

# **BVGer C-4457/2008 vom 31. Mai 2010**

Bundesverwaltungsgericht, 2010-05-31, FR

Quelle: [https://mcp.opencaselaw.ch/entscheid/bvger\\_C-4457\\_2008](https://mcp.opencaselaw.ch/entscheid/bvger_C-4457_2008)

FR: TAF C-4457/2008 du 31 mai 2010

IT: TAF C-4457/2008 del 31 maggio 2010

## **Regeste**

Assurance-invalidité (divers)

## **Erwägungen**

### **E. 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), entrée en vigueur le 1er janvier 2007, 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 concernant l'octroi de rente d'invalidité prises par l'Office AI pour les assurés résidant à l'étranger (OAIE).

### **E. 1.2**

En vertu de l'art. 3 let. dbis PA, auquel renvoie l'art. 37 LTAF, 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 la présente 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. Or, l'art. 1 al. 1 LAI mentionne que les dispositions de la LPGA s'appliquent à l'assurance-invalidité (art. 1a à 26bis et 28 à 70), à moins que la LAI ne déroge à la LPGA.

### **E. 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.

### **E. 1.4**

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

### **E. 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 1er 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 1er 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.

### **E. 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.

### **E. 2.3**

La décision litigieuse est datée du 20 mai 2008. S'agissant du droit applicable, il convient donc encore de préciser que le 1er janvier 2008 les modifications de la LAI introduites par la nouvelle du 6 octobre 2006 (5e révision) sont entrées en vigueur (RO 2007 5129). Eu égard au principe selon lequel les règles applicables sont celles en vigueur au moment où les faits juridiquement déterminants se sont produits (ATF 130 V 445 consid. 1.2), si le cas d'assurance survient avant le 1er janvier 2008, ce sont les normes en vigueur jusqu'au 31 décembre 2007 qui s'appliquent. Selon une jurisprudence constante, 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 (ATF 116 V 246 consid. 1a et les arrêts cités). Dans ce contexte, on note que les dispositions légales concernant les demandes de révision suite à une péjoration de l'état de santé (art. 17 al. 2 LPGA; art. 87 et 88a al. 2 RAI) n'ont subi aucune modification avec l'entrée en vigueur de la 5ème révision de la LAI. Il s'en suit que les dispositions topiques sont donc citées dans le présent arrêt dans leur teneur en vigueur au 1er janvier 2008, sauf mention contraire.

### **E. 3.1**

L'invalidité au sens de la LPGA et de la LAI est l'incapacité de gain totale ou partielle qui est présumée permanente ou de longue durée, qui peut résulter d'une infirmité congénitale, d'une maladie ou d'un accident (art. 8 LPGA et art. 4 al. 1 LAI). 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).

### **E. 3.2**

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

### **E. 3.3**

La notion d'invalidité, dont il est question à l'art. 8 LPGA et à l'art. 4 LAI est de nature économique/juridique et non 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, qui peut résulter d'une infirmité congénitale, d'une maladie ou d'un accident, et non la maladie en tant que telle. 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 LPGA). Le Tribunal fédéral a néanmoins jugé que les données fournies par les médecins constituent un élément utile pour déterminer quels travaux peuvent encore être exigés de l'assuré (ATF 125 V 256 consid. 4, ATF 115 V 133 consid. 2, ATF 114 V 310 consid. 3c, ATF 105 V 156 consid. 1).

