

BGer 9C_442/2020 vom 23. Juni 2021

Bundesgericht, 2021-06-23, FR

Quelle: https://mcp.opencaselaw.ch/entscheid/bger_9C_442_2020

FR: TF 9C_442/2020 du 23 juin 2021

IT: TF 9C_442/2020 del 23 giugno 2021

Erwägungen

E. 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 cette dernière (art. 105 al. 1 LTF). Cependant, il peut rectifier les faits ou les compléter d'office 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 ne peut critiquer les faits que s'ils ont été constatés de façon manifestement inexacte ou contraire au droit et si la correction d'un tel vice peut influencer sur le sort de la cause (art. 97 al. 1 LTF).

E. 2.1

Le protocole des opérations réalisées par les médecins du Service de neurochirurgie de l'Hôpital M. _____ les 9, 10 et 15 juin 2020, ainsi que le rapport du docteur K. _____ du 22 septembre 2020 ont été établis après le prononcé de l'arrêt attaqué le 18 mai 2020 et produits avec le recours ou après l'échéance du délai de recours. Il s'agit de vrais nova inadmissibles devant le Tribunal fédéral (cf. ATF 143 V 19 consid. 1.2). Ils n'ont donc pas à être pris en considération dans la présente procédure.

E. 2.2

Il en va de même du rapport établi par l'Unité de neuropsychologie et de logopédie de l'Hôpital D. _____ le 19 décembre 2019. Antérieur à l'acte attaqué, ce rapport constitue un faux novum admissible seulement si l'assuré démontre que son dépôt remplit les prescriptions légales en matière de production de preuves nouvelles devant le Tribunal fédéral et explique pourquoi il n'a pas pu le produire en instance cantonale (cf. art. 99 al. 1 LTF ; ATF 143 V 19 consid. 1.2).

Le recourant prétend à ce sujet que le tribunal cantonal lui a reproché de manière arbitraire de ne pas avoir fourni le document en question alors que cette autorité avait été dûment avertie du dépôt d'éléments additionnels relatifs à la péjoration notable de la situation médicale en début d'année 2020. Il soutient que le rapport du 19 décembre 2019 ne reflétait plus son état de santé réel et que, compte tenu de la pandémie de Covid-19, il avait été dans l'impossibilité d'actualiser les données médicales pendant les mois de mars ou d'avril 2020. Il considère que, dans ces circonstances, la juridiction cantonale devait attendre la production du résultat des investigations annoncées avant de rendre son arrêt.

Ces explications ne sont toutefois pas pertinentes en tant que, comme l'indique lui-même l'assuré, elles tendent d'abord à démontrer une aggravation de la situation médicale postérieure à la décision administrative litigieuse. En effet, le juge des assurances sociales apprécie en principe la légalité des décisions entreprises d'après l'état de fait existant à

l'époque de la clôture de la procédure administrative, les faits ayant par la suite modifié cette situation devant normalement faire l'objet d'une nouvelle décision (ATF 131 V 242 consid. 2.1; 121 V 362 consid. 1b). On ne voit de toute façon pas comment une telle aggravation ainsi que l'annonce de la réalisation d'examen visant à réactualiser des données médicales, même en temps de pandémie, auraient pu empêcher le dépôt du rapport du 19 décembre 2019 établi avant le prononcé de l'arrêt attaqué le 18 mai 2020 et justifieraient aujourd'hui sa prise en considération par le Tribunal fédéral au sens de l' art. 99 al. 1 LTF .

E. 3

Le litige porte en l'espèce sur le droit du recourant à une rente entière de l'assurance-invalidité, en particulier, compte tenu des motifs et des conclusions du recours, sur l'appréciation de son état de santé au regard du dossier médical, ainsi que sur l'évaluation de son taux d'invalidité.

