

FR_GERICHTE 608 2017 11 vom 9. Juli 2019

FR Kantonsgericht, 2019-07-09, FR

Quelle: https://mcp.opencaselaw.ch/entscheid/fr_gerichte_608_2017_11

FR: FR_GERICHTE 608 2017 11 du 9 juillet 2019

IT: FR_GERICHTE 608 2017 11 del 9 luglio 2019

Regeste

Arrêt de la IIe Cour des assurances sociales du Tribunal cantonal | Invalidenversicherung

Erwägungen

E. 1

Interjeté en temps utile et dans les formes légales par un assuré directement touché par la décision attaquée et dûment représenté, le recours est recevable.

E. 2.1

Aux termes de l'art. 8 al. 1 de la loi du 6 octobre 2000 sur la partie générale du droit des assurances sociales (LPGA; RS 830.1), applicable par le biais de l'art. 1 al. 1 de la loi du 19 juin 1959 sur l'assurance-invalidité (LAI; RS 831.20), est réputée invalidité l'incapacité de gain totale ou partielle qui est présumée permanente ou de longue durée. Selon l'art. 4 al. 1 LAI, dite invalidité peut résulter d'une infirmité congénitale, d'une maladie ou d'un accident. Les atteintes à la santé psychique peuvent, comme les atteintes physiques, entraîner une invalidité au sens de l'art. 4 al. 1 LAI en liaison avec l'art. 8 LPGA. Un taux d'invalidité de 40% au moins donne droit à un quart de rente; de 50% au moins, à une demi-rente; de 60% au moins, à trois-quarts de rente; et de 70% au moins, à une rente entière (art. 28 al. 2 LAI).

E. 2.2

Il découle de la notion d'invalidité que ce n'est pas l'atteinte à la santé en soi qui est assurée; ce sont bien plutôt les conséquences économiques de celle-ci, c'est-à-dire une incapacité de gain qui sera probablement permanente ou du moins de longue durée (ATF 127 V 294). Le taux d'invalidité étant une notion juridique fondée sur des éléments d'ordre essentiellement économique, et pas une notion médicale, il ne se confond pas forcément avec le taux de l'incapacité fonctionnelle qu'il importe d'évaluer (ATF 122 V 418). Toutefois, pour pouvoir calculer le degré d'invalidité, l'administration ou le juge a besoin de documents que le médecin, éventuellement aussi d'autres spécialistes, doivent lui fournir. La tâche du médecin consiste à porter un jugement sur l'état de santé et à indiquer dans quelle mesure et pour quelles activités l'assuré est incapable de travailler. En outre, les données médicales constituent un élément utile pour déterminer quels travaux on peut encore, raisonnablement, exiger de l'assuré (ATF 125 V 256 consid. 4; 115 V 133 consid. 2; 114 V 310 consid. 3c; 105 V 156 consid. 1). L'administration ou le juge apprécie librement les preuves, sans être lié par des règles formelles, en procédant à une appréciation complète et rigoureuse. Dès lors, le juge 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

Tribunal cantonal TC Page 5 de 24 rapports médicaux sont contradictoires, il ne peut trancher 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 (ATF 125 V 351). Lorsque des expertises confiées à des médecins indépendants sont établies par des spécialistes reconnus, sur la base d'observations approfondies et d'investigations complètes, ainsi qu'en pleine connaissance du dossier et que les experts aboutissent à des résultats convaincants, le juge ne saurait les écarter aussi longtemps qu'aucun indice concret ne permet de douter de leur bien-fondé (ATF 122 V 157 consid. 1c et les références citées). Il importe, pour conférer pleine valeur probante à un rapport médical, que les points litigieux importants aient fait l'objet d'une étude circonstanciée et fouillée, que le rapport se fonde sur des examens complets, qu'il prenne également en considération les plaintes exprimées par la personne examinée, qu'il ait été établi en pleine connaissance de l'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 dûment motivées (ATF 125 V 351 consid. 3a; 122 V 157). En outre, il y a lieu d'attacher plus de poids à l'opinion motivée d'un expert qu'à l'appréciation de l'incapacité de travail par le médecin traitant dès lors que celui-ci, vu la relation de confiance qui l'unit à son patient, est généralement enclin, en cas de doute, à prendre parti pour lui (ATF 125 V 351 consid. 3b/cc et les références citées). Enfin, l'on ne saurait remettre en cause une expertise ordonnée par l'administration ou un juge et procéder à de nouvelles investigations du seul fait qu'un ou plusieurs médecins traitants ont une opinion contradictoire (arrêt TF 9C_201/2007 du 29 janvier 2008).

