

BVGer C-1820/2022 vom 15. März 2022

Bundesverwaltungsgericht, 2022-03-15, FR

Quelle: https://mcp.opencaselaw.ch/entscheid/bvger_C-1820_2022_d20220315

FR: TAF C-1820/2022 du 15 mars 2022

IT: TAF C-1820/2022 del 15 marzo 2022

Regeste

Droit à la rente | Assurance-invalidité, droit à la rente (décision du 15 mars 2022)

Erwägungen

E. 1.1

La procédure devant le Tribunal administratif fédéral est en principe régie par la PA (art. 37 LTAF), sous réserve des dispositions particulières de la LPGA (RS 830.1 ; art. 3 let. dbis PA). Selon les principes généraux du droit intertemporel, les règles de procédure s'appliquent dans leur version en vigueur ce jour (ATF 130 V 1 consid. 3.2).

E. 1.2

Le Tribunal administratif fédéral est compétent pour connaître du présent recours (art. 31, 32 et 33 let. d LTAF ; art. 69 al. 1 let. b 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 qualité pour recourir (art. 59 LPGA et 48 al. 1 PA). Pour le surplus, 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), et l'avance sur les frais de procédure ayant été dûment acquittée (art. 63 al. 4 PA ; TAF pce 4), le recours est recevable.

E. 2

Le litige porte sur le bien-fondé de la décision du 15 mars 2022, par laquelle l'OAIE a rejeté la nouvelle demande de prestations déposée par le recourant en date du 24 septembre 2020, au motif que son incapacité de travail n'avait pas évolué depuis la dernière décision entrée en force et que partant, le taux d'invalidité de ce dernier s'élevait toujours à 7%.

E. 3

La procédure dans le domaine des assurances sociales fait prévaloir la procédure 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 ; MOOR/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). Partant de là, l'autorité ne peut renoncer à accomplir des actes d'instruction que si elle est convaincue, au terme d'une appréciation consciencieuse des preuves (cf. ATF 125 V 351

C-1820/2022 Page 7 consid. 3a), que certains faits présentent un degré de vraisemblance prépondérante et que d'autres mesures probatoires ne pourraient plus modifier cette appréciation (sur l'appréciation anticipée des preuves cf. ATF 131 I 153 consid. 3 ; 130 II 425 consid. 2). Par ailleurs, il applique le droit d'office, sans être lié par les motifs invoqués par les parties (art. 62 al. 4 PA), ni par l'argumentation juridique développée dans la

décision entreprise (MOOR/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 ; 121 V 204 consid. 6c ; MOSER/BEUSCH/KNEUBÜHLER/KAYSER, Prozessieren vor dem Bundesverwaltungsgericht, 3e éd. 2022, p. 29 n. 1.55). Les parties ont le devoir de collaborer à l'instruction (art. 13 PA et 43 al. 3 LPGA) 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 146 V 364 consid. 7.1 ; 144 V 210 consid. 4.3.1 ; 143 V 446 consid. 3.3 ; 136 V 24 consid. 4.3 ; 132 V 215 consid. 3.1.1). Le 1er janvier 2022 sont entrées en vigueur, dans le cadre du « Développement continu de l'AI », la modification de la LAI et de la LPGA adoptée le 19 juin 2020 (RO RO 2021 705 ; FF 2017 2363) ainsi que de celles du 3 novembre 2021 apportées au règlement du 17 janvier 1961 sur l'assurance-invalidité (RAI, RS 831.201 ; RO 2021 706). Selon les dispositions transitoires, si la décision concernant un premier octroi de rente est rendue après le 1er janvier 2022, mais porte sur un droit qui a pris naissance avant cette date, ce sont toutefois les dispositions de la LAI et celles du RAI dans leur version valable jusqu'au 31 décembre 2021 qui s'appliquent (Circulaire sur l'invalidité et les rentes dans l'assurance-invalidité [CIRAI], valable dès le 1er janvier 2022, état au 1er juillet 2022, ch. 9101 ; Circulaire relative aux dispositions transitoires concernant le système de rentes linéaires [Circ. DT DC AI], valable dès le 1er janvier 2022, état le 1er janvier 2022, ch. 1007 à 1010). En l'espèce, compte tenu de la demande de prestations déposée le 24 septembre 2020, un éventuel droit à la rente ne pourrait prendre naissance qu'à partir du 24 mars 2021 (art. 29 al. 1 LAI). Partant, conformément à la réglementation

C-1820/2022 Page 8 transitoire prérappelée, il convient d'appliquer les dispositions de la LAI et celles du RAI dans leur version valable jusqu'au 31 décembre 2021.

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 15 mars 2022). Les faits survenus postérieurement, et qui ont modifié cette situation, doivent en principe faire l'objet d'une nouvelle décision administrative (ATF 144 V 210 consid. 4.3.1 ; 130 V 138 consid. 2.1 ; 121 V 362 consid. 1b).

