



Arrêt du 12 février 2020

Composition

Madeleine Hirsig-Vouilloz (présidente du collège),
Viktoria Helfenstein, Vito Valenti, juges,
Julien Theubet, greffier.

Parties

A. _____, (Espagne)
représenté par Maître Sandra Blanco,
recourant,

contre

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

Objet

Assurance-invalidité, révision de la rente (décisions du 8 novembre 2017 et du 9 mai 2019).

Faits :**A.**

A._____ (ci-après : l'intéressé, le recourant, l'assuré), ressortissant espagnol domicilié en Espagne, né le (...) 1960, a cotisé à l'assurance vieillesse, invalidité et survivants depuis 1978 en raison d'une activité d'aide mécanicien (OAIE pces 1 et 8).

A.a Le 1^{er} février 1993, l'assuré a déposé une demande de rente de l'assurance-invalidité compte tenu essentiellement de problèmes rénaux, de goutte et d'une tension artérielle trop élevée (OAIE pces 1 à 3). Cette demande a été rejetée par décision du 25 avril 1994 (OAIE pce 13). Suite à une seconde demande, une demi-rente d'invalidité lui a été octroyée dès le 1^{er} mai 1996 en raison d'une insuffisance rénale terminale compatible avec l'exercice à 50 % de son activité professionnelle (communication du 28 octobre 1996 ; OAIE pces 29 et 179).

A.b Par décision du 24 juin 1999, une rente entière d'invalidité a été allouée à l'assuré dès le 1^{er} mai 1997 en raison d'une incapacité de gain consécutive essentiellement à une insuffisance rénale dans le contexte d'une transplantation, une néphropathie hypertensive ainsi que de troubles de l'adaptation (OAIE pces 7, 29 et 179).

A.c Suite à des procédures de révision initiées en 2000 en raison d'arthroplasties totales réalisées les 2 décembre 1999 et 5 mars 2000 (OAIE pces 13, 29, 50 et 179), puis en 2001 (OAIE pces 25ss) et en 2006 (OAIE pces 44ss), l'Office d'assurance invalidité pour les assurés résidant à l'étranger (ci-après : l'OAIE, l'autorité précédente, l'autorité inférieure) a maintenu le droit de l'assuré à une rente entière d'invalidité (communications des 2 mai 2000, 12 avril 2002 et 20 avril 2006 ; OAIE pces 13, 29, 32 et 47).

A.d En janvier 2010, l'OAIE a derechef ouvert une procédure de révision. Au plan somatique, il a été observé chez l'assuré une pathologie rénale chronique ainsi qu'un status après arthroplastie totale des hanches. Au plan psychiatrique, une amélioration de l'état de santé de l'assuré a été observée, celui-ci souffrant d'un trouble dépressif léger exclusivement. Une capacité de travail de 70 % dans des activités légères adaptées a ainsi été tenue pour exigible dès le 30 mars 2010. Cela étant, l'intéressé reste en mesure de réaliser un revenu de Fr. 2'813.56 qui, comparé au revenu de valide de Fr. 6'012.44, donne lieu à une invalidité de 53.20 %. Aussi, par décision du 15 octobre 2010, partiellement réformée par arrêt du Tribunal administratif fédéral 15 juillet 2013, la rente entière d'invalidité allouée à l'assuré a été remplacée dès le 1^{er} janvier 2011 par une demi-rente d'un

montant de Fr. 1'031.- (décision du 15 octobre 2010 ; OAIE pces 116 et 179).

A.e A l'issue d'une nouvelle procédure de révision entamée en 2013, la demi-rente d'invalidité reconnue à l'assuré a été maintenue (décision du 12 mars 2014). A suivre l'OAIE, la documentation médicale versée au dossier depuis la dernière révision confirme les atteintes à la santé connues et n'apporte pas d'éléments objectifs nouveaux de nature à remettre en cause les incapacités de travail reconnues à la base de la décision du 15 octobre 2010 (OAIE pce 229 ; cf. également TAF C-2935/2014 du 20 octobre 2016 et TF 9C_813/2016 du 14 décembre 2016, OAIE pces 229 et 285).

B.