E. 2.3

Pour satisfaire à l'obligation de réduire le dommage, l'assuré doit, conformément à l'art. 7 al. 1 LAI, entreprendre tout ce qui peut être raisonnablement exigé de lui pour réduire la durée et l'étendue de l'incapacité de travail (art. 6 LPGA) et pour empêcher la survenance d'une invalidité (art. 8 LPGA). C'est la consécration du principe de la réadaptation par soi-même, laquelle prime notamment le droit à la rente. Dans cette mesure, l'assuré doit en particulier recourir à toutes les mesures médicales et thérapeutiques rendues nécessaires par son état de santé; il est tenu également de saisir toute possibilité de trouver, d'accepter ou de conserver une activité lucrative adaptée à son invalidité (cf. VALTERIO, Droit de l'assurance-vieillesse [AVS] et de l'assurance- invalidité [AI], 2011, n. 1256 s.). Singulièrement, 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 (cf. art. 6 al. 1 seconde phrase LPGA). En d'autres termes, dans le domaine de l'assurance-invalidité, le principe est qu'un invalide doit, avant de requérir des prestations, entreprendre de son propre chef tout ce qu'on peut raisonnablement attendre de lui, pour atténuer le mieux possible les conséquences de son invalidité (cf. arrêt TF 9C_36/2018 du 17 mai 2018 consid. 4.2 et les références); il n'a pas droit à une rente lorsqu'il serait en mesure, au besoin en changeant de profession, d'obtenir un revenu excluant une invalidité ouvrant droit à une rente; la réadaptation par soi-même est un aspect de l'obligation de diminuer le dommage et prime aussi bien le droit à une rente que celui à des mesures de réadaptation. Le point de savoir si une mesure peut être exigée d'un assuré doit être examiné au regard de l'ensemble des circonstances objectives et subjectives du cas concret. Par circonstances subjectives, il faut entendre en premier lieu l'importance de la capacité résiduelle de travail ainsi que les facteurs personnels tels que l'âge, la situation professionnelle concrète ou encore l'attachement au lieu de domicile. Parmi les circonstances objectives doivent

Tribunal cantonal TC Page 6 de 24 notamment être prises en compte l'existence d'un marché du travail équilibré et la durée prévisible des rapports de travail.

E. 3

Le litige porte sur le droit de l'assuré à des prestations de l'AI.

