une absence d'anomalie, si ce n'est une insuffisance tricuspide 2,23 m/s gradient à 20 mm de mercure et une discrète hypokinésie inférieure avec strain globale longitudinale à -13,4 % modérément diminué (p. 62). Sur cette base, l'expert cardiologue conclut à des séquelles minimes d'infarctus inférieur avec discret remodelage du ventricule gauche, à une fraction d'éjection en biplan à 56,9 % avec volume télédiastolique à 109 ml, à une strain globale longitudinale à -13,4 %, à l'absence de fuite valvulaire, à un trouble de la relaxation du ventricule gauche et doppler mitral de type 1, sans argument pour une élévation des pressions de remplissage avec pressions pulmonaires normales (p. 62). S'agissant de l'ergométrie, l'expert note notamment un arrêt dû à une dyspnée à l'effort et une fréquence maximale de 129 battements par minute, soit 81 % de la fréquence maximale théorique (p. 63). Il arrive ainsi à la conclusion que l'ECG d'effort est sous-maximal sous traitement bêta bloquer, négatif sur le plan clinique électrique, 125 W, 129 min avec montée tensionnelle à 140/80, à l'absence d'anomalie du segment ST et d'arythmie, et à une impression clinique d'un déconditionnement à l'effort (p. 63). Ces conclusions sont donc complètes et expliquent pleinement les diagnostics que l'expert cardiologue pose ensuite avec (aucun) et sans effet sur la capacité de travail de l'assuré (I214 Infarctus du myocarde non susST, I251 Stent coronaire droit distal, T733 Déconditionnement à l'effort), alors qu'il spécifie une non-interaction entre ces diagnostics et rappelle l'absence de retentissement fonctionnel du problème cardiaque de celui-ci avec état consolidé deux mois après l'épisode aigu (p. 64).

14.2.2 Concernant les points litigieux, l'expert cardiologue relève qu'il n'y a pas d'élément d'incohérence à l'issu de l'expertise et que le recourant vit son quotidien sans décrire de limitations d'ordre cardiologique, le poids des souffrances étant ainsi absent (TAF pce 74 p. 65). Il y a lieu de relever à ce propos que le Tribunal de céans avait déjà constaté dans son arrêt de renvoi une absence de dégradation de la cardiopathie du recourant depuis la dernière décision entrée en force d'une manière propre à motiver une révision du taux d'invalidité (arrêt C-2394/2015 du 10 juillet 2017 consid. 7.1.2). Par ailleurs, le médecin cardiologue de l'intéressé signale depuis lors un patient asymptomatique au niveau cardiovasculaire et mentionne que la médication ordonnée jusque-là lui permet de mener une vie normale (cf. rapport du 23 janvier 2018 du Dr H._____ [OAIE pce 166] ; cf. aussi imageries de cardiologie de la même date du Dr J._____ [OAIE pce 169]). Dans ses rapports E 213, la Dresse K._____, dont on

ignore la spécialisation, relève certes un diagnostic d'infarctus aigu du myocarde inféro-latéral de Killip II, dans le vaisseau coronaire 1 stent angioplastie coronarienne percutanée et un Cd fraction d'éjection ventriculaire 55 %, mais elle observe un état de stabilisation clinique et relève que la maladie ischémique chronique est stabilisée (OAIE pces 164 p. 3 et 9, et 177 p. 10). En somme, les médecins traitants et l'expert cardiologue s'accordent tous à dire que la cardiopathie est stabilisée et non-invalidante.

14.2.3 Sur la base de ses observations, le Dr N._____ retient de façon convaincante qu'il existe uniquement des diagnostics n'ayant pas de répercussion sur la capacité de travail (infarctus du myocarde non susST, stent coronaire droit distal et déconditionnement à l'effort). Le Tribunal ne discerne pas, au degré de la vraisemblance prépondérante, d'arguments susceptibles de remettre en question la conclusion de l'expert, selon lequel le problème cardiaque se trouve dans un état consolidé deux mois après l'épisode aigu en 2011 sans retentissement fonctionnel sur l'état de santé du recourant (TAF pce 74 p. 64), pas plus qu'il n'existe de raisons de douter de l'affirmation du praticien lorsqu'il juge que la capacité de travail de l'assuré est entière tant dans l'activité habituelle que dans une activité adaptée. Au demeurant, le Tribunal constate qu'il n'y a pas eu de séquelles contre-indiquant la reprise de travail habituel dans les deux mois post-infarctus. En conséquence, il convient avec l'expert de constater que seul un déconditionnement à l'effort s'est installé progressivement depuis 2013, en raison d'un manque d'activité au quotidien, sans effet sur le fonctionnement de l'assuré ni d'une intensité suffisante justifiant des limitations fonctionnelles impactant sa capacité de travail (TAF pce 74 p. 65 ss).

14.2.4 Compte tenu de ce qui précède, l'expertise cardiologique doit se voir accorder pleine valeur probante, les exigences jurisprudentielles étant remplies. L'état de santé du recourant n'a pas rencontré au niveau de la cardiologie, de modification propre à justifier une révision du taux d'invalidité entre 2013 et 2018.

14.3 Sous l'angle orthopédique, l'expert orthopédiste, le Dr O._____, a lors de son expertise, effectué un entretien approfondi prenant en compte les indications fournies spontanément par l'expertisé (TAF pce 74 p. 70 à 75) et un examen sur la personne ainsi que des examens radiologiques complémentaires (TAF pce 74 p. 75 à 80). Sur cette base, il a posé des diagnostics avec effet sur la capacité de travail d'arthrose tibio-talienne de la cheville gauche (M1987), de lésion du cartilage sous-chondral du condyle fémoral externe genou gauche (M879) et de séquelle de fracture de

l'avant-bras (S529). Il a outre retenu des diagnostics sans effet sur la capacité de travail de coxarthrose débutante bilatérale (M169), de séquelles de fractures de métatarsiens pied droit (S923) et de hallus valgus pied droit (M201). Il a souligné que les troubles prédominent aux deux membres inférieurs avec une arthrose de cheville gauche et une lésion cartilagineuse du genou gauche, cette dernière n'entraînant pas de gêne majeure le jour de l'expertise, mais avec un potentiel d'évolution vers une arthrose dans le futur. Il a enfin spécifié que l'arthrose de la cheville droite est une complication connue et redoutable de ce type de fracture-luxation de l'astragale. La marche est très altérée et il n'y a pas d'amélioration à attendre spontanément dans les années futures (p. 80).