B.a Dans les suites de la décision du 12 mars 2014, l'assuré a versé en cause divers documents médicaux. Ainsi, au plan psychiatrique, le Dr B. _____ a expliqué que le trouble dépressif chronique dont souffre l'intéressé n'a pas connu de modification notable au cours des dernières années (rapports des 13 mai 2014, 9 octobre 2014, 5 février 2016 et 28 décembre 2016 ; OAIE pces 232, 254, 308, 309 et 312 ; cf. également OAIE pces 237, 253 et 322). Après avoir confirmé ce diagnostic, le Dr C. _____ – médecin psychiatre - a observé que les atteintes psychiques de l'assuré ont un impact sur sa vie quotidienne et entraînent une incapacité de travail de 25 % (rapport du 17 janvier 2017, OAIE pce 307).

S'agissant des atteintes au niveau des reins (OAIE pces 233, 236, 255, 265, 299, 300, 317, 318 et 328), le Dr D. _____ a expliqué dans un rapport du 10 avril 2014 que l'assuré reçoit un suivi périodique en raison de la transplantation dont il a bénéficié ; en outre, un hypoparathyroïdisme dont souffre l'assuré depuis 1998 se situe à l'origine d'importantes crampes musculaires, en phase d'amélioration partielle (OAIE pce 233; cf. également pce 237). Dans des rapports des 1^{er} octobre 2014, 29 février 2016, 23 janvier et 3 avril 2017, le Dr E. _____ – néphrologue – a ajouté que l'intéressé souffre depuis 2005 de gênes au plan digestif en raison d'une gastrite chronique, d'une hernie hiatale et d'une atteinte de l'œsophage. Aussi ce médecin a-t-il exclu toute capacité résiduelle de travail (OAIE pces 265 et 299, 300 et 328 ; cf. également AI pce 268).

Outre ces atteintes, l'assuré a été victime le 17 mai 2015 d'une cardiopathie ischémique, rapportée à une maladie du tronc coronaire gauche. Cela étant, une chirurgie cardiaque de revascularisation a été pratiquée le 18 mai 2015, de même que trois pontages coronariens (OAIE pces 275 et 303

; cf. également OAIE pce 274). Lors d'une consultation cardiologique du 10 février 2016, il a été retenu que l'assuré était asymptomatique (OAIE pce 304 s; cf. également rapport du Dr F. _____ du 4 avril 2017, TAF pce 1 annexes).

Finalement, l'intéressé a bénéficié d'un suivi régulier s'agissant des atteintes aux hanches (OAIE pce 306 ; cf. également OAIE pce 265) et a souffert d'un trouble dermatologique passager (OAIE pce 235).

B.b Nonobstant cette nouvelle documentation médicale, les médecins-conseils de l'OAIE ont exclu la survenance chez l'assuré d'une modification de l'état de santé ayant des répercussions sur sa capacité de travail (rapports des 12 juillet, 14 août, 13 novembre 2014, 10 mars, 11 mai, 26 juin et 18 septembre 2017 OAIE pces 242, 245, 261, 320, 325, 330 et 331).

En particulier, le Dr G. _____ – spécialiste en médecine interne et médecine générale – a observé que l'intéressé ne présente plus de douleur thoracique depuis son pontage et ne ressent des difficultés respiratoires que pour les efforts importants, tels que monter les escaliers ou marcher en montée. Aussi a-t-il conclut que l'atteinte cardiologique n'entraîne pas de modification de la capacité de travail de l'assuré (appréciation du 11 mai 2017 ; OAIE pce 325).

Au plan psychiatrique ensuite, le Dr H. _____ – médecin-conseil de l'OAIE et spécialiste en psychiatrie et psychothérapie – a constaté que le rapport du Dr C. _____ du 17 janvier 2017 procède d'un examen personnel de l'assuré, dresse un status psychique cohérent et retient un diagnostic plausible. De l'avis du médecin-conseil, la souffrance de l'assuré s'explique davantage en raison de la situation difficile à laquelle il est confronté qu'en raison de ses atteintes psychiques (appréciation du 18 septembre 2017 ; OAIE pce 331).

Dans un rapport médical E213 du 13 février 2017, le Dr I. _____ a fait état d'une évolution chronique de la situation de l'assuré (OAIE pce 296).