E. 3.1

Dans son rapport d'expertise du 18 juin 2015 (cf. dos. OAI 85), le Dr B. _____, spécialiste en rhumatologie et en médecine interne, retient, avec répercussion sur la capacité de travail, les diagnostics de status après arthrodèse de la cheville droite le 10 juin 2011 consécutivement à un status après fracture du col de l'astragale droit le 4 mars 1989 traité par ostéosynthèse, et celui de status après AVC sylvien gauche le 22 octobre 2013 sur sub-occlusion de l'artère cérébrale moyenne avec anévrisme de l'artère communicante antérieure et sténose de l'artère vertébrale gauche, status après hémisyndrome facio-brachio-crural droit régressif d'un point de vue moteur et sensitif. Sans répercussion sur dite capacité, il mentionne un status après un polytraumatisme le 4 mars 1989 avec: un traumatisme cranio-cérébral (TCC), un traumatisme thoracique avec fractures de côtes en série de 1 à 7 à droite avec pneumothorax, un traumatisme abdominal avec rupture de rate et plaie hépatique, une fracture intra-articulaire sous capitale de l'humérus gauche, une fracture du cubitus gauche, une fracture ouverte du fémur gauche, et une fracture de l'astragale droit, qui ont amené un traitement par splénectomie, suture hépatique et drainage thoracique, ostéosynthèse du fémur et du cubitus et de l'astragale; un tabagisme chronique; et un status variqueux après cure d'hallux valgus gauche en 2012. L'assuré présente les limitations fonctionnelles suivantes: pas d'activité qui nécessite des positions statiques debout en piétinement durant plus de 15 minutes, des efforts de marche, en particulier sur des terrains irréguliers, des échelles et des échafaudages, des ports de charge de plus de 10 kg en position statique et de 5 kg en marche. En revanche, l'activité exercée devrait lui donner la possibilité d'alterner les positions assise et debout toutes les 30 à 45 minutes. Dans son activité habituelle de serrurier ou d'agent des eaux, qui n'est pas entièrement adaptée à ses limitations fonctionnelles, la capacité de travail est de 50%, baisse de rendement déjà intégrée dans ce taux. Du point de vue ostéo-articulaire seul, d'autres activités respectant les limitations fonctionnelles sont exigibles depuis septembre 2014, ce à 90%, pour tenir compte de la baisse de rendement de 10% induite par les limitations. Pour son appréciation, l'expert s'est fondé sur l'étude de l'ensemble du dossier assécurologique. La teneur d'autres rapports et examens médicaux a été mentionnée (cf. p. 2 ss et p. 7). Son rapport contient notamment un résumé du dossier, une anamnèse, ainsi que les plaintes, les données et indications subjectives de l'intéressée, ainsi que les observations cliniques réalisées. Il ne s'est pas contenté de considérer de manière abstraite la problématique. Les points litigieux ont ainsi fait l'objet d'une étude circonstanciée et méthodologique, le contexte et l'appréciation médicaux ont été décrits de manière claire. L'expert a en particulier pu livrer ses constatations objectives obtenues lors de l'examen clinique mené, à l'occasion duquel il a pu examiner personnellement l'assurée et observer son comportement. C'est de façon claire qu'il a apporté une conclusion à son expertise et répondu aux questions qui lui étaient posées.

Tribunal cantonal TC Page 7 de 24 En outre, dans sa détermination du 8 juillet 2016 (cf. dos. OAI p. 73), il a répondu également de façon suffisamment développée et précise aux objections de l'assuré, du 24 juin 2016 (cf. dos. OAI p. 89). Pour la Cour, ce rapport

d'expertise ainsi que le complément précité sont parfaitement convaincants et probants au sens jurisprudentiel rappelé plus haut. L'expert s'est notamment prononcé relativement aux différentes affections rapportées et aux pièces médicales figurant au dossier. Il a dûment évalué et décrit les limitations fonctionnelles de l'assuré, et leur incidence tant dans l'activité habituelle que dans une autre adaptée à celles-ci. Il a en particulier relevé et souligné, outre la tuméfaction de la cheville droite et l'atrophie du mollet de ce côté-là, le fait que l'articulation sous-astragalienne droite est totalement bloquée, qu'aucune extension/flexion, inversion/éversion de la cheville ne peut intervenir, et que le pas ne peut pas être déroulé à droite, avec une démarche en pseudo-steppage (cf. p. 7 et p. 9 de l'expertise); seule demeure une mobilité de l'avant-pied. Loin d'ignorer cette affection, il lui a reconnu un "effet incapacitant" (cf. p. 9), le seul à devoir en définitive être pris en compte du point de vue ostéo-articulaire, les autres atteintes, notamment celles post traumatisme de 1989, n'entraînant pas de limitations fonctionnelles et étant asymptomatiques depuis plus de 20 ans. Un examen neurologique sommaire n'a pas permis de déceler de latéralisation; les réflexes sont plutôt normo-vifs et il y a absence de trouble sensitivo-moteur. Du point de vue ostéo-articulaire, l'assuré se plaint (cf. not. p. 5 et 9) de douleurs à la cheville droite, dépendant surtout de la marche notamment sur terrains irréguliers ou dans les escaliers, majorées aussi par les positions statiques debout prolongées et en piétinement, par le port de charges; elles apparaissent dès la mise en charge matinale ou dès un changement de position, notamment lorsqu'il se lève d'un siège ou après avoir été en cubitus dorsal; elles s'atténuent ensuite lors de ses activités. En outre, s'il dit avoir globalement bien récupéré de ses troubles moteurs au niveau de l'hémicorps droit, il a, occasionnellement, des mouvements involontaires du membre inférieur droit (MID), surtout lorsqu'il est fatigué, ressent parfois des troubles de l'équilibre notamment lorsqu'il se redresse trop vite d'un siège, et a moins de dextérité pour dérouler le pas. Il se dit occasionnellement fatigué, mais il a plutôt une intolérance globale à l'effort, plutôt en fin de journée, et son sommeil est réparateur. Il n'annonce aucune gêne ou difficulté notable dans la vie quotidienne, a pu sans peine reprendre la conduite automobile, avec usage des pédales, quelques mois après son AVC, fait sans trop de problème des balades à pied pendant une heure. L'Autorité de céans considère qu'il n'y a motif à s'écarter ni des limitations fonctionnelles décrites, ni des taux de capacité de travail et de perte de rendement retenus par l'expert, soutenus notamment par son appréciation du dossier et par ses constatations objectives. Ces éléments tiennent compte au reste des indications données par l'assuré sur la nature et l'intensité de ses difficultés (récupération globalement bonne de ses troubles moteurs liés à l'AVC au niveau de l'hémicorps droit, y compris quant au membre inférieur, ...). L'exercice d'une activité professionnelle exempte, notamment, de la nécessité de déplacements en terrains irréguliers et de longues stations debout apparaît non seulement objectivement possible dans la mesure fixée par l'expert, mais compatible avec les douleurs et plaintes exprimées par l'assuré. L'on peut aussi considérer que des précautions simples, comme éviter de se lever brusquement d'un siège, peuvent également aider. Apparaît significatif à cet égard que l'assuré lui-même rapporte (cf. p. 3) n'avoir eu après son AVC nul traitement de physiothérapie, ergothérapie ou logopédie, ce qui témoigne d'une importance et d'une persistance des difficultés rencontrées (très) mesurée, à tout le moins sur le plan objectif.