14.3.1 Quant aux examens réalisés par le Dr O._____, ils ont consisté en ce qui concerne spécialement l'orthopédie en une investigation du status ostéoarticulaire (comprenant un examen des genoux, des chevilles, des pieds, des hanches, des poignets, des coudes, des épaules, du rachis cervical et dorso-lombaire), couplée d'examens radiologiques complémentaires (TAF pce 74 p. 76 ss). Ils embrassent, partant, l'ensemble des articulations, à l'exception de celle – non pertinente en l'espèce – de la mâchoire. Si l'examen du pied gauche n'est pas mentionné expressément dans la liste dressée par l'expert (TAF pce 74 p. 76 ss), il y a toutefois lieu de considérer, au degré de la vraisemblance prépondérante, qu'il a néanmoins été effectué. En effet, l'expert a procédé notamment à l'examen de la cheville gauche, relevant en particulier « pas de douleur provoquée à l'examen ». Il convient de considérer que « l'examen » dont il est question est identique à celui pratiqué sur la cheville droite mentionné dans l'expertise au paragraphe précédent ; à cet effet, le Tribunal remarque que l'expert orthopédiste lorsqu'il rapporte l'examen de la cheville droite a également étudié la mobilité des orteils et signalé que la palpation déclenchait une douleur à la face antérieure de l'articulation tibio-astragalienne à la palpitation (TAF pce 74 p. 76). On peut donc partir du principe, au degré de la vraisemblance prépondérante, que la même méthode d'examen a été appliquée à la cheville gauche lorsqu'il est indiqué qu'il n'y a pas eu de douleur provoquée à l'examen (TAF pce 74 p. 76). Ainsi, le Tribunal constate que les investigations effectuées dans le cadre de l'expertise orthopédique sont complètes. Plus particulièrement en ce qui concerne les observations faites par l'expert orthopédiste, il est rapporté que la marche sur la pointe des pieds est très difficile et impossible sur les talons. L'expert note par ailleurs une boiterie caricaturale à la marche. Les deux membres inférieurs sont signalés normo-axés et un hallux valgus important du pied droit est constaté, tout comme un accroupissement partiellement réalisé et doulou-

reux (p. 76). Les examens des genoux ont donné des résultats comparables et identiques, à savoir quelques craquements à la mobilisation répétée, un épanchement intra-articulaire, l'absence d'instabilité antéro-postérieure, ni latérale, une mobilité présentant une flexion à 140° et une extension à 0° (p. 76). Pour la cheville droite, l'expert relève essentiellement une mobilité avec une flexion plantaire à 40° et un déficit d'extension de 30°, mais une mobilité conservée des orteils. Il n'existe pas de trouble de la sensibilité superficielle. Comme vu ci-dessus, la palpation déclenche une douleur à la face antérieure de l'articulation tibio-astragalienne. L'expert ne trouve pas d'instabilité latérale. S'agissant de la cheville gauche, il y a une flexion plantaire à 30° et une flexion dorsale à 20°. En revanche, l'examen ne provoque pas de douleur. En rapport avec le pied droit, l'expert signale une absence de douleur à la palpitation au niveau du 5ème métatarsien, siège d'une ancienne fracture, mais une déformation cliniquement, ainsi qu'un hallus valgus (p. 76). Les résultats obtenus pour les autres articulations du corps susmentionnées sont retranscrits aux p. 77 et 78 de l'expertise orthopédique et ne démontrent pour l'essentiel pas de particularité, si ce n'est des paresthésies dans le 5ème doigt de la main droite et dans le coude, évoquant une possible compression du nerf ulnaire à ce niveau ; l'expert recommande alors un bilan neurologique avec ENMG mais sans urgence (p. 77). L'expert orthopédiste examine en complément d'une part une IRM du genou gauche du 4 décembre 2018 et relève une zone d'œdème osseux ainsi qu'une lésion du cartilage fémoral externe (p. 78). D'autre part, il évalue un bilan fait le lendemain de l'expertise orthopédique, en retenant des séquelles avec cal vicieux des métatarsiens III, IV et V de l'avant-pied droit, une absence de pincement articulaire net au niveau du genou gauche, une coxarthrose juste débutante bilatérale au niveau du bassin, une marche d'escalier du toit de l'astragale avec effondrement de son corps sur l'incidence de profil, ainsi que des remaniements dégénératifs diffus sur la cheville gauche, et un cal vicieux radius et cubitus s'agissant de l'avant-bras (p. 79). Ces observations, qui se révèlent être approfondies, justifient les diagnostics avec (arthrose tibio-talienne de la cheville gauche M1987, lésion du cartilage sous-chondrale du condyle fémoral externe genou gauche M879 et séquelle de fracture de l'avant-bras S529) et sans effet (coxarthrose débutante bilatérale M169, séquelles de fractures de métatarsiens pied droit S923 et hallus valgus pied droit M201) sur la capacité de travail du recourant susmentionnés posés par l'expert orthopédiste (p. 80 ; voir *supra* consid. 15.3). Le Tribunal remarque que le Dr O._____ ne retient pas de diagnostic propre aux paresthésies dans le 5ème doigt de la main droite. L'expert continue en précisant que les troubles prédominent aux deux membres inférieurs avec une arthrose de la cheville gauche et une lésion cartilagineuse du genou gauche, mais que

cette dernière n'entraîne pas de gêne majeure mais avec un potentiel d'évolution vers une arthrose dans le futur. Il ajoute que l'arthrose de la cheville droite est une complication connue et redoutable de ce type de fracture-luxation, que la marche est très altérée et qu'il n'y a pas d'amélioration à attendre spontanément dans les années futures (p. 80).