B.c Par décision du 8 novembre 2017, l'OAIE a exclu que l'état de santé de l'assuré se soit modifié de manière à influencer le droit aux prestations et a maintenu en conséquence le droit de ce dernier à une demi-rente d'invalidité (OAIE pces 321 et 326 et 332).

C.

C.a L'assuré interjette recours contre la décision du 8 novembre 2017, dont il demande l'annulation, concluant essentiellement à ce qu'une rente d'invalidité supérieure lui soit allouée (mémoire du 14 décembre 2017). A l'appui de son recours, il produit divers documents médicaux, dont il ressort principalement qu'il a été hospitalisé du 8 au 13 septembre 2017 auprès du service de cardiologie de l'hôpital J. _____ en raison d'une syncope d'étiologie non clarifiée. Selon le rapport de sortie du Dr K. _____ du 13 septembre 2017, de petits foyers hémorragiques ne peuvent être exclus au niveau cérébral ; en l'absence d'examen antérieurs, il est ainsi recommandé de mettre en œuvre une IRM cérébrale (TAF pce 1 et 2).

L'autorité précédente conclut au rejet du recours et à la confirmation de la décision attaquée (réponse du 5 mars 2018). Se prévalant de rapports pendente lite des Drs H. _____ et L. _____ – spécialiste en médecine générale et médecin-conseil de l'OAIE –, elle exclut que l'état de santé de l'assuré ait connu une aggravation justifiant la révision de la rente d'invalidité (TAF pce 7).

Les 9 et 18 avril 2018, l'assuré a maintenu ses conclusions. Dans ce contexte, il a versé en cause des rapports de consultation cardiologique (rapport du Dr M. _____ du 14 février 2018), traumatologique (rapport du Dr N. _____ du 2 avril 2018), psychiatrique (rapports du Dr O. _____ du 23 mars 2018 et du Dr C. _____ du 16 avril 2018) et néphrologique (rapport du Dr E. _____ du 16 janvier 2018), ainsi que le rapport du 26 mars 2018 de son médecin de famille le Dr P. _____ (TAF pces 9 et 10). A suivre en particulier le Dr N. _____, son état de santé a subi au cours des dernières années une nette aggravation, au point que son incapacité de travail est désormais totale. Selon le Dr C. _____ par ailleurs, les troubles psychiques de l'assuré entraînent en période de crise une incapacité oscillant entre 25 et 50 % (cf. ég. Rapport du Dr O. _____ du 21 novembre 2017, TAF pce 1 et 2).

Renvoyant à des prises de position du Dr H. _____ du 23 mai 2018 et du Dr Q. _____ – spécialisé en médecine interne générale et médecin-conseil de l'OAIE – du 8 mai 2018, l'autorité a persisté dans ses conclusions (TAF pce 14).

Après que l'assuré ait maintenu sa position, l'échange d'écriture a été clôturé (TAF pces 16 et 17).

C.b Le 27 mai 2019, l'assuré a recouru contre une décision de l'OAIE du 9 mai 2019 qui, en remplacement de sa décision du 15 octobre 2010, fixe le montant de la demi-rente d'invalidité à Fr. 1'119.- à partir du 1^{er} octobre 2018 (TAF C-2698/2019, pce 1). En réponse à ce recours, l'autorité précédente a expliqué que la rente de l'assuré a fait l'objet d'un recalcul en raison de ce que son épouse a été déclarée invalide à compter du 1^{er} octobre 2018. Invitées à se prononcer sur une éventuelle jonction des causes C-7093/2017 et C-2698/2019, les parties n'ont pas formulé de motif d'opposition (TAF C-2698/2019 pces 2, 3 et 7). Par écriture du 24 juillet 2019, l'assuré a déposé un rapport du 17 juin 2019 dans lequel le Dr C. _____ reprend ses précédentes observations (TAF C-2698/2019 pce 7). Après avoir exclu - sur la base de nouvelles appréciations de ses médecins-conseils (rapport du Dr H. _____ du 9 septembre 2019 et du Dr Q. _____ du 25 septembre 2019) - que ces documents ne remettent en question l'appréciation de la situation médicale de l'assuré, l'autorité précédente - renvoyant à son écriture du 5 mars 2018 - a conclu au rejet du recours et à la confirmation de la décision attaquée (TAF C-2698/2019 pce 11).

