

# BVGer C-3327/2024 vom 24. April 2024

Bundesverwaltungsgericht, 2024-04-24, FR

Quelle: [https://mcp.opencaselaw.ch/entscheid/bvger\\_C-3327\\_2024\\_d20240424](https://mcp.opencaselaw.ch/entscheid/bvger_C-3327_2024_d20240424)

FR: TAF C-3327/2024 du 24 avril 2024

IT: TAF C-3327/2024 del 24 aprile 2024

## Regeste

Révision de la rente | Assurance-invalidité, nouvelle demande (décision du 24 avril 2024). Décision confirmée par le TF.

## Erwägungen

### E. 1.1

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]).

### E. 1.2

Selon l'art. 37 LTAF, la procédure devant le Tribunal est régie par la PA, pour autant que la LTAF n'en dispose pas autrement. En vertu de l'art. 3 let. dbis PA, la procédure en matière d'assurances sociales n'est pas régie par la PA dans la mesure où la LPGA (RS 830.01) est applicable. A cet égard, conformément à l'art. 2 LPGA, en relation avec l'art. 1 LAI, les dispositions de la LPGA s'appliquent à l'assurance-invalidité à moins que la LAI ne déroge expressément à la LPGA.

### E. 1.3

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). Déposé en

C-3327/2024 Page 6 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), le recours est recevable.

### E. 1.4

Le Tribunal examine d'office les conditions formelles de validité et de régularité de la procédure devant l'autorité inférieure, soit notamment le point de savoir si l'autorité qui a rendu la décision litigieuse était compétente (ATF 142 V 67 consid. 2.1 ; 140 V 22 consid. 4). A ce sujet, il y a lieu de remarquer qu'aux termes de l'art. 40 al. 2 RAI (RS 831.201), l'office AI du secteur d'activité dans lequel le frontalier exerce une activité lucrative est compétent pour enregistrer et examiner les demandes présentées par les frontaliers (première phrase). Cette règle s'applique également aux anciens frontaliers pour autant que leur domicile habituel se trouve encore dans la zone frontière au moment du dépôt de la demande et que l'atteinte à la santé remonte à l'époque de leur activité en tant que frontalier (deuxième phrase). L'Office AI pour les assurés résidant à l'étranger notifie les décisions (troisième phrase). Etant donné que le recourant est domicilié en France voisine et que l'atteinte à la santé remonte à l'époque de son activité en tant que frontalier, c'est à juste titre que l'Office AI du canton B. \_\_\_\_\_ a enregistré et instruit la demande, et que l'OAIE

a notifié la décision entreprise.

## **E. 2**

Le litige porte sur le droit du recourant à une rente d'invalidité et à des mesures professionnelles dans le cadre de la nouvelle demande de prestations de l'assurance-invalidité déposée le 20 octobre 2023.

## **E. 3**

novembre 2021 apportée au RAI (RO 2021 706). Ces nouvelles dispositions s'appliquent à toutes les rentes qui prennent naissance à partir du 1er janvier 2022, même si la survenance de l'invalidité a été fixée à une date antérieure au 31 décembre 2021 (Circulaire sur l'invalidité et les rentes dans l'assurance-invalidité [CIRAI], valable dès le 1er janvier 2022, état au 1er juillet 2022, ch. 9100 ; Circulaire relative aux dispositions transitoires concernant le système de rentes linéaire [Circ. DT DC AI], valable dès le 1er janvier 2022, état le 1er janvier 2022, ch. 1007 à 1010). En l'espèce, dès lors que s'il était accordé, le droit à la rente prendrait naissance au plus tôt le 1er avril 2024 (soit six mois après le dépôt de la nouvelle demande en date du 20 octobre 2023 ; art. 28 al. 1 et 29 al. 1 LAI en lien avec l'art. 87 al. 2 et 3 RAI), il convient d'appliquer le nouveau droit à la présente cause.

