

BVGer C-7362/2018 vom 18. Juni 2021

Bundesverwaltungsgericht, 2021-06-18, FR

Quelle: https://mcp.opencaselaw.ch/entscheid/bvger_C-7362_2018

FR: TAF C-7362/2018 du 18 juin 2021

IT: TAF C-7362/2018 del 18 giugno 2021

Regeste

Révision de la rente

Erwägungen

E. 1

Le Tribunal administratif fédéral est compétent pour connaître du présent recours (art. 31, 32 et 33 let. d de la loi du 17 juin 2005 sur le Tribunal administratif fédéral [LTAF, RS 173.32] ; art. 69 al. 1 let. b de la loi fédérale du 19 juin 1959 sur l'assurance-invalidité [LAI, RS 831.20]). Dans la mesure où le recourant est directement touché par la décision attaquée et a un intérêt digne d'être protégé à ce qu'elle soit annulée ou modifiée, il a la qualité pour recourir (art. 59 de la loi fédérale du 6 octobre 2000 sur la partie générale du droit des assurances sociales [LPGA, RS 830.1] et 48 al. 1 de la loi fédérale du 20 décembre 1968 sur la procédure administrative [PA, RS 172.021]). Déposé en temps utile et dans les formes requises par la loi (art. 60 LPGA et 50 al. 1 PA ; art. 52 al. 1 PA), le recours est recevable.

E. 2

Le litige porte en l'espèce sur le bien-fondé du maintien du quart de rente d'invalidité dont bénéficie le recourant dans le cadre d'une demande de révision.

E. 3.1

La procédure dans le domaine des assurances sociales fait prévaloir la maxime inquisitoire (art. 43 LPGA ; ATF 138 V 218 consid. 6). Ainsi, le Tribunal administratif fédéral définit les faits et apprécie les preuves d'office et librement (art. 12 PA ; Pierre Moor/Etienne Poltier, *Droit administratif*, vol. II, 3e éd. 2011, ch. 2.2.6.3). Ce faisant, il ne tient pour existants que les faits qui sont prouvés, cas échéant au degré de la vraisemblance prépondérante (ATF 139 V 176 consid. 5.2, ATF 138 V 218 consid. 6). Par ailleurs, il applique le droit d'office, sans être lié par les motifs invoqués par les parties (art. 62 al. 4 PA ; ATAF 2013/46 consid. 3.2), ni par l'argumentation juridique développée dans la décision entreprise (Pierre Moor/Etienne Poltier, *op. cit.*, ch. 2.2.6.5 ; Benoît Bovay, *Procédure administrative*, 2e éd. 2015, p. 243). L'autorité saisie se limite en principe aux griefs soulevés et n'examine les questions de droit non invoquées que dans la mesure où les arguments des parties ou le dossier l'y incitent (ATF 122 V 157 consid. 1a, ATF 121 V 204 consid. 6c ; André Moser/Michael Beusch/Lorenz Kneubühler, *Prozessieren vor dem Bundesverwaltungsgericht*, 2e éd. 2013, p. 25 n. 1.55). Les parties ont le devoir de collaborer à l'instruction (art. 13 PA et 43 al. 3 LPGA ; arrêt du Tribunal administratif fédéral C-6134/2017 du 3 avril 2018 consid. 5.4) et de motiver leur recours (art. 52 PA).