C.c Dans une ordonnance restée sans réponse du 6 novembre 2019, le Tribunal de céans a invité l'assuré à fournir ses observations éventuelles en raison d'un risque de reformatio in pejus.

Droit :

1.

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 (RS 830.1 ; art. 3 let. d^{bis} PA). Selon les principes généraux du droit intertemporel, les règles de procédure s'appliquent dans leur version en vigueur ce jour (ATF 130 V 1 consid. 3.2).

1.1 Le Tribunal administratif fédéral examine d'office et avec une pleine cognition sa compétence et les conditions de recevabilité des recours qui lui sont soumis (art. 7 PA ; ATAF 2016/15 consid. 1 ; 2014/4 consid. 1.2).

1.2 Le Tribunal administratif fédéral est compétent pour connaître des recours des 14 décembre 2017 et 27 mai 2019, ceux-ci étant dirigés contre des décisions de l'OAIE (art. 31, 32 et 33 let. d LTAF ; art. 69 al. 1 let. b LAI [RS 831.20]). Ces recours ayant pour objet le même rapport juridique - soit le droit de l'assuré à une rente d'invalidité - il y a lieu d'en admettre la connexité et de joindre les causes C-7093/2017 et C-2698/2019 sous la

seule référence C-7093/2017 (art. 24 PCF, applicable par renvoi de l'art. 4 PA ; arrêt du TAF B-4920/2015 du 2 février 2017 consid. 2).

1.3 Pour le surplus, le recourant est directement touché par les décisions attaquées et a un intérêt digne d'être protégé à ce qu'elles soient annulées ou modifiées (art. 59 LPGA et 48 al. 1 PA). Déposé en temps utile, dans les formes requises par la loi (art. 60 LPGA et 50 al. 1 PA ; art. 52 al. 1 PA) et les avances sur les frais de procédure ayant été dûment acquittées (art. 64 al. 3 PA ; TAF pces 3 et 4), les recours sont ainsi recevables.

2.

2.1 Concernant le droit matériel applicable, l'affaire présente un aspect transfrontalier, dans la mesure où le recourant est un ressortissant espagnol, domicilié en Espagne, mais ayant travaillé en Suisse et cotisé à l'assurance vieillesse et invalidité. Est dès lors applicable l'accord du 21 juin 1999 sur la libre circulation des personnes (ALCP, RS 0.142.112.681), conclu entre la Suisse et la Communauté européenne et ses Etats membres, dont l'annexe II règle la coordination des systèmes de sécurité sociale (art. 8 ALCP). Depuis le 1^{er} avril 2012, l'ALCP fait référence 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 (ci-après : règlement n° 883/2004, 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 (ci-après : règlement n° 987/2009, 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 1^{er} 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).

Cela étant, 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 ; TF 9C_573/2012 du 16 janvier 2013 consid. 4).

2.2 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 ; 136 V 24 consid. 4.3 ; 132 V 215 consid. 3.1.1). S'appliquent dès lors au cas d'espèce les dispositions légales dans leur teneur en vigueur jusqu'au jour de la décision attaquée, soit le 8 novembre 2017, respectivement le 9 mai 2019.

2.3 Par ailleurs, 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, soit le 8 novembre 2017, respectivement le 9 mai 2019 (ATF 132 V 215 consid. 3.1.1 ; 130 V 445 consid. 1.2 ; 121 V 362 consid. 1b ; TF 9C_34/2017 du 20 avril 2017 consid. 5.2 et les réf. cit). Les faits postérieurs 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 (TF 9C_34/2017 du 20 avril 2017 consid. 5.2 et les réf. cit.).

3.

En tant qu'il est circonscrit par la décision du 8 novembre 2017, le litige porte sur le droit de l'assuré à une rente d'invalidité dès le 8 novembre 2017. Il s'agit plus particulièrement de déterminer si, dans le contexte de l'art. 17 LPGA, la juridiction cantonale était en droit de nier une péjoration de l'état de santé de l'assuré par rapport à celui existant au moment de la décision du 12 mars 2014, qui constitue le dernier prononcé reposant sur un examen médical du droit aux prestations (OAIE pce 229).