### **E. 3.1**

Compte tenu des éléments d'extranéité ressortant du dossier, est applicable l'accord du 21 juin 1999 sur la libre circulation des personnes (ALCP, RS 0.142.112.681) ainsi que ses annexes et règlements (en particulier : règlement n° 883/2004, RS 0.831.109.268.1, et n° 987/2009, RS 0.831.109.268.11). Néanmoins, l'invalidité ouvrant droit à des prestations de l'assurance-invalidité suisse se détermine exclusivement d'après le droit suisse (art. 46 al. 3 et annexe VII du règlement n° 883/2004, en relation avec l'annexe VII dudit règlement : ATF 130 V 253 consid. 2.4 ; arrêt du TF 9C\_465/2022 du 1er mars 2023 consid. 5.5).

### **E. 3.2**

Le Tribunal administratif fédéral définit les faits, avec la collaboration des parties (art. 13 PA et 43 al. 3 LPGA ; arrêt du Tribunal administratif fédéral C-6134/2017 du 3 avril 2018 consid. 5.4), et apprécie les preuves

C-3327/2024 Page 7 librement (cf. art. 12 PA) ; l'on parle de maxime inquisitoire. En outre, le Tribunal examine librement et d'office les questions de droit qui se posent, sans être lié par les motifs invoqués dans le recours (cf. art. 62 al. 4 PA ; ATAF 2013/46 consid. 3.2), ni par l'argumentation juridique développée dans la décision attaquée (cf. PIERRE MOOR/ETIENNE POLTIER, Droit administratif, Volume II, Les actes administratifs, 3e éd. 2011, ch. 2.2.6.5 p. 300 s. ; BENOÎT BOVAY, Procédure administrative, 2e éd. 2015, p. 243). Toutefois, 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 ; ANDRÉ MOSER et al., Prozessieren vor dem Bundesverwaltungsgericht, 3e éd. 2022, p. 29 n. 1.55).

### **E. 3.3**

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 ; 139 V 335 consid. 6.2 ; 136

V 24 consid. 4.3). 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 2021 705 ; FF 2017 2363), ainsi que celle du

#### **E. 3.4**

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 24 avril 2024). 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 ; 130 V 445 consid. 1.2 ; ATF 121 V 362 consid. 1b). Ils doivent néanmoins être pris en considération

C-3327/2024 Page 8 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 TF 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. 4.1**

Conformément à l'art. 28 al. 1 LAI, l'assuré a droit à une rente si sa capacité de gain ou sa capacité d'accomplir ses travaux habituels ne peut pas être rétablie, maintenue ou améliorée par des mesures de réadaptation raisonnablement exigibles (let. a) ; s'il a présenté une incapacité de travail (art. 6 LPGA) d'au moins 40% en moyenne durant une année sans interruption notable (let. b) ; et si, au terme de cette année, il est invalide (art. 8 LPGA) à 40% au moins (let. c).

#### **E. 4.2**

Le droit à la rente prend naissance au plus tôt à l'échéance d'une période de six mois à compter de la date à laquelle l'assuré a fait valoir son droit aux prestations conformément à l'art. 29 al. 1 LPGA, mais pas avant le mois qui suit le 18e anniversaire de l'assuré (art. 29 al. 1 LAI) et sous réserve d'un délai d'attente d'une année à compter du début de l'atteinte à la santé (art. 28 al. 1 let. b LAI).

#### **E. 4.3**

Aux termes de l'art. 8 al. 1 LPGA, est réputée invalidité l'incapacité de gain totale ou partielle qui est présumée permanente ou de longue durée. L'art. 4 al. 1 LAI précise que l'invalidité peut résulter d'une infirmité congénitale, d'une maladie ou d'un accident. L'al. 2 de cette disposition mentionne que l'invalidité est réputée survenue dès qu'elle est, par sa nature et sa gravité, propre à ouvrir droit aux prestations entrant en considération. 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 LPGA).

#### **E. 4.4**

La notion d'invalidité, dont il est question à l'art. 8 LPGA et à l'art. 4 LAI, est de nature juridique/économique et non pas médicale (ATF 116 V 246 consid. 1b). En d'autres termes, l'assurance-invalidité suisse couvre seulement les pertes économiques liées à une atteinte à la santé physique, mentale ou psychique, qui peut résulter d'une infirmité congénitale, d'une maladie ou d'un accident, et non la maladie en tant que telle. Selon l'art. 16 LPGA, applicable par le renvoi de l'art. 28a al. 1 LAI, 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 (méthode générale). Selon la jurisprudence constante, bien que l'invalidité soit une notion juridique et économique, les données fournies par les médecins constituent néanmoins un élément utile pour apprécier les conséquences de l'atteinte à la santé et pour déterminer quels travaux peuvent être encore raisonnablement exigés (ATF 115 V 133 consid. 2 ; 114 V 310 consid. 3c).