14.3.2 Les pathologies objectivées par l'expert orthopédiste rejoignent, pour la plupart, celles retenues par les autres médecins spécialistes et généralistes. L'expert relève en effet une lésion du cartilage sous-chondral du condyle fémoral externe du genou gauche, tout comme le Dr C._____ (qui utilise le terme de chondromalacie de la rotule gauche : OAIE pce 178), le Dr D._____ (qui parle de fracture chondrale sur la face articulaire du condyle externe, à une méniscopathie interne et externe de degré I et un épanchement articulaire: TAF pce 9) ou encore le Dr Q._____(qui relate une fracture sous-chondrale dans le contexte d'une ostéonécrose affectant le condyle fémoral : OAIE pce 179). L'expertise ne mentionne en revanche plus le diagnostic de condyle fémoral du genou droit retenu par la Dresse K._____ dans ses rapports E 213 des 22 février et 22 mai 2018 (OAIE pces 164 p. 9 et 177 p. 10). Cette divergence est toutefois explicitée dans le consilium interdisciplinaire en ce sens que l'arthrose du genou droit douloureuse serait débutante et aurait été traitée par une infiltration en 2018 qui l'aurait bien soulagée, avec depuis seulement des douleurs occasionnelles (TAF pce 74 p. 92). D'autres pathologies diagnostiquées par l'expert sont déjà connues et relevées par les médecins traitants comme l'arthrose tibio-talienne de la cheville gauche, la séquelle de fracture de l'avant-bras, les séquelles de fractures de métatarsiens du pied droit ou l'hallus valgus du pied droit (voir notamment le rapport du Dr C._____ [OAIE pce 179] et les rapports E 213 de la Dresse K._____ [OAIE pces 164 et 177]). De surcroît, le Dr O._____ indique une nouvelle atteinte, une coxarthrose débutante bilatérale au niveau du bassin après examen d'un bilan du 7 avril 2022 (TAF pce 74 p. 79), la considérant cependant comme non-incapacitante (TAF pce 74 p. 80).

14.3.3 S'agissant des limitations fonctionnelles, l'expert a relevé que, si une activité professionnelle de substitution est possible, elle devrait l'être essentiellement en position assise, tout en permettant de brefs déplacements et un port de charge ponctuel de 5 kg au vu de la corpulence de l'assuré, sans devoir rester en position debout statique plus de 5 minutes, sans déplacement répété dans des escaliers compte tenu des lésions du genou et de la cheville ; de même, il convient d'éviter les mouvements de prosupination répétés (TAF pces 74 p. 82 et 84). Force est de constater

que ces limitations sont fort semblables à celles figurant dans les prises de position du service médical de l'OAIE des 16 mars et 2 mai 2013 et de la motivation de la décision de cette dernière autorité rendue en 2013 (OAIE pces 54 p. 2, 57 p. 2 et 63 p. 2), si ce n'est que ces dernières retenaient encore à l'époque une activité devant être à l'abri du froid et de l'humidité. Cette légère différence, au demeurant négligeable, ne saurait justifier une modification propre à influencer le droit à la rente depuis 2013. Par contre, une divergence existe au niveau de la capacité de travail dans l'activité habituelle, évaluée en 2013 à 20%, alors que l'expert l'exclut totalement depuis octobre 2013. Cependant, cette différence est explicitée de manière probante par l'expert, lequel relève que l'assuré ne peut plus exercer d'activité professionnelle en position debout ou nécessitant la marche en raison de l'arthrose de la cheville gauche et de l'arthrose des articulations adjacentes (TAF pce 74 p. 83). Or, la dernière activité exercée par l'expertisé est celle de gérant de bar-restaurant, activité professionnelle réalisée, comme le mentionne au demeurant l'expert, uniquement en position debout, rendant impossible une reprise de celle-ci (TAF pce 74 p. 83). Par ailleurs, en 2018, le taux de 0% de capacité de travail dans l'activité habituelle retenu par l'expert apparaît convaincant dans la mesure où celui-ci explique que cette activité professionnelle, d'une part, ne peut être réalisée qu'en position debout, et que, d'autre part, les troubles à la marche et le bilan articulaire réalisé pour la cheville et constatés au jour de l'expertise empêchent toute reprise de celle-ci (TAF pce 74 p. 83).

14.3.4 Enfin, si l'expert note, comme relevé ci-dessus, qu'il n'y a définitivement pas de reprise possible dans la dernière activité de gérant de bar-restaurant exercée par l'assuré, laquelle s'exerce uniquement en position debout, il relève, compte tenu des douleurs à la cheville et au genou et des difficultés de déplacement nécessitant un temps de repos supplémentaire, la possibilité de pratiquer une activité adaptée à son état de santé à raison de 5,6 heures par jour, soit avec une diminution de rendement de 30 % (TAF pce 74 p. 84). Ce faisant, l'expert, se fondant sur des constatations motivées a de manière convaincante, tenant compte des diagnostics, des limitations fonctionnelles précitées et de la nécessité pour l'assuré d'effectuer quelques minutes de pause pour faire des mouvements d'assouplissement toutes les deux heures (TAF pce 74 p. 84), retenu un taux de travail de 70 % dans une activité adaptée. Aucune pièce au dossier ne permet de remettre en question l'appréciation de l'expert sur ce point.

14.3.5 Partant, les réquisits jurisprudentiels en matière de valeur probante sont pleinement respectés par l'expertise orthopédique et ses conclusions peuvent être reprises. Le recourant présentait à la date de l'expertise une

incapacité de travail totale dans l'activité habituelle, mais une capacité de travail de 70 % dans une activité adaptée.

15.