E. 4.1

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

E. 4.1.1

L'affaire présente un aspect transfrontalier dans la mesure où le recourant est un ressortissant espagnol, domicilié dans son pays d'origine, ayant travaillé en Suisse. Est dès lors applicable à la présente cause, l'accord du 21 juin 1999 sur la libre circulation des personnes (ALCP, RS 0.142.112.681), dont l'annexe II règle la coordination des systèmes de sécurité sociale (art. 8 ALCP). Dans ce contexte, l'ALCP fait référence depuis le 1er avril 2012 au règlement (CE) n° 883/2004 du Parlement européen et du Conseil du 29 avril 2004 portant sur la coordination des systèmes de sécurité sociale (RS 0.831.109.268.1), ainsi qu'au règlement (CE) n° 987/2009 du Parlement européen et du Conseil du 16 septembre 2009 fixant les modalités d'application du règlement (CE) n° 883/2004 (RS 0.831.109.268.11 ; art. 1 al. 1 de l'annexe II en relation avec la section A de l'annexe II). A compter du 1er janvier 2015, sont également applicables dans les relations entre la Suisse et les Etats membres de l'Union européenne (UE) les modifications apportées notamment au règlement n° 883/2004 par les règlements (UE) n° 1244/2010 (RO 2015 343), n° 465/2012 (RO 2015 345) et n° 1224/2012 (RO 2015 353). Il sied de souligner que l'octroi d'une rente étrangère d'invalidité ne préjuge toutefois pas l'appréciation de l'invalidité selon la loi suisse (arrêt du Tribunal fédéral I 435/02 du 4 février 2003 consid. 2). Ainsi, même après l'entrée en vigueur de l'ALCP et des règlements de coordination, l'invalidité ouvrant droit à des prestations de l'assurance-invalidité suisse se détermine exclusivement d'après le droit suisse (art. 46 al. 3 du règlement n° 883/2004, en relation avec l'annexe VII dudit règlement ; ATF 130 V 253 consid. 2.4 ; arrêt du Tribunal fédéral 9C_573/2012 du 16 janvier 2013 consid. 4), étant précisé que la documentation médicale et administrative fournie par les institutions de sécurité sociale d'un autre Etat membre doit être prise en considération (art. 49 al. 2 du règlement n° 987/2009).

E. 4.1.2

S'agissant du droit interne, la présente cause doit être examinée à l'aune des dispositions de la LAI et de son règlement d'exécution telles que modifiées par la 6e révision de l'AI (premier volet), entrées en vigueur le 1er janvier 2012 (RO 2011 5659, FF 2010 1647).

E. 4.2

Le juge des assurances sociales apprécie la légalité des décisions attaquées, en règle générale, d'après l'état de fait existant jusqu'au moment où la décision litigieuse a été rendue (en l'espèce, le 31 octobre 2018). Les faits survenus postérieurement, et qui ont modifié cette situation, doivent normalement faire l'objet d'une nouvelle décision administrative (ATF 132 V 215 consid. 3.1.1, ATF 130 V 445 consid. 1.2, ATF 121 V 362 consid. 1b). Ils doivent néanmoins être pris en considération lorsqu'ils sont étroitement liés à l'objet du litige et de nature à influencer l'appréciation au moment où la décision attaquée a été rendue (arrêt du Tribunal fédéral 9C_34/2017 du 20 avril 2017 consid. 5.2 et les références). De la même manière, le Tribunal ne prend en principe pas en considération les rapports médicaux établis après la décision attaquée, à moins que ceux-ci permettent de mieux comprendre la situation de santé et de capacité de travail de l'intéressé jusqu'à la décision dont est recours

(cf. ATF 130 V 138 consid. 2.1, 129 V 1 consid. 1.2, 121 V 362 consid. 1b).

E. 5.1

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

E. 5.2

Aux termes de l'art. 28 al. 2 LAI, l'assuré-e a droit à un quart de rente s'il ou elle est invalide à 40% au moins, à une demi-rente s'il ou elle est invalide à 50% au moins, à trois quarts de rente s'il ou elle est invalide à 60% au moins et à une rente entière s'il ou elle est invalide à 70% au moins. L'art. 29 al. 4 LAI prévoit que les rentes correspondant à un taux d'invalidité inférieur à 50 % ne sont versées qu'aux assurés qui ont leur domicile et leur résidence habituelle (art. 13 LPGA) en Suisse. Toutefois, suite à l'entrée en vigueur de l'ALCP le 1er juin 2002, la restriction prévue à l'art. 29 al. 4 LAI n'est pas applicable lorsqu'une personne assurée est une ressortissante suisse ou de l'UE et réside dans l'un des Etats membres de l'UE (ATF 130 V 253 consid. 2.3 et 3.1 ; art. 4 et 7 du règlement n° 883/2004).

E. 6.1

En principe, en vertu de l'art. 17 al. 1 LPGA, la rente d'invalidité est, d'office ou sur demande, révisée pour l'avenir, à savoir augmentée, réduite ou supprimée, si le taux d'invalidité du bénéficiaire de la rente subit une modification notable.