Quant à la décision du 9 mai 2019, quand bien même elle se borne à recalculer le montant de la rente en raison de circonstances nouvelles, elle a également pour objet le droit de l'assuré à une rente d'invalidité, à compter toutefois du 1^{er} octobre 2018 (MEYER/VON ZWEHL, L'objet du litige en procédure de droit administratif fédéral, in: Mélanges Pierre Moor, Berne 2005, p. 441).

4.

4.1 Conformément à l'art. 28 al. 1 LAI, l'assuré a droit à une rente si sa capacité de gain ou sa capacité d'accomplir ses travaux habituels ne peut être rétablie, maintenue ou améliorée par des mesures de réadaptation raisonnablement exigibles (let. a) ; s'il a présenté une incapacité de travail (art. 6 LPGA) d'au moins 40% en moyenne durant une année sans interruption notable (let. b) ; et si, au terme de cette année, il est invalide (art. 8 LPGA) à 40% au moins (let. c). L'assuré a droit à un quart de rente s'il est

invalide à 40% au moins, à une demi-rente s'il est invalide à 50% au moins, à trois quarts de rente s'il est invalide à 60% au moins et à une rente entière s'il est invalide à 70% au moins (art. 28 al. 2).

L'invalidité au sens de cette disposition est l'incapacité de gain totale ou partielle présumée permanente ou de longue durée (art. 8 LPGGA et art. 4 al. 1 LAI). Est réputée incapacité de gain toute diminution de l'ensemble ou d'une partie des possibilités de gain de l'assuré sur un marché du travail équilibré dans son domaine d'activité, si cette diminution résulte d'une atteinte à sa santé physique, mentale ou psychique et qu'elle persiste après les traitements et les mesures de réadaptions exigibles (art. 7 LPGGA). Pour évaluer le taux d'invalidité, le revenu que l'assuré aurait pu obtenir s'il n'était pas invalide est comparé avec celui qu'il pourrait obtenir en exerçant l'activité qui peut raisonnablement être exigée de lui après les traitements et les mesures de réadaptation, sur un marché du travail équilibré (art. 16 LPGGA).

4.2 En vertu de l'art. 17 LPGGA, si le taux d'invalidité du bénéficiaire de la rente subit une modification notable, la rente est, d'office ou sur demande, révisée pour l'avenir, à savoir augmentée ou réduite en conséquence, ou encore supprimée. Pour autant qu'il ressort clairement du dossier, tout changement important des circonstances propres à influencer le degré d'invalidité, et donc le droit à la rente, peut motiver une révision selon l'art. 17 LPGGA (notamment : TF 9C_195/2017 du 27 novembre 2017, consid. 4.3.2 ; I 111/07 du 17 décembre 2007, consid. 3 et réf.cit.). La rente peut être révisée non seulement en cas de modification sensible de l'état de santé, mais aussi lorsque celui-ci est resté en soi le même, mais que ses conséquences sur la capacité de gain ont subi un changement important (ATF 130 V 343 consid. 3.5 p. 349; 113 V 273 consid. 1a p. 275). Une simple appréciation différente d'un état de fait, qui, pour l'essentiel, est demeuré inchangé n'appelle en revanche pas à une révision au sens de l'art. 17 LPGGA (ATF 112 V 371 consid. 2b p. 372; 387 consid. 1b p. 390). Le point de savoir si un tel changement s'est produit doit être tranché en comparant les faits tels qu'ils se présentaient au moment de la dernière décision entrée en force reposant sur un examen matériel du droit à la rente avec une constatation des faits pertinents, une appréciation des preuves et une comparaison des revenus conformes au droit, et les circonstances régnant à l'époque de la décision litigieuse (ATF 133 V 108).

4.3 Afin de pouvoir évaluer le taux d'invalidité ou établir un motif de révision, l'administration et, en cas de recours, le Tribunal, a besoin de documents que le médecin, éventuellement d'autres spécialistes, doivent lui

fournir. La tâche du médecin consiste à porter un jugement sur l'état de santé et à indiquer dans quelle mesure et pour quelles activités l'assuré est incapable de travailler. En outre, les données médicales constituent un élément utile pour déterminer quels travaux on peut encore, raisonnablement, exiger de l'assuré (ATF 132 V 93 consid. 4 p. 99; 125 V 256 consid. 4 p. 261 et les arrêts cités). En matière de révision, il revient également au médecin d'expliquer en quoi l'état de santé de l'assuré s'est modifié par rapport à une situation initiale et en quoi cette modification déploie des effets sur la capacité de travail. Faute d'aborder expressément ces aspects, un rapport médical ne se rapportera pas suffisamment à l'objet de la preuve et sera écartée (TF 9C_418/2010 du 29 août 2011, consid. 4.2).

