



Cour III
C-3447/2009
{T 0/2}

Arrêt du 9 novembre 2010

Composition

Elena Avenati-Carpani (présidente du collège),
Beat Weber, Francesco Parrino, juges,
Delphine Queloz, greffière.

Parties

A. _____,
représenté par Roland Prongué,
conseiller en assurances,
recourant,

contre

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

Objet

Assurance-invalidité, décision du 29 avril 2009.

Faits :**A.**

Le ressortissant portugais, A._____, né en 1955, a travaillé en Suisse en qualité d'aide cuisinier et d'employé d'exploitation dans le secteur de désossage et a versé des cotisations à l'AVS/AI de 1988 à 1996 (pces 9, 10 et 11). Par décision du 18 juillet 1996 de l'Office de l'assurance-invalidité du Canton de Vaud (OAI-VD), il fut mis au bénéfice d'une rente entière d'invalidité à partir du 1^{er} janvier 1995 (pce 44). Sur le plan somatique, les rapports médicaux avaient mis en exergue une lombalgie chronique et des cervicalgies. Sur le plan psychiatrique, il a été relevé un état dépressif prépondérant par rapport aux plaintes somatiques (pces 36 et 37).

Par décision du 17 juin 1997 (pce 53), l'OAI-VD a revu le calcul de la rente en tenant compte des périodes d'assurance au Portugal.

B.

Suite à une première révision, la rente entière fut reconduite par communication de l'OAI-VD du 3 novembre 1998 (pce 61) car la situation restait inchangée et qu'une nette régression empêchait toute reprise d'activité (pce 60, p. 2).

L'intéressé est retourné dans son pays fin octobre 1998 (pce 59), dès lors le dossier fut transmis à l'Office de l'assurance-invalidité pour les assurés résidant à l'étranger (OAIE; pce 60).

C.

Le 25 janvier 2000, une révision de la rente a été introduite par l'OAIE (pce 68). Suite à la documentation médicale reçue de l'organisme de la sécurité sociale portugaise (ISS), le Dr B._____ du service médical de l'OAIE a considéré dans son rapport du 6 décembre 2000 que l'état de santé de l'assuré s'était amélioré et que, de ce fait, il était en mesure d'exercer des activités de substitution à 50 pour cent (pce 84). Après avoir procédé à une comparaison des revenus et avoir fixé la perte de gain à 58 pour cent (pce 86), par décision du 10 octobre 2001 (pce 99), l'OAIE a remplacé, avec effet au 1^{er} décembre 2001, la rente entière par une demi-rente d'invalidité. Cette décision n'a pas été attaquée.

D.

Par demande du 15 avril 2002 (pce 108) de son représentant, l'assuré a requis de l'OAIE une révision de son droit à la rente faisant valoir que les rapports médicaux des 24 avril 1996 et 1^{er} octobre 1998 mettaient en avant des problèmes psychiques. Il a demandé à ce qu'une expertise psychiatrique soit organisée pour évaluer sa capacité de travail. Par communication du 25 juin 2002 (pce 111), l'OAIE a informé l'assuré que, faute de documentation médicale adéquate, il n'entrait pas en matière sur sa demande de révision.

E.

Suite à une nouvelle révision d'office initiée en 2004 et après avoir pris connaissance de la documentation médicale reçue de l'ISS et l'avoir soumise au Dr B._____ (pce 129), par communication du 10 novembre 2004 (pce 131), l'OAIE a reconduit la demi-rente arguant que le degré d'invalidité n'avait pas changé de manière à influencer le droit à la rente.

F.

Procédant à une nouvelle révision d'office en 2008, l'OAIE a soumis le rapport médical E213 du 20 février 2008 (pce 144) au Dr C._____, lequel dans sa prise de position du 30 mai 2008 (pce 146) a retenu que l'état de santé de l'assuré était resté inchangé. Par communication de révision du 5 juin 2008 (pce 147), l'OAIE a donc informé l'assuré que sa rente n'était pas modifiée.

G.

Par courrier du 1^{er} juillet 2008 (pce 148), l'assuré a demandé un réexamen de son cas.

Considérant cet écrit comme une demande de révision de la rente, par courrier du 21 juillet 2008 (pce 149), l'OAIE a informé l'assuré qu'il devait produire dans les trente jours, une nouvelle documentation médicale démontrant une aggravation, sans quoi la demande serait classée.

