



Cour III
C-5778/2008

{T 0/2}

Arrêt du 4 mai 2010

Composition

Francesco Parrino (président du collège),
Madeleine Hirsig, Vito Valenti, juges,
Pascal Montavon, greffier.

Parties

A. _____,
représenté par Maître François Berger, Neuchâtel
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 24 juillet 2008).

Faits :**A.**

A.a Le ressortissant italien A._____, né en 1951, a travaillé en Suisse jusqu'en 1990 d'abord en qualité de peintre en bâtiment puis en tant que chauffeur ou magasinier-livreur auprès de différents employeurs. Il a cessé toute activité à compter du 24 avril 1990 suite à des lombalgies et à un état dépressif. Par décision du 30 mars 1992 l'Office de l'assurance-invalidité du canton de Neuchâtel lui alloua une demi-rente d'invalidité à compter du 1^{er} avril 1991 assortie de rentes complémentaires pour son épouse et ses enfants. Cette décision se fonda sur le prononcé du 11 novembre 1991 qui avait fixé un taux d'invalidité de 50% en raison notamment d'un état dépressif, de lombalgies récidivantes, d'un status après tuberculose pulmonaire, pleurésie et péricardite aiguë en 1988, dépression en 1987. De retour en Italie, un droit à une demi-rente fut confirmé par l'Office de l'assurance-invalidité pour les personnes résidant à l'étranger (OAIE) par décisions des 25 février 1994 et 19 juin 1997.

A.b L'intéressé déposa une demande de révision du droit à sa rente en date du 27 décembre 1999 faisant valoir une aggravation de son état de santé en raison de troubles orthopédiques et de l'évolution de son syndrome dépressif. Par décision du 13 octobre 2000 l'OAIE rejeta la demande de révision. Cette décision fut annulée le 19 janvier 2001 sur proposition de l'administration par l'ancienne Commission fédérale de recours en matière d'AVS/AI pour les personnes résidant à l'étranger (CR-AVS/AI) et la cause renvoyée pour complément d'instruction. Dans ce cadre le service médical de l'OAIE conclut, après que l'assuré fut soumis à des examens au Servizio Accertamento Medico dell'Assicurazione Invalidità (SAM) de Bellinzona du 3 au 5 décembre 2001, que l'intéressé ne présentait pas d'aggravation de son état de santé et établit une perte de gain de 60,19% de sorte que l'OAIE rejeta la demande de révision par décision du 23 septembre 2002 confirmant le droit à une demi-rente. Cette décision fut confirmée par jugement de la CR-AVS/AI du 10 juin 2003 qui retint sur le plan rhumatologique que l'assuré présentait un syndrome lombospondylogène chronique avec scoliose et discopathie L4-S1 ne lui permettant plus d'exercer de métier lourd et, sur le plan psychique, un syndrome dépressif affectant sa capacité de travail de 50% dans un métier adéquat pouvant être exercé à plein temps (cf. pour les faits relatés supra la pce 153). Le Tribu-

nal fédéral confirma le jugement de la CR-AVS/AI par arrêt du 2 juin 2004 (pce 159).

Il sied de relever que sur le plan psychiatrique le Dr B._____ dans son rapport du 13 décembre 2001 fit état d'un status ralenti, conscient, lucide, bien orienté dans le temps et l'espace, d'un homme au faciès dépressif, présentant une importante diminution de la mémoire et de la concentration, une compréhension adéquate et une intelligence normale, une fragilité émotionnelle et une affectivité de type dépressif. Sans faire état d'une appréciation de soi négative, de sentiment d'inutilité et d'idées de mort avec idéation de mise en scène, il posa le diagnostic de syndrome dépressif récurrent avec actuellement un épisode de gravité moyenne (ICD-10 F31.1) affectant sa capacité de travail de 50%. Il nota un risque d'éventuelle péjoration du status psychique (pce 126).

B.

Par prononcé de l'OAIE du 23 novembre 2004, suite à la modification de la loi sur l'assurance-invalidité au 1^{er} janvier 2004 qui introduisit le trois quarts de rente pour un taux d'invalidité de 60%, l'assuré fut mis au bénéfice de trois quarts de rente rétroactivement au 1^{er} janvier 2004 (pce 161).

C.