#### **E. 4.5**

Ainsi, le point de départ de l'examen du droit aux prestations est l'ensemble des éléments et constatations médicales. L'élément déterminant pour reconnaître pleine valeur probante à un rapport médical n'est ni son origine, ni sa désignation, mais son contenu (ATF 125 V 351 consid. 3a ; 135 V 465 consid. 4.4). A cet égard, il importe que les points litigieux importants aient fait l'objet d'une étude fouillée, que le rapport se fonde sur des examens complets, qu'il prenne également en considération les plaintes exprimées, qu'il ait été établi en pleine connaissance du dossier, que la description des conséquences médicales soit claire et, enfin, que les conclusions du spécialiste soient bien motivées (ATF 134 V 231 consid. 5.1 ; 130 V 396).

#### **E. 4.6**

S'agissant des documents produits par le service médical d'un assureur étant partie au procès (art. 54a al. 3 LAI), 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

C-3327/2024 Page 10 service médical de l'assureur (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 Tribunal fédéral n'y voit pas de motif de partialité ou de subjectivité (ATF 135 V 465 consid. 4.4).

#### **E. 4.7**

Quant aux rapports établis par les médecins traitants, 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 issue du mandat thérapeutique qui l'unit à ce dernier (ATF 135 V 465 consid. 4.5 ; 125 V 351 consid. 3a/cc). Cette constatation s'applique de même aux médecins non traitant ou spécialistes (expertises privées) consultés par un patient en vue d'obtenir un moyen de preuve à l'appui de sa requête (arrêt du TF I 321/03 du 29 octobre 2003 consid. 3.1 ; MICHEL VALTERIO, Commentaire, Loi fédérale sur l'assurance- invalidité [LAI], 2018, art. 57 n° 48). Toutefois, le simple fait qu'un certificat médical ou une expertise privée 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 réf. citées ; arrêts du TF 9C\_338/2016 du 21 février 2017 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).

### **E. 5.1**

Lorsque la rente a été refusée par une précédente décision 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 RAI ; ATF 130 V 71 consid. 2.2 ; 109 V 262 consid. 3). Demeure réservée une modification des bases légales qui ont motivé la décision de refus de prestations ou la survenance d'un nouveau cas d'assurance au sens d'une augmentation du degré d'invalidité en raison d'une atteinte à la santé totalement différente de l'atteinte initiale (arrêt du TF 8C\_388/2021 du 16 août 2021 consid. 4.2 et les réf. cit. ; arrêt du TF 9C\_556/2021 du 3 janvier 2022 consid. 5.1 et 5.2).

C-3327/2024 Page 11

### **E. 5.2**

Lorsqu'elle est saisie d'une nouvelle demande, l'administration doit donc commencer par examiner si les allégations de la personne concernée sont, d'une manière générale, plausibles. Si tel n'est pas le cas, l'affaire est liquidée d'entrée de cause et sans autres investigations par un refus d'entrer en matière. Dans le cas contraire, l'administration, comme elle l'a fait en l'espèce, entre en matière sur la nouvelle demande. Elle doit alors examiner la cause au plan matériel – soit en instruire tous les aspects médicaux et juridiques (arrêt du TF 9C\_142/2012 du 9 juillet 2012 consid. 4) – et déterminer si une modification du taux d'invalidité justifiant la révision du droit en question est effectivement intervenue (art. 17 al. 1 LPGA). Ce faisant, elle doit procéder de la même manière que dans les cas de révision au sens de l'art. 17 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 (ATF 147 V 167 consid. 4.1). Concrètement, le Tribunal de céans déterminera ci-après la situation prévalant le 28 février 2020 et la comparera ensuite à celle prévalant le 24 avril 2024. Selon la jurisprudence, tout changement notable des circonstances propre à influencer le degré d'invalidité, et donc le droit à la rente, constitue un motif de révision (ATF 125 V 368 consid. 2). Ainsi, 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 (ATF 147 V 167 consid. 4.1 et les réf. cit. ; 144 I 103 consid. 2.1 ; 141 V 9 consid. 2.3 et les réf. cit. ; 134 V 131 consid. 3 ; 133 V 545 consid. 6.1 à 6.3 et 7.1 ; 130 V 343 consid. 3.5 ; voir également arrêt du TF 9C\_407/2021 du 17 mai 2022 consid. 3.2).