L'assuré a finalement transmis les documents médicaux suivants:

- le rapport psychologique du 20 juillet 2004 rédigé par la Dresse D._____ déjà au dossier (pces 126 et 150);

- le rapport de tomodensitométrie de la colonne lombaire du 25 octobre 2006 rédigé par le Dr E._____, neuroradiologiste, qui fait état d'une statique lombaire conservée, de la normalité du disque L3-L4, de hernie discale légère circonférentielle en L4-L5, d'une légère réaction ostéophytique marginale en L5-S1, de dimensions normales du canal rachidien, de modifications dégénératives des articulations L4-L5 et surtout L5-S1, d'espaces paravertébraux normaux et de calcifications athéromateuses aorto-iliaque (pce 151);
- le rapport du Centre de soin de X._____, du 26 novembre 2008 qui indique que l'assuré souffre de douleurs au bas du dos, que le scanner montre un prolapsus circonférentiel du disque au niveau de l'évidement latéral droit avec une discopathie, que l'électromyographie signale des atteintes aux racines bilatérales avec une certaine perte de motricité et qui conclut à des plaintes douloureuses, des problèmes de sommeil et un syndrome de dépression qui interfèrent avec toute activité physique (pce 152);
- le rapport de résonance magnétique du 7 juillet 2007 de l'Hôpital Y._____, de Z._____, qui fait état notamment de la préservation de la lordose physiologique de l'alignement vertébral, de modifications dégénératives en D11-D12 et D12-L1 qui se traduisent par une diminution de la hauteur des disques et la présence d'une ostéophytose marginale débutante, qui constate que les autres disques sont dans la norme et que rien ne confirme la compression de L4-L5, le cône médullaire et les espaces paravertébraux ne présentant pas d'altérations de la morphologie (pce 153);
- le rapport de la radiographie du thorax du 18 octobre 2007 rédigé par la Dresse F._____, (pce 154);
- le rapport de la radiographie du bassin du 28 mai 2008 rédigé par la Dresse G._____, qui relève la présence d'une sclérose de l'acetabulum (pce 155);
- le certificat médical du Service de neurochirurgie du 11 septembre 2008 rédigé par le Dr H._____, qui relève des plaintes de lombalgies parfois avec des douleurs irradiées au membre inférieur droit, des plaintes concernant le genou droit, pas

de Lasègue, des réflexes normaux, des douleurs lors des mouvements dans le genou et une discopathie en L4-L5, (pce 157);

- le rapport de l'électromyogramme du 22 octobre 2008 rédigé par la Dresse I._____ qui conclut à des signes compatibles avec une atteinte neurophysiologique des racines bilatérales L4-L5 manifestée par de potentielles douleurs neurogènes, toutefois ce diagnostic doit être évalué par imagerie médicale, et qui exclut une plexopathie lombaire ainsi qu'une blessure distale du nerf sciatique (pce 158);

H.

Par projet de décision du 27 février 2009 (pce 161), l'OAIE a informé l'assuré qu'il n'était pas ressorti de la documentation médicale produite une modification importante du degré d'invalidité et qu'en conséquence la demande de révision ne pouvait pas être examinée. L'OAIE s'est basé sur l'avis du Dr B._____, du 8 février 2009 (pce 160), qui mentionnait que le rapport médical du Dr H._____ du 11 septembre 2008 n'apportait aucun élément nouveau et ne modifiait pas l'évaluation de la capacité de travail de 50 pour cent dans des activités de substitution.

I.

Par décision du 29 avril 2009 (pce 164), l'OAIE n'est pas entré en matière sur la demande de révision. A l'appui de son prononcé, l'autorité inférieure a invoqué les motifs avancés dans son projet de décision du 27 février 2009.

J.

Par l'intermédiaire de son représentant, A._____ a interjeté recours le 27 mai 2009 contre cette décision concluant à son annulation et à ce que des expertises orthopédique et psychiatrique soient organisées. Il considère que l'OAIE a statué en 2008 sans tenir compte de sa situation médicale.

K.

Dans sa réponse du 22 juillet 2009, l'OAIE a proposé le rejet du recours et la confirmation de la décision attaquée en relevant que le recourant n'a pas rendu plausible que son invalidité s'était modifiée depuis le moment où une demi-rente d'invalidité lui avait été octroyée, de sorte que c'est à bon droit qu'une décision de non entrée en matière sur la demande de révision du 1^{er} juillet 2008 a été rendue.

Invité par le Tribunal administratif fédéral à se prononcer sur le réponse au recours, le recourant n'a pas répliqué dans le délai imparti.

L.