E. 6.2

Aux termes de l'art. 87 al. 2 du règlement du 17 janvier 1961 sur l'assurance-invalidité (RAI, RS 831.201), lorsqu'une personne assurée dépose une demande de révision, elle doit établir de façon plausible que son invalidité s'est modifiée de manière à influencer ses droits. L'administration doit alors commencer par examiner si les allégations de la personne assurée sont, d'une manière générale, plausibles. Si tel n'est pas le cas, l'affaire est liquidée sans autres investigations par un refus d'entrer en matière. Par contre, si l'administration entre en matière sur la demande, elle doit instruire la cause et déterminer si la modification du degré d'invalidité rendue plausible par la personne assurée s'est effectivement produite (ATF 130 V 71 consid. 2.2 ; arrêt du Tribunal fédéral 9C_881/2007 du 22 février 2008 consid. 2.2). L'administration doit procéder de la même manière que dans les cas de révision au sens de l'art. 17 al. 1 LPGA et comparer les circonstances prévalant lors de la nouvelle décision avec celles existant lors de la dernière décision entrée en force et reposant sur un examen matériel du droit à la rente (cf. ATF 133 V 108) pour déterminer si une modification notable du taux d'invalidité justifiant la révision du droit en question est intervenue (arrêt du Tribunal fédéral 9C_57/2016 du 29 juin 2016 consid. 2.2).

E. 6.3

Selon la jurisprudence du Tribunal fédéral, la rente peut être révisée non seulement en cas de modification notable de l'état de santé, mais aussi lorsque celui-ci est resté le même, mais que ses conséquences sur la capacité de gain ont subi un changement important (ATF 130 V 343 consid. 3.5). En revanche, il n'y a pas matière à révision lorsque les circonstances sont demeurées inchangées et que le motif de la suppression ou de la diminution de la rente réside uniquement dans une nouvelle appréciation du cas (arrêt du Tribunal fédéral I 755/04 du 25 septembre 2006 consid. 5.1 et les références, ATF 112 V 371 consid. 2b et 112 V 387 consid. 1b ; RCC 1987 p. 36, Droit des assurances sociales - Jurisprudence [SVR] 2004 IV n. 5 consid. 3.3.3).

E. 6.4

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

E. 6.5

L'art. 88a al. 2 RAI énonce que si la capacité de gain de l'assuré ou sa capacité d'accomplir les travaux habituels se dégrade, ou si son impotence ou encore le besoin de soins ou le besoin d'aide découlant de son invalidité s'aggrave, ce changement est déterminant pour l'accroissement du droit aux prestations dès qu'il a duré trois mois sans interruption notable. L'art. 29bis RAI est toutefois applicable par analogie (in casu non déterminant).

E. 6.6

L'augmentation de la rente prend effet, au plus tôt, si la révision est demandée par l'assuré, dès le mois où cette demande est présentée et, s'il est constaté que la décision de l'Office AI désavantageant l'assuré était manifestement erronée, dès le mois où ce vice a été découvert (cf. art. 88bis al. 1 let. a et c RAI).

E. 7.1

Pour pouvoir déterminer la capacité de travail médico-théorique d'une personne assurée et évaluer son invalidité, l'administration, ou le juge en cas de recours, a besoin de documents que le médecin ou éventuellement d'autres spécialistes doivent lui fournir (ATF 117 V 282 consid. 4a) et sur lesquels elle s'appuiera, sous peine de violer le principe inquisitoire (arrêt

du Tribunal fédéral 8C_623/2012 du 6 décembre 2012 consid. 1). Le Tribunal fédéral a jugé que les données fournies par les médecins constituent un élément utile pour apprécier les conséquences fonctionnelles de l'atteinte à la santé, quand bien même la notion d'invalidité est de nature économique/juridique et non médicale. La tâche des médecins consiste à porter un jugement sur l'état de santé et à indiquer dans quelle mesure et pour quelles activités la personne assurée est incapable de travailler, compte tenu de ses limitations (ATF 143 V 418 consid. 6, ATF 132 V 93 consid. 4, ATF 125 V 256 consid. 4, ATF 115 V 133 consid. 2, ATF 114 V 310 consid. 3c, ATF 105 V 156 consid. 1 ; voir également ATF 140 V 193 consid. 3.2 et les références). Dans ce contexte, on rappellera qu'il n'appartient pas au juge de remettre en cause le diagnostic retenu par un médecin et de poser de son propre chef des conclusions qui relèvent de la science et des tâches du corps médical (arrêt du Tribunal fédéral 9C_719/2016 du 1er mai 2017 consid. 5.2.1).