Par acte du 28 avril 2005, l'OAIE initia une révision du droit à la rente (pce 162). Suite à la documentation médicale reçue de l'organisme de la Sécurité sociale italienne de Ragusa, le Dr C._____ de l'OAIE re-tint dans son rapport du 7 juillet 2006 qu'il n'y avait pas de changement de l'état de santé significatif depuis le rapport pluridisciplinaire du SAM de Bellinzona du 8 janvier 2002. Il rappela un trouble dépressif récurrent, épisode actuel (2002) de gravité moyenne, un syndrome spondylogène lombaire chronique sur trouble de statique, des discopathies de L4 à S1, des tendomyoses cervico-scapulaires, une chondropathie fémoro-patellaire bilatérale, ainsi qu'une dyslipidémie sans répercussion sur la capacité de travail. Il releva qu'un rapport E 213 du 28 juin 2005 (pce 181) n'indiquait pas de changement significatif et qu'un rapport psychiatrique du 26 octobre 2005 indiquait des périodes de rémission partielle de quelques mois suivies d'épisodes dépressifs sévères. Il nota qu'un scan cervical du 19 novembre 2003 n'avait pas montré d'altération discale ni de rétrécissement du canal médullaire, signes d'arthrose postérieure débutante (pce 189). Par communication

du 21 juillet 2006 l'OAIE maintint les trois quarts de rente de l'assuré (pce 190).

D.

Par requête du 18 avril 2008, l'intéressé, représenté par Me F. Berger à Neuchâtel, sollicite de l'OAIE une révision de son droit aux prestations d'invalidité faisant valoir que les examens médicaux sur lesquels s'était fondé l'OAIE remontaient à fin 2001 et que depuis lors son état de santé s'était aggravé au point de justifier le droit à une rente entière. Il souligna que la documentation médicale de l'Hôpital de Rugga retenait une incapacité de travail de 80% pour cause de graves troubles anxio-dépressifs, des cycles de graves dépression, des problèmes de hernie discale, des cervicalgies avec vertiges, une déambulation incertaine, des lombalgies. Il joignit 7 rapports médicaux de 2007/2008 (pces 195-203) dont un rapport du Dr D._____, neurologue, daté du 13 janvier 2007, faisant état d'une grave psychonévrose anxio-dépressive, de troubles cognitifs et comportementaux avec épisodes cycliques, de graves dépression et inhibitions psycho-moteurs en relation avec des hernies discales cervicales multiples caractérisées par des graves paresthésies des membres supérieurs et un déficit de la force de préhension bilatérale, de hernies L3-L5 et L4-L5 avec déambulation incertaine et incapacité à la station debout prolongée, affections fondant une incapacité de travail de 80% (pce 199). L'intéressé fit encore parvenir à l'OAIE une documentation médicale complémentaire en date des 28 avril et 6 mai 2008 de type résonance magnétique et radiologique (pces 204-208).

E.

Invité à se déterminer sur la documentation médicale à l'appui de la demande de révision, le Dr C.____ de l'OAIE, médecin généraliste, dans son rapport du 30 juin 2008, énonça les éléments déterminants des rapports médicaux produits et retint le diagnostic principal de trouble dépressif récurrent (F33.9 CIM 10) et de troubles dégénératifs du rachis lombaire et cervical sans radiculopathie ni myélopathie (M47.80 CIM 10) ainsi que, sans répercussion sur la capacité de travail, de troubles dégénératifs discrets et sans incidence fonctionnelles significatives des épaules, des coudes et du genou droit. Il indiqua que les documents produits avec la demande de révision n'apportaient aucun élément objectif rendant plausible une aggravation de santé depuis la précédente décision AI. Il souligna que les rapports radiologiques ne montraient que des lésions dégénératives de peu d'import-

tance et compatibles avec l'âge de l'assuré et que les rapports orthopédiques n'indiquaient aucune atteinte fonctionnelle significativement aggravée par rapport à la précédente révision de sorte que l'exigibilité restait exactement la même (pce 210).

F.

Par projet de décision du 4 juillet 2008, l'OAIE informa le représentant de l'assuré qu'il n'était pas ressorti de la documentation médicale produite une modification déterminante de son taux d'invalidité et qu'en conséquence la demande de révision ne pouvait pas être examinée (pce 211). L'intéressé fit part de son désaccord quant au projet de décision sollicitant de nouveaux examens médicaux (pce 212). L'intéressé n'ayant pas rendu plausible l'aggravation de son état de santé, l'OAIE n'entra pas en matière en date du 24 juillet 2008 sur sa demande de révision (pce 213).