E. 4.3

L'affaire présente un aspect transfrontalier, dans la mesure où le recourant est un ressortissant français, domicilié en France, 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 (ci-après : règlement n° 883/2004 [RS

0.831.109.268.1]), ainsi qu'au règlement (CE) n° 987/2009 du Parlement européen et du Conseil du 16 septembre 2009 fixant les modalités d'application du règlement (CE) n° 883/2004 (ci-après : règlement n° 987/2009 [RS 0.831.109.268.11] ; art. 1 al. 1 de l'annexe II en relation avec la section A de l'annexe II). A compter du 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). Toutefois, même après l'entrée en vigueur de l'ALCP et des règlements de coordination, l'invalidité ouvrant droit à des prestations de l'AI 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 TF 9C_573/2012 du 16 janvier 2013 consid. 4).

E. 5.1

L'art. 28 al. 1 LAI prévoit que l'assuré a droit à une rente aux conditions cumulatives suivantes : sa capacité de gain ou sa capacité à accomplir ses travaux habituels ne peut pas être rétablie, maintenue ou améliorée par des mesures de réadaptation raisonnablement exigibles (let. a) ; il a

C-1820/2022 Page 9 présenté une incapacité de travail (art. 6 LPGA) d'au moins 40 % en moyenne durant une année sans interruption notable (let. b) ; au terme de cette année, il est invalide (art. 8 LPGA) à 40 % au moins (let. c). L'invalidité au sens de cette dernière disposition est l'incapacité de gain totale ou partielle présumée permanente ou de longue durée (art. 8 LPGA, également art. 4 al. 1 LAI). Est réputée incapacité de gain toute diminution de l'ensemble ou d'une partie des possibilités de gain de l'assuré sur un marché du travail équilibré dans son domaine d'activité, si cette diminution résulte d'une atteinte à sa santé physique, mentale ou psychique et qu'elle persiste après les traitements et les mesures de réadaptation exigibles (art. 7 LPGA). 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).

E. 5.2

Si la rente a été refusée une première fois parce que le degré d'invalidité était insuffisant, la nouvelle demande ne peut être examinée que si l'assuré rend plausible que son invalidité s'est modifiée de manière à influencer ses droits (art. 87 al. 2 et 3 ; ATF 130 V 71 consid. 2.2 ; 109 V 262 consid. 3). Cette exigence doit permettre à l'administration, qui a précédemment rendu une décision de refus de prestations entrée en force, d'écarter sans plus ample examen de nouvelles demandes dans lesquelles l'assuré se borne à répéter les mêmes arguments, sans alléguer une modification des faits déterminants (ATF 130 V 71 consid. 3.2.3 ; 125 V 410 consid. 2b ; 117 V 198 consid. 4b et les références). Lorsque l'administration est entrée en matière sur la nouvelle demande, il convient de traiter l'affaire au fond et de vérifier que la modification du degré d'invalidité ou de l'impotence est réellement intervenue (ATF 109 V 108 consid. 2b ; arrêt du TF 9C_435/2013 du 27 septembre 2013 consid. 5.1). Cela revient à examiner par analogie avec l'art. 17 LPGA, si entre la dernière décision de refus de rente, qui repose sur un examen matériel du droit à la rente, avec une constatation des faits pertinents, une appréciation des preuves et une

comparaison des revenus conformes au droit, et la décision litigieuse, un changement important des circonstances propres à influencer le degré d'invalidité, et donc le droit à la rente, s'est produit (ATF 133 V 108 ; 130 V 71 consid. 3.2).

E. 5.3

En vertu de l'art. 17 al. 1 LPGA, si le taux d'invalidité du bénéficiaire de la rente subit une modification notable, la rente est, d'office ou sur

C-1820/2022 Page 10 demande, révisée pour l'avenir, à savoir augmentée ou réduite en conséquence, ou encore supprimée. Tout changement important des circonstances, propre à influencer le degré d'invalidité, donc le droit à la rente, peut donner lieu à une révision de celle-ci au sens de l'art. 17 LPGA. La rente peut être révisée non seulement en cas de modification sensible de l'état de santé, mais aussi lorsque celui-ci est resté en soi le même, mais que ses conséquences sur la capacité de gain ont subi un changement important. Une simple appréciation différente d'un état de fait, qui, pour l'essentiel, est demeuré inchangé n'appelle en revanche pas à une révision au sens de l'art. 17 LPGA (ATF 141 V 9 consid. 2.3 ; 133 V 108 consid. 5 ; 130 V 343 consid. 3.5 ; arrêt du TF 8C_339/2017 du 1er février 2018 consid. 3).