Sur le plan psychiatrique, le Tribunal retient ce qui suit.

15.1 L'expert psychiatre, le Dr M._____, a mené un entretien approfondi tenant compte d'indications fournies spontanément par l'expertisé (TAF pce 74 p. 38 à 44) et un examen concernant le recourant (TAF pce 74 p. 45 s.). Ce faisant, il n'a pas retenu de diagnostic, que ce soit avec ou sans effet sur la capacité de travail (TAF pce 74 p. 47).

15.1.1 Le Tribunal fédéral a jugé dans les ATF 143 V 409 et 143 V 418 que l'approche développée dans le cadre des troubles somatoformes douloureux doit dorénavant s'appliquer à tous les troubles psychiques, en particulier aussi aux dépressions légères à moyennes, qui doivent dès lors, en principe, faire l'objet d'une procédure probatoire structurée au sens de l'ATF 141 V 281 (ATF 143 V 418 consid. 6 et 7 et les références), afin d'établir l'existence d'une incapacité de travail et de gain invalidante. Ainsi, le caractère invalidant d'atteintes à la santé psychique doit être déterminé dans le cadre d'un examen global, en tenant compte des différents indicateurs, au sein desquels figurent notamment les limitations fonctionnelles et les ressources de la personne assurée, de même que le critère de la résistance du trouble psychique à un traitement conduit dans les règles de l'art (ATF 143 V 409 consid. 4.4 ; arrêt du Tribunal fédéral 9C_142/2018 du 24 avril 2018 consid. 5.2). Bien plus que le diagnostic, c'est donc la question des effets fonctionnels d'un trouble qui importe.

15.1.2 Dans l'approche développée dans le cadre des troubles somatoformes douloureux, le Tribunal fédéral a conçu, pour l'évaluation du caractère invalidant des affections psychosomatiques, une série d'indicateurs qu'il a classés dans deux catégories (ATF 141 V 281 consid. 4.1.3) :

A. Catégorie « degré de gravité fonctionnel »

a. Complexe « atteinte à la santé »

i. Expression des éléments pertinents pour le diagnostic

ii. Succès du traitement ou résistance à cet égard

iii. Succès de la réadaptation ou résistance à cet égard

iv. Comorbidités

b. Complexe « personnalité » (diagnostic de la personnalité, ressources personnelles)

c. Complexe « contexte social »

B. Catégorie « cohérence » (point de vue du comportement)

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

b. Poids des souffrances révélé par l'anamnèse établie en vue du traitement et de la réadaptation

15.1.3 Le Tribunal a précisé que les indicateurs se rapportant au degré de gravité fonctionnel (catégorie A ci-dessus) forment le socle de l'examen du caractère invalidant du trouble somatoforme (ATF 141 V 281 consid. 4.3) ; les conséquences tirées de cet examen doivent ensuite être examinées à l'aune des indicateurs se rapportant à la cohérence (catégorie B ci-dessus ; ATF 141 V 281 consid. 4.1.3). La Haute Cour a également indiqué qu'il fallait toujours tenir compte des circonstances du cas concret et que le catalogue d'indicateurs n'avait pas la fonction d'une simple check-list. Il a souligné en outre que ce catalogue n'était pas immuable et qu'il devait au contraire évoluer en fonction du développement des connaissances scientifiques (ATF 141 V 281 consid. 4.1.1).

15.1.4 L'examen opéré par l'expert psychiatre a commencé par un entretien approfondi avec l'assuré (TAF pce 74 p. 38 à 44) qui passe en revue les éventuels symptômes de la lignée dépressive, hypomaniaque et maniaque, anxieuse, et psychotique, de déficit de l'attention, du sommeil, de troubles extrinsèques du sommeil, de trouble alimentaire, de la personnalité, ainsi que de consommations et d'addictions, tout en relatant ensuite l'anamnèse scolaire et professionnelle, sociale, le quotidien du recourant et l'absence de traitement y compris médicamenteux depuis cinq à six ans, et enfin l'inexistence d'incohérences remarquées. L'entretien est suivi d'observations relatives au comportement et à l'apparence extérieure de celui-ci (TAF pce 74 p. 45) et de constatations lors de l'examen quant au status du recourant (TAF pce 74 p. 45 et 46). Le médecin a en outre indiqué qu'il n'y avait pas d'examens complémentaires, car aucun traitement psychiatrique n'était en cours s'agissant du recourant et donc, il n'y avait pas de dosage laboratoire, pas plus qu'il n'y avait de bilan neuropsychologique ou de contacts avec des tiers dans la mesure où aucun suivi psychiatrique n'avait eu lieu depuis cinq à six ans (TAF pce 74 p. 46). Il y a lieu dès lors

de constater qu'en étudiant chaque lignée de symptômes d'ordre psychiatrique, point par point, susceptibles d'être présents chez un-e patient-e, l'expert a procédé à des examens complets.