E. 7.2

Le principe de la libre appréciation des preuves s'applique de manière générale à toute procédure de nature administrative, que ce soit devant l'administration ou le juge. La jurisprudence a toutefois posé des lignes directrices en matière d'appréciation des rapports médicaux et d'expertise (ATF 125 V 351 consid. 3b). Ainsi, avant de conférer pleine valeur probante à un rapport médical, il convient de s'assurer que les points litigieux importants ont fait l'objet d'une étude circonstanciée, que le rapport se fonde sur des examens complets, qu'il prend également en considération les plaintes exprimées par la personne examinée, qu'il a été établi en pleine connaissance de l'anamnèse, que la description du contexte médical et l'appréciation de la situation médicale sont claires et enfin que les conclusions du médecin sont dûment motivées (ATF 134 V 231 consid. 5.1, ATF 125 V 351 consid. 3a). La valeur probante d'un rapport médical ou d'une expertise est de plus liée à la condition que le médecin qui se prononce dispose de la formation spécialisée nécessaire et de compétences professionnelles dans le domaine d'investigation (arrêts du Tribunal fédéral 9C_555/2017 du 22 novembre 2017 consid. 3.1 et les références, 9C_745/2010 du 30 mars 2011 consid. 3.2 et 9C_59/2010 du 11 juin 2010 consid. 4.1 ; Michel Valterio, Commentaire, Loi fédérale sur l'assurance-invalidité [LAI], 2018, art. 57 LAI n° 33). S'agissant des rapports établis par les médecins traitants, il convient de les apprécier avec une certaine réserve, en raison de la relation de confiance, issue du mandat thérapeutique confié au médecin traitant, qu'il ou elle soit médecin de famille généraliste ou spécialiste, qui unit celui-ci ou celle-ci à son patient (arrêt du Tribunal fédéral I 655/05 du 20 mars 2006 consid. 5.4 ; ATF 125 V 351 consid. 3b/cc et les références). Toutefois, le simple fait qu'un rapport médical soit établi à la demande d'une partie et soit produit pendant la procédure ne justifie pas en soi des doutes quant à sa valeur probante ; ainsi, on en retiendra des éléments, notamment si ceux-ci, objectivement vérifiables, ont été ignorés dans le cadre d'une expertise indépendante et s'avèrent suffisamment pertinents pour remettre en cause les conclusions de l'expert (ATF 125 V 351 consid. 3b/dd et les références ; arrêts du Tribunal fédéral 9C_876/2009 du 6 juillet 2010 consid. 2.2, 9C_24/2008 du 27 mai 2008 consid. 2.3.2 et 9C_201/2007 du 29 janvier 2008 consid. 3.2). Concernant enfin les rapports et expertises des médecins rattachés à un assureur, il sied de relever que le fait précisément que ces médecins soient liés à l'assureur, d'un point de vue institutionnel ou par un rapport de travail, ne permet pas, pour ce seul motif, de douter de l'objectivité de leurs appréciations ; le Tribunal fédéral n'y voit pas de motif de partialité ou de subjectivité. La valeur probante de tels rapports dépend bien plutôt de leur contenu ; ainsi doivent-ils être jugés pertinents, compréhensibles et cohérents pour avoir valeur de preuve ; en outre, il ne doit pas exister

d'indice suffisant plaidant contre leur fiabilité (ATF 135 V 465 consid. 4.4, 125 V 351 consid. 3b/ee).