### **E. 4**

Conformément au principe inquisitoire qui régit la procédure dans le domaine des assurances sociales (art. 43 LPGA), l'administration est tenue de prendre d'office les mesures d'instruction nécessaires et de recueillir les renseignements dont elle a besoin. En particulier, elle doit mettre en oeuvre une expertise lorsqu'il apparaît nécessaire de clarifier les aspects médicaux du cas (ATF 117 V 283 consid. 4a). Si l'administration ou le juge, se fondant sur une appréciation consciencieuse des preuves fournies par les investigations auxquelles ils doivent procéder d'office, sont convaincus que certains faits présentent un degré de vraisemblance prépondérante et que d'autres mesures probatoires ne pourraient plus modifier cette appréciation, il est superflu d'administrer d'autres preuves (appréciation anticipée des preuves; Ueli Kieser, ATSG-Kommentar, Zurich 2009, art. 42 n° 19 p. 536 ; ATF 130 II 425 consid. 2.1 et les références; arrêt du Tribunal fédéral 9C\_859/2007 du 16 décembre 2008 consid. 5). Une telle manière de procéder ne viole pas le droit d'être entendu selon l'art. 29 al. 2 Cst. (Sozialversicherungsrecht Rechtsprechung [SVR] 2001 IV n° 10 p. 28).

### **E. 5**

D'une manière générale, en présence d'avis médicaux contradictoires, le juge doit apprécier l'ensemble des preuves à disposition et indiquer les motifs pour lesquels il se fonde sur une appréciation plutôt que sur une autre. A cet égard, l'élément décisif pour apprécier la valeur probante d'une pièce médicale n'est en principe ni son origine, ni sa désignation sous la forme d'un rapport ou d'une expertise, mais bel et bien son contenu. Il importe, pour conférer pleine valeur probante à un rapport médical, que les points litigieux importants aient fait l'objet d'une étude circonstanciée, que le rapport se fonde sur des examens complets, qu'il prenne également en considération les plaintes exprimées par la personne examinée, qu'il ait été établi en pleine connaissance de l'anamnèse, que la description du contexte médical et l'appréciation de la situation médicale soient claires et enfin que les conclusions de l'expert soient dûment motivées (ATF 125 V 351 consid. 3a et les références).

### **E. 6**

La jurisprudence a toutefois posé des lignes directrices en ce qui concerne la manière d'apprécier certains types d'expertise ou de rapports médicaux. Ainsi, le juge ne s'écarte en principe pas sans motifs impératifs des conclusions d'une expertise médicale, la tâche de l'expert étant précisément de mettre ses connaissances spéciales à la disposition de la justice afin de l'éclairer sur les aspects médicaux d'un état de fait donné (ATF 125 V 351 cons. 3b/aa; 118 V 290 consid. 1b et les références). Au sujet des rapports établis par les médecins traitant, le juge peut et doit tenir compte du fait que selon l'expérience, le médecin traitant est généralement 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 351 consid. 3b/cc et les références). Cette constatation s'applique de même aux médecins non traitant consultés par un patient en vue d'obtenir un moyen de preuve à l'appui de sa requête. 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 351 consid. 3b/dd et les références citées).

#### **E. 7.1**

Dans la décision entreprise (pce 156), l'autorité inférieure a constaté que le recourant avait déposé une demande de révision en date du 12 octobre 2007 et n'est pas entrée en matière sur cette requête au motif que les conditions de l'art. 87 al. 3 RAI n'étaient pas remplies. Selon cette disposition, lorsqu'une demande de révision est déposée, celle-ci doit établir de façon plausible que l'invalidité s'est modifiée de manière à influencer les droits en cause. Or, il appert que l'administration, par acte du 2 février 2007 (pce 94) a procédé à une révision d'office de la rente et qu'elle a recueilli à cet effet divers certificats médicaux (cf. supra let. B). Par communication du 12 septembre 2007 (pce 142), elle a ensuite signalé à l'assuré que, selon elle, son taux d'invalidité était resté identique. Dans le délai imparti pour faire part de ses remarques et éventuellement demander qu'une décision formelle soit rendue en la matière, l'assuré a fait part de son désaccord quant à l'opinion de l'administration (acte du 8 octobre 2007; cf. supra let. B.d) en précisant que son état de santé avait connu une aggravation et que cet état de fait était confirmé par les conclusions du conseil médical qui l'avait examiné à la demande de l'OAIE en avril 2006. Au vu de cette écriture, l'autorité inférieure ne pouvait donc sans autre conclure que la procédure ouverte en février 2007 était close et que l'acte précité du 8 octobre 2007 pouvait être considéré comme une nouvelle demande de révision de la part de l'assuré (cf. pce 147 [note interne]). En effet, même si ce dernier n'a pas expressément demandé qu'une décision formelle mette fin à la procédure de révision de la rente, il a toutefois manifesté clairement son désaccord face aux conclusions de l'autorité inférieure dans ladite procédure. Dans ces conditions et eu égard aux intérêts en jeu, l'administration ne pouvait sans autre conclure que celle-ci était terminée. Par conséquent, il y a lieu de considérer que ce n'est pas la communication du 12 septembre 2007 qui a mis fin à la procédure de révision d'office mais la décision du 20 mai 2008 sujette au présent recours. Il s'agit donc d'une décision matérielle, de sorte que l'art. 87 al. 3 RAI dont se prévaut l'autorité inférieure ne saurait être applicable en l'espèce et que la présente affaire doit être examinée sous l'angle de l'art. 17 LPGA en relation avec les art. 87 al. 2 et 88a al. 2 RAI (cf. ci-après consid. 7.2 ss et supra consid. 4)