15.1.5 Les observations obtenues par l'expert sont rapportées dans une section « 4. Constatations » (TAF pce 74 p. 45 s.). Ainsi, celui-ci relève, en rapport avec le comportement de l'expertisé et son apparence extérieure, que ce dernier présente, entre autres, à l'arrivée, au cours et à la fin de l'entretien un niveau de stress stable et bas, une tenue vestimentaire et une hygiène soignées, une démarche hésitante, un premier contact naturel, une voix au ton affirmé et clair ainsi qu'ayant un débit dans la norme, une gestuelle fluide et un peu excitée que l'expert met sur le compte d'un contexte culturel, et une bonne collaboration, le recourant exprimant facilement ses pensées et ses émotions (TAF pce 74 p. 45). Lors de l'examen en tant que tel, le Dr M._____ signale que l'assuré ne présente pas de trouble de la vigilance ni de l'attention, étant orienté dans le temps et l'espace. La mémoire immédiate et à long terme sont dites conservées (TAF pce 74 p. 45). Il relève au surplus que le cours de la pensée de l'expertisé est dans la norme, celui-ci étant capable de répondre aux questions en restant sur le sujet investigué, sans digression. Le contenu de la pensée est signalé dans la norme. Aucune rumination, pensée obsessionnelle, idée délirante, illusion, hallucination auditive, visuelle, tactile ou cénesthésique n'est relevée. La conscience de soi est présente, une perturbation de l'image corporelle ou une dépersonnalisation n'existant pas. L'expert ajoute qu'il n'y a pas d'émoussement ou d'abrasion des affectes qui sont appropriés, pas plus que de labilité émotionnelle ou d'irritabilités. L'image de soi, l'estime de soi et la confiance en soi sont conservées. Le recourant n'exprime pas de sentiments de culpabilité, mais fait preuve de légères idées de dévalorisation et d'une attitude globalement pessimiste. Il est peu expressif, mais globalement calme, étant précisé que l'expert parle d'une agitation plus culturelle avec une discussion également par les gestes et que l'humeur est neutre. Le comportement est qualifié d'approprié. Il n'y a pas d'élément lié à une compulsion ni à une impulsion (TAF pce 74 p. 46). L'expert psychiatre insiste sur le fait qu'aucun traitement psychiatrique n'est en cours, de sorte qu'il n'y a pas d'examens complémentaires par dosage laboratoire ; il n'y a pas de bilan neurologique, ni de contact avec des tiers dans la mesure où il n'y a plus eu de suivi psychiatrique depuis cinq à six ans (TAF pce 74 p. 46). Si l'on ajoute à ces constatations les éléments relevés lors de l'entretien (avec catégories de troubles psychiatriques), il convient de constater que les observations du Dr M._____ sont approfondies.

15.1.6 L'expert psychiatre étudie de façon circonstanciée les points litigieux dans le cadre de son « résumé de l'évolution personnelle et professionnelle et de la santé de l'assuré, y compris de la situation psychique, sociale et médicale actuelle » (TAF pce 74 p. 48 ss). Il expose à raison les avis de ses consœurs et confrères exprimés dans le passé, dont certains avaient retenu une dépression (Dresse P._____ [rapports des 29 juillet 2011 ; OAIE pce 19 ; et 24 octobre 2011 ; OAIE pce 118]) ou un trouble de l'adaptation avec symptômes dépressifs anxieux (Dr R._____[rapport psychiatrique daté du 16 août 2012 ; OAIE pce 24] ; Dresse S._____[rapport E213 E du 23 octobre 2012 ; OAIE pce 7] ; Dr T._____ du service médical de l'OAIE [prise de position médicale du 2 mai 2013 ; OAIE pce 57] ; Dresse K._____ [rapports E 213 E des 4 février 2014 ; OAIE pce 98 ; 7 août 2014 ; OAIE pce 117 ; et 17 novembre 2014 ; OAIE pce 136]) ou encore un trouble de l'adaptation mixte, actuellement en état de stabilisation clinique (Dr U._____[rapport du 16 janvier 2018 ; OAIE pce 165] ; Dresse K._____ [rapports E 213 des 2 février 2018 ; OAIE pce 164 ; et 22 mai 2018 ; OAIE pce 177]). Tous les médecins s'accordent sur l'origine du trouble qui est l'affection cardiaque de février 2011 et en particulier les incidences qu'il a eues sur sa vie privée, professionnelle et familiale. Par ailleurs, l'expert explique que le trouble de l'adaptation mixte retenu par d'autres médecins, lesquels l'envisage sur plusieurs années, est dans ces circonstances difficile à valider (TAF pce 74 p. 50 ; voir aussi p. 55). Il souligne que la situation socio-économique est la même au jour de l'expertise que lors de l'octroi du quart de rente depuis février 2012, l'expertisé se décrivant uniquement labile au niveau de l'humeur avec des hauts et des bas, mais s'en plaignant plus, disant même qu'il y a pris habitude. Il n'y a aucun élément comportemental à décrire face à la maladie. L'expert énumère encore les ressources (mère, sœur, amis ; p. 51).

15.1.7 Le recourant ne présentant selon l'expert que de légères idées de dévalorisation et une attitude globalement pessimiste, on comprend aisément que ce dernier n'ait pas retenu, du point de vue psychiatrique, de diagnostic ni avec ni sans effet sur la capacité de travail du recourant (TAF pce 74 p. 47). Si l'expert relève que l'assuré a probablement présenté un trouble de l'adaptation, voire une dépression dans les deux-trois premières années à la suite de son infarctus en 2011, suite notamment à des facteurs de stress, comme le divorce ou des éléments de stress professionnel (TAF pce 74 p. 54), tel n'est plus le cas. Il y a en effet lieu de retenir, comme le précise l'expert, qu'un trouble de l'adaptation ne peut, au degré de la vraisemblance prépondérante, plus être présent, dans la mesure où

une telle pathologie ne dure en général pas plus de 6 mois après la disparition du facteur de stress ou ses conséquences (ici l'infarctus du myocarde au mois de février 2011). Au demeurant, même si, par hypothèse non réalisée en l'espèce, l'on admettait un tel trouble, l'on en tirerait la même conclusion, dans la mesure où tous les médecins s'étant prononcés sur ce plan peu avant que la décision litigieuse ne soit rendue, ont indiqué que ledit trouble était en état de stabilisation et non-incapacitant. Il en va de même pour la dépression relevée dans un premier temps par certains médecins, mais plus par les médecins traitants s'étant exprimés par la suite ; l'intéressé ne suit par ailleurs plus de traitement psychiatrique depuis plusieurs années. En définitive, les conclusions de l'expert sont dûment motivées et il n'y a pas eu de modification de l'état de santé sous l'angle psychiatrique, comme déjà constaté dans l'arrêt de renvoi du TAF (C-2394/2015 consid. 7.1.1).