E. 7.3

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

E. 8

Dans le cadre de l'instruction de la demande de révision, les documents suivants ont notamment été versés au dossier : - un rapport clinique de consultation externe du 29 juin 2017 de la Dresse K._____, praticienne spécialisée au service de réhabilitation du complexe hospitalier de L._____, retenant un diagnostic de lombalgie et décrivant une IRM : protrusion discale postéro-médiale en L5-S1 en contact avec le sac dural, large renflement du disque postérieur à L4-L5 qui entre en contact avec les racines L5 dans les évidements latéraux ; avec l'hypertrophie facettaire et ligamentaire, elle détermine une légère sténose du canal rachidien et une légère atteinte des racines L4 au niveau foraminal, large renflement discal postérieur en L3-L4 qui, associé à une hypertrophie des facettes et des ligaments, détermine une légère sténose du canal rachidien et une légère atteinte des racines L3 au niveau foraminal. La médecin ajoute que le recourant a été traité précédemment en réhabilitation et avec infiltration facettaire sans amélioration, qu'il a été évalué par son service en 2015, compte tenu de ses multiples antécédents et maladies concomitantes, que des traitements chirurgicaux agressifs sur le rachis lombaire ne sont pas indiqués, qu'il a une artériopathie périphérique avec implication prédominante dans les membres inférieurs (bypass fémoro-poplité avec prothèse en septembre 2015) et une polyneuropathie sensori-motrice dont l'origine probable est une carence (habitude alcoolique et cirrhose hépatique ainsi que déficit en acide folique), et que la flexion est limitée, la marche sur les orteils et les talons n'étant possible qu'avec difficulté, le signe de Lasègue étant négatif et le déficit moteur distal étant de 4/5 (OAIE doc 140) ; - un rapport du 18 octobre 2017 du Dr M._____, médecin de famille, retranscrivant les antécédents du recourant et ses affections en cours de traitement (OAIE doc 139) ; - un rapport médical du 13 décembre 2017 du Dr N._____, médecin associé à l'unité des douleurs du complexe hospitalier de L._____, posant les diagnostics de cervicarthrose et lombarthrose majeures, et concluant à une protrusion discale postéro-médiale en L5-S1 qui entre en contact avec le sac dural, à un large renflement du disque postérieur en L4-L5 qui entre en contact avec les racines L5 dans les évidements latéraux ; en conjonction avec une hypertrophie facettaire et ligamentaire, une certaine sténose légère du canal rachidien et une légère atteinte des racines L4 au niveau foraminal, à un large renflement discal postérieur en L3-L4 qui, associé à une hypertrophie des facettes et des ligaments, détermine une légère sténose du canal rachidien et une légère atteinte des racines L3 au niveau foraminal (OAIE doc 138) ; - un rapport clinique de sortie du 26 décembre 2017 du Dr O._____, praticien spécialisé de l'unité de chirurgie de la paroi abdominale du complexe hospitalier de L._____, retenant un diagnostic de cholélithiase et signalant que le recourant a présenté

une évolution favorable pendant la période postopératoire et qu'à la sortie, la douleur est bien contrôlée et l'ingestion est tolérée, tout en prescrivant une médication (OAIE doc 141 p. 1-4) ; - une demande de consultation du 2 janvier 2018 adressée à un service de traumatologie par le Dr M. _____, qui mentionne douleur lombaire, lombalgie, lumbago, puis rappelle les conclusions médicales précitées (OAIE doc 142) ; - un rapport clinique de sortie du 3 janvier 2018 de la Dresse P. _____, associée au service de chirurgie générale du complexe hospitalier de L. _____, diagnostiquant une cholélithiase et indiquant que le recourant a présenté une évolution favorable durant la période postopératoire, qu'à la sortie, la douleur est bien contrôlée et l'ingestion est tolérée, et que le recourant continuera à prendre ses médicaments habituels (OAIE doc 141 p. 5-6) ; - une prise de position médicale du 30 juillet 2018 du service médical de l'OAIE (OAIE doc 145 ; voir supra let. E.d) ; - un rapport médical du 23 août 2018 du Dr M. _____, listant tous les antécédents du recourant, ses affections en cours de traitement et sa médication (OAIE doc 148) ; - une réponse du médecin de l'OAIE du 14 septembre 2018 (OAIE doc 151 ; voir supra let. E.e) ; - un rapport médical du 5 octobre 2018 du Dr M. _____, attestant notamment que le recourant est un patient fragile et à haut risque, auquel il est recommandé de se reposer et de suivre des soins particuliers. Le médecin ajoute qu'il subit des limitations physiques sévères au niveau de la mobilité et de la force, ayant besoin d'une canne pour se déplacer et effectuer ses activités quotidiennes (OAIE doc 156) ; - une réponse du médecin de l'OAIE du 27 octobre 2018 (OAIE doc 159 ; voir supra let. E.h).