#### **E. 7.2**

Selon l'art. 17 LPGA (v. aussi l'ancien art. 41 LAI; arrêt du Tribunal fédéral I 561/05 du 31 mars 2006), 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.

### **E. 7.3**

La révision a lieu d'office lorsqu'en prévision d'une modification importante possible du taux d'invalidité, du degré d'impotence ou du besoin de soins découlant de l'invalidité, un terme a été fixé au moment de l'octroi de la rente ou de l'allocation pour impotent, ou lorsque des organes de l'assurance ont connaissance de faits ou ordonnent des mesures qui peuvent entraîner une modification importante du taux d'invalidité, du degré d'impotence ou du besoin de soins découlant de l'invalidité (art. 87 al. 2 du règlement du 17 janvier 1961 sur l'assurance-invalidité [RAI, RS 831.201]). L'art. 88a al. 2 RAI prévoit que, si l'incapacité de gain de l'assuré s'aggrave, il y a lieu de considérer que ce changement accroît, le cas échéant, son droit aux prestations dès qu'il a duré trois mois sans interruption notable.

### **E. 7.4**

Pour examiner si, dans un cas de révision, il y a eu une modification importante du degré d'invalidité au sens de l'art. 17 LPGA, le juge doit prendre généralement en considération l'influence de l'état de santé sur la capacité de gain au moment où a été 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. En matière de révision d'office toutefois, c'est la dernière décision entrée en force, examinant matériellement le droit à la rente qui constitue le point de départ pour examiner si le degré de l'invalidité s'est modifié de manière à influencer le droit aux prestations (ATF 133 V 108 consid. 5.4). En l'occurrence, le recourant a été mis au bénéfice d'une demi rente d'invalidité dès le 1er avril 2001 par décision du 22 octobre 2002 (pce 45) et aucune décision examinant matériellement le droit à la rente n'a été rendue jusqu'au prononcé de la décision attaquée (décision du 20 mai 2008 [pce 156]). Par conséquent, la question de savoir si le degré d'invalidité a subi une modification significative doit être jugée en comparant les faits tels qu'ils se présentaient le 22 octobre 2002 (cf. supra let. B) et ceux qui ont existé jusqu'au 20 mai 2008.