4.4 Ainsi, le point de départ de l'examen du droit aux prestations est l'ensemble des éléments et constatations médicales. Une limitation de la capacité d'exécuter une tâche ou une action ne peut fonder le droit à une prestation que si elle est la conséquence d'une atteinte à la santé qui a été diagnostiquée de manière indiscutable par un médecin spécialiste de la discipline concernée (ATF 130 V 396 ; ATF 141 V 281 consid. 2.1 ; 143 V 418 consid. 6 et 8.1 ; TF 9C_815/2012 du 12 décembre 2012 consid. 3).

4.5 L'élément déterminant pour reconnaître pleine valeur probante à un rapport médical n'est ni son origine, ni sa désignation, mais son contenu. A cet égard, il importe que les points litigieux importants aient fait l'objet d'une étude fouillée, que le rapport se fonde sur des examens complets, qu'il prenne également en considération les plaintes exprimées, qu'il ait été établi en pleine connaissance du dossier, que la description des conséquences médicales soit claire et, enfin, que les conclusions de l'expert soient bien motivées (ATF 134 V 231 consid. 5.1).

De jurisprudence, l'appréciation des preuves est néanmoins soumise à des exigences sévères lorsque l'administration ou, en cas de recours, le juge se fonde uniquement ou principalement sur les rapports de médecins rattachés aux assureurs. Une instruction complémentaire sera ainsi requise si des doutes, même faibles, subsistent quant à la fiabilité et à la pertinence des constatations médicales effectuées par le service médical interne de l'assurance (ATF 135 V 465 consid. 4.6). Par ailleurs, pour avoir valeur probante, les rapports médicaux qui, comme en l'espèce, ne résultent pas de l'examen personnel de l'assuré, présupposent que le dossier ayant servi de base à leur établissement contienne suffisamment d'appréciations médicales résultant d'un examen personnel de l'assuré (TF 8C_565/2008 du 27 janvier 2008 consid. 3.3.3) et permette l'établissement non lacunaire de

l'état de santé de l'assuré («lückenloser Befund») ; en outre, il ne doit s'être essentiellement agi que d'apprécier un état de fait établi au plan médical (« feststehenden medizinischen Sachverhalts » ; entre autres: TF 9C_335/2015 du 1er septembre 2015).

4.6 La procédure dans le domaine des assurances sociales fait prévaloir la maxime inquisitoire (art. 43 LPGA ; ATF 138 V 218 consid. 6). Ainsi, l'autorité définit les faits et apprécie les preuves d'office et librement (art. 12 PA ; MOOR/POLTIER, Droit administratif, vol. II, 3e éd. 2011, ch. 2.2.6.3). Ce faisant, elle ne tient pour existants que les faits qui sont prouvés au degré de la vraisemblance prépondérante (ATF 139 V 176 consid. 5.2 ; 138 V 218 consid. 6). Partant de là, l'autorité ne peut renoncer à accomplir des actes d'instruction que si elle est convaincue, au terme d'une appréciation consciencieuse des preuves (cf. ATF 125 V 351 consid. 3a p. 352), que certains faits présentent un degré de vraisemblance prépondérante et que d'autres mesures probatoires ne pourraient plus modifier cette appréciation (sur l'appréciation anticipée des preuves cf. ATF 131 I 153 consid. 3 p. 157 ; 130 II 425 consid. 2 p. 429).

5.

En l'occurrence, à suivre l'OAIE, l'état de santé de l'assuré n'a pas, depuis la décision de mars 2014, évolué de façon à modifier le droit aux prestations. Le recourant soutient au contraire que ses atteintes n'ont cessé de s'aggraver au cours des dernières années, comme en attestent ses médecins traitants lorsqu'ils font état de limitations incompatibles avec l'exercice de toute activité lucrative. Toujours selon le recourant, l'apparition en 2015 de troubles d'ordre cardiologique démontre quoiqu'il en soit clairement une péjoration de son état de santé.