### **E. 6.1**

En l'occurrence, l'autorité inférieure a rejeté la nouvelle demande de prestations déposée par le recourant en se fondant sur la documentation médicale transmise par ce dernier en octobre 2023, les rapports médicaux du Dr F.\_\_\_\_\_ et le rapport médical du Dr E.\_\_\_\_\_ du 20 janvier 2024. Toutefois, cette documentation médicale n'a pas été soumise au SMR.

### **E. 6.2**

Dans le cadre de la présente procédure, un avis du SMR du 23 octobre 2024 établi par le Dr G.\_\_\_\_\_ a été produit (TAF pce 16). Dans son avis médical, le Dr G.\_\_\_\_\_ cite les rapports médicaux recueillis par l'OAI-

C-3327/2024 Page 12 B.\_\_\_\_\_ lors de la nouvelle demande de l'intéressé ainsi que les pièces médicales figurant au dossier de la SUVA. A cet égard, le Dr G.\_\_\_\_\_ mentionne l'examen médical du 1er mars 2023 du médecin d'arrondissement de la SUVA, lequel a estimé que l'état de santé n'était pas stabilisé et a proposé à l'assuré un séjour à la H.\_\_\_\_\_ en raison d'une atrophie musculaire centimétrique au membre inférieur droit proximal (à cet égard, cf. le rapport médical du 2 mars 2023 du Dr I.\_\_\_\_\_ [ci- après : Dr I.\_\_\_\_\_], spécialiste en chirurgie orthopédique et membre FMH [dossier SUVA pce 233]). Il ressort également du rapport médical du Dr I.\_\_\_\_\_ que l'intéressé doit d'abord discuter avec son épouse concernant le séjour à la H.\_\_\_\_\_ dans la mesure où ils ont un enfant de quatre mois (dossier SUVA pce 233 p. 7). Selon la notice téléphonique du 10 mars 2023, l'intéressé a informé la SUVA qu'au vu de sa situation familiale et après réflexion, il renonçait à se rendre à la H.\_\_\_\_\_ (dossier SUVA pce 234). Le Dr G.\_\_\_\_\_ indique que l'IRM du 12 mai 2023 ne retrouve aucune anomalie en dehors de la ménisectomie partielle (cf. concernant le compte-rendu de l'IRM cf. dossier SUVA pce 253). En outre, le Dr G.\_\_\_\_\_ indique que selon l'appréciation du Dr I.\_\_\_\_\_ du 6 septembre 2023 (cf. dossier SUVA pce 260), l'état de santé est stabilisé avec des limitations fonctionnelles strictement identiques à celles retenues en avril 2019, la capacité de travail dans une activité adaptée étant totale sans perte de rendement. Sur la base de ces informations, le Dr G.\_\_\_\_\_ retient que l'état de santé de l'assuré s'est aggravé le 29 septembre 2021 en raison d'une rechute de son accident de 2018, la nouvelle atteinte du ménisque ayant nécessité une ménisectomie interne partielle le 3 novembre 2021, et depuis fin novembre 2021, l'assuré n'a pas consulté de chirurgien orthopédique. En outre, le Dr G.\_\_\_\_\_ indique que la SUVA a accepté la rechute et a stabilisé celle-ci le 6 septembre 2023 avec des limitations fonctionnelles strictement identiques à celles rapportées en 2019 avec la reconnaissance d'une capacité de travail entière dans une activité adaptée et qu'en l'absence de pathologie intercurrente, l'avis du médecin d'arrondissement de la SUVA lui est imposable. Enfin, le Dr G.\_\_\_\_\_ retient une capacité de travail nulle dans une activité adaptée du 29 septembre 2021 au 5 septembre 2023, date à laquelle la situation médicale de l'intéressé s'est clarifiée et, en conséquence, la capacité de travail dans une activité adaptée était entière au moment du dépôt de la deuxième demande.