### **E. 8.1**

L'administration s'est notamment basée sur les documents suivants lors de l'octroi d'une demi-rente par décision du 22 octobre 2002: un rapport médical du 30 avril 2001 signé par le Dr E. \_\_\_\_\_ (pce 119) faisant notamment part d'une uncarthrose cervicale sans modification de l'épaisseur des disques, de discarthrose lombaire de forme modérée et d'un bassin avec prothèses des hanches sans autre altération; un rapport médical du 5 février 2002 signé par le Dr A. F. \_\_\_\_\_ (pce 120) indiquant des douleurs, des difficultés à la marche et une incapacité de travail pour accomplir l'activité exercée en dernier lieu de 75%; un rapport médical du 2 avril 2002 (pce 121) signé par le Dr G. \_\_\_\_\_ retenant comme affection avec répercussions sur la capacité de travail un status après mise en place de prothèses aux hanches et d'angoisses existentielles liées à la problématique psychosociale. Appelé à se déterminer, le Dr B. \_\_\_\_\_, du service médical de l'OAIE, a retenu les diagnostics de status après nécrose du fémur des deux côtés, de lombalgies sur modifications dégénératives et d'asthme. Mettant en avant que des problèmes au niveau cervical était nouvellement apparu chez l'intéressé et qu'il semblait avoir développé un

syndrome de douleurs chroniques, il a estimé que, à partir du 30 avril 2001, ce dernier présentait non seulement une incapacité de travail de 70% dans les professions de chauffeur et d'aide-cuisine exercées antérieurement mais également une incapacité de travail de 40% dans l'exercice d'une activité adaptée, accomplie principalement en position assise (rapports des 15 mai 2002 [pce 35-36] et 6 juillet 2002 [pce 39]). Sur cette base, l'OAIE a alloué une demi-rente au recourant à partir du 1er avril 2001 (décision du 22 octobre 2002 [pce 45]; cf. supra let. A.b).

## **E. 8.2**

Après avoir été débouté en tout point suite à une demande de révision déposée en février 2004 (cf. supra let. A.c), le recourant fait à nouveau valoir un droit à des prestations plus élevées de l'assurance-invalidité suisse dans le cadre d'une procédure de révision initiée par l'administration en date du 2 février 2007 (cf. supra let. B et consid. 7.1). L'autorité inférieure, suivant l'opinion de son service médical, retient pour sa part que les nouvelles affections dont fait part l'assuré ne sont pas de nature à avoir une incidence sur sa capacité de travail dans une activité de substitution adaptée.

### **E. 8.2.1**

Le recourant met tout d'abord en avant que l'usure de ses prothèses aux hanches donne lieu à des douleurs et des limitations fonctionnelles plus prononcées qu'auparavant. Cette affirmation n'est toutefois étayée par aucun élément objectif et repose uniquement sur les plaintes subjectives de l'assuré (cf. notamment pce 136 p. 2 n° 3.2 et p. 5 n° 4.8.3). En particulier, on note que le Dr H. \_\_\_\_\_, dans un rapport médical du 26 août 2008 (pce 151), fait part d'un status après mise en place de prothèses aux hanches sans signe d'instabilité ou d'intolérance et l'on cherche en vain dans le dossier un document qui viendrait contredire cette opinion. Le Tribunal de céans ne voit donc pas de motifs suffisants pour remettre en cause les conclusions des Drs C. \_\_\_\_\_ (rapport du 9 septembre 2007 [pce 141]) et D. \_\_\_\_\_ (rapport du 20 février 2008 [pce 148]), selon lesquelles les séquelles de l'atteinte aux hanches sont restées stationnaires depuis l'octroi d'une demi-rente d'invalidité par décision du 22 octobre 2002.