G.

Contre cette décision, l'intéressé, représenté par son mandataire, interjeta recours en date du 10 septembre 2008 auprès du Tribunal de céans. Il conclut sous suite d'équitable indemnité à l'annulation de la décision rejetant sa demande de révision tendant à l'octroi d'une rente complète et à ce qu'il soit constaté un taux d'invalidité de 70% au moins avec effet au 1^{er} janvier 2007 ou à ce que justice connaîtra. Il fit valoir une constatation inexacte et incomplète des faits pertinents, une appréciation arbitraire du taux d'invalidité, le fait qu'il devrait lui être reconnu une rente entière à compter du 1^{er} avril 2008 selon la documentation médicale produite et le taux d'incapacité de travail de 80% déterminé par l'Hôpital Maggiore Modica de Ragusa et le Dr D._____, neurologue. Il indiqua que les examens effectués au SAM de Bellinzone fin 2001 n'étaient plus actuels, son invalidité s'étant aggravée depuis lors et que si nécessaire il était à disposition pour que soient effectués de nouveaux examens.

H.

Invité à se déterminer sur le recours, l'OAIE dans sa réponse du 16 janvier 2009 conclut à son rejet. Il fit valoir que l'intéressé n'avait pas produit de documents médicaux établissant de façon plausible une aggravation de son état de santé depuis les examens médicaux établis au SAM de Bellinzone fin 2001 et qu'il n'appartenait pas à l'administration d'ordonner des examens s'il lui paraissait qu'il n'y avait pas lieu d'entrer en matière sur une demande de révision, ce que son service

médical n'avait d'ailleurs pas fait même si la décision attaquée pouvait quelque peu le laisser entendre en indiquant que le dossier était suffisamment documenté pour qu'il soit renoncé à des examens.

I.

Par réplique du 19 février 2009 le recourant maintint ses conclusions. Il nota qu'il avait tenté de reprendre une activité à 25% en janvier 2009 dans une laiterie mais que son invalidité l'avait contraint à abandonner cette activité après 2 jours et il fit valoir que selon une attestation du Dr E._____ du 18 février 2009 son invalidité était de 75%. Il réserva de plus la production d'un rapport psychiatrique qu'il fit parvenir en date du 27 février 2009 signé de la Dresse F._____. Dans son rapport daté du 10 février 2009, la Dresse F._____ retint le diagnostic de dépression majeure récurrente dans un cadre, entre autre, de pauvreté du langage peu fluide, monotonie vocale, ralentissement, vision négative de soi, difficulté de la capacité de se projeter dans le futur et d'envisager l'avenir, tendance à l'isolement. Se référant aux symptômes cliniques de la dépression majeure récurrente, elle établit une corrélation de la réalité clinique avec la personne de l'intéressé et conclut à une incapacité de travail de 80% pour cause psychique indépendamment de l'invalidité découlant des affections physiques.

J.

Requis par décision incidente du 27 janvier 2009 d'effectuer une avance sur les frais de procédure de Fr. 300.-, le recourant s'en acquitta dans le délai imparti en date du 18 février 2009.

K.

Invité à dupliquer, l'OAIE transmit le nouveau rapport psychiatrique au Dr C._____ de son service médical pour appréciation. Dans son rapport du 15 avril 2009 le Dr C._____ indiqua que la symptomatologie décrite n'était pas significativement différente de celle décrite par l'expert psychiatre le Dr B._____ dans le cadre de l'expertise effectuée à Bellinzone fin 2001 et que le rapport nouvellement produit n'apportait aucun fait médical nouveau, les mêmes faits n'étant que appréciés différemment. Par duplique du 7 mai 2009 l'OAIE maintint sa position, relevant que le rapport psychiatrique n'était pas de nature à rendre vraisemblable une aggravation de l'état de santé de l'intéressé du fait que la

symptomatologie relatée ne différait pas de celle décrite en décembre 2001 par le Dr B._____.

L.