Par décision incidente du 17 septembre 2009, le Tribunal administratif fédéral a imparti au recourant un délai de trente jours dès réception pour s'acquitter, sous peine d'irrecevabilité du recours, d'une avance de frais de Fr. 300.--. En date du 25 septembre 2009, le recourant s'est acquitté du montant de l'avance de frais.

Droit :

1.

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

1.2 Selon l'art. 37 LTAF la procédure devant le Tribunal administratif fédéral est régie par la loi fédérale du 20 décembre 1968 sur la procédure administrative (PA, RS 172.021) pour autant que la LTAF n'en dispose pas autrement. En vertu de l'art. 3 let. d^{bis} PA la procédure en matière d'assurances sociales n'est pas régie par la PA dans la mesure où la loi fédérale du 6 octobre 2000 sur la partie générale du droit des assurances sociales (LPGA, RS 830.1) est applicable. Selon l'art. 2 LPGA, les dispositions de ladite loi sont applicables aux assurances sociales régies par la législation fédérale si et dans la mesure où les lois spéciales sur les assurances sociales le prévoient. En application de l'art. 1 al. 1 LAI, les dispositions de la LPGA s'appliquent à l'assurance-invalidité (art. 1a à 26^{bis} et 28 à 70), à moins que la LAI ne déroge à la LPGA.

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

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

2.

2.1 L'accord entre la Suisse et la Communauté européenne et ses Etats membres sur la libre circulation des personnes du 21 juin 1999 (ALCP, RS 0.142.112.681) est entré en vigueur le 1^{er} juin 2002. A cette date sont également entrés en vigueur son annexe II qui règle la coordination des systèmes de sécurité sociale, le règlement (CEE) n° 1408/71 du Conseil du 14 juin 1971 relatif à l'application des régimes de sécurité sociale aux travailleurs salariés, aux travailleurs non salariés et aux membres de leur famille qui se déplacent à l'intérieur de la Communauté (RS 0.831.109. 268.1), s'appliquant à toutes les rentes dont le droit prend naissance au 1^{er} juin 2002 et ultérieurement et se substituant à toute convention de sécurité sociale liant deux ou plusieurs Etats (art. 6 du règlement), et enfin le règlement (CEE) n° 574/72 du Conseil du 21 mars 1972 relatif à l'application du règlement(CEE) n° 1408/71 (RS 0.831.109.268.11). Selon l'art. 3 du règlement (CEE) n° 1408/71 les ressortissants des Etats membres de la Communauté européenne et les ressortissants suisses bénéficient de l'égalité de traitement. Selon l'art. 20 ALCP, sauf disposition contraire découlant de l'annexe II, les accords de sécurité sociale bilatéraux entre la Suisse et les Etats membres de la Communauté européenne sont suspendus dès l'entrée en vigueur du présent accord, dans la mesure où la même matière est régie par le présent accord. Dans la mesure où l'accord, en particulier son annexe II qui régit la coordination des systèmes d'assurances sociales (art. 8 ALCP) ne prévoit pas de disposition contraire, l'organisation de la procédure de même que l'examen des conditions à l'octroi d'une rente d'invalidité suisse ressortissent au droit interne suisse.

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

2.3 De jurisprudence constante l'octroi d'une rente étrangère d'invalidité ne préjuge pas l'appréciation de l'invalidité selon la loi

suisse (arrêt du Tribunal fédéral I 435/02 du 4 février 2003 consid. 2; Revue à l'intention des caisses de compensation [RCC] 1989 p. 330). Même après l'entrée en vigueur de l'ALCP, le degré d'invalidité d'un assuré qui prétend une rente de l'assurance-invalidité suisse est déterminé exclusivement d'après le droit suisse (ATF 130 V 253 consid. 2.4).

3.

L'examen du droit à des prestations selon la LAI s'agissant d'une révision du droit à la rente en application de l'art. 17 LPGA est régi par la teneur de la LAI au moment de la décision entreprise eu égard au principe selon lequel les règles applicables sont celles en vigueur au moment où les faits juridiquement déterminants se sont produits (ATF 131 V 9 consid. 1, 130 V 445 et les références). Les dispositions de la 5^{ème} révision de la LAI, entrées en vigueur le 1^{er} janvier 2008, sont applicables et les dispositions citées ci-après sont, sauf précision contraire, celles en vigueur à compter du 1^{er} janvier 2008.

4.

