

BGer 9C_175/2017 vom 30. Juni 2017

Bundesgericht, 2017-06-30, FR

Quelle: https://mcp.opencaselaw.ch/entscheid/bger_9C_175_2017

FR: TF 9C_175/2017 du 30 juin 2017

IT: TF 9C_175/2017 del 30 giugno 2017

Erwägungen

E. 1.1

Le recours en matière de droit public (au sens des art. 82 ss LTF) peut être formé pour violation du droit (circonscrit par les art. 95 et 96 LTF). Le Tribunal fédéral applique le droit d'office (art. 106 al. 1 LTF). Il n'est limité ni par l'argumentation de la partie recourante ni par la motivation de l'autorité précédente. Il statue sur la base des faits établis par celle-ci (art. 105 al. 1 LTF), mais peut les rectifier et les compléter d'office si des lacunes et des erreurs manifestes apparaissent d'emblée (art. 105 al. 2 LTF). En principe, il n'examine que les griefs motivés (art. 42 al. 2 LTF), surtout s'ils portent sur la violation des droits fondamentaux (art. 106 al. 2 LTF). Il ne peut pas aller au-delà des conclusions des parties (art. 107 al. 1 LTF). Le recourant peut critiquer la constatation des faits qui ont une incidence sur le sort du litige seulement s'ils ont été établis en violation du droit ou de manière manifestement inexacte (art. 97 al. 1 LTF).

E. 1.2

Dès lors que les parties ne peuvent présenter de preuves nouvelles ne résultant pas de la décision de l'autorité précédente (art. 99 al. 1 LTF), l'avis médical du SMR du 10 avril 2017 produit par l'intimé, postérieur au jugement entrepris, est irrecevable.

E. 2

Le litige s'inscrit en l'occurrence dans le contexte du droit du recourant à une rente limitée dans le temps et porte singulièrement sur le maintien, au-delà du 31 mai 2014, de la rente entière accordée depuis le 1er janvier 2012. Le jugement entrepris cite les dispositions légales et les principes jurisprudentiels indispensables à la solution du litige. Il suffit d'y renvoyer.

E. 3

Les premiers juges ont confirmé la suppression de la rente entière dès le 1er juin 2014. Ils ont considéré que, contrairement à ce qu'avait prétendu l'assuré, on ne pouvait faire grief à l'office intimé de ne pas avoir mandaté le SMR pour qu'il réalisât un examen clinique dès lors qu'il avait fondé sa décision sur les divers rapports de la CRR qui établissaient de façon probante les motifs pour lesquels le recourant disposait d'une capacité totale de travail dans une activité adaptée, à tout le moins depuis le 1er mars 2014. Ils ont aussi expliqué pourquoi les éléments médicaux produits à l'appui du recours ne changeaient rien à leur appréciation. Ils ont en outre vérifié l'évaluation de l'invalidité et confirmé l'insuffisance du taux pour maintenir le droit à une rente après le mois de mai 2014, même si un abattement du revenu d'invalidé plus important (15 %) que celui retenu par l'administration (10 %) leur paraissait mieux approprié. Ils n'ont finalement pas jugé nécessaire de donner suite à une requête d'expertise.

E. 4.1

Le recourant reproche essentiellement au tribunal cantonal d'avoir arbitrairement apprécié les preuves ainsi que les faits. Il prétend que le dossier médical contient des documents attestant une stabilisation de son état de santé mais pas une amélioration de celui-ci et fait grief aux autorités précédentes de ne pas avoir expliqué en quoi la stabilisation de la situation serait assimilable à la récupération d'une capacité de travail et justifierait la suppression de la rente. Il reproche aussi aux premiers juges de n'avoir nullement exposé en quoi les rapports de la CRR pouvaient dispenser le SMR de réaliser un examen ou le tribunal cantonal d'ordonner une expertise, ni en quoi ces avis médicaux l'emportaient sur ceux déposés durant la première instance, d'autant plus que les avis émis dans la procédure de l'assurance-accidents paraissaient plus orientés sur l'existence d'un lien de causalité entre la symptomatologie douloureuse et l'accident que sur l'incidence de l'atteinte à la santé sur la capacité de travail. Il soutient en outre que ces divers éléments, déjà invoqués devant la juridiction cantonale, suscitaient un doute quant à la fiabilité des conclusions des médecins de la CRR et auraient dû conduire l'autorité judiciaire à réaliser l'expertise requise. Il affirme enfin que l'avis du docteur B._____ ne pouvait pas être écarté au seul motif que ce praticien était son médecin traitant, dès lors qu'il ne l'avait plus consulté depuis 2013.