E. 6.1

Pour pouvoir déterminer la capacité de travail médico-théorique et évaluer l'invalidité de la personne concernée, l'administration, ou le tribunal 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 TF 8C_623/2012 du 6 décembre 2012 consid. 1). En outre, les renseignements fournis par les médecins constituent une base importante pour apprécier la question de savoir quelle activité peut encore être raisonnablement exigible de la part de la personne assurée (ATF 132 V 93 consid. 4 ; 125 V 256 consid. 4 ; arrêt du TF 9C_107/2017 du 8 septembre 2017 consid. 5.1). En matière de révision, il revient en particulier au médecin d'expliquer en quoi l'état de santé de l'assuré s'est modifié par rapport à une situation initiale et en quoi cette modification déploie des effets sur la capacité de travail. Faute d'aborder expressément ces aspects, un rapport médical ne se rapportera pas suffisamment à l'objet de la preuve et sera écartée (arrêt du TF 9C_418/2010 du 29 août 2011 consid. 4.2).

E. 6.2

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

C-1820/2022 Page 11

E. 6.3

L'assureur social – et le juge des assurances sociales en cas de recours – doit examiner de manière objective tous les moyens de preuve, quelle qu'en soit la provenance, puis décider si les documents à disposition permettent de porter un jugement valable sur le droit litigieux. Si les rapports médicaux sont contradictoires, il ne peut liquider l'affaire sans

apprécier l'ensemble des preuves et sans indiquer les raisons pour lesquelles il se fonde sur une opinion médicale et non pas sur une autre, en se conformant à la règle du degré de vraisemblance prépondérante (ATF 126 V 353 consid. 5b ; 125 V 351 consid. 3 ; arrêt du TF 8C_410/2014 du 2 novembre 2015 consid. 3.3). C'est ainsi qu'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 de la personne examinée, qu'il ait été établi en pleine connaissance du dossier (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 bien motivées. Au demeurant, l'élément déterminant, pour la valeur probante d'un rapport médical, n'est ni l'origine du moyen de preuve, ni sa désignation comme rapport ou comme expertise, mais bel et bien son contenu (ATF 134 V 231 consid. 5.1 ; 125 V 351 consid. 3a ; arrêt du TF 8C_75/2017 du 24 octobre 2017 consid. 3.4).

E. 6.4

S'agissant des documents produits par le service médical d'un assureur étant partie au procès (art. 59 al. 2bis LAI, art. 49 al. 2 RAI), le Tribunal fédéral n'exclut pas que l'assureur ou le juge des assurances sociales statuent en grande partie, voire exclusivement sur la base de ceux-ci. Dans de telles constellations, il convient toutefois de poser des exigences sévères à l'appréciation des preuves. Une instruction complémentaire sera ainsi requise, s'il subsiste des doutes, même minimes, quant au bien-fondé des rapports et expertises médicaux versés au dossier par l'assureur (ATF 139 V 225 consid. 5.2 ; 135 V 465 consid. 4.6 ; 122 V 157 consid. 1d ; 123 V 175 consid. 3d ; 125 V 351 consid. 3b ee ; arrêt du TF 9C_10/2017 du 27 mars 2017 consid. 5.1). Le simple fait qu'un avis médical divergeant – même émanant d'un spécialiste – ait été produit ne suffit toutefois pas à lui seul à remettre en cause la valeur probante d'un rapport établi par le service médical de l'assureur (cf. arrêt du TF U 365/06 du 26 janvier 2007 consid. 4.1). Par ailleurs 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 leur appréciation ; le

C-1820/2022 Page 12 Tribunal fédéral n'y voit pas de motif de partialité ou de subjectivité (ATF 135 V 465 consid. 4.4).

E. 6.5

Les rapports des SMR selon les art. 59 al. 2bis LAI et 49 al. 1 et 3 RAI ont une autre fonction que les examens sur la personne de l'assuré au sens de l'art. 49 al. 2 RAI effectués par les SMR et de l'art. 44 LPGA effectués par un expert indépendant. Les rapports au sens des art. 59 al. 2bis LAI et 49 al. 1 et 3 RAI ne se fondent pas sur des examens médicaux effectués sur la personne mais contiennent les résultats de l'examen des conditions médicales du droit aux prestations et une recommandation, sous l'angle médical, concernant la suite à donner à la demande de prestations. Ils ne posent pas de nouvelles conclusions médicales mais portent une appréciation sur celles déjà existantes (arrêts du TF 9C_581/2007 du 14 juillet 2008 consid. 3.2 ; 9C_341/2007 du 17 novembre 2007 consid. 4.1). Lesdits rapports sur dossier, pour avoir valeur probante, présupposent que le dossier contienne l'établissement non lacunaire de l'état de santé de l'assuré (exposé complet de l'anamnèse, de l'évolution de l'état de santé et du status actuel) et qu'il ne se soit agi essentiellement que d'apprécier un état de fait médical établi et non contesté, donc

l'existence d'un état de santé pour l'essentiel stabilisé médicalement établi par des spécialistes, l'examen direct de l'assuré par un médecin spécialisé n'étant ainsi plus au premier plan (arrêts du TF 9C_335/2015 du 1er septembre 2015 consid. 3.1 ; 8C_653/2009 du 28 octobre 2009 consid. 5.2 ; 8C_239/2008 du 17 décembre 2009 consid. 7.2 ; 9C_462/2014 du 16 septembre 2014 consid. 3.2.2).