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

4.2 Aux termes de l'art. 28 al. 2 LAI, l'assuré a droit à un quart de rente s'il est invalide à 40% au moins, à une demi-rente s'il est invalide à 50% au moins, à trois quarts de rente s'il est invalide à 60% au moins et à une rente entière s'il est invalide à 70% au moins. Toutefois, les rentes correspondant à un degré d'invalidité inférieur à 50% ne sont versées qu'aux assurés qui ont leur domicile et leur résidence habituelle en Suisse (art. 29 al. 4 LAI). Depuis l'entrée en vigueur des Accords sur la libre circulation des personnes le 1^{er} juin 2002, les ressortissants suisses et de l'Union européenne qui présentent un

degré d'invalidité de 40% au moins ont droit à un quart de rente en application de l'art. 28 al. 2 LAI s'ils ont leur domicile et leur résidence habituelle dans un Etat membre de l'UE.

4.3 La notion d'invalidité, dont il est question à l'art. 8 LPGA et à l'art. 4 LAI, est de nature juridique/économique et non pas médicale (ATF 116 V 246 consid. 1b). En d'autres termes, l'assurance-invalidité suisse couvre seulement les pertes économiques liées à une atteinte à la santé physique ou psychique et non la maladie en tant que telle. Le taux d'invalidité d'une personne exerçant une activité lucrative est fixé d'après la comparaison des revenus prévue par l'art. 16 LPGA, c'est-à-dire essentiellement selon des considérations économiques. Ainsi 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 (méthode générale).

5.

5.1 Le recourant, au bénéfice d'une demi-rente d'invalidité depuis le 1^{er} décembre 2001 pour un taux d'invalidité de 58 pour cent, rente reconduite par communications du 10 novembre 2004 et du 5 juin 2008 ensuite de deux procédures de révision, a demandé le 1^{er} juillet 2008 un réexamen de son cas. L'OAIE a considéré en l'espèce qu'il s'agissait d'une demande de révision. Or, le recourant, par cet écrit, semble plutôt contester la communication du 5 juin 2008 par laquelle l'administration a confirmé son droit à une demi-rente d'invalidité.

5.2 Selon l'art. 74^{ter} lit. f du règlement du 17 janvier 1961 sur l'assurance-invalidité (RAI, RS 831.201), si les conditions permettant l'octroi d'une prestation sont manifestement remplies et qu'elles correspondent à la demande de l'assuré, les rentes et les allocations pour impotent à la suite d'une révision effectuée d'office, pour autant qu'aucune modification de la situation propre à influencer le droit aux prestations n'ait été constatée, peuvent être accordées ou prolongées sans notification d'un préavis ou d'une décision (art. 58 LAI). Selon l'art. 74^{quater} RAI, l'office AI communique par écrit à l'assuré les prononcés rendus selon l'art. 74^{ter} et lui signale qu'il peut, s'il conteste le prononcé, exiger la notification d'une décision.

5.3 En l'espèce, la lettre de l'assuré du 1^{er} juillet 2008 ne devait pas être considérée comme une demande de révision, mais comme une demande visant à obtenir, conformément à l'art. 74^{quater} RAI, une décision sujette à recours, ce d'autant plus qu'elle a été déposée dans le délai de 30 jours de la communication du 5 juin 2008.

5.4 Or, vu que par décision du 29 avril 2009, l'OAIE n'est pas entrée en matière sur la demande de révision et n'a donc pas rendu de décision matérielle, celle-ci devrait déjà être annulée pour cette seule raison et la cause renvoyée à l'OAIE afin qu'il rende une décision de révision sujette à recours.

5.5 Toutefois, même si on devait suivre l'administration et considérer que le recourant a présenté une nouvelle demande de révision, la décision de non entrée en matière devrait aussi être annulée comme on le verra dans les considérations qui suivent.

6.

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

6.2 En application de l'art. 87 al. 3 RAI, lorsqu'une demande de révision est déposée, celle-ci doit établir de façon plausible que l'invalidité, l'impuissance ou l'étendue du besoin de soins découlant de l'invalidité de l'assuré s'est modifiée de manière à influencer ses droits. L'administration doit ainsi commencer par examiner si les allégations de l'assuré sont, d'une manière générale, plausibles. Il appartient au demandeur d'apporter cette preuve. Le principe inquisitoire ne s'applique pas à la procédure prévue par l'art. 87 al. 3 RAI (ATF 130 V 68 consid. 5.2.5; arrêt du Tribunal fédéral I 607/04 du 6 décembre 2005 consid. 3). A défaut d'apporter cette preuve préalable au nouvel examen du droit à la rente, l'affaire est liquidée sans autre examen par une décision de non-entrée en matière sujette à recours devant le tribunal compétent. Toutefois, le degré de la preuve exigée par l'art. 87 al. 3 RAI n'est pas celui de la haute vraisemblance prépondérante