Invité à se déterminer sur la duplique de l'OAIE, le recourant indiqua contester le fait que le rapport psychiatrique de la Dresse F._____ ne rendait pas vraisemblable une détérioration de son état de santé depuis le rapport psychiatrique établi par le Dr B._____. Il joignit à son envoi un complément d'expertise de la Dresse F._____ du 26 mai 2009. Dans ce rapport la Dresse F._____ conclut à une progressive détérioration mentale en relation avec une dépression majeure récurrente dont tous les signes cliniques étaient patents (ralentissement de la pensée, incapacité de prendre des décisions, idéation de mort et autres) associés à un isolement relationnel et social. Se référant au diagnostic du Dr B._____, la Dresse F._____ releva l'identité de la symptomatologie mais nota que si le Dr B._____ avait retenu une incidence des symptômes sur la capacité de travail de 50% le status actuel de l'intéressé démontrait une aggravation majeure des symptômes, qu'en l'occurrence si la dépression pouvait être définie comme modérée elle était actuellement grave ne lui permettant plus de se maintenir dans un cadre de travail, social et familial. Elle confirma une incapacité de travail de 80%.

M.

Invité à se déterminer sur le rapport médical de la Dresse F._____, l'OAIE requit l'avis du Dr G._____, psychiatre, de son service médical. Dans son rapport du 30 juillet 2009, le Dr G._____ nota que les rapports médicaux de la Dresse F._____ faisaient état de la même symptomatologie que celui du Dr B._____ et que son évaluation devait se référer à une classification médico-juridique italienne en relation de plus à une phase dépressive cyclique avec la présence de symptômes typiques endogènes de gravité certaine. Il nota que le rapport ne contenait aucune indication que l'évolution de la maladie en général ait changé dans le sens d'une péjoration (dépression majeure récurrente typique avec des phases comme celle actuellement décrite et avec des rémissions partielles ou totales entre les phases). Le rapport de la Dresse F._____ ne faisait état que d'une phase dépressive connue du cycle. Il conclut qu'il ne rendait pas plausible une modification de l'état de santé de l'assuré susceptible de modifier l'exigibilité [de l'activité lucrative] précédemment fixée (pce 217). Par réponse du 11 août 2009, l'OAIE confirma sa décision du 24 juillet

2008, rappelant que cette date était la limite du pouvoir de cognition du Tribunal de céans s'agissant de la demande de révision déposée le 18 avril 2008.

N.

Le recourant prit position sur la détermination de l'OAIE en date du 18 septembre 2009. Il maintint avoir démontré par les rapports médicaux produits une péjoration de son état de santé et joignit encore un ultime rapport médical de la Dresse F._____ daté du 18 septembre 2009. Dans ce rapport la dresse F._____ indiqua qu'il y avait lieu de retenir une aggravation sensible de l'état de santé de l'intéressé depuis quelque 2 ans, soit depuis le rapport médical du 13 janvier 2007 du Dr D._____, du fait de la persistance d'une phase dépressive sans rémission, objectivement plus grave que les phases passées, avec inadaptation sociale absolue, tristesse profonde, pensées constantes de mort avec mises en scène comme seul moyen de se libérer des souffrances. La Dresse F._____ maintint son appréciation de l'incapacité de travail de quelque 80%.

O.

Invité à se déterminer sur le rapport médical de la Dresse F._____, l'OAIE dans sa réponse du 8 octobre 2009, nota que la Dresse F._____ qui avait vu l'assuré depuis le 10 février 2009 n'était pas en mesure d'attester du caractère durable depuis janvier 2007 de la phase dépressive sans rémission aucune. Il indiqua que le dossier ne comprenait de même pas de documentation médicale en relation avec un suivi médical des 2 années évoquées sans rémission, tel par exemple un suivi psychiatrique durant ces 2 années. Il conclut ainsi qu'il n'y avait pas de péjoration médicale de l'état de santé depuis la communication à l'assuré du 21 juillet 2006, moment de la comparaison. Enfin, l'OAIE rappela que l'assuré pouvait toujours déposer une nouvelle demande de révision si son état de santé s'était objectivement plausiblement aggravé.

Invité par ordonnance du 19 octobre 2009 à se déterminer sur la prise de position de l'OAIE, le recourant n'y donna pas suite.

Par actes des 26 février et 18 mars 2010, le représentant du recourant informa le Tribunal de céans de l'internement de l'assuré en division psychiatrique de l'hôpital de Ragusa depuis le 9 mars 2010.

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 Déposé en temps utile et dans les formes requises par la loi (art. 60 LPGA et 52 PA), le recours est recevable.

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 ré-

gimes 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). En l'occurrence, les dispositions de la 5^{ème} révision de la LAI entrée en vigueur le 1^{er} janvier 2008 sont applicables.