### **E. 8.2.2**

L'assuré fait ensuite valoir des affections nouvelles aux genoux (status après fracture du côté interne de la rotule gauche en septembre 2004 ayant rendu nécessaire une arthroscopie et synovectomie; chondromalacie des deux côtés; cf. notamment rapports médicaux des 13 avril 2005 [pce 127], 15 février 2006 [pce 130] et 17 février 2006 [pce 131]), aux bras (syndrome du canal carpien; cf. rapport médical du 24 avril 2008 [pce 154] et rapport médical E 213 du 17 mai 2007 [pce 136 p. 5 n° 4.8.2]) et au niveau urologique (pce TAF 15 p. 8). Par ailleurs, il signale qu'il doit subir prochainement une opération pour cause d'hémorroïde (pce TAF 21 p. 3). Le service médical de l'OAIE relève toutefois de façon convaincante que ces nouvelles atteintes ne sont pas susceptibles de causer des limitations significatives et durables au recourant dans l'exercice d'une activité de substitution. Ainsi, le Dr B. \_\_\_\_\_ retient que la chondropathie peut être traitée de différentes manières (arthroscopie; médicaments) et que cette affection n'a pas d'incidence sur la capacité de travail dans une activité de substitution exercée principalement en position assise (rapport du 19 août 2005 [pce 75]). Les Drs C. \_\_\_\_\_ (rapport du 9 septembre 2007 [pce 141] et D. \_\_\_\_\_ (rapport du 20 février 2008 [pce 148]) ont par la suite repris à leur compte ces conclusions dont rien au dossier ne permet de remettre sérieusement en question le

bien-fondé. En ce qui concerne le syndrome du canal carpien, le Dr D. \_\_\_\_\_ atteste que cette atteinte, qui peut être traitée efficacement de différentes manières sur le plan médical, n'est également pas de nature à entraver de façon durable la capacité de travail de l'assuré dans une activité de substitution (rapports des 6 novembre 2008 [pce 158] et 7 juillet 2009 [pce 162] écrits en allemand). Ces prises de position ont toutes deux été envoyées au recourant pour connaissance par ordonnances des 18 novembre 2008 et 30 avril 2009 (pce TAF 15 et 19) avec à chaque fois fixation d'un délai de 30 jours dès notification desdits actes pour prendre position en la matière. On constate cependant que l'assuré - dont on note qu'il a vécu plus de 15 ans dans un canton germanophone [dossier AI p. 43] et qu'il n'a jamais fait valoir de problèmes de compréhension en rapport avec la documentation médicale transmise par le Tribunal administratif fédéral - n'a pas produit de certificats médicaux susceptibles de remettre en cause l'évaluation du médecin de l'OAIE. En particulier, le rapport médical du 28 mai 2009 (pce TAF 21 p. 2 s.) ne saurait étayer l'avis contraire du recourant dans la mesure où, dans ce document, le Dr I. \_\_\_\_\_ se borne à citer le syndrome du canal carpien comme l'une des affections parmi d'autres dont est atteint l'assuré sans indiquer en quoi ce trouble ferait en soi obstacle à l'exercice d'une activité de substitution de façon durable et dans quelle mesure, étant précisé que le recourant est tenu d'entreprendre tout ce qui est en son pouvoir pour réduire le dommage, ce qui comprend également le devoir de se soumettre à une thérapie médicamenteuse ou à une opération. Le Tribunal de céans peut donc conclure que cette affection n'est pas de nature à avoir une incidence significative et prolongée sur la capacité de travail de l'assuré (sur le principe inquisitoire, ses limites et les conséquences de l'absence de preuve cf. ATF 125 V 195 consid. 2 et les références; ATF 130 I 183 consid. 3.2; arrêts du Tribunal fédéral I 848/05 du 29 novembre 2006 consid. 4.2 et 9C\_395/2008 du 9 octobre 2008 consid. 5.2; voire aussi [http://fr.wikipedia.org/wiki/Syndrome\\_du\\_canal\\_carpien](http://fr.wikipedia.org/wiki/Syndrome_du_canal_carpien)). Finalement, on observe que, selon l'avis du Dr D. \_\_\_\_\_, les problèmes urologiques et ceux liés aux hémorroïdes n'ont pas d'incidence sur la capacité de travail du recourant dans un travail adapté (rapport du 7 juillet 2009 [pce 162]) et que, une fois de plus, les actes de la cause ne contiennent aucun élément concret qui viendrait contredire cette évaluation.