### E. 6.3

Dans le cadre de la présente procédure, le recourant déclare en substance qu'il présente des douleurs constantes liées à l'accident de 2018 et que le rapport médical de son médecin traitant du 20 janvier 2024 identifie très clairement une aggravation générale de son état de santé

C-3327/2024 Page 13 comparé à celui de 2020. A cet égard, l'intéressé déclare que son médecin traitant préconise une activité sédentaire à 50% au maximum et fait état d'un risque d'évolution péjorative de la lésion méniscale avec risque de prothèse de genou chez un patient jeune. En outre, le recourant allègue en résumé qu'il existe divers indices prouvant l'aggravation de son état de santé depuis la décision du 28 février 2020 de l'OAIE, à savoir notamment : la proposition de rééducation de la SUVA auprès de la H. \_\_\_\_\_, une telle proposition n'avait pas lieu en 2019, le fait qu'il a dû être opéré à nouveau après la reprise d'une activité à 30% en qualité de formateur « Centrale », la SUVA a confirmé le 1er mars 2023 qu'il était inapte à travailler (TAF pces 1 et 12). Contrairement aux allégations du recourant, le Tribunal constate que les médecins d'arrondissement de la SUVA, tant en 2019 qu'en 2023, ont seulement retenu une incapacité de travail dans l'activité habituelle et qu'il ressort du dossier que la capacité de travail est entière dans une activité adaptée respectant les limitations fonctionnelles après les périodes de convalescence post-opératoire. Selon le rapport médical du 30 novembre 2021 du Dr F. \_\_\_\_\_, un mois après la seconde opération, l'intéressé allait de mieux en mieux, le genou étant débloqué et dégonflant progressivement, n'avait pas beaucoup de douleurs, étant gêné par le gonflement, et la physiothérapie se passait plutôt bien. S'agissant des allégations de l'intéressé relatives au rapport médical du Dr E. \_\_\_\_\_, il sied de constater que le médecin traitant de l'intéressé estime que la capacité de travail dans l'activité habituelle est nulle et que celle dans une activité adaptée est de 50% en raison d'un risque d'évolution péjorative de la lésion méniscale avec risque de prothèse de genou (cf. OAI-B. \_\_\_\_\_ pce 82 et annexe à TAF pce 1). A cet égard, le Tribunal constate que les deux spécialistes en orthopédie qui ont examiné l'intéressé n'ont pas mentionné un tel risque, en particulier le Dr F. \_\_\_\_\_, qui a opéré l'intéressé en 2018 et en 2021. Par ailleurs, depuis novembre 2021, l'intéressé n'est pas retourné auprès du Dr F. \_\_\_\_\_. Ainsi, la diminution de la capacité de travail retenue par le Dr E. \_\_\_\_\_ en raison du risque susmentionné ne convainc pas en l'absence d'une motivation médicale objective, d'autant plus que ce généraliste ne motive pas pour quelles raisons une prothèse de genou pourrait avoir une conséquence sur la capacité de travail de l'intéressé dans une activité adaptée. Partant, les griefs de l'assuré relatifs à l'aggravation de son état de santé, respectivement la baisse de sa capacité de travail, doivent être écartés. En outre, selon les éléments au dossier, il n'existe aucun indice permettant de retenir une aggravation de l'état de santé après la période de

C-3327/2024 Page 14 convalescence relative à la seconde opération. Selon l'examen du 1er mars 2023 du Dr I. \_\_\_\_\_, la marche s'effectuait avec une discrète boiterie, la marche sur les pointes et sur les talons, l'appui monopodal des deux côtés et le saut monopodal des deux côtés étaient sans particularité, le genou présentait un discret épanchement, la palpation des contours osseux était sans particularité, hormis une petite zone douloureuse antérieure au niveau de l'interligne articulaire. En outre, le Dr I. \_\_\_\_\_ a constaté l'absence de flexum et une rotule non douloureuse. Le traitement médicamenteux en réserve était composé de Ketum 100 mg (anti-inflammatoire non stéroïdien), du