E. 4

L'acte attaqué expose les normes et la jurisprudence indispensables à la résolution du litige, plus particulièrement celles concernant la notion d'invalidité (art. 8 LPGA en lien avec l' art. 4 al. 1 LAI) et son évaluation au moyen de la méthode de comparaison des revenus (art. 16 LPGA), le droit à la rente et son échelonnement selon le taux d'invalidité (art. 28 LAI), le rôle des médecins (ATF 125 V 256 consid. 4), ainsi que la valeur probante des rapports médicaux (ATF 143 V 124 consid. 2.2.2; 125 V 351 consid. 3) et l'appréciation anticipée des preuves (ATF 140 I 285 consid. 6.3.1). Il suffit d'y renvoyer.

E. 5

Les premiers juges ont apprécié les informations médicales transmises par les médecins traitants d'une part et par les experts (soit le docteur G._____ et la psychologue H._____) d'autre part. Ils ont considéré que l'impartialité de ces derniers ne pouvait être mise en doute par une éventuelle dépendance économique envers l'office intimé ou leur appartenance à "Médecine d'assurance suisse" ("Swiss Insurance Medicine"; SIM) et que la psychologue H._____ disposait des compétences et qualités indispensables pour procéder à une expertise neuropsychologique. Ils ont reconnu une pleine valeur probante au rapport d'expertise que les avis différents, mais dénués de motivation, du docteur E._____ (rapport du 14 juin 2018) ou du docteur J._____ (rapport du 11 juillet 2019) ne remettaient pas valablement en question. Ils ont nié la nécessité de procéder à des mesures supplémentaires d'instruction. Sur la base du rapport d'expertise, ils ont retenu que l'assuré disposait d'une capacité totale de travail avec une diminution de rendement de 30 % dans toute activité et que son état de santé ne s'était jamais aggravé pour une période d'au moins trois mois sans interruption notable. Ils ont considéré que, dans ces circonstances, le taux d'invalidité était de 30 % et ne donnait pas droit à une rente. Ils ont en outre précisé que, même s'il avait fallu déterminer le taux d'invalidité en fonction d'une activité adaptée, ainsi que l'avait fait l'administration, la comparaison des revenus pertinents excluait le droit à une rente. Ils ont dès lors confirmé le refus de prester de l'office intimé.

E. 6.1

Dans un premier temps, le recourant soulève plusieurs griefs de nature formelle sur lesquels la cour de céans ne se prononcera pas plus avant compte tenu de l'issue du litige.

E. 6.2

Sur le fond, l'assuré reproche essentiellement au tribunal cantonal d'avoir systématiquement et sans motivation écarté l'opinion de ses médecins pour suivre sans plus d'explications convaincantes celle de l'expert. Il soutient que cette appréciation est arbitraire et a conduit la juridiction cantonale à constater les faits d'une façon manifestement inexacte. Il rappelle à cet égard l'évolution de son état de santé, en particulier son parcours hospitalier depuis sa première opération tel qu'il ressort des rapports des médecins traitants, et en infère notamment une capacité résiduelle de travail fortement réduite et imprévisible en raison des rechutes et complications de sa maladie. Il met par ailleurs en doute la fiabilité du rapport d'expertise. Entre autres griefs, il reproche au docteur G. _____ le manque de sérieux scientifique de son rapport. Il prétend notamment que ce document est rempli d'erreurs, d'inexactitudes ou de considérations superficielles ou subjectives et qu'il est dénué d'argumentaire crédible quant à l'appréciation de sa capacité résiduelle de travail ou de tout argumentaire quant aux avis divergents de ses médecins à ce propos.

E. 6.3.1

L'argumentation de l'assuré est en grande partie fondée. Les premiers juges ont suivi les conclusions de l'expert (rapports des 11 et 28 mars 2019) quant à la capacité résiduelle de travail au seul motif que les appréciations divergentes des docteurs E. _____ (rapport du 14 juin 2018) et J. _____ (rapport du 11 juillet 2019) étaient par trop succinctes ou tout bonnement dénuées de toute motivation.