E. 6.6

Concernant les rapports établis par les médecins traitants, qu'ils soient médecins de famille généralistes ou spécialistes, il convient de les apprécier avec une certaine réserve en raison de la relation de confiance, issue du mandat thérapeutique confié au médecin traitant, qui unit celui-ci à son patient (ATF 125 V 351 consid. 3b/cc et les réf. cit. ; arrêt du TF I 655/05 du 20 mars 2006 consid. 5.4). 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 (arrêt du TF 8C_278/2011 du 26 juillet 2011 consid. 5.3) ; 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 réf. cit. ; arrêts du TF 9C_338/2016 du consid. 5.5 ; 9C_876/2009 du 6 juillet 2010 consid. 2.2 ; 9C_24/2008 du 27 mai 2008 consid. 2.3.2 ; 9C_201/2007 du 29 janvier 2008 consid. 3.2 ;

C-1820/2022 Page 13 MICHEL VALTERIO, Commentaire de la loi fédérale sur l'assurance-invalidité [LAI], 2018, art. 57 n° 48 et 49).

E. 7

En l'espèce, le Tribunal constate en premier lieu que l'autorité inférieure est entrée en matière sur la nouvelle demande de prestations déposée par le recourant en date du 24 septembre 2020 (date du courrier annonçant l'aggravation, et non de l'envoi du formulaire officiel, conformément à l'arrêt du TF 9C_489/2019 du 10 juin 2020 consid. 4.2). En effet, l'OAIE a procédé à l'instruction de cette dernière en sollicitant à plusieurs reprises la production du dossier de la Suva en lien avec l'accident du 7 août 2020, requérant du recourant qu'il produise les rapports médicaux le concernant et soumettant le dossier à deux reprises au SMR (OAIE pces 191 à 250 et 310 à 384).

E. 8

Dès lors que l'autorité inférieure est entrée en matière sur la nouvelle demande, le Tribunal doit examiner, dans un premier temps, si l'état de santé et/ou ses conséquences sur la capacité de gain du recourant ont bel et bien subi un changement, et ce, en comparant les faits tels qu'ils se présentaient à l'époque de la décision du 17 avril 2018, dernière décision entrée en force examinant matériellement le droit à la rente, et ceux qui ont existé jusqu'au 15 mars 2022, date de la décision litigieuse. Dans un deuxième temps, le Tribunal jugera si la modification constatée le cas échéant suffit à fonder une invalidité donnant droit à des prestations ou au contraire, si c'est à juste titre que l'OAIE a refusé au recourant le droit à une rente de l'assurance-invalidité. Singulièrement, il s'agit d'examiner si les rapports SMR sur lesquels se fondent la décision attaquée présentent une valeur probante suffisante pour trancher l'objet du litige, étant rappelé que des exigences strictes doivent prévaloir, le moindre doute justifiant un renvoi pour instruction complémentaire, selon la jurisprudence prérappelée (ATF 135 V 465 consid. 4.3 in fine).

E. 9

La décision initiale du 17 avril 2018, par laquelle l'OAI B. _____ a nié le droit du recourant à des mesures professionnelles ainsi qu'à une rente d'invalidité, était fondée sur l'avis SMR du 3 novembre 2016. Ce dernier reprenait notamment les diagnostics et la capacité de travail attestés sur le plan neurologique par le Dr D. _____ (cf. not. rapports des 1er mars et 30 septembre 2016 : OAIE pces 41 et 77) et sur le plan psychiatrique par C-1820/2022 Page 14 les Drs E. _____ (cf. not. rapport du 8 avril 2016 : OAIE pce 53) et F. _____ (cf. not. rapport du 27 septembre 2016 : OAIE pce 74). Il prenait également en considération les rapports médicaux de la Dresse C. _____ (cf. not. rapports des 25 janvier et 9 octobre 2016 : OAIE pces 18 et 78 p. 1). Les diagnostics de lombodorsalgies chroniques avec status post fracture par impaction du plateau vertébral L2, de discopathies pluri-étagées lombaires, d'hernie discale C5-C6 et d'état dépressif fluctuant étaient retenus. En raison d'une résurgence de lombalgies après une chute le 18 juin 2015 sur une ancienne fracture L2, la capacité de travail était de 30% dans l'activité habituelle de professeur de sport, mais pleine dans une activité adaptée respectant les limitations fonctionnelles suivantes : épargne rachidienne (limitation de flexion, torsion rachis, port de charge), hypersensibilité au stress, manque d'endurance.