### **E. 8.3**

Sur le vu de ce qui précède, le Tribunal de céans ne peut en aucun cas suivre l'évaluation du Dr J. \_\_\_\_\_ qui, dans le rapport médical E 213 du 17 mai 2007 retient que l'état de santé du recourant "tend" à s'aggraver (pce 136 p. 8 n° 8) et que, pour cette raison, celui-ci ne peut plus exercer aucun travail, même adapté (pce 136 p. 10 n° 11.5). En effet, cette opinion n'est pas suffisamment étayée/motivée, ne fait pas part d'éléments objectifs nouveaux pouvant avoir une incidence déterminante sur le degré d'invalidité de l'assuré et se base en premier lieu sur les plaintes subjectives du recourant (pce 136 p. 2 n° 3.2; p. 5 n° 4.8). Il ne saurait donc suffire à remettre sérieusement en cause les conclusions de l'autorité inférieure. Il en va de même du rapport médical du 28 mai 2009 établi par le Dr I. \_\_\_\_\_ (pce TAF 21 p. 2 s.) qui fait également part d'une incapacité de travail de l'assuré pour toute activité. En effet, ce praticien justifie cette évaluation en mettant en avant le manque de formation professionnelle du recourant. Il se réfère ainsi à un critère étranger à l'invalidité qui ne peut être pris en compte par le Tribunal de céans. Par ailleurs, il attribue pour chaque affection un taux d'invalidité spécifique dont il fait l'addition pour finalement parvenir à un degré d'invalidité total de 76.85%. Cette manière de faire n'est cependant pas compatible avec le droit des assurances sociales suisse qui considère comme déterminant la perte de gain et non le taux d'invalidité retenu par le médecin pour chaque affection (cf. supra consid. 3.1;

voire également arrêts du Tribunal fédéral 9C\_182/2010 du 15 avril 2010 consid. 2.3; 9C\_155/2009 du 15 avril 2010 consid. 4.2.2; 8C\_41/2010 du 20 avril 2010 consid. 4.2.2). Il est le lieu de rappeler que, 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). 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; arrêt du Tribunal fédéral I 376/05 du 5 août 2005 consid. 3.1). En l'espèce, il n'est de ce fait pas déterminant que les institutions de sécurité sociale espagnoles aient reconnu à l'assuré une invalidité totale (pce 136 p. 10 n° 11.7). Il n'y a ainsi pas lieu de se prononcer sur les divergences entre la notion d'invalidité selon la législation espagnole et celle selon l'ordre juridique suisse (cf. à ce sujet arrêt du Tribunal administratif fédéral C-5031/2008 du 5 mars 2010 consid. 9.1).

#### **E. 9**

Eu égard à ce qui précède, il appert que la modification de l'état des faits alléguée par le recourant n'est pas de nature à avoir une incidence significative et prolongée sur la capacité de gain et, partant, sur le degré d'invalidité retenu par décision du 22 octobre 2002. Il n'y a ainsi pas lieu de procéder à une nouvelle comparaison des revenus (cf. arrêt du Tribunal fédéral 9C\_766/2009 du 12 mars 2010 consid. 3.2) et la décision entreprise doit être confirmée.

#### **E. 10**

Compte tenu de l'ensemble des circonstances du cas concret, notamment que le recours n'était pas d'emblée dépourvu de toutes chances de succès (cf. en particulier consid. 7.1) et qu'il résulte du dossier que le recourant est sans ressources financières suffisantes, le Tribunal de céans admet la demande d'assistance judiciaire partielle (art. 65 al. 1 PA; par ailleurs même l'art. 6 let. b du règlement du 21 février 2008 concernant les frais, dépens et indemnités fixés par le Tribunal administratif fédéral [FITAF, RS 173.320.2] aurait justifié dans le cas d'espèce que l'on renonce aux frais de procédure). Il y a donc lieu de statuer sans frais.

#### **E. 11**

Vu l'issue de la cause, il n'est pas alloué de dépens (art. 64 al. 1 PA a contrario en relation avec les art. 7 ss FITAF). (dispositif à la page suivante)