E. 9

La décision attaquée, pour rejeter la demande de révision du recourant et ainsi maintenir le droit à un quart de rente d'invalidité de celui-ci, se fonde essentiellement sur les prises de position du service médical de l'OAIE et énumère les documents médicaux qui ont été pris en considération. Il est avancé que sur cette base, il ressort que l'état de santé du recourant ne s'est pas modifié de manière à influencer le droit à sa rente. Premièrement, l'atteinte dégénérative lombaire et les limitations fonctionnelles associées sont connues et entraînent déjà une incapacité totale dans l'activité habituelle. Deuxièmement, la bronchite chronique obstructive dont souffre le recourant est une pathologie qui n'empêche en rien l'exécution d'une activité de substitution, qui ne requiert aucun effort. Troisièmement, la cholécystectomie ne justifie pas d'incapacité en dehors de la période péri-opératoire. Enfin, les documents transmis dans le cadre de la procédure d'audition confirment les atteintes à la santé connues et n'apportent pas d'éléments nouveaux (voir OAIE doc 163).

E. 9.1

Le Tribunal constate en premier lieu que la plupart des pièces médicales produites par le recourant durant la procédure de révision ont été examinées et prises en compte par l'autorité inférieure, ce qui est rappelé par la liste dressée dans la décision dont est recours. Seuls la demande de consultation du 2 janvier 2018 et les rapports médicaux des 23 août et 5 octobre 2018 du médecin traitant, le Dr M. _____, n'y sont pas mentionnés. Toujours est-il que cela ne porte pas à conséquence. D'une part, la demande de consultation vise à obtenir une confirmation ou une infirmation de certaines conclusions de son auteur. D'autre part, lesdits rapports médicaux ont fait l'objet à chaque fois d'une réponse spécifique du service médical de l'OAIE. L'ensemble du dossier du recourant était, partant, connu du service médical.

E. 9.2

L'autorité inférieure est entrée en matière sur la demande de révision du recourant, considérant ainsi qu'il avait rendu de façon plausible que son invalidité s'est modifiée de manière à influencer ses droits. Il n'y a pas lieu de revenir sur ce point. Il appartient par contre au Tribunal de vérifier si la modification du degré d'invalidité rendue plausible par le recourant s'est effectivement produite, ce que l'autorité inférieure a nié suite à l'instruction de la demande de révision. Autrement dit, il s'agit ici de vérifier si les états de santé précédent et actuel du recourant ont connu un changement déterminant - en particulier une aggravation comme le soutient le recourant - en comparant les situations entre la dernière décision entrée en force d'octroi d'un quart de rente d'invalidité et la décision attaquée de maintien (voir supra consid. 6.4). A cet égard, il s'agira aussi d'examiner si c'est à raison ou à tort que l'autorité inférieure a accordé pleine valeur probante aux prises de position de son service médical, compte tenu des réquisits jurisprudentiels en la matière.

E. 9.2.1

En premier lieu, il sied de relever que les affections dont souffre le recourant sont toutes de nature somatique. Si le recourant en présente un certain nombre, ce sont en particulier l'atteinte à sa colonne vertébrale avec une capacité de charge toujours moindre, la marche rendue difficile avec risque d'accidents sur terrain irrégulier, la périarthropathie et sa cirrhose qui ont conduit l'OAIE à lui reconnaître, sur la base d'un degré d'invalidité de 48 %, un droit à un quart de rente d'invalidité dès le 1er juillet 2017 par décision du 19 octobre 2017 - dernière en date à être entrée en force. Conformément aux prises de position de son service médical, une incapacité de travail totale a été retenue dans l'activité habituelle depuis le 4 décembre 2014. Dans une activité adaptée, celle-ci a été fixée à 30 % depuis la même date. Les limitations fonctionnelles sont les suivantes : activités ne nécessitant pas de position de travail sédentaire, de port de charges supérieures à 10 kg, des travaux lourds, d'élévation répétitive du bras au-dessus du niveau de la tête, sans marcher longuement et surtout sur des terrains réguliers, éviter des positions non ergonomiques pour le dos et l'exposition au froid, à l'humidité et aux intempéries.

