

BGer 9C 392/2014 vom 3. September 2014

Bundesgericht, 2014-09-03, FR

Quelle: https://mcp.opencaselaw.ch/entscheid/bger_9C_392_2014

FR: TF 9C 392/2014 du 3 septembre 2014

IT: TF 9C 392/2014 del 3 settembre 2014

Regeste

Assurance-invalidité | Assurance-invalidité

Erwägungen

E. 1

Le recours en matière de droit public peut être formé notamment pour violation du droit fédéral (art. 95 let. a LTF), que le Tribunal fédéral applique d'office (art. 106 al. 1 LTF), n'étant limité ni par les arguments de la partie recourante, ni par la motivation de l'autorité précédente. Le Tribunal fédéral n'examine en principe que les griefs invoqués, compte tenu de l'exigence de motivation prévue à l' art. 42 al. 2 LTF , et ne peut aller au-delà des conclusions des parties (art. 107 al. 1 LTF). Il fonde son raisonnement sur les faits retenus par la juridiction de première instance (art. 105 al. 1 LTF) sauf s'ils ont été établis de façon manifestement inexacte ou en violation du droit au sens de l' art. 95 LTF (art. 105 al. 2 LTF). Le recourant qui entend s'écarter des faits constatés doit expliquer de manière circonstanciée en quoi les conditions de l' art. 105 al. 2 LTF sont réalisées, sinon un état de fait divergent ne peut être pris en considération. Aucun fait nouveau ni preuve nouvelle ne peut être présenté à moins de résulter de la décision de l'autorité précédente (art. 99 al. 1 LTF).

E. 2

Selon une jurisprudence constante, le juge des assurances sociales apprécie la légalité des décisions attaquées, en règle générale, d'après l'état de fait existant au moment de la clôture de la procédure administrative. Les faits survenus postérieurement et ayant modifié cette situation doivent faire l'objet d'une nouvelle décision administrative (ATF 131 V 242 consid. 2.1 p. 243; 121 V 362 consid. 1b p. 366). En tant que les conclusions de la recourante ont trait à une période postérieure au 7 mai 2012, date de la décision litigieuse, elles sont par conséquent irrecevables.

E. 3.1

Se fondant sur les conclusions de l'expertise réalisée par le docteur E._____, la juridiction cantonale a considéré que la recourante disposait, malgré des problèmes récurrents aux genoux, d'une capacité de travail entière dans une activité adaptée à ses limitations fonctionnelles, moyennant une diminution de rendement de 10 %.

E. 3.2

La recourante reproche à la juridiction cantonale d'avoir procédé à une constatation manifestement inexacte des faits pertinents consécutive à une mauvaise appréciation des preuves, en tant que celle-ci ne tiendrait nullement compte des évaluations de la capacité de travail effectuées par les médecins de la clinique C._____ à l'issue des séjours qu'elle y

avait effectués, de l'impact des interventions chirurgicales subies et du versement ininterrompu par la CNA d'indemnités journalières depuis l'accident du 16 février 2009 jusqu'au 30 juin 2013.

E. 3.3

Compte tenu de son pouvoir d'examen restreint (cf. supra consid. 1), il n'appartient pas au Tribunal fédéral de procéder une nouvelle fois à l'appréciation des preuves administrées, mais à la partie recourante d'établir en quoi celle opérée par l'autorité cantonale de recours serait manifestement inexacte ou incomplète, ou en quoi les faits constatés auraient été établis au mépris de règles essentielles de procédure. En l'occurrence, la juridiction cantonale a expliqué de manière circonstanciée les raisons pour lesquelles elle estimait, sur la base de l'expertise réalisée par le docteur E._____, que la recourante disposait, compte tenu de l'ensemble de la problématique ostéoarticulaire et vertébrale, d'une pleine capacité de travail dans une activité adaptée à ses limitations fonctionnelles. A l'appui de ses griefs, la recourante se contente de renvoyer aux incapacités de travail attestées par les médecins-conseil de la CNA, les docteurs F._____ (rapport du 3 novembre 2009) et G._____ (rapport du 22 septembre 2011), aux incapacités liées aux nombreuses hospitalisations qu'elle a subies ainsi qu'aux rapports médicaux établis à l'issue de ses séjours auprès de la clinique C._____. Ce faisant, elle ne parvient pas à démontrer, par une argumentation précise et étayée, que le point de vue médical défendu par les médecins de la CNA serait objectivement mieux fondé que celui du docteur E._____. Elle ne cherche en particulier pas à démontrer que l'expertise mise en oeuvre par l'office intimé comporterait des contradictions manifestes, ignorerait des éléments cliniques ou diagnostiques essentiels ou justifierait, en raison de lacunes avérées, la mise en oeuvre d'un complément d'instruction. On soulignera en particulier que les attestations d'incapacité de travail auxquelles la recourante se réfère concernent principalement son activité habituelle et non un emploi adapté dans le cadre des limitations fonctionnelles retenues par l'office AI. Seul le docteur G._____ a, au cours de la procédure, estimé justifié de retenir une incapacité de travail de 100 % compte tenu de l'ensemble des troubles ostéoarticulaires et vertébraux présentés par la recourante. Comme l'a mis en évidence la juridiction cantonale, ce médecin ne s'est toutefois exprimé, à l'inverse du docteur E._____, que de manière accessoire sur la problématique globale, puisque seule l'atteinte aux genoux était déterminante pour l'assurance-accidents. On rappellera par ailleurs qu'une personne assurée ne peut prétendre à une rente que si elle a présenté une incapacité de travail d'au moins 40 % en moyenne durant une année sans interruption notable et si au terme de cette année, elle est invalide à 40 % au moins (art. 28 al. 1 let. b et c LAI). A cet égard, la recourante ne peut rien tirer en sa faveur du versement ininterrompu d'indemnités journalières de l'assurance-accidents, dès lors que le versement de ces prestations obéit à d'autres règles que celles concernant le versement d'une rente de l'assurance-invalidité (voir arrêt I 547/00 du 30 avril 2001 consid. 2a). S'il est vrai que la recourante a fait l'objet de plusieurs interventions chirurgicales dans un intervalle de temps rapproché, rien n'indique qu'elles justifiaient des incapacités de travail plus longues que ce que nécessite une convalescence ordinaire. Si la recourante n'a par la suite pas repris d'activité lucrative, cela est dû à des motifs qui, comme l'a mis en évidence le docteur E._____ et le rapport de la clinique C._____ du 25 janvier 2010, ne relèvent pas de l'assurance-invalidité. Dans ces conditions, on ne voit pas que la juridiction cantonale aurait abusé de son pouvoir d'appréciation et fait preuve d'arbitraire en retenant l'existence, au cours de la période litigieuse, d'une pleine capacité de travail dans une activité adaptée, étant précisé qu'il n'y a

pas lieu de tenir compte dans l'examen de la présente affaire de l'intervention chirurgicale survenue le 21 novembre 2012 (prothèse totale du genou gauche) et du séjour auprès de la clinique C._____ qui s'est déroulé du 10 décembre 2012 au 29 janvier 2013, ces événements étant postérieurs au 7 mai 2012, date déterminante de la décision litigieuse (cf. supra consid. 2).

E. 4

Mal fondé, le recours doit être rejeté dans la mesure de sa recevabilité. La recourante, qui succombe, supportera les frais judiciaires afférents à la présente procédure (art. 66 al. 1, 1^{ère} phrase, LTF). Elle n'a pas droit à des dépens (art. 68 al. 1 LTF).

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