Dans son rapport d'expertise du 8 octobre 2015 (dos. OAI p. 207), le Dr C. _____, spécialiste en neurologie, diagnostique chez l'assuré, avec une répercussion sur sa capacité de travail, un status après AVC sylvien gauche sur occlusion de l'artère cérébrale moyenne, traitée par thrombectomie mécanique avec recanalisation, une atteinte sensitivo-motrice droite modérée séquellaire à l'AVC du 22 octobre 2013, ainsi que, depuis lors, des troubles neuropsychologiques modérés séquellaires à l'AVC (difficultés au niveau calcul et langage, difficultés d'apprentissage en modalité verbale, quelques difficultés au niveau des fonctions exécutives, faible rendement), ainsi qu'un status après polytraumatisme (1989) avec comme séquelle une atteinte au niveau de la cheville droite arthrodésée (cf. p. 14 s.; p. 19).

L'hypertension artérielle actuellement non traitée, l'hypercholestérolémie, le tabagisme à un demi-paquet par jour et l'état anxio-dépressif réactionnel sont sans répercussion sur cette capacité de travail. Sur le plan neurologique et neuropsychologique (cf. p. 18 s.), l'assuré doit exercer une activité légère, essentiellement sédentaire, ne nécessitant pas le port régulier de charges de plus de 5 à 10 kg, ni de déplacements importants à pied notamment en terrain inégal et en déclivité (limitation sur le plan physique); il faut éviter aussi une activité astreignante sur le plan intellectuel, à savoir nécessitant un apprentissage important, une attention soutenue, une utilisation "pointue" du calcul et du langage, une activité nécessitant un travail relativement indépendant en programmation et des multitâches conjointes. Moyennant le respect de ces limitations fonctionnelles, la capacité de travail est de 90% (recte: 80%, cf. notamment la suite de la phrase et le complément) d'un plein temps (8 h/j), une baisse de rendement maximale de 20% comprise. En tenant compte aussi des limitations retenues par l'expert-rhumatologue, la capacité de travail est fixée, "après expertise consensuelle", à au moins 70% d'un plein temps, considération prise d'une diminution de rendement de 30% au maximum, ce à partir de septembre 2014, environ un an après l'AVC (cf. p. 18 ss). En principe, l'évolution neurologique et neuropsychologique devrait être suffisamment favorable pour maintenir cette capacité de travail de 70% au moins, voire l'augmenter (80-90%; p. 19), seule demeurant réservée à cet égard la question orthopédique, notamment l'apparition d'une arthrose majeure de la cheville entraînant des difficultés encore plus importantes de déplacement. S'agissant du système nerveux (p. 19 et 21), les conséquences de l'AVC peuvent uniquement avoir décompensé momentanément, pendant environ 6 à 12 mois, les difficultés liées au statut post-traumatique de la cheville droite; ensuite, ce sont à nouveau essentiellement les conséquences de l'accident de 1989 qui prédominent dans les difficultés fonctionnelles à la cheville droite, ledit accident ne jouant, lui, plus de rôle significatif dans les conséquences fonctionnelles de l'AVC.