E. 4.2.1

L'argumentation de l'assuré est infondée. On rappellera d'abord que l'art. 17 al. 1 LPGA s'applique, par analogie, à toutes les décisions par lesquelles un office AI alloue des rentes pour des périodes limitées dans le temps, à titre rétroactif (cf. ATF 125 V 413 consid. 2d p. 417 s. et les références). Cette disposition prévoit que la rente est, d'office ou sur demande, révisée pour l'avenir si le taux d'invalidité du bénéficiaire de la rente subit une modification notable. Or il ressort en l'espèce des constatations cantonales que le recourant a été considéré comme apte à exercer à 100 % une activité adaptée dès le 1er mars 2014. Il est exact que, comme le prétend l'assuré, les documents et avis médicaux à disposition évoquent une stabilisation et pas une amélioration de l'état de santé (cf., notamment, rapport du médecin d'arrondissement de l'assureur-accidents du 6 mars 2014). Il n'en demeure pas moins que le recourant est passé d'une situation dans laquelle il était incapable de travailler, à cause des opérations subies (cf. rapports du docteur B._____ des 15 mars 2011 et 8 février 2013), des séjours de réadaptation intensive auprès de la CRR (cf. rapports des 12 juin 2012 et 28 octobre 2013) ou des divers traitements de la douleur (infiltrations et cryothérapie) entrepris auprès de services hospitaliers spécialisés (cf. rapports de l'hôpital C._____ des 10 août 2012, 17 janvier 2013 et 27 avril 2015 ou de la clinique D._____ des 9 septembre et 5 décembre 2014), à une situation dans laquelle on pouvait exiger de lui la reprise à 100 % d'une activité adaptée (cf. en particulier rapport du médecin d'arrondissement de la CNA du 6 mars 2014), en raison de la fin des interventions médicales.

Le changement survenu et exigé par la loi relève de la stabilisation de l'état de santé du recourant et des effets de celle-ci sur sa capacité de travail. En fonction de l'exigibilité déterminée, le taux d'invalidité de l'assuré est passé de 100 % à 3 % selon l'office intimé ou à 10 % d'après les premiers juges et par conséquent, il a subi une modification notable justifiant dans les deux cas la suppression de la rente.

E. 4.2.2

On relèvera ensuite que, contrairement à ce que soutient le recourant, le tribunal cantonal a concrètement expliqué que l'administration n'avait pas besoin de solliciter du SMR qu'il réalisât un examen particulier, dès lors que le dossier communiqué par la CNA contenait suffisamment des rapports probants, particulièrement ceux de la CRR, permettant de fixer la capacité résiduelle de travail de l'assuré. C'est pourquoi il a également estimé être à même de statuer en toute connaissance de cause sur la seule base du dossier produit sans qu'il ne jugeât utile de procéder à une expertise et de pouvoir écarter les avis péremptoires et peu motivés de l'hôpital C._____ ou du docteur B._____. L'argument du recourant - selon lequel la juridiction cantonale n'aurait fourni aucune explication sur sa manière d'apprécier certaines preuves - tombe par conséquent à faux. Il n'y a pas lieu de l'examiner plus avant en l'absence de critiques plus précises (sur le devoir d'allégation et de motivation, cf. FLORENCE AUBRY GIRARDIN, in: Commentaire de la LTF, 2e éd. 2014, n° 24 ad art. 42 et les références jurisprudentielles).

On ajoutera toutefois que le fait que les documents sur lesquels l'office intimé, ainsi que les premiers juges, ont fondé leur décision respective ont été établis dans le cadre de l'assurance-accidents n'ôte rien à leur pertinence, dans la mesure où le médecin d'arrondissement de la CNA et ceux de la CRR ont en l'occurrence fait état d'une capacité totale de travail dans une activité adaptée à certaines limitations fonctionnelles, qu'ils décrivaient en détails, et ne se sont pas contentés de prendre position sur l'existence ou l'absence d'un lien de causalité entre la symptomatologie douloureuse observée et l'accident (cf. rapports du médecin d'arrondissement de la CNA du 6 mars 2014 et de la CRR du 24 mars 2015).

E. 4.2.3

On précisera enfin que, toujours contrairement à ce que prétend l'assuré, l'existence d'avis médicaux contradictoires et le dépôt d'une requête d'expertise ne suffisent pas, en soi, à justifier la mise en oeuvre d'une telle mesure d'instruction au sens de l' ATF 135 V 465 , lorsque ces éléments ont été examinés au cours de l'appréciation des preuves et écartés à l'issue de celle-ci. Le recourant doit dans ces circonstances établir en quoi l'appréciation non arbitraire des preuves aurait dû mener les premiers juges à constater l'existence d'un doute quant à la fiabilité des rapports des médecins rattachés à l'assureur-accidents, ce qu'il ne fait manifestement pas. On ajoutera pour finir que la qualité de médecin traitant, ou pas, du docteur B._____ n'est pas déterminante, ni même pertinente en l'occurrence. Si la juridiction cantonale a bien évoqué la jurisprudence relative à la manière d'aborder l'avis des médecins traitants en raison du rapport de confiance les liant à leurs patients, c'est bien la pertinence de l'avis du praticien évoqué qui a conduit à sa mise à l'écart (cf. consid. 4.2.2). Quoi qu'en dise le recourant, cette appréciation n'est nullement entachée d'arbitraire au regard des explications convaincantes des premiers juges.

E. 4.2.4

Le recours doit donc être rejeté sans qu'il soit nécessaire de donner suite à la requête d'expertise.

E. 5

Vu l'issue du litige, les frais judiciaires sont mis à la charge de l'assuré (art. 66 al. 1 LTF).