E. 9.2.2

Force est de constater, avec l'autorité inférieure, que les documents médicaux versés au dossier avec et depuis la demande de révision du recourant font état dans une très large mesure de problèmes de santé déjà connus lors de la première demande ou lors des demandes subséquentes. Ainsi, le service médical de l'OAIE avait déjà retenu les diagnostics de périarthropathie de l'épaule droite sur changements dégénératifs (M75.1), de syndrome lombo-spondylogène chronique récidivant sur changements dégénératifs (M47.8) sur discopathie L3-L4 et L4-L5, de syndrome cervical récidivant sur changements dégénératifs, de diabète de type II (E11) - polyneuropathie périphérique, de maladie artérielle périphérique (I70.2) après bypass fémoro-poplité du membre inférieur gauche et d'hépatopathie éthylotoxique. Depuis la demande de révision, le service médical juge en outre que la bronchite obstructive n'aurait pas été précisée auparavant, mais qu'elle serait de toute façon sans effet sur le droit à la rente dans une activité adaptée, qui ne requiert aucun effort. Or, on remarque que l'asthme bronchique est même déjà relevé dans des rapports médicaux bien plus anciens comme celui du 4 novembre 2014 de la Dresse Q._____, neurologue (cf. OAIE doc 99). De surcroît, la bronchite chronique obstructive remonte à 2005. On n'a dès lors pas affaire à une nouvelle atteinte. Aucune aggravation n'est rapportée dans la documentation médicale au dossier. La cholécystectomie a été considérée par le service médical comme ne justifiant pas d'incapacité en dehors de la période

péri-opératoire, à moins qu'elle entraîne des complications majeures. Le Tribunal remarque que les rapports médicaux remis par le recourant signalent que l'évolution est favorable après l'opération et qu'à la sortie la douleur était bien contrôlée (voir rapport de la Dresse P._____, OAIE doc 141). Rien ne laisse ainsi envisager, au degré de la vraisemblance prépondérante, qu'une aggravation ait eu lieu dans l'intervalle sur ce plan. On notera, au demeurant, que cette pathologie est extrêmement répandue, mais qu'elle peut parfois évoluer vers une urgence vitale. Au demeurant, le Tribunal constate, d'une part, que les lombalgies du recourant s'étendent à S1, mais que c'est la L5 - déjà connue et retenue dans la dernière décision entrée en force - qui présente une douleur accrue. D'autre part, le médecin de famille, le Dr M._____, relève, dans son rapport du 23 août 2018 une coxarthrose droite remontant au 24 avril 2018 (OAIE doc 148). Il la mentionne de nouveau dans son rapport du 5 octobre 2018 (OAIE doc 156). Par contre, il ne le fait plus dans ses rapports ultérieurs (voir rapports du 25 juin 2019 [annexe 5 à TAF pce 14] et du 9 septembre 2019 [annexe 3 à TAF pce 19]). De plus, aucun autre médecin n'évoque une telle affection, pas plus que le recourant dans son mémoire de recours et dans ses écrits lors de l'échange d'écritures. Qui plus est, les rapports des 23 août et 5 octobre 2018 apparaissent très généraux. Ils contiennent certes une liste d'affections, mais aucune indication respective - y compris s'agissant de ladite coxarthrose - sur les éventuelles incapacités de travail qu'elles entraîneraient. Ils ne décrivent pas non plus les examens qui ont éventuellement été effectués. En conséquence, le Tribunal se doit de considérer qu'une aggravation de l'état de santé du recourant due à une coxarthrose droite n'est pas, au degré de la vraisemblance prépondérante, établie. Cela étant, le service médical de l'OAIE retient que les deux seules nouvelles atteintes sont les plaintes ostéoarticulaires au niveau des pieds et les crampes au niveau des bras (voir notamment les rapports - toutefois postérieurs à la décision litigieuse - du 17 avril 2019 de la Dresse R._____, médecin praticienne spécialiste en neurologie, et du 17 mai 2019 du Dr S._____, médecin praticien spécialiste des pieds). Elles ne sont toutefois pas jugées incapacitantes par ce dernier. Aussi est-ce en vain que le recourant prétend que l'OAIE n'aurait pris en compte que l'atteinte à son épaule pour lui refuser une aggravation de son état de santé. Au contraire, c'est bien par rapport à une pluri-pathologie déjà retenue lors de la dernière décision entrée en force que la présence éventuelle de nouvelles atteintes a été instruite par l'autorité inférieure avec l'aide de son service médical. Le grief du recourant se révèle infondé et doit être écarté. Aux yeux du Tribunal, il n'existe pas, au degré de la vraisemblance prépondérante, d'indice concret plaidant contre la fiabilité de l'appréciation faite par le service médical de l'OAIE dans ses prises de position. Le contenu de celles-ci est pertinent, compréhensible et cohérent, y compris en les prenant dans leur ensemble. Elles prennent en outre en considération les documents médicaux produits par le recourant durant la procédure de recours. Il s'avère que les deux nouvelles atteintes au niveau des pieds et des bras susmentionnées sont de gravité moindre. L'atteinte au niveau des pieds est relativisée par le fait que le recourant peut marcher deux heures avec des béquilles et que les limitations fonctionnelles retenues par l'autorité inférieure et conduisant à la baisse de rendement de 30 % dans une activité adaptée, l'englobent également. Si elle a été rapportée pour la première fois après que la décision attaquée n'ait été rendue, cette nouvelle atteinte remonterait à 2017 et est ainsi étroitement liée à l'objet du litige, tout comme de nature à influencer l'appréciation au moment de la décision attaquée. Elle devait en effet être prise en considération in casu (voir supra consid. 4.2). Il en va autrement de l'atteinte au niveau des bras. Elle est nouvellement rapportée et survenue après que la décision attaquée n'ait été rendue, elle devrait, partant, faire l'objet d'une