L'évolution des troubles après l'AVC a été tout à fait favorable sous le plan neurologique et neuropsychologique, avec une régression des troubles du langage ainsi que de l'hémisyndrome sensitivo-moteur droit, ce même si persistent des déficits (pas de disparition complète de l'atteinte; cf. p. 15 et 18). Parallèlement, suite à l'AVC et au licenciement peu après du fait de la faillite de son employeur, l'atteinte neurologique au niveau du membre inférieur droit s'est compliquée d'une décompensation du status après arthrodèse de la cheville et d'une réaction anxio-dépressive. L'examen clinique montre une atteinte concernant plus la sensibilité que la motricité de l'hémicorps droit, prédominant toujours au niveau du membre inférieur droit (cf. p. 16 s.). Il n'y a en particulier pas de troubles de l'équilibre hormis une instabilité à la marche un pied devant l'autre, et à force brute, et si une aréflexie achilléenne droite est constatée, les épreuves de coordination du membre inférieur droit sont sans particularité. L'EEG réalisée est sans anomalie significative, si ce n'est une

Tribunal cantonal TC Page 9 de 24 tendance à la somnolence. Le bilan neuropsychologique mené par la psychologue spécialiste en neuropsychologie D. _____ (cf. rapport du 20 septembre 2015, dos. OAI p. 231; extraits dans l'expertise, p. 13 s.) révèle une atteinte neurologique modérée avec de discrètes séquelles au niveau du calcul et du langage en modalité verbale, quelques difficultés au niveau des fonctions exécutives et un rendement relativement faible, troubles dans lesquels des facteurs anxio- dépressifs jouent vraisemblablement un rôle, entraînant, selon la thérapeute, une diminution du rendement de l'ordre de 20-30% dans une activité exercée à plein temps. Subjectivement, l'assuré se plaint de difficultés de marche avec une instabilité, un blocage de la cheville droite, un manque de sensibilité surtout, essentiellement au niveau du membre inférieur droit, où il existe également une limitation fonctionnelle liée au status après arthrodèse de la cheville (cf. p. 10 s. et 16); il éprouve dès lors des difficultés pour se déplacer à pied, notamment en terrain inégal, pour monter des escaliers et des échelles. Il mentionne aussi des difficultés de mémoire de fixation. Le manque d'équilibre est tout particulièrement présent dans l'eau. C'est à la marche essentiellement que se produisent les difficultés, qui comportent une boiterie déjà présente préalablement à l'AVC et une faiblesse du membre inférieur droit secondaire à l'atteinte neurologique, avec également un possible manque de sensibilité au niveau de la main et du pied droits. Il n'éprouve pas de difficulté au niveau de la face et du membre supérieur hormis ces troubles sensitifs; la force et la dextérité sont conservées. Il n'a jamais eu de traitement de physiothérapie ou d'ergothérapie. Les objections de l'assuré ont fait l'objet également d'une détermination de l'expert, du 11 juillet 2017 (cf. dos. OAI p. 65). La Cour considère que le rapport d'expertise et ce complément satisfont également parfaitement aux prescrits jurisprudentiels en la matière. Elle fait siennes leurs contenu et conclusions. L'expert s'est dûment prononcé non seulement sur la base, notamment, de son examen clinique et des indications subjectives de l'assuré, mais eu égard aussi aux autres pièces médicales au dossier, dont l'expertise rhumatologique susmentionnée. Il a fait en outre réaliser des examens supplémentaires, pris ensuite en compte dans son analyse de la situation médicale. En particulier, il y a intégré selon son art l'examen neuropsychologique réalisé. Il a proposé l'introduction d'un traitement de physiothérapie et d'ergothérapie pour améliorer subjectivement et objectivement la situation du membre inférieur droit, et notamment les difficultés de déplacement et la confiance en soi (cf. p. 18); il a indiqué qu'une prise en charge psychothérapeutique et éventuellement médicamenteuse pourrait avoir un sens.