Leur appréciation ne porte cependant que sur deux pièces extraites d'un dossier médical plus important. La lecture de ces pièces montre que l'avis du docteur E. _____ est étayé par des documents annexes contemporains de la rédaction de son rapport et que l'avis du docteur J. _____ correspond au compte-rendu d'une consultation particulière. Ces deux avis reflètent donc la situation du recourant à deux instants précis de son parcours hospitalier mais pas l'évolution de cette situation depuis la déclaration de la maladie. Tous deux suggèrent toutefois clairement une évolution qui n'a pas été linéaire et dont on ne pouvait augurer la suite. Le docteur E. _____ évoque effectivement de multiples interventions chirurgicales compliquées d'infections et de ré-opérations n'ayant pas entièrement résolu les symptômes de l'hydrocéphalie et nécessitant encore des contrôles et des réglages itératifs. Les mêmes constatations à plus d'une année d'intervalle ressortent du rapport du docteur J. _____ qui dresse en outre la liste des nombreuses opérations pratiquées dans un laps de temps inférieur à trois ans (novembre 2016 à mai 2019). Le motif pour lequel le tribunal cantonal a écarté les conclusions des médecins traitants quant à la capacité résiduelle de travail de l'assuré n'est donc pas convaincant.

E. 6.3.2

Par ailleurs, comme le fait valoir à juste titre le recourant, le rapport du docteur G. _____ est dépourvu de valeur probante. Il n'est effectivement pas possible de déterminer sur la base de ce document comment l'état de santé du recourant a évolué ni si cet état de santé était stabilisé au moment de l'expertise. Dans son rapport du 11 mars 2019, l'expert se contente de mentionner un certain nombre de rapports d'hospitalisation ou d'examen établis précédemment par les médecins traitants (cf. rapport d'expertise ch. 2 p. 3-4) mais n'indique pas les périodes d'incapacité de travail retenues par ceux-ci. Il n'en discute dès lors pas et ne fixe aucun cadre temporel à l'évaluation de la capacité de travail. Il se limite ainsi à se prononcer sur cette question au moment de la réalisation de l'expertise (cf. rapport d'expertise ch. 7.4 p. 14) et à conclure d'une façon péremptoire à une pleine capacité de

travail avec une diminution de rendement de 30 %. Ce n'est que sur demande expresse de l'administration qu'il atteste après coup des périodes d'incapacité de travail post-opératoires d'un mois, dans son rapport complémentaire du 28 mars 2019. Ce complément d'information est toutefois exempt de toute motivation et ne renseigne en rien sur l'évolution générale de la situation.

L'ensemble des informations fournies par le docteur G. _____ laisse donc à penser que l'assuré a toujours disposé d'une pleine capacité de travail, hormis temporairement pendant les périodes post-opératoires et hormis la baisse de rendement de 30 % constatée lors de l'expertise. Cette conclusion est clairement contraire à celles des docteurs E. _____ et J. _____, sans que l'expert n'explique cette contradiction ni ne se prononce sur leurs avis.