paracétamol 100 mg, un comprimé par jour, et du Lumirelax (relaxant musculaire), un comprimé le matin (cf. dossier SUVA pce 233). En ce qui concerne les résultats de l'IRM du 12 mai 2023, le Dr I.\_\_\_\_\_ indique qu'il n'y a pas d'anomalie expliquant les douleurs, en particulier pas de liquide, pas d'anomalie morphologique ou de signal du ménisque restant et pas d'anomalie de cartilages et retient que l'état de santé est stabilisé, les limitations fonctionnelles étant identiques à celles énoncées en 2019 (cf. dossier SUVA pce 260). Partant, il sied de constater à l'instar de l'autorité inférieure que le recourant a présenté une période temporaire d'incapacité de travail à la suite de la rechute de son accident de 2018, intervenue le 29 septembre 2021, ce qui a nécessité une nouvelle opération le 3 novembre 2021, et qu'après la stabilisation de l'état de santé intervenue au plus tard au moment de l'examen par le médecin d'arrondissement de la SUVA, soit le 6 septembre 2023, il a récupéré à nouveau une pleine capacité de travail au dans une activité adaptée aux limitations fonctionnelles déjà retenues par la décision du 28 février 2020. Le recourant n'a en substance produit aucun rapport médical pertinent et probant confirmant ses allégations en lien avec l'aggravation de son état de santé au moment du dépôt de sa nouvelle demande de prestations AI, soit le 20 octobre 2023. Le traitement médicamenteux en réserve dont bénéficie l'intéressé correspond au palier I de la classification faite par l'Organisation Mondiale de la Santé des antalgiques, soit les antalgiques périphériques pour les douleurs légères à moyennes (cf. <https://www.hug.ch/soins-palliatifs-aide-memoire-destine-aux/classes-antalgiques>, dernière consultation le 7 février 2025).

#### **E. 6.4**

Le recourant indique également qu'il a rencontré de nombreux soucis pour retrouver un emploi conforme à ses compétences professionnelles de « Centrale béton » altérées par les nombreuses contre-indications médicales occasionnées par l'accident de travail de 2018 et qu'il émet de sérieux doutes quant au fait de pouvoir travailler un jour dans le domaine industriel léger dans la mesure où il ne dispose d'aucune formation ni d'expérience. L'assuré allègue également que les limitations fonctionnelles

C-3327/2024 Page 15 retenues par l'OAI-B.\_\_\_\_\_ ne sont pas conformes à la réalité dès lors que son corps n'a pas tenu dans une activité exercée à 30% durant moins de trois mois (TAF pces 1 et 12). L'assuré ne saurait être suivi lorsqu'il invoque des doutes à trouver un emploi dans l'industrie légère en l'absence de formation et d'expérience dans la mesure où ce marché de travail pour lequel il conserve une capacité totale de travail offre un large éventail d'activités légères et répétitives sans formation particulière. En outre, selon les informations au dossier, même si l'intéressé a été engagé à 30%, l'employeur a déclaré à la SUVA que l'intéressé a travaillé à un taux de 100% dès son engagement, soit à partir de mi-juin 2021, en raison de la masse de travail (cf. notice d'entretien de la SUVA du 1er décembre 2021 [dossier SUVA pce 175] et dossier SUVA pce 240), ce qui est également confirmé dans les fiches de salaire de l'intéressé, par exemple pour la période du 14 au 27 juin 2021, un salaire brut de 3'834 fr. 50 a été versé à l'intéressé pour un horaire hebdomadaire respectivement de 48h et de 46h (cf. dossier SUVA pce 272) ainsi que le montant de salaire mensuel figurant à l'attestation de l'employeur internationale du 28 septembre 2023, soit 6'265 fr. 21 par mois (OAI-B.\_\_\_\_\_ pce 75 pp. 11-12), ce qui ne peut pas correspondre à un salaire pour une activité de 30% dès lors que selon la fiche de salaire du 2 juillet 2021, le salaire horaire de base est de 31 fr. 70 (cf. dossier SUVA pce 272). Le recourant n'a produit aucun certificat médical attestant d'une incapacité de travail

durant ces trois mois. Le lâchage de suture méniscale interne du genou droit dont il a été victime le 29 septembre 2021 s'est produit comme cela ressort du rapport médical des urgences du 29 septembre 2021 (dossier SUVA pce 146 pp. 4-5) et du rapport médical du