E. 3.3

Le recourant soutient que contrairement aux vœux du SMR, il n'y a pas eu d'expertise bidisciplinaire munie de conclusions consensuelles, de sorte que les expertises précitées sont dépourvues de force probante. Il ne saurait être suivi. Relativement à la question déterminante, au regard de l'art. 16 LPGA, de la capacité de travail dans une activité adaptée, l'expert-neurologue a repris comme tels et intégrés dans son analyse les limitations fonctionnelles ainsi que les taux d'activité et de baisse de rendement retenus par l'expert-rhumatologue. Il n'a en particulier pas baissé ceux-ci, mais les a additionnés à ceux qu'il admettait pour sa spécialité. Dans ce sens a-t-il pu parler de consensus (cf. son complément précité). Pour sa part, le rhumatologue n'a jamais soutenu que ces limitations et taux qu'il avait fixés devaient être modifiés eu égard à l'expertise du neurologue. Pour la Cour, chacune de ces deux expertises a valeur probante et, en particulier, aucun motif ne justifie de s'écarter des conclusions relatives à la capacité de travail "globale" dans une activité adaptée telles que

Tribunal cantonal TC Page 10 de 24 formulées par l'expert neurologue (cf. ATF 143 V 124 consid. 2.4.4 relatif à l'expertise pluridisciplinaire). Au vu du dossier et de ce qui précède, la Cour retient dès lors qu'à partir du 1er septembre 2014, moyennant le respect des limitations fonctionnelles décrites ci-dessus, l'assuré bénéficiait d'une capacité de travail dans une activité adaptée de 100%, avec une baisse de rendement totale de 30% au plus.

E. 3.4

Les autres pièces médicales pertinentes figurant au dossier ne modifient en rien ce qui précède:

E. 3.4.1

Dans son rapport du 26 juillet 2014 (dos. OAI p. 386), le Dr E._____, spécialiste en médecine interne générale, médecin traitant, retient, avec effet sur la capacité de travail, un status post polytraumatisme avec une arthrodèse cheville D le 10 juin 2011, un status post AVC sylvien, de tabagisme – hyperlipidémie, et un état anxio-dépressif réactionnel post AVC, post licenciement. Une tendance aux addictions (tabagisme, OH contrôlé) est mentionnée. Dès le 1er septembre 2014, une activité adaptée est possible, soit une légère sans port de charges et évitant les déplacements et le stress, ce progressivement, 3-4 heures par jour, à 30-40%. Le 12 janvier 2015 (cf. dos. OAI p. 332), alors que l'OAI a prévu dans le cadre de la mesure de réinsertion menée une augmentation de 50 à 100% du taux d'activité, le praticien certifie que son patient peut avoir une activité adaptée, ménageant son dos et sa cheville droite, pour une durée maximale de 5h, évitant notamment les ports de charges et les positions statiques d'une durée supérieure à 20 minutes ainsi que les positions extrêmes telles que se pencher en avant, se mettre à genoux, accroupi et le travail en dessus des épaules. Le 21 du même mois (cf. dos. OAI p. 328 et 330), il annonce une aggravation par rapport au rapport de juillet 2014, dans le sens d'une augmentation des douleurs de la cheville D, d'une fatigabilité plus prononcée avec des troubles de la concentration et une augmentation des mouvements involontaires du MID; il faut éviter la surcharge de la cheville D en raison de l'arthrose symptomatique à l'articulation sous astragale, pour laquelle l'indication éventuelle d'une arthrodèse sera discutée par les spécialistes. Une activité de plus de 5h par jour n'est pas envisageable, il y aurait risque de décompensation de l'arthrose qui nécessiterait cette nouvelle intervention. L'activité habituelle est encore exigible, pour cette durée maximum de 5h, avec en sus une diminution du rendement d'environ 30%; une activité adaptée, soit actuellement le stage d'observation, est possible dans ce cadre horaire de 5 h maximum, et dans cette mesure, avec une perte de rendement d'environ 30%. Dans ses rapports des 16 avril et 25 septembre 2015, et du 24 mars 2016 (cf. pièces 4 à 6 du recours, destinés à l'assureur-accident pour une rechute annoncée en mars 2014), il relève que s'est développée une arthrose symptomatique dans l'articulation sous-astragaliennne en présence de l'arthrodèse au niveau de la cheville de 2011; tant le patient que les spécialistes ont opté pour une attitude d'attente à cet égard; mais l'intéressé continue de souffrir de douleurs au niveau de sa cheville, le limitant tant dans ses activités que dans ses déplacements; il marche avec une boiterie, sans déroulement du pas, il y a une enflure, une tuméfaction globale, et une déformation chroniques plus marquées en fin de journée, avec une douleur en augmentation; il faut ménager la cheville avec des précautions de type rhumatologique habituelles (antalgiques, surélévations régulières, chaussures adaptées). Une reprise du travail est prévue à 60% le 7 mars 2016. Le praticien renvoie pour le surplus au suivi "selon besoin" du Dr F._____, spécialiste en chirurgie orthopédique, dont le rapport produit par le recourant (pce 3) date du 13 mars 2014. Enfin, dans son