nouvelle décision. Néanmoins, elle est facilement traitable par voie médicamenteuse d'après le service médical. Partant, il ne saurait, dans tous les cas, être retenu une modification notable du degré d'invalidité du recourant depuis la dernière décision entrée en force - le rapport médical la relevant ne rendant pas, au degré de la vraisemblance prépondérante, une affection susceptible de fonder une incapacité de travail supérieure à celle retenue par l'OAIE -, ni justifier une transmission à l'autorité inférieure comme demande de révision. Enfin, les rapports médicaux - que ce soit ceux du médecin traitant, le Dr M. _____, ou ceux des autres médecins espagnols spécialistes (voir liste supra consid. 8 et pièces remises durant la procédure de recours) -, pris individuellement, ne remplissent en aucun cas les réquisits jurisprudentiels pour se voir accorder pleine valeur probante. En effet, ils se révèlent être très succincts, tenant sur deux à trois pages et comprenant un bref résumé des examens accomplis ainsi qu'une motivation souvent très courte. Il est en outre rappelé qu'ils doivent être appréciés avec une certaine réserve, en raison de la relation de confiance, issue du mandat thérapeutique confié au médecin traitant, qu'il ou elle soit médecin de famille généraliste ou spécialiste, qui unit celui-ci ou celle-ci à son patient (arrêt du Tribunal fédéral I 655/05 du 20 mars 2006 consid. 5.4 ; ATF 125 V 351 consid. 3b/cc et les références ; voir supra consid. 7.2).

E. 9.2.3

Au final, l'autorité inférieure pouvait légitimement se fonder sur les prises de position de son service médical, qui remplissent les exigences posées par la jurisprudence à leur égard et doivent donc se voir attribuer pleine valeur probante in casu, pour rendre la décision litigieuse.

E. 9.3

A cet endroit, il est rappelé - comme le fait valoir à raison l'autorité inférieure dans sa réponse du 29 avril 2019 - que seul le droit interne détermine les modalités de l'évaluation de l'invalidité (voir supra consid. 4.1.1), qui est, selon le droit suisse, une notion économique/juridique (voir supra consid. 7.1). D'ailleurs, le système tel que le décrit par le recourant dans ses différentes écritures et qui prévaudrait en Espagne semble s'écarter dans une certaine mesure de celui connu en droit suisse. Mal fondé, le grief y relatif du recourant doit être rejeté.

E. 9.4

Au vu de ce qui précède, la décision dont est recours est conforme au droit.

E. 10

En conséquence, le recours doit être rejeté et la décision attaquée confirmée.

E. 11

La partie recourante, qui succombe, est dispensée des frais de procédure, dans la mesure où elle a été mise au bénéfice de l'assistance judiciaire partielle par décision incidente du Tribunal du 4 mars 2019 (TAF pce 5). En outre, vue l'issue du litige, il n'est pas alloué de dépens (art. 64 al. 1 PA et art. 7 al. 1 et al. 3 du règlement du 21 février 2008 concernant les frais, dépens et indemnités fixés par le Tribunal administratif fédéral [FITAF, RS 173.320.2]).