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, établissant une incapacité de gain permanente ou probablement de longue durée, et non pas médicale (ATF 127 V 294 consid. 4b/bb). 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 in-

valide 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). La notion du marché équilibré du travail est une notion théorique et abstraite, qui sert de critère de distinction entre les cas tombant sous le coup de l'assurance-chômage et ceux qui relèvent de l'assurance-invalidité. Elle implique, d'une part, un certain équilibre entre l'offre et la demande de main d'œuvre et, d'autre part, un marché du travail structuré de telle sorte qu'il offre un éventail d'emplois diversifiés.

5.

5.1 En date du 18 avril 2008, le recourant, au bénéfice de trois quarts de rente depuis le 1^{er} janvier 2004 pour un taux d'invalidité de 60%, rente reconduite par communication du 21 juillet 2006 par l'OAIE ensuite d'une procédure de révision, a présenté une demande de révision de son droit aux prestations d'invalidité dans le sens de l'octroi d'une rente entière. Il alléguait une aggravation de son état de santé depuis le prononcé par l'OAIE de la décision du 23 septembre 2002 lui ayant reconnu un taux d'invalidité de 60.19% fondé sur l'expertise pluridisciplinaire établie du 3 au 5 décembre 2001 au SAM de Bellinzone.

5.2 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.

5.3 En application de l'art. 87 al. 3 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. 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. 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'assurance sociale. 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).

5.4 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 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). 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.

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 En l'espèce, l'OAIE a reconnu au recourant par communication du 21 juillet 2006 le maintien de son droit à trois quarts de rente. Cette reconduction intervint à la suite de l'avis du Dr C. _____ qui nota qu'un rapport E 213 du 28 juin 2006 [sans appréciation d'ordre psychiatrique] n'indiquait pas de changement significatif de l'état de santé et que selon un rapport psychiatrique daté du 26 octobre 2005 il était indiqué des périodes de rémission partielle de quelques mois suivies de réapparition d'épisodes dépressifs sévères. Considérant que ce status était superposable à celui issu de l'examen au SAM de Bellinzone, le Dr C. _____ conclut au fait qu'il n'y avait pas de changement de l'état de santé significatif depuis la précédente décision AI, soit celle du 23 septembre 2002 qui s'était fondée sur les examens effectués au SAM les 3-5 décembre 2001. Sans remettre cette appréciation en cause, le Tribunal de céans relève toutefois que le rapport psychiatrique du 26 octobre 2005 fait état d'épisodes dépressifs sévères intermittents avec des rémissions de quelques mois alors que le Dr B. _____ énonça dans son rapport du 13 décembre 2001 le diagnostic de syndrome dépressif récurrent avec actuellement un épisode de gravité moyenne affectant la capacité de travail de 50%. Il

ne nota nullement dans son rapport la survenance d'épisodes de gravité sévère mais réserva une péjoration éventuelle du status. La reconduction des trois quarts de rente n'ayant pas été contestée il n'y a pas lieu d'y revenir.

7.2 Par requête du 18 avril 2008, l'intéressé sollicita une révision de son droit aux prestations de l'assurance-invalidité. Sur le plan rhumatologique, le Tribunal de céans partage la position de l'OAIE et de son service médical. Il n'y a pas de péjoration sensible de l'état de santé du recourant reconnaissable à la date de la décision attaquée, soit le 24 juillet 2008. S'agissant de l'état de santé psychique, le rapport médical du Dr D._____, neurologue, daté du 13 janvier 2007, est déterminant jusqu'à la date de la décision attaquée. Les autres rapports ultérieurs n'ont de valeur pour le Tribunal de céans que dans la mesure où ils permettent de mieux comprendre le status de l'assuré antérieurement à la décision attaquée vu la limitation du pouvoir de cognition du Tribunal de céans à la date du 24 juillet 2008 (cf. consid. 3 ci-dessus).