rapport du 21 mars 2016 destiné, à la demande du patient, à l'AI (cf. dos. OAI 152; rapport d'entretien avec la mandataire du 3 mai 2016, dos. OAI 143), le Dr E._____ atteste d'une incapacité totale de travail dans l'économie libre

Tribunal cantonal TC Page 11 de 24 jusqu'au 6 mars 2016; dès le lendemain, sa capacité de travail est de 60% dans une activité adaptée aux limitations qu'il décrit sur le plan rhumatologique, limitations qualitatives et quantitatives, ainsi que sur celui neurologique et neuropsychologique, en reprenant exactement le contenu des limitations retenues par chaque expert. Pour le reste, il indique que son patient vient d'effectuer un stage à 70% dans une activité légère adaptée à ses limitations fonctionnelles, qu'il était à la limite de ses forces sur le lieu de travail, et ne pouvait plus rien assumer en rentrant à la maison, ni tâches domestiques (hormis les repas lorsqu'il n'avait travaillé que la demi-journée), ni les loisirs (plus de motivation même le week-end; besoin constant de dormir, se reposer ou rester tranquille). Pour la Cour, ces éléments ne justifient en aucune façon de revenir sur la capacité de travail dans une activité adaptée qu'elle retient. Les experts ont dûment apprécié les différents aspects évoqués par le médecin traitant, singulièrement la problématique liée à la cheville droite (tuméfaction, boiterie, défaut de déroulement du pied, articulation sous-astragaliennne complètement bloquée, etc.). En revanche, de l'ensemble du dossier, de leurs constatations objectives, mais aussi des propres déclarations de l'assuré, confirmées au demeurant, même si non sur le plan médical, notamment par le déroulement de ses nombreux stages rapporté par des tiers, les experts ont tiré d'autres conclusions. A l'égard desquelles l'appréciation, que la jurisprudence convie à prendre avec une certaine réserve, différente du médecin traitant de la capacité de travail ne saurait créer un doute. A titre d'exemple, il apparaît peu convainquant de retenir en janvier 2015 une capacité de travail de 5h par jour (soit un peu plus de 60%), avec en sus une diminution du rendement de 30%, puis une de 60% dès mars 2016, sans perte de rendement mentionnée, ce sans explication sur l'amélioration ainsi intervenue. A noter en particulier que le Dr F._____ précité, consulté le 13 mars 2014 pour des douleurs à l'arrière-pied D presque 3 ans après l'arthrodèse de 2011, diagnostiquait notamment une arthrose symptomatique dans l'articulation sous-astragaliennne D, avec une mobilité légèrement réduite et douloureuse, et relevait le fait que les clichés radiologiques du 14 mars 2013 (de nouveaux n'ont pas été jugés utiles par l'orthopédiste), antérieurs à l'AVC, mettaient (déjà) en évidence une arthrose avancée à ce niveau ainsi que des signes d'arthrose au niveau de l'articulation de Chopart côté dorsal, indolore. Eu égard encore au rapport du 18 décembre 2008 (dos. OAI 275) du Dr G._____, spécialiste en radiologie, également pris en compte par l'expert-rhumatologue (p. 3) qui mentionnait déjà la présence de lésions dégénératives de l'articulation sous-astragaliennne – même si nettement moins marquées que celles de l'articulation tibio-astragaliennne –, mais aussi de petits fragments osseux corticalisés, principalement visibles en-dessous de la malléole interne, l'on peut considérer que l'atteinte sous-astragaliennne était présente non seulement avant l'AVC, mais également avant l'arthrodèse de 2011. Pour autant, elle n'avait pas influencé la capacité de travail entière de l'assuré, qui, en sus, attesta au contraire de la nette amélioration de la situation douloureuse après dite arthrodèse, ce jusqu'à l'AVC. Dès lors, l'on peine, du point de vue objectif, à saisir pourquoi relativement en particulier au pied D, l'AVC aurait eu dès mars 2014, chez un assuré toujours en incapacité de travail totale, une telle influence délétère et permanente sur cette articulation. Ce d'autant moins que dans leur rapport du 3 mai 2014, après avoir vu le patient le 4 avril, soit environ 5 mois et demi après l'AVC, la spécialiste en neurologie H._____ et de la médecin I._____ faisaient (p. 2 et 3; pas de prochain contrôle prévu