15.1.8 S'agissant des indicateurs de la grille d'évaluation développée par la jurisprudence du Tribunal fédéral, il sied de relever que pour le complexe « a. atteinte à la santé » de la catégorie « degré de gravité fonctionnel », l'expert psychiatre s'attache à l'expression des éléments pertinents pour le diagnostic (indicateur i.), en particulier lorsqu'il entreprend l'anamnèse systématique en présentant chaque lignée de symptômes de type psychiatrique et en déclinant les sous-aspects (par exemple pour les symptômes de la lignée dépressive, il commence par l'humeur dépressive, puis intérêts et plaisirs, etc. [TAF pce 74 p. 39]). Il réexamine ensuite cela dans le cadre de son examen relatif au status (TAF pce 74 p. 45 s. ; pour les différents éléments relevés par l'expert, voir *supra* consid. 15.1.5). Il explique aussi notamment les éléments déterminants pour un trouble de l'adaptation mixte, tout en indiquant qu'il ne peut en valider aucun dans le cas du recourant, les critères n'étant plus remplis (TAF pce 74 p. 50 ; voir aussi les autres observations : TAF pce 74 p. 50 s.). En ce qui concerne l'indicateur « ii. Succès du traitement ou résistance à cet égard », il est signalé que le recourant n'a, au moment de l'expertise, aucun recours à des soins psychiatriques (cela fait plus de cinq à six ans [TAF pce 74 p. 46]). Par ailleurs, l'expert relève à juste titre, également pour l'indicateur « iii. Succès de la réadaptation ou résistance à cet égard », qu'il n'y a aucune mesure médicale ni de mesure de réadaptation à commenter dans le cas du recourant (TAF pce 74 p. 51), n'ayant pas pu retenir de diagnostic d'ordre psychiatrique, faute d'impact d'élément psychiatrique (TAF pce 74 p. 47 et 51). Pour l'indicateur « iv. Comorbidités », l'expert n'en parle pas à raison en l'absence de tout diagnostic psychiatrique. En lien avec le complexe « b. « personnalité » (diagnostic de la personnalité, ressources personnelles) », l'expertise psychiatrique rapporte – comme vu plus haut – que le

recourant n'a pas de perturbation de l'image corporelle ni de dépersonnalisation (TAF pce 74 p. 46), et ne présente ainsi aucun élément ni de diagnostic de la personnalité (TAF pce 74 p. 42 et 52). Les ressources sont exposées abondamment à plusieurs endroits dans le rapport (anamnèse sociale [TAF pce 74 p. 43], résumé de l'évolution [TAF pce 74 p. 51], appréciation des capacités, ressources, difficultés et limitations fonctionnelles [TAF pce 74 p. 52]). La mère du recourant lui met à disposition l'appartement et effectue les dépenses au quotidien, l'intéressé n'ayant rien à débourser. Les aptitudes relationnelles semblent bonnes, l'expertisé ayant des contacts avec sa sœur et entretenant des contacts sociaux avec des amis. Au niveau de ses capacités, l'expert indique qu'elles semblent présentes dans ses activités, ses relations, mais il a peu de hobby. Les difficultés rencontrées proviennent de l'absence de formation professionnelle (TAF pce 74 p. 52). Enfin, concernant le complexe c. « contexte social », il est rapporté dans l'anamnèse sociale (TAF pce 74 p. 43 s.) et apprécié comme semblant exister et suffire à l'assuré (TAF pce 74 p. 52). En conclusion, il faut retenir, avec l'expert, que le degré de gravité fonctionnel du recourant est inexistant.

Pour la catégorie « B. « cohérence » (point de vue du comportement) », le Dr M._____ juge qu'il n'y a aucun impact d'élément psychiatrique, aucun diagnostic à retenir à ce moment, et que le bénéfice secondaire est clairement explicité par l'assuré, lequel pense qu'il devrait être déclaré invalide, comme en Espagne, comme il l'a dit à plusieurs reprises dans ses témoignages par ses lettres dans le dossier AI (TAF pce 74 p. 51). L'expert expose en outre qu'il n'y a pas divergence entre les plaintes et l'attitude de l'intéressé. Enfin, il mentionne que l'expertisé n'est pas particulièrement démonstratif, qu'il y a une légère augmentation des symptômes, mais le recourant est assez fidèle semble-t-il à ce qu'il ressent, car pendant l'entretien il ne simule pas, ni n'exagère pas (TAF pce 74 p. 52). S'agissant de l'indicateur « a. Limitation uniforme du niveau des activités dans tous les domaines comparables de la vie », l'expert psychiatre déclare qu'il n'y a pas de limitation sur le plan privé ou professionnel (TAF pce 74 p. 52). En relation enfin avec l'indicateur « b. Poids des souffrances révélé par l'anamnèse établie en vue du traitement et de la réadaptation », il n'y en a pas à évoquer sur le plan psychiatrique selon le spécialiste (TAF pce 74 p. 52).

Compte tenu de ce qui précède, le Tribunal constate qu'une procédure probatoire structurée au sens de l'ATF 141 V 281 des éventuelles pathologies psychiatriques a été mise en œuvre par l'expert psychiatre et que les réquisits jurisprudentiels en matière de rapport psychiatrique sont pleinement

respectés. Autrement dit, il convient d'accorder pleine valeur probante au rapport d'expertise psychiatrique et à ses conclusions. Le recourant n'a pas connu de dégradation de sa santé psychique depuis la dernière décision de 2013. Comme le relève l'expert, le recourant jouit sur le plan psychiatrique d'une capacité de travail totale tant dans son activité habituelle que dans une activité adaptée (TAF pce 74 p. 53). Bien qu'il fasse remonter ce caractère entier en tout cas depuis 2016-2017, date à laquelle l'assuré arrête son suivi et son traitement, et qu'il n'arrive pas obtenir les éléments d'informations quant à une amélioration antérieure, il signale que l'expertisé a évoqué le fait qu'il ne voyait sa psychologue plus qu'une fois toutes les trois à quatre semaines, et qu'il l'avait peu vue dans sa totalité, ce qui revenait à dire qu'il était probablement déjà mieux avant 2016-2017. Le moment exact peu toutefois rester ouvert, dans la mesure où, au degré de la vraisemblance prépondérante, une dégradation n'apparaît nulle part au dossier et que l'arrêt de renvoi du TAF (C-2395/2015) en avait déjà constaté l'inexistence en 2017.