E. 10

Pour statuer sur les prétentions du recourant dans le cadre de sa deuxième demande de prestations, après avoir procédé à l'instruction de cette dernière, l'autorité inférieure a soumis le dossier à l'appréciation du SMR, lequel s'est prononcé dans deux rapports datés des 13 juillet 2021 et 3 mars 2022 (OAIE pces 296 et 401). L'avis SMR du 13 juillet 2021 retient que les renseignements médicaux à disposition étaient suffisants pour statuer. Le Dr L. _____, spécialiste en chirurgie orthopédique et en médecine physique, y mentionne les diagnostics de douleurs rachidiennes (M 54.9) et status post six fractures vertébrales sur terrain ostéoporotique. Il considère que, si l'activité habituelle n'est pas des plus adaptées (capacité de travail variant de 30 à 50% entre le 21 avril 2016 et fin décembre 2020, puis 40% dès le 1er janvier 2021), le recourant présente une pleine capacité de travail dans une activité de substitution dès le 21 avril 2016. En effet, il estime que les douleurs sont strictement mécaniques et ne sont pas déclenchées en respectant les limitations fonctionnelles suivantes : activités pouvant être réalisées en position de travail alternée, qui ne nécessitent pas la rotation du tronc, ni de se pencher, de porter des charges supérieures à 10-15 kg ou de monter sur une échelle et/ou un échafaudage, ni d'effectuer des mouvements répétitifs (OAIE pce 296). Appelé à se prononcer sur les nouvelles pièces médicales produites par l'assuré dans le cadre de ses objections, le médecin SMR, le Dr L. _____ a, dans un nouveau rapport du 3 mars 2022, estimé qu'elles confirmaient ses conclusions antérieures. Le compte-rendu de radiographies du rachis entier du 17 janvier 2022 démontre selon lui une stabilité des lésions ainsi

C-1820/2022 Page 15 que des atteintes dégénératives minimales compatibles avec l'âge du recourant. Le médecin explique avoir également retenu, outre les rapports du Dr I. _____ du 17 mars 2021 (recte : 18 mars 2021) et du Dr J. _____ du 2 novembre 2020, le certificat médical de la Dresse C. _____ du 30 janvier 2022, documents faisant état de l'incapacité pour l'assuré d'exercer son activité habituelle de professeur de sport. Par ailleurs, le médecin SMR relève, contrairement à ce que prétend l'assuré, avoir tenu compte de la densité osseuse, la densitométrie et l'ostéoporose étant régulièrement évoquées dans son rapport précédent. Enfin, il estime que le dossier à sa disposition était suffisamment complet et descriptif, grâce aux rapports détaillés des différents médecins, et contenait

suffisamment d'éléments médicaux objectifs, de sorte qu'un examen de l'assuré n'apporterait rien de plus (OAIE pce 401).

E. 11.1

Compte tenu des nouvelles fractures (en particulier D5, D7 et D10) subies par le recourant suite à ses accidents des 1er novembre 2018 et 7 août 2020, de la cimentoplastie pratiquée en D5 et D6 par le Dr J._____ le 14 septembre 2020, mais également du nouveau diagnostic d'ostéoporose fracturaire posé par la Dresse K._____, il ne fait guère de doute – ce qui n'est d'ailleurs pas contesté – que l'état de santé de ce dernier s'est modifié par rapport à la situation qui prévalait au moment de la décision initiale du 17 avril 2018.

E. 11.2

Il n'est pas non plus contesté que le recourant ne soit plus en mesure d'exercer son activité habituelle qu'à un taux réduit, conclusion qui ressortait déjà de la décision de l'OAI B._____ du 17 avril 2018 rendue suite à la première demande de prestations déposée par ce dernier.

E. 12.1

Il reste toutefois à déterminer si ces nouvelles atteintes à la santé entraînent une modification notable et durable de la capacité de travail dans une activité adaptée, comme l'affirme le recourant, ou si tel n'est pas le cas, comme retenu par le SMR dans ses rapports des 13 juillet 2021 et 3 mars 2022. Un examen attentif des pièces au dossier conduit à confirmer l'appréciation du SMR et partant, la valeur probante des rapports établis par le service médical interne de l'autorité inférieure à l'appui de la décision attaquée.

C-1820/2022 Page 16

E. 12.1.1

En premier lieu, le Tribunal constate que le médecin du SMR a rendu son appréciation en pleine connaissance de l'anamnèse et des plaintes du recourant, en prenant en compte l'ensemble des pièces médicales au dossier, qu'il a répertoriées fidèlement dans le chapitre « résumé de l'histoire médicale de l'assuré (anamnèse – examens cliniques et paramédicaux – dates et sources) de chacun de ses deux rapports. Certes, le médecin du SMR, le Dr L._____ ne disposait du dossier de la Suva qu'en lien avec l'accident du 7 août 2020 et non avec celui du 1er novembre 2018, pour lequel des prestations ont été versées jusqu'au 26 novembre 2019. Toutefois, ce praticien n'a nullement ignoré la survenance de cet accident dans son appréciation puisqu'il l'a mentionné dans son anamnèse. De plus, le dossier à sa disposition comptait en outre de nombreux rapports relatant cet événement, dûment décrits dans les rapports SMR des 13 juillet 2021 et 3 mars 2022. A titre d'exemples, le Tribunal constate que le Dr L._____ mentionne en particulier le rapport de consultation du 13 novembre 2018 (recte : 15 novembre 2018) du Dr H._____, lequel fait état de fractures D7 à D10 suite à une chute survenue le 1er novembre 2018 (cf. OAIE pce 258), le courrier du Dr I._____ du 24 août 2020 adressé au Pr J._____ faisant état de l'incident de 2018 (OAIE pce 210) ou encore le courrier du Dr H._____ adressé au conseil de l'assuré le 6 décembre 2019, lequel contient également mention de l'accident de 2018 (OAIE pce 260 p. 1). C'est donc bien en connaissance du dossier complet de l'assuré que le médecin du SMR a établi ses rapports des 13 juillet 2021 et 3 mars 2022. A titre superfétatoire, le Tribunal relève encore que l'autorité inférieure pouvait parfaitement renoncer comme elle l'a fait à la production du dossier relatif à l'accident du 1er novembre