5.1 Contrairement à l'opinion de l'assuré, les rapports des médecins consultés en Espagne ne permettent pas de conclure à une aggravation de son état de santé justifiant une augmentation de la rente litigieuse. Certes, dans ses prises de position des 17 janvier 2017, 16 avril 2018 et 17 juin 2019, le Dr C._____ attribue aux troubles psychiques des répercussions sur la capacité de travail plus importantes que celles admises à la base de la décision de demi-rente d'invalidité (OAIE pce 307 et TAF pce 10). Pour autant, ce spécialiste n'évoque pas d'aggravation du status clinique de l'assuré, suggérant au contraire que celui-ci est stationnaire depuis de nombreuses années («paciente con anamnesis de 20 años e evolución, diagnosticado de t depresivo crónico[...] », rapport du 17 janvier 2017, OAIE pce 307). En cela, lorsqu'il rapporte une incapacité de travail allant jusqu'à 50 % au trouble dépressif de l'assuré, le Dr

C._____ semble bel et bien procéder à une appréciation différente d'un état de fait resté inchangé. D'ailleurs, le Dr B._____ retient également que ces troubles n'ont pas connu de modification notable au cours des dernières années (OAIE pces 232, 254, 308 et 309). Quant aux atteintes néphrologiques, il ne ressort pas non plus du dossier qu'elles aient évolué de manière à influencer le droit à la rente. Bien plutôt, on déduit des rapports des Drs D._____ et E._____ que les troubles au niveau des reins et, notamment, leurs conséquences au plan digestif, n'ont pas présenté d'évolution particulière durant ces dernières années (OAIE pces 233, 265 et 299, 300 et 328). Il en va de même des atteintes aux hanches, qui font l'objet d'un suivi régulier et sans particularité depuis 2010 (OAIE pce 306).

Pour autant, l'instruction menée par l'autorité précédente ne permet pas de trancher, selon le degré de preuve requis, l'existence au cas d'espèce d'un motif de révision. On cherche en effet en vain dans le dossier un document médical abordant de façon circonstanciée, d'une part, la capacité médico-théorique de l'assuré au moment de la décision attaquée du 8 novembre 2017 et, d'autre part, la manière dont cette capacité de travail a évolué depuis de la décision de l'OAIE du 12 mars 2014. Ainsi, plutôt que de fournir un tableau précis des limitations de l'assuré, les rapports dont se prévaut l'autorité précédente – soit ceux de ses médecins-conseils – écartent sporadiquement la pertinence des pièces médicales produites par le recourant. Or, depuis la dernière décision de rente, ce dernier a été victime en 2015 d'une cardiopathie ischémique puis d'une syncope en novembre 2017, qui ont chacune donné lieu à hospitalisation. De là, l'autorité précédente ne pouvait raisonnablement s'abstenir de réexaminer la capacité de travail de l'assuré eu égard à l'ensemble de ses atteintes. Certes, le Dr F._____ ne fait pas – dans son rapport du 1^{er} juin 2015 – correspondre de limitations durables aux affections cardiaques de l'assuré, puis décrit en mars 2016 un état asymptomatique (OAIE pces 303 et 304). En présence de deux hospitalisations depuis la dernière décision sur le droit à la rente, les prises de position succinctes des Drs G._____, L._____ et Q._____ – dont aucun n'est spécialisé en cardiologie – ne sauraient toutefois suffire à exclure à ce niveau toute répercussion sur la capacité de travail de l'assuré (OAIE pce 325 ; TAF pces 7 et 14). Il y a d'autant moins de raison de se fier aux conclusions des médecins-conseils que dans son rapport du 13 septembre 2017, le Dr K._____ recommandait d'investiguer la nature des atteintes cardiaques de l'assuré au moyen d'une IRM cérébrale ; or, l'autorité n'a pas mis en œuvre cet examen, ni n'a exclu sa pertinence pour évaluer les faits médicaux au cas d'espèce pertinents (TAF pces 1 et 2).

5.2 En définitive, l'instruction médicale est en l'état trop lacunaire pour évaluer si l'état de santé de l'assuré s'est modifié de manière à influencer le droit à la rente. Du moins, il subsiste des doutes quant à la fiabilité et à la pertinence des conclusions retenues par les médecins-conseils de l'autorité précédente, qui ne sauraient dès lors se voir reconnaître une valeur probante suffisante (ATF 135 V 465 consid. 4.6 ; TF 9C_335/2015 du 1er septembre 2015 et 8C_565/2008 du 27 janvier 2008 consid. 3.3.3).