généralement exigée en matière d'assurances sociales. Il suffit que certains indices (simple vraisemblance) militent en faveur d'une aggravation de l'état de santé, même si subsiste la possibilité que la modification invoquée soit démentie par un examen plus approfondi (cf. arrêt du Tribunal fédéral 9C_881/2007 du 22 février 2008 consid. 2.2. et 9C_708/2007 du 11 septembre 2008 consid. 2.2). Par ailleurs, si l'administration entre en matière sur la demande (ce qu'elle n'a pas fait en l'espèce), elle doit instruire la cause (ce qu'elle n'a pas non plus fait dans le cas en examen) et déterminer si la modification du degré d'invalidité rendue plausible par l'assuré s'est effectivement produite (ATF 130 V 71 consid. 2.2).

6.3 Dans l'examen des allégations de l'assuré quant à la péjoration de son état de santé, l'administration doit se montrer d'autant plus exigeante pour apprécier le caractère plausible des allégations de l'assuré que le laps de temps qui s'est écoulé depuis sa décision antérieure est bref. Elle jouit sur ce point d'un certain pouvoir d'appréciation que le juge doit en principe respecter. Le juge doit comparer la situation existante au moment du rejet de la demande de rente ou de son octroi ou encore de sa reconduction précédée d'une révision matérielle du droit avec les circonstances existantes au moment de la décision de refus d'entrer en matière sur la demande de révision (cf. ATF 130 V 349 consid. 3.5; arrêt du Tribunal fédéral I 187/05 du 11 mai 2006). Une précédente reconduction de rente a la même valeur qu'une décision antérieure si celle-ci est intervenue à la suite d'une révision matérielle (arrêt du Tribunal fédéral 9C_46/2009 du 14 août 2009 consid. 3.1).

6.4 Le juge ne doit examiner comment l'administration a tranché la question de l'entrée en matière que lorsque ce point est litigieux, c'est-à-dire uniquement quand l'administration a refusé d'entrer en matière en se fondant sur l'art. 87 al. 3 RAI et que l'assuré a interjeté recours pour ce motif. Ce contrôle par l'autorité judiciaire n'est en revanche pas nécessaire lorsque l'administration est entrée en matière sur la nouvelle demande (ATF 109 V 114 consid. 2b; arrêt du Tribunal fédéral I 597/05 du 8 janvier 2007). Selon la jurisprudence, les principes développés en relation avec une nouvelle demande de prestations (art. 87 al. 3 et 4 RAI) sont applicables, par analogie, à la demande de révision (ATF 130 V 71 consid. 3, 109 V 262 consid. 3).

6.5 Il faut dès lors examiner la question de savoir si c'est à juste titre que l'administration a rendu une décision de refus d'entrer en matière. Il est à relever dans ce cadre, en ce qui concerne la valeur probante des rapports établis par les médecins traitants, que le juge peut et doit tenir compte du fait que, selon l'expérience, le médecin traitant est enclin, en cas de doute, à prendre parti pour son patient en raison de la relation de confiance qui l'unit à ce dernier (ATF 125 V consid. 3a, 122 V 160 consid. 1c et les références). Cette réserve s'applique également aux rapports médicaux que l'intéressé sollicite de médecins non traitants spécialement mandatés pour étayer un dossier médical. Toutefois, le simple fait qu'un certificat médical est établi à la demande d'une partie et est produit pendant la procédure ne justifie pas en soi des doutes quant à sa valeur probante (ATF 125 V 353 consid. 3b/dd et les références citées).

7.

7.1 Pour examiner si dans un cas de révision il y a eu une modification importante du degré d'invalidité au sens de l'art. 17 LPGA, le juge doit prendre généralement en considération l'influence de l'état de santé sur la capacité de gain au moment où fut rendue la décision qui a octroyé ou modifié le droit à la rente, ainsi que l'état de fait existant au moment de la décision attaquée. C'est donc la dernière décision entrée en force, examinant matériellement le droit à la rente, qui constitue le point de départ pour examiner si le degré d'invalidité s'est modifié de manière à influencer le droit aux prestations (ATF 130 V 71 consid. 3.2.3, ATF 133 V 108 consid. 5.4).