2018. En effet, il n'y a selon la jurisprudence en principe aucune raison, du point de vue de l'assurance- invalidité, d'examiner la capacité de travail de la personne assurée au-delà d'une période de six mois précédant le dépôt de la demande (arrêt du TF 9C_424/2022 du 15 novembre 2022 consid. 4.3 ; arrêt du TF 9C_758/2017 du 5 mars 2018 consid. 5.2). En l'espèce, la demande de prestations datant du 24 septembre 2020, le Tribunal n'a pas à examiner la capacité de travail s'agissant de la période antérieure à mars 2020. L'incapacité de travail liée à l'accident du 1er novembre 2018, qui a duré jusqu'au 26 novembre 2019 (OAIE pces 295, 348, 359 et 362 p. 2), n'est ainsi pas déterminante pour l'examen du droit aux prestations d'invalidité du recourant.

C-1820/2022 Page 17

E. 12.1.2

En second lieu, comme mentionné par le SMR, le dossier contient suffisamment d'appréciations médicales résultant d'un examen personnel du recourant. En effet, le recourant a été examiné à de multiples reprises, en particulier par les Drs I. _____, H. _____ et J. _____, dont les comptes-rendus figurent au dossier. Dans ces circonstances, le Tribunal peut d'emblée écarter le grief du recourant adressé au SMR concernant l'absence d'examen clinique réalisé par le service médical interne de l'OAIE. Au demeurant, l'autorité de céans rappelle que les rapports des SMR ne se fondent pas sur des examens médicaux effectués sur la personne, mais contiennent les résultats de l'examen des conditions médicales du droit aux prestations et une recommandation, sous l'angle médical, concernant la suite à donner à la demande de prestations. Ils ne posent pas de nouvelles conclusions médicales mais portent une appréciation sur celles déjà existantes (cf. supra consid. 6.5 et arrêts du TF 9C_581/2007 du 14 juillet 2008 consid. 3.2 et 9C_341/2007 du

E. 12.1.3

Il résulte de ce qui précède que le médecin du SMR a établi de manière complète et circonstanciée l'état de santé du recourant, ce qui l'a conduit à retenir les diagnostics de douleurs rachidiennes M54.9 et de status post six fractures vertébrales sur terrain ostéoporotique. Suite à la production du rapport de radiographies du rachis du 17 janvier 2022, le SMR a pour le surplus décrit une stabilité des lésions et des atteintes dégénératives minimales compatibles avec l'âge du recourant.

E. 12.2

S'agissant de la question litigieuse de la capacité de travail résiduelle du recourant dans une activité adaptée, force est de constater que la conclusion du SMR est suffisamment motivée et claire. La nature strictement mécanique des douleurs et l'absence d'impact sur la capacité de travail dans le cadre des limitations fonctionnelles décrites sont fondées sur les rapports des médecins traitants du recourant.

C-1820/2022 Page 18 En effet, si le recourant semble avoir été très algique dans les suites immédiates de la nouvelle fracture D5 découverte en août 2020 (rapports du Dr I. _____ des 12 et 24 août 2020 ; rapport du Dr J. _____ du 2 septembre 2020 : OAIE pces 206 et 210 p. 2ss), la situation s'est rapidement améliorée après la cimentoplastie pratiquée le 14 septembre 2020. Le rapport du Dr J. _____ du 16 septembre 2020 fait déjà état d'une très bonne évolution, avec une diminution significative de la symptomatologie et une mobilité tout à fait normale. Le 2 novembre 2020, ce médecin précise encore que les douleurs sont

présentes lorsque son patient reste en position statique prolongée, que ce soit assis ou debout et signale l'absence de douleurs de type dérouillage et au port de charges. La capacité de travail dans une activité sportive, soit dans l'activité habituelle de l'assuré, est de 50%, uniquement justifiée par le risque fracturaire (OAIE pce 269). Après avoir dans son rapport du 26 novembre 2020 fait état d'une surcharge musculaire dans la deuxième partie de journée, le Dr I._____ évoque également, dans son courrier du

E. 12.3

En définitive, les seuls médecins traitants ayant émis clairement une position contraire au SMR sont les Drs K._____ et H._____. Tous deux ont estimé que la capacité de travail était également limitée à 50% dans une activité adaptée. Leurs avis ne permettent toutefois pas de remettre en cause l'appréciation des médecins internes de l'autorité inférieure.