E. 6.3.3

Comme le met ensuite en évidence le recourant, la divergence d'opinions de l'expert et des médecins traitants est encore renforcée par les faits médicaux constatés par le tribunal cantonal. En effet, il ressort des documents médicaux cités par les premiers juges que, placé en arrêt maladie par le docteur B. _____ dès le 3 novembre 2016 à cause de l'indication opératoire pour l'hydrocéphalie diagnostiquée (rapport du 3 novembre 2016; certificat du 3 novembre 2016), l'assuré a subi l'intervention chirurgicale programmée le 18 novembre 2016 (protocole opératoire du 24 novembre 2016). Il a toutefois dû être réopéré le 3 décembre 2016 en raison d'une méningite bactérienne post-opératoire (protocole opératoire du 19 décembre 2016). Son incapacité de travail avait alors été prolongée jusqu'au 31 janvier 2017 (certificat du 20 décembre 2016). L'évolution subséquente - favorable avec amélioration de la marche et diminution (mais pas disparition) des céphalées (rapport du 24 février 2017) - semble avoir permis une reprise du travail à 50 % à partir du 27 février 2017 et à 60 % à partir du 1er mai 2017 selon l'employeur (questionnaire pour l'employeur du 2 juin 2017). Cette reprise n'a cependant pas duré dans la mesure où, consultés en urgence, les médecins de la Clinique de chirurgie de l'Hôpital D. _____ ont constaté une récurrence de la symptomatologie hydrocéphalique dès le 27 juillet 2017 (rapports des 28 juillet ainsi que 10 et 27 août 2017) et ont procédé les 4, 20 et 25 août 2017 à trois nouvelles opérations pour y remédier (protocoles opératoires des 7 et 28 août ainsi que 1er septembre 2017). A l'issue du séjour hospitalier, les médecins ne se sont pas expressément prononcés sur une reprise du travail. Consulté le 16 novembre 2017, le docteur E. _____ a fait état d'une évolution lentement favorable et prolongé l'arrêt de travail jusqu'au prochain contrôle prévu en février 2018 (rapport du 9 février 2018). Ce n'est que le 14 juin 2018 que ce médecin a attesté une capacité résiduelle de travail à long terme de 50 % dans une activité adaptée (sans tâche fatigante ni contact avec des aimants pouvant dérégler la valve implantée). Il a cependant annoncé à l'office intimé une récurrence partielle des symptômes de l'hydrocéphalie le 2 août 2018 et procédé le 13 septembre 2018 à une nouvelle opération interdisant la reprise d'une activité lucrative avant le 11 novembre 2018 (rapport du 20 septembre 2018). Le recourant a en outre informé l'administration avoir subi deux nouvelles interventions chirurgicales les 6 octobre 2018 et 24 janvier 2019. Dans ces circonstances, l'office intimé a ordonné une expertise neurologique. Dans sa demande d'expertise du 11 octobre 2018, il a expressément mentionné une incapacité totale ou partielle (50 %) de travail continue depuis le 21 août 2016, dont il s'est ensuite écarté sans explication. L'assuré a encore été opéré le 31 mai 2019.

E. 6.3.4

Compte tenu de ce qui précède, il apparaît que l'appréciation par la juridiction cantonale de l'état de santé de l'assuré et de sa capacité résiduelle de travail sur la base du dossier médical est insoutenable. Les premiers juges - tout comme l'administration du reste - ne pouvaient effectivement pas se fonder sur le rapport d'expertise du docteur G._____, qui faisait fi de tout l'historique médical pour ne se concentrer que sur les circonstances prévalant au moment précis de l'expertise. En particulier, l'expert ne s'exprime pas sur la stabilisation de la situation médicale du recourant au regard des récurrences symptomatiques et des complications récurrentes amplement documentées dans le dossier médical. Une telle évaluation médicale, qui ne donne pas une représentation complète de l'évolution de l'état de santé de l'assuré ni ne comprend de conclusions motivées sur la capacité de travail retenue, ne saurait être considérée comme ayant valeur probante (cf. ATF 125 V 351 consid. 3a). Du reste, l'expert n'a pas non plus émis la moindre considération sur la compatibilité de l'activité habituelle de l'assuré avec la limitation fonctionnelle, retenue par le docteur E._____, de l'interdiction de l'exposition aux champs magnétiques d'électro-aimants puissants.

Il convient dès lors d'annuler l'arrêt entrepris ainsi que la décision administrative litigieuse et de renvoyer la cause à l'office intimé pour qu'il complète l'instruction médicale et rende une nouvelle décision. Il n'est par conséquent pas nécessaire d'examiner les nombreux autres griefs soulevés par le recourant à l'encontre de l'expertise du docteur G._____.

E. 7

Vu l'issue du litige, les frais judiciaires et les dépens doivent être mis à la charge de l'administration (art. 66 al. 1 et 68 al. 1 LTF).

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