7.2 En l'espèce, la rente entière d'invalidité a été substituée par une demi-rente par décision du 10 octobre 2001. La demi-rente de l'assuré fut reconduite en 2004 après un examen matériel approfondi (communication du 10 novembre 2004) et en 2008 (communication du 5 juin 2008) à la suite de la prise de position médicale du 30 mai 2008 (pce 146) rédigée par le Dr C._____ qui a considéré, sur la base de l'E213 du 20 février 2008, que l'incapacité de travail du recourant n'avait subi aucun changement et que le status était superposable à celui mis en évidence lors des précédentes procédures de révision. La situation de l'assuré présente lors de la précédente révision d'office (communication du 10 novembre 2004) est déterminante en l'espèce.

8.

8.1 Il ressort des rapports médicaux du 17 juillet 2000 et du 6 décembre 2000 que l'assuré souffrait, à l'époque où la rente entière a été réduite à une demi-rente, de cervicalgies et de lombalgies ainsi que d'un syndrome anxieux dépressif à caractère réactionnel et que l'incapacité de travail avait été évaluée à 50 pour cent pour des activités de substitution. Il subissait donc du fait de son atteinte à sa santé une diminution de sa capacité de gain de 58 pour cent dès le 17 juillet 2000. Le médecin de l'OAIE avait considéré que cette situation était restée inchangée lors de la révision de 2004 en se fondant sur la documentation médicale produite par l'ISS, notamment l'E213, qui faisait référence à divers examens objectifs, et sur le rapport psychiatrique de la Dresse D._____. En 2008, en revanche, seul un E213 a été produit qui se limite à reprendre les conclusions du précédent.

8.2 Lors de procédure de révision entamée suite à l'écriture du 1^{er} juillet 2008, A._____ a remis huit rapports médicaux.

Si sur le plan purement psychiatrique, la situation peut être considérée inchangée puisque le rapport exhibé est identique à celui rédigé par la Dresse D._____ et produit au cours de la procédure de révision en 2004, sur le plan physique, le Dr B._____ s'est limité à relever que le certificat médical du Dr H._____ du 11 septembre 2008 ne décrivait rien de nouveau, qu'il est mentionné depuis longtemps que l'assuré souffre de lombalgies et que l'évaluation précédente indiquant une capacité de travail de 50% dans les activités de substitution ne devait dès lors pas être changée. Il ne s'est par contre nullement exprimé sur les documents objectifs produits, notamment les rapports médicaux concernant la radiographie, l'électromyographie et la résonance magnétique. La Cour de céans conclut donc que, même en considérant l'écrit du 1^{er} juillet 2008 en tant que demande de révision, elle ne peut pas suivre l'autorité inférieure et retenir que le recourant n'a pas rendu plausible une aggravation de son état de santé au sens de l'art. 83 al. 3 RAI.

9.

Vu ce qui précède, le recours doit être admis, la décision attaquée annulée et le dossier retourné à l'autorité inférieure afin qu'elle rende une décision matérielle de révision de la rente.

10.

10.1 Il n'est pas perçu de frais de procédure. L'avance sur les frais de procédure de Fr. 300.-- est restitué au recourant.

10.2 Le recourant ayant agi en étant représenté, il lui est alloué une indemnité globale de dépens à charge de l'autorité inférieure de Fr. 700.-- (art. 64 al. 1 PA et art. 7 ss du règlement du 12 février 2008 concernant les frais, dépens et indemnités fixées par le Tribunal administratif fédéral [FITAF, RS 173.320.2]), compte tenu de la difficulté de la cause ainsi que du travail effectué par le représentant.

(dispositif à la page 15)

Par ces motifs, le Tribunal administratif fédéral prononce :**1.**

Le recours est admis et la décision du 29 avril 2009 annulée. La cause est renvoyée à l'autorité inférieure pour nouvelle décision au sens du considérant 9.

2.

Il n'est pas perçu de frais de procédure. L'avance de frais de Fr. 300.-- déjà versée est remboursée au recourant.

3.

Il est alloué au recourant une indemnité de dépens de Fr. 700.-- à charge de l'autorité inférieure.

4.

Le présent arrêt est adressé :

- au recourant (Acte judiciaire)
- à l'autorité inférieure (n° de réf. _____._____._____.___/___/___ ;
Recommandé)
- à l'Office fédérale des assurances sociales, Berne (Recommandé)

La présidente du collège :

La greffière :

Elena Avenati-Carpani

Delphine Queloz

Indication des voies de droit :

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

Expédition :