E. 12.3.1

Le Dr H._____, spécialiste en rhumatologie, médecine du sport, médecine physique et réadaptation, retient quant à lui, dans un rapport du 13 novembre 2020 (OAIE pce 232 p. 6 s.), que si la capacité de travail dans l'activité habituelle de l'assuré comme professeur de sport est actuellement partielle à 50 % - ce qui n'est au demeurant pas contesté - « elle le serait probablement aussi dans une autre activité, même adaptée, au vu des difficultés de positions statiques et de mouvements récurrents, des ports de charges ou des mouvements en force diverses concernant le rachis dorsal et lombaire » (OAIE pce 232 p. 7 pt 3). Or, non seulement l'appréciation du Dr H._____ s'agissant de la possibilité d'effectuer une activité adaptée est purement hypothétique (« serait probablement »), ce qui pour cette seule raison lui ôte toute valeur probante, mais encore on peine à comprendre en quoi une telle activité respectant parfaitement les limitations fonctionnelles ci-dessus mentionnées ne pourrait être exercée à plein temps. Au surplus, le médecin, seulement quelques lignes plus loin dans ce même document, ne fait plus qu'état d'une incapacité de travail de 50% dans l'activité habituelle, ne disant mot sur une possible exigibilité dans une activité de substitution (OAIE pce 232 p. 7 pt 5). Dans ces conditions, la position du Dr H._____, peu claire et non objectivement documentée, ne peut être suivie et ne saurait dès lors mettre en cause les conclusions du médecin du SMR sur ce point.

E. 12.3.2

Les autres rapports médicaux cités par le recourant à l'appui de ses conclusions – mais également les autres pièces médicales au dossier – ne se réfèrent pas à la capacité de travail dans une activité adaptée, la plupart n'abordant pas cette question ou se bornant à évoquer la capacité de travail dans l'activité habituelle de professeur de sport. Partant, ces derniers n'invalident pas les conclusions du SMR quant à cette question.

C-1820/2022 Page 20

E. 12.4

A propos des autres atteintes à la santé présentées par le recourant, les troubles psychiques présents dans le cadre de la précédente demande de prestations, retenus alors comme non invalidants, ne sont plus mentionnés par les rapports des médecins traitants du recourant dans le cadre de la présente procédure. Quoiqu'il en soit, même si le recourant a déclaré, dans le questionnaire du 1er janvier 2022 (OAIE pce 399 p. 6), avoir « pris un coup (...) sur le moral, psychologiquement et mentalement », il ressort du questionnaire du 6 avril 2021 (OAIE pce 252 p. 2) qu'il a cessé – et ne prétend pas avoir repris – son suivi psychiatrique

auprès du Dr F. _____, ce qui permet d'écarter la présence d'un trouble psychique invalidant au degré de la vraisemblance prépondérante. Enfin, on ajoutera que les résultats de la radiographie du rachis entier du 17 janvier 2022, qui concluent à une stabilité des atteintes et à des remaniements dégénératifs, ont bien été pris en compte par le SMR. Aucun médecin n'a du reste pris appui sur ces nouveaux examens pour attester d'une incapacité de travail dans une activité adaptée. Au contraire, la Dresse C. _____ a uniquement attesté dans son rapport du 30 janvier 2022 que le recourant ne pouvait exercer son activité habituelle à 100%, en raison des fractures vertébrales provoquant des douleurs encore importantes.

E. 12.5

Au vu de tout ce qui précède, il convient de confirmer la valeur probante des rapports SMR des 13 juillet 2021 et 3 mars 2022. En effet, ces derniers satisfont aux réquisits jurisprudentiels. Il ne subsiste aucun doute quant au raisonnement et aux conclusions des médecins internes à l'assurance pour trancher la question du droit aux prestations du recourant suite à la nouvelle demande de prestations déposée le 24 septembre 2020. Dans ce contexte, une pleine capacité de travail dans une activité adaptée doit dès lors être reconnue au recourant. 13. La capacité de travail du recourant n'ayant subi aucune modification notable depuis la dernière décision entrée en force du 17 avril 2018, le taux d'invalidité de ce dernier s'élève toujours à 7%, comme retenu dans l'arrêt du Tribunal fédéral du 2 novembre 2020. C'est donc à juste titre que l'autorité inférieure a nié le droit du recourant à une rente d'invalidité. 14. 14.1 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