Le rapport du Dr D._____ fait notamment état d'une grave psychonévrose anxio-dépressive, de troubles cognitifs et comportementaux avec épisodes cycliques, de grave dépression et inhibitions psychomoteurs en relation avec des hernies discales cervicales multiples fondant une incapacité de travail de 80%. Dans son rapport du 30 juin 2008, le Dr C._____ ne retint des troubles psychiatriques évoqués qu'un trouble dépressif récurrent. Cette constatation est en contradiction avec le diagnostic formulé par le Dr D._____. Le Dr C._____ ne s'est toutefois pas exprimé sur cette contradiction, en ne précisant pas l'incidence nouvelle sur l'état de santé de l'assuré des graves épisodes dépressifs, soit une péjoration plausible de l'état de santé par rapport aux status des années 1991 et 2005 qui ont retenu des épisodes dépressifs moyens. Par la suite le recourant a produit des rapports médicaux faisant état d'une plausible sinon manifeste détérioration de son état de santé sur lesquels il n'y a pas lieu de discuter du fait qu'ils ont été largement établis après la décision du 24 juillet 2008. Mais il est indéniable que ces documents donnent du crédit au rapport médical du Dr D._____. Sur la base de la documentation médicale à disposition au jour de la décision attaquée, le Tribunal de céans considère, vu les rapports anciens datant de fin 2001 réservant une péjoration éventuelle de l'état de santé à venir, vu l'énoncé d'épisodes de dépression d'intensité moyenne dans le rapport

de fin 2001 et les énoncés d'épisodes graves de dépression en 2005 déjà et en 2007, que le recourant avait rendu objectivement plausible une péjoration de son état de santé à la date de la décision attaquée. C'est donc à tort que l'administration n'a pas examiné la demande de révision de rente puis a persisté dans sa détermination à ne pas entrer en matière sur une complète révision du droit à la rente de l'assuré, bien que les examens effectués au SAM de Bellinzone remontent à fin 2001. En outre, la dernière reconduction de rente est antérieure de 2 ans à la date de la décision attaquée, période largement suffisante pour qu'un état de santé se modifie sensiblement. Il n'y avait en effet dès lors pas lieu de se montrer trop exigeant dans l'examen des allégations du recourant concernant la péjoration de son état de santé depuis la décision antérieure pour apprécier le caractère plausible de cette aggravation (cf. supra consid. 5.3).

7.3 Vu ce qui précède, le Tribunal de céans ne peut que reconnaître et admettre que le recourant a rendu plausible, au sens de l'art. 87 al. 3 RAI, une aggravation significative de son état de santé, entre la reconduction de rente du 21 juillet 2006 et celle attaquée du 24 juillet 2008, qui aurait dû justifier d'entrer en matière sur sa demande de révision du 18 avril 2008. Il s'ensuit la nécessité d'une instruction et – vu l'obligation de l'OAIE d'instruire d'office (cf. aussi art. 43 LPG) – d'éventuellement ordonner une expertise pluridisciplinaire. Bien fondé le recours doit être partiellement admis, la décision attaquée annulée et le dossier retourné à l'autorité inférieure pour qu'elle entre en matière et instruisse la demande de révision du recourant du 18 avril 2008 en ordonnant, cas échéant, une expertise pluridisciplinaire.

8.

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

8.2 Le recourant ayant agi en étant représenté, il lui est alloué une indemnité globale de dépens à charge de l'autorité inférieure de Fr. 2'500.- (art. 64 al. 1 PA et art. 7 ss du règlement du 21 février 2008 concernant les frais, dépens et indemnités fixés par le Tribunal administratif fédéral [FITAF, RS 173.320.2]), compte tenu de la difficulté de la cause ainsi que du travail effectué par l'avocat.

Par ces motifs, le Tribunal administratif fédéral prononce :

1.

Le recours est partiellement admis et la décision du 24 juillet 2008 annulée. La cause est renvoyée à l'autorité inférieure pour nouvelle décision au sens du considérant 7.3.

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. 2'500.- à charge de l'autorité inférieure.

4.

Le présent arrêt est adressé :

- au représentant du recourant (Acte judiciaire)
- à l'autorité inférieure (n° de réf. -)
- à l'Office fédéral des assurances sociales

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

Le président du collège :

Le greffier :

Francesco Parrino

Pascal Montavon

Indication des voies de droit :

Pour autant que les conditions au sens des art. 82 ss, 90 ss et 100 de la loi du 17 juin 2005 sur le Tribunal fédéral (LTF, RS 173.110) 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. Le mémoire doit indiquer les conclusions, les motifs et les moyens de preuve, et être signé. La décision attaquée et les moyens de preuve doivent être joints au mémoire, pour autant qu'ils soient en mains du recourant (voir art. 42 LTF).

Expédition :