16.

16.1 D'un point de vue interdisciplinaire, les experts ont, dans le cadre d'un consilium (TAF pce 74 p. 89 ss), discuté les résultats respectifs obtenus et retenu des diagnostics avec impact sur la capacité de travail d'arthrose tibio-talienne de la cheville gauche (M1987), de lésion du cartilage sous-chondral fémoral externe du genou gauche (M879) et une séquelle de fracture de l'avant-bras (S529) ; ils ont en outre fixé des diagnostics sans impact sur la capacité de travail de diabète non insulinodépendant traité par monothérapie (E11), de dyslipidémie (E78), de surpoids (E66.93), d'infarctus du myocarde non susST (I214), de stent coronaire droit distal (I251), de déconditionnement à l'effort (T733), de coxarthrose débutante bilatérale (M169), de séquelles de fractures de métatarsiens pied droit (S923) et de hallus valgus pied droit (M201). Ils ont mentionné que le diabète, la dyslipidémie et le surpoids étaient des facteurs de risque sur le plan cardiovasculaire et que les douleurs articulaires ne favorisaient pas le reconditionnement (TAF pce 74 p. 92 s.).

En résumant soigneusement l'évolution de la maladie selon les différentes disciplines et en reprenant fidèlement les diagnostics qui y ont été posés, le consilium bénéficie également d'une pleine et entière valeur probante sur ces points.

Au surplus, si le consilium retient deux nouveaux diagnostics avec effet sur la capacité de travail (lésion du cartilage sous-chondral fémoral externe du

genou gauche et une séquelle de fracture de l'avant-bras) par rapport à la dernière décision de 2013 (cf. en particulier OAIE pce 57), il n'en demeure pas moins que leur impact ne peut se répercuter durablement que sur la capacité de travail dans l'activité habituelle, dans la mesure où les experts n'ont reconnu une diminution de la capacité de travail que s'agissant de l'activité habituelle ; dans une activité adaptée, elle n'en est pas affectée. Au surplus, il ressort du dossier que la fracture de l'avant-bras remonte à l'accident de 1988 (cf. notamment OAIE pce 164). Enfin, on notera que l'hallus valgus du pied droit nouvellement diagnostiqué, est considéré par les experts comme n'ayant pas de répercussion sur la capacité de travail du recourant.

16.2 Au niveau des limitations fonctionnelles, le consilium interdisciplinaire rappelle qu'aucune n'a été retenue dans les domaines de la médecine interne, de la cardiologie et de la psychiatrie, mais que le poids des souffrances existe bien du point de vue orthopédique en limitant l'assuré de façon similaire dans tous les domaines comparables de la vie. Toutefois, les limitations présentes permettent à celui-ci de fonctionner dans son quotidien, certes de façon restreinte (TAF pce 74 p. 95). De surcroît, il est souligné que le recourant ne prend pas de traitement antalgique et que le traitement psychiatrique a été interrompu, tout en précisant qu'il s'agit d'éléments parlant en faveur d'un faible poids des souffrances (TAF pce 74 p. 96). Comme il a été vu plus haut (cf. consid. 14.1.3, 14.2.3, 14.3.3 et 15.1.8), les limitations fonctionnelles fixées dans les expertises spécifiques sont en adéquation avec celles retenues en 2013, sous réserve de deux limitations négligeables en l'espèce (froid et humidité à éviter) qui plaident plutôt en faveur d'une amélioration de l'état de santé du recourant depuis la dernière décision de 2013.

16.3 Enfin, par rapport à la capacité de travail, le consilium rapporte de façon fidèle que les experts l'ont évalué dans l'activité habituelle à 0 % depuis octobre 2013 et dans une activité adaptée de 0 % de novembre 2013 à mai 2014, puis de 70 %, pour des motifs tenant aux seules atteintes orthopédiques. Dans le domaine cardiologique, l'incapacité de travail ne fut que transitoire, et sur le plan psychiatrique, il n'y en a plus depuis au moins 2016-2017 (TAF pce 74 p. 96).

16.4 Au vu de ce qui précède, le Tribunal remarque, avec l'autorité inférieure et son service médical, que le rapport d'expertise judiciaire, auquel il convient d'attribuer pleine valeur probante, ne fait pas état de modification de l'état de la santé et de limitations fonctionnelles depuis 2013 (date de la dernière décision) propre à modifier le droit à la rente du recourant. Seule

une différence, explicitée ci-dessus, apparaît, sur le plan orthopédique, au niveau de la capacité de travail dans l'activité habituelle entre les moments comparés, de 20 % en 2013 à 0 % en 2018 (sur ce dernier point, cf. consid. 14.3.3).

16.5 Le niveau d'incapacité de travail dans une activité adaptée ne variant pas entre les moments comparés, il faut remarquer que le taux d'invalidité n'a pas changé depuis la dernière décision de 2013 (cf. évaluation de l'invalidité – application de la méthode générale du 31 mai 2013 ; OAIE pce 59). Pour le surplus, le Tribunal n'identifie pas d'éléments du calcul qui l'inciterait à procéder à un examen d'office de celui-ci, ce dernier ayant acquis force de chose décidée et semblant correct dans son résultat.

17.