C-1820/2022 Page 21 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 ; ATF 131 I 153 consid. 3 ; 125 I 127 consid. 6c/cc ; arrêt du TF 8C_660/2015 du 24 février 2016 consid. 4.1). Une telle manière de procéder ne viole pas le droit d'être entendu selon l'art. 29 al. 2 Cst. (SVR 2001 IV n° 10 p. 28 consid. 4b ; ATF 124 V 90 consid. 4b, 122 V 157 consid. 1d, 119 V 335 consid. 3c ; 104 V 209 consid. a ; arrêt du TF 8C_372/2014 du 12 mai 2015 consid. 4.3). 14.2 En l'espèce, le dossier est complet et permet au Tribunal administratif fédéral de statuer en pleine connaissance de cause. Il n'y a dès lors pas lieu de donner suite à la mesure d'instruction requise par le recourant, à savoir d'ordonner une expertise. En effet, une telle mesure ne serait pas de nature à modifier les considérations qui précèdent, les faits pertinents ayant pu être constatés à satisfaction de droit. La requête du recourant en ce sens doit ainsi être rejetée. 15. 15.1 En définitive, le recours, mal fondé, doit être rejeté et la décision attaquée confirmée. 15.2 Vu l'issue du litige, les frais judiciaires, fixés à CHF 800.-, sont mis à la charge du recourant (art. 63 PA en relation avec les art. 2 ss du règlement du 21 février 2008 concernant les frais, dépens et indemnités fixés par le Tribunal administratif fédéral [FITAF, RS 173.320.2]). Ils sont compensés par l'avance de frais du même montant dont il s'est acquitté au cours de l'instruction (TAF pce 4). 15.3 Il n'est pas alloué d'indemnité de dépens (art. 7 al. 1 et 3 FITAF).

C-1820/2022 Page 22

E. 13

La capacité de travail du recourant n'ayant subi aucune modification notable depuis la dernière décision entrée en force du 17 avril 2018, le taux d'invalidité de ce dernier s'élève toujours à 7%, comme retenu dans l'arrêt du Tribunal fédéral du 2 novembre 2020. C'est donc à juste titre que l'autorité inférieure a nié le droit du recourant à une rente d'invalidité.

E. 14.1

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 ; ATF 131 I 153 consid. 3 ; 125 I 127 consid. 6c/cc ; arrêt du TF 8C_660/2015 du 24 février 2016 consid. 4.1). Une telle manière de procéder ne viole pas le droit d'être entendu selon l'art. 29 al. 2 Cst. (SVR 2001 IV n° 10 p. 28 consid. 4b ; ATF 124 V 90 consid. 4b, 122 V 157 consid. 1d, 119 V 335 consid. 3c ; 104 V 209 consid. a ; arrêt du TF 8C_372/2014 du 12 mai 2015 consid. 4.3).

E. 14.2

En l'espèce, le dossier est complet et permet au Tribunal administratif fédéral de statuer en pleine connaissance de cause. Il n'y a dès lors pas lieu de donner suite à la mesure d'instruction requise par le recourant, à savoir d'ordonner une expertise. En effet, une telle mesure ne serait pas de nature à modifier les considérations qui précèdent, les faits pertinents ayant pu être constatés à satisfaction de droit. La requête du recourant en ce sens doit ainsi être rejetée.

E. 15.1

En définitive, le recours, mal fondé, doit être rejeté et la décision attaquée confirmée.

E. 15.2

Vu l'issue du litige, les frais judiciaires, fixés à CHF 800.-, sont mis à la charge du recourant (art. 63 PA en relation avec les art. 2 ss du règlement du 21 février 2008 concernant les frais, dépens et indemnités fixés par le Tribunal administratif fédéral [FITAF, RS 173.320.2]). Ils sont compensés par l'avance de frais du même montant dont il s'est acquitté au cours de l'instruction (TAF pce 4).

E. 15.3

Il n'est pas alloué d'indemnité de dépens (art. 7 al. 1 et 3 FITAF).

E. 17

novembre 2007 consid. 4.1). Par ailleurs, l'arrêt cité par le recourant, rendu par la Cour de droit public neuchâteloise sous la référence CDP.2012.173, relatif à un assuré atteint d'ostéoporose, ne lui est d'aucun secours pour étayer son argumentation. En effet, contrairement à ce que l'intéressé affirme, l'assuré neuchâtelois avait bien fait l'objet d'un examen clinique, dans le cadre d'une expertise, dont le SMR n'avait toutefois pas tenu compte. C'est l'absence de prise en compte des résultats dudit examen clinique que la Cour cantonale neuchâteloise avait reproché à l'Office AI. Dans le cas d'espèce, la situation est complètement différente, puisque, comme relevé, le SMR a dûment pris en considération les plaintes et limitations présentées par le recourant, telles qu'elles ressortent des rapports médicaux établis par ses médecins traitants.

E. 18

mars 2021 adressé à la Dresse C._____, une bonne évolution après la cimentoplastie (OAIE pces 271 et 272). Le recourant lui décrit avoir des douleurs lorsqu'il fait de l'exercice, des efforts et certains mouvements, ce qui confirme pleinement les conclusions du SMR.

Export aus OpenCaseLaw (CC0). Verbindlich ist allein der vom erlassenden Gericht veröffentlichte Originaltext. Quellen-URL siehe oben.