#### **E. 6.5**

L'intéressé allègue aussi que dans l'espoir de se reconstruire, il a un suivi psychologique depuis sa rechute en 2021, qu'il tente par tous les moyens de gérer sa douleur et sa frustration de ne plus pouvoir subvenir financièrement aux besoins de sa famille et que sa situation physique et par voie de conséquence son état psychologique ne se sont guère améliorés depuis 2018 (TAF pces 1 et 12). A cet égard, il sied de relever que l'intéressé n'a produit aucun document médical émanant d'un psychologue ou psychiatre, et qu'aucun trouble psychiatrique nécessitant un suivi et/ou un traitement médicamenteux n'est mentionné. Selon le formulaire de demande de prestations AI du 20 octobre 2023, le recourant a indiqué qu'il est suivi par le Dr E. \_\_\_\_\_ depuis juillet 2018 à ce jour et de juillet 2018 à janvier 2022 par le Dr F. \_\_\_\_\_ (OAI-B. \_\_\_\_\_ pce 70). Selon le questionnaire du 6 novembre 2023, l'assuré a indiqué un suivi auprès du Dr E. \_\_\_\_\_ et un futur rendez-vous auprès de son ostéopathe (OAI-B. \_\_\_\_\_ pce 79). Ainsi, aucun indice au dossier ne permet d'établir au degré de la vraisemblance prépondérante que l'intéressé est suivi sur le plan psychiatrique ou présente un trouble psychiatrique pouvant avoir une incidence sur sa capacité de travail.

#### **E. 6.6**

Compte tenu de ce qui précède, il sied de constater que de par son argumentation, le recourant ne fait qu'opposer sa propre appréciation à celle de l'autorité inférieure et des médecins. Les griefs de l'assuré en relation avec l'aggravation de son état de santé non prise en compte par l'autorité inférieure ne sont pas davantage fondés, dès lors qu'ils relèvent d'une argumentation purement appellatoire, se résumant à quelques allégations non étayées et à sa propre interprétation de son état de santé.

C-3327/2024 Page 17 Par ailleurs, il convient également de relever que hormis l'atteinte au genou, le recourant n'en présente pas d'autres selon les pièces médicales figurant au dossier.

#### **E. 6.7**

Au vu de ce qui précède, il sied de constater que l'état de santé de l'assuré s'est aggravé le 29 septembre 2021 et que cette rechute a été prise en charge par la SUVA jusqu'à la stabilisation de l'état de santé au 5 septembre 2023, date à partir de laquelle une capacité de travail entière dans une activité adaptée respectant les limitations fonctionnelles déjà connues est exigible du recourant (comp. supra consid. 3.3, dernière phrase). Concernant la capacité de travail dans l'activité habituelle, il sied de rappeler qu'elle n'est plus exigible depuis l'accident de 2018. Ainsi, l'appréciation médicale du Dr I. \_\_\_\_\_ du 6 septembre 2023, respectivement l'avis SMR du 23 octobre 2024, a pleine valeur probante dès lors que l'état de santé du recourant, sa capacité de travail dans l'activité habituelle et dans une activité adaptée ainsi que ses limitations fonctionnelles ont fait l'objet d'un examen complet et que les conclusions médicales sont motivées. Enfin, l'intéressé n'a produit aucun rapport médical probant contestant l'appréciation médicale du Dr I. \_\_\_\_\_ et ne se prévaut d'aucun élément médical objectif ignoré par ce médecin.

#### **E. 7**

Partant, le recours doit être rejeté et la décision du 24 avril 2024 de l'OAIE confirmée.

#### **E. 8**

Le recourant, qui succombe, doit s'acquitter des frais de justice fixés, compte tenu de la charge liée à la procédure, à 800 francs (art. 63 al. 1 PA ; voir également art. 69 al. 1bis et 2 LAI). Ils sont compensés par l'avance de frais du même montant dont il s'est acquitté le 17 juin 2024 (TAF pce 4) dans le cadre de la présente procédure. Il n'est alloué de dépens ni au recourant vu l'issue de la procédure, ni à l'autorité inférieure (art. 64 al. 1 a contrario PA et art. 7 al. 1 a contrario 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]). (le dispositif se trouve sur la page suivante)

C-3327/2024 Page 18

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