6. Dans ces conditions, le dossier doit être complété afin de déterminer si l'on est en présence d'un motif de révision et, le cas échéant, pour évaluer à nouveau l'invalidité du recourant (ATF 141 V 9, consid. 2.3). A cette fin, le dossier sera renvoyé à l'autorité précédente, qui a constaté les faits médicaux à la base de la décision attaquée de façon excessivement sommaire en sollicitant simplement des prises de position documentaires de ses médecins-conseils, qui ne disposent au demeurant pas des spécialisations au cas d'espèce requises (art. 61 PA ; ATF 137 V 210 consid. 4.4.1.4 ; 139 V 99 ; TF 8C_633/2014 du 11 décembre 2014 consid. 3.2 et 3.3 ; TF 9C_162/2007 du 3 avril 2008 consid. 2.3). Singulièrement, il s'agira pour l'OAIE de mettre en œuvre, en Suisse et dans le respect de l'art. 72bis RAI ainsi que de la jurisprudence en matière d'affections psychiques (notamment : ATF 141 V 281 et 143 V 409), une expertise pluridisciplinaire pour déterminer si depuis la décision du 12 mars 2014, l'état de santé du recourant s'est péjoré de manière à modifier le droit à la rente. Vu les atteintes en présence, cette expertise comprendra à tout le moins les volets néphrologique, neurologique, rhumatologique, cardiologique et psychiatrique.

7.

Cela étant, le recours contre la décision du 8 novembre 2017 est fondé et doit être admis. Par conséquent, la décision du mai 2019 doit être également annulée, dans la mesure où elle reprend implicitement cette première décision s'agissant du degré d'invalidité à la base de la rente de l'assuré.

Etant donné l'issue du litige, il n'y a pas lieu de percevoir de frais de procédure. Le recourant a en effet obtenu gain de cause par le renvoi de l'affaire à l'OAIE (ATF 132 V 215 consid. 2.6) et aucun frais de procédure ne peut être mis à la charge de l'autorité inférieure (art. 63 al. 2, 1^{ère} phrase, PA). Partant, les avances de frais versées par le recourant à hauteur totale de Fr. 1'600.- (TAF, pces 2 ; 3 ; 7) lui seront restituées dès l'entrée en force du présent arrêt.

8.

Selon l'art. 14 FITAF, les parties qui ont droit aux dépens et les avocats

commis d'office doivent faire parvenir au tribunal, avant le prononcé, un décompte de leurs prestations (al. 1). A défaut de décompte, le tribunal fixe l'indemnité sur la base du dossier (al. 2, 2^e phrase). Les honoraires du représentant sont fixés, selon l'appréciation de l'autorité, en raison de l'importance et de la difficulté du litige, ainsi que d'après le travail et le temps que le représentant a dû y consacrer.

En l'espèce, à défaut de décompte, il se justifie d'allouer au recourant une indemnité à titre de dépens fixée à Fr. 2'800.- à charge de l'autorité inférieure.

Par ces motifs, le Tribunal administratif fédéral prononce :

1.

Les causes C-7093/2017 et C-2698/2019 sont jointes et la procédure porte la référence C-7093/2017.

2.

Les recours des 14 décembre 2017 et 27 mai 2019 sont admis en ce sens que les décisions de l'autorité inférieure des 8 novembre 2017 et 9 mai 2019 sont annulées, la cause étant renvoyée à l'OAIE dans le sens des considérants.

3.

Il n'est pas perçu de frais judiciaires. Les avances sur les frais présumés de procédure d'un montant total de Fr. 1'600.- seront remboursées au recourant avec l'entrée en force du présent arrêt.

4.

Une indemnité de dépens de Fr. 2'800.- est allouée au recourant et mise à la charge de l'OAIE.

5.

Le présent arrêt est adressé :

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

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

La présidente du collège :

Le greffier :

Madeleine Hirsig-Vouilloz

Julien Theubet

Indication des voies de droit :

Pour autant que les conditions au sens des art. 82 ss, 90 ss et 100 ss LTF soient remplies, 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. 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 :