Les décisions prises par la sécurité sociale espagnole ne liant pas les autorités suisses, le droit à des prestations de l'AI suisse se déterminant exclusivement d'après le droit suisse (voir *supra* consid. 4.1.1), le grief du recourant selon lequel il conclut implicitement qu'il devrait se voir reconnaître un taux d'invalidité équivalent à celui qui lui est reconnu depuis 2012 en Espagne doit dès lors être rejeté. Au demeurant, le Tribunal précise que selon le droit suisse le fait de présenter une incapacité de travail totale dans l'activité habituelle ne suffit pas en soi à être considéré invalide. Enfin, les griefs de l'intéressé quant à son âge et à sa prétendue difficulté à travailler dans un autre domaine que celui de son activité habituelle ne sont pas pertinents en l'espèce et doivent également être rejetés. En effet, le recourant, qui avait 58 ans au moment de la décision litigieuse, ne présentait pas un âge avancé au sens de la jurisprudence pouvant entrer en considération pour l'octroi de prestations (cf. notamment ATF 138 V 457 consid. 3.3 ; pour une casuistique : arrêts du Tribunal fédéral 8C_99/2019 du 8 octobre 2019 consid. 5, 9C_188/2019 du 10 septembre 2019 consid. 7, 9C_46/2019 du 27 juin 2019 consid. 5, 9C_391/2017 du 27 novembre 2017 et 9C_536/2015 du 21 mars 2016 consid. 4). Au surplus, ses éventuelles difficultés à trouver une activité adaptée ne peuvent convaincre dans la mesure où cet argument constitue un facteur étranger à l'invalidité.

18.

En outre, il rappelé que la conclusion du recourant tendant à se faire examiner par des médecins en Suisse, afin que ceux-ci puissent prendre la bonne décision, a été satisfaite par la réalisation de l'expertise médicale judiciaire et est de ce fait devenue sans objet.

19.
Au vu de ce qui précède, le recours doit être rejeté et la décision attaquée confirmée.

20.
Il reste à examiner la question de la prise en charge des frais de procédure et des dépens ainsi que des frais d'expertise de Fr. 21'846,80 du CEM E._____ et qui y sont liés (hébergement, déplacement jusqu'au lieu de l'expertise et retour, etc.) de Fr. 465,25 et de Fr. 453,75 (TAF pces 69 et 89).

20.1 Le recourant, qui succombe, doit s'acquitter des frais de justice fixés, compte tenu de la charge liée à la procédure, à Fr. 800.– (art. 63 al. 1 PA ; voir également art. 69 al. 1bis et 2 LAI). Ils sont compensés par l'avance de frais du même montant dont il s'est acquitté au cours de l'instruction.

20.2 En outre, vu l'issue du litige, il n'est pas alloué de dépens (art. 64 al. 1 PA, art. 7 al. 1 et 3 du règlement du 21 février 2008 concernant les frais, dépens et indemnités fixés par le Tribunal administratif fédéral [FITAF, RS 173.320.2]).

20.3

20.3.1 Les frais qui découlent de la mise en œuvre d'une expertise judiciaire sont mis à la charge de l'autorité administrative lorsque celle-ci a procédé à une instruction présentant des lacunes ou des insuffisances caractérisées et que l'expertise judiciaire serve à pallier les manquements commis dans la phase d'instruction administrative (ATF 139 V 496 consid. 4.4). En effet, l'autorité de recours intervient dans les faits en lieu et place de l'autorité administrative qui, en principe, aurait dû mettre en œuvre cette mesure d'instruction dans le cadre de la procédure administrative. Dans ces conditions, les frais de l'expertise ne constituent pas des frais de justice, mais des frais relatifs à la procédure administrative au sens de l'art. 45 LPGA qui doivent être pris en charge par l'assureur social (ATF 139 V 496 consid. 4.3 et 4.4, 137 V 210 consid. 4.4.2 ; arrêt du Tribunal fédéral 9C_469/2017 du 10 janvier 2018 consid. 5.1). Tel sera notamment le cas lorsqu'elle aura pris en considération une expertise qui ne remplissait manifestement pas les exigences jurisprudentielles relatives à la valeur probante de ce genre de documents (ATF 125 V 351 consid. 3a).

20.3.2 En l'occurrence, l'expertise médicale judiciaire a servi à pallier les manquements commis dans la phase d'instruction administrative, en particulier la non mise en place d'une nouvelle expertise orthopédique qui répond aux réquisits jurisprudentiels en matière de valeur probante et qui établit s'il existe une aggravation de la santé du recourant selon l'AI, alors que cela avait été ordonné par le 1er arrêt de renvoi du TAF (C-2394/2015 du 10 juillet 2017). Dans cette configuration, il existe un lien entre ce défaut d'instruction et la mise en place de l'expertise judiciaire. Dès lors, les frais de Fr. 21'846,80 + 465,25 + 453,75 sont à la charge de l'autorité inférieure.

Par ces motifs, le Tribunal administratif fédéral prononce :

1.
Le recours est rejeté.

2.
Les frais de procédure de Fr. 800.– sont mis à la charge du recourant et sont compensés par l'avance de frais du même montant versée en cours de procédure.

3.
Il n’est pas alloué de dépens.

4.
Les honoraires de Fr. 21'846,80 du CEM E._____ et les frais qui y sont liés, soit Fr. 465,25 et 453,75, sont à la charge de l’OAIE. Cet office versera ces montants à la caisse du Tribunal à titre de remboursement.

5.
Le présent arrêt est adressé au recourant, à l’autorité inférieure et à l’OFAS.

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

La présidente du collège : Le greffier :

Madeleine Hirsig-Vouilloz Julien Borlat

Indication des voies de droit :

La présente décision peut être attaquée devant le Tribunal fédéral, Schweizerhofquai 6, 6004 Lucerne, par la voie du recours en matière de droit public, dans les trente jours qui suivent la notification (art. 82 ss, 90 ss et 100 LTF). Ce délai est réputé observé si les mémoires sont remis au plus tard le dernier jour du délai, soit au Tribunal fédéral soit, à l'attention de ce dernier, à La Poste Suisse ou à une représentation diplomatique ou consulaire suisse (art. 48 al. 1 LTF). 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 de la partie recourante (art. 42 LTF).

Expédition :