chez elles, p. 1) déjà état d'un développement réjouissant, seule ressortant en définitive, sur plan clinique, une discrète parésie faciale centrale; les autres atteintes montrées par les examens effectués étaient décrites également comme ténues; dont notamment une discrète

Tribunal cantonal TC Page 12 de 24 palihypoesthésie ddc (5/6 à l'articulation métacarsophalangienne), un manque de réflexe du tendon d'Achille ddc, et une hypoesthésie circonscrite au niveau de l'articulation du pied droit. Ce tableau objectif très rassurant était confirmé par l'assuré, qui se plaignait uniquement d'une sorte de trouble de coordination au MID ("nach vorne sacken"), mais ni de problèmes de concentration, ni de fatigue accrue, ni de maux de têtes, ni de vertiges, et indiquait conduire la voiture à nouveau, et courir et nager régulièrement. Pour l'Autorité de céans, au vu du dossier et de ce qui précède, tout au plus peut-on admettre une "décompensation", un effet se poursuivant quelques mois après l'AVC (environ 6 mois), non déterminant quant à la capacité de travail et le droit à la rente. A noter également qu'il n'apparaît pas avoir été donné suite, à ce jour non plus, à la proposition d'infiltration faite par le Dr F. _____; cela suggère, aussi, que l'atteinte à l'articulation, ses effets et la douleur qu'elle provoque ne sont pas telles que cette intervention ou une autre (arthrodèse) devait être mis en œuvre, et conforte également le taux de 10% uniquement de baisse de rendement retenu par le Dr B. _____. De même relèvera-t-on que la crainte de manque de contrôle exprimée par l'assurée quant à son MID (un mouvement involontaire se ferait occasionnellement) n'est pas telle qu'elle l'ait jamais amené à renoncer à conduire. L'on ajoutera que de nombreuses pièces du dossier et notamment les premières appréciations du Dr E. _____ pour l'assurance perte de gain (cf. dos. OAI 411 à 419) évoquent combien le licenciement de l'assuré en décembre 2013 suite à la faillite de l'entreprise dans laquelle il était actif depuis un peu moins de 30 ans avait joué un rôle négatif. Le médecin avait d'ailleurs, le 16 décembre 2013 encore, attesté une capacité de travail de 50% (à l'essai) dès le 10 du même mois. Le 25 mars 2014, le pronostic demeurait plutôt favorable, malgré l'état anxio-dépressif, voire dépressif (reconnu par la famille), réactionnaire soit à l'AVC, soit au licenciement/faillite, ce dernier élément constituant une raison non médicale influençant la capacité de travail, n'ayant évidemment pas simplifié les choses; outre des paresthésies au MIG post AVC, il y a une recrudescence des douleurs à la cheville D, ce qui génère une anxiété pour la suite et influe négativement la thymie. Pour la Cour, cette circonstance du licenciement ne saurait en tout état de cause pas constituer une atteinte à la santé déterminante ici. A noter également la mention par le praticien des diagnostics avec effet sur la capacité de travail de tabagisme et d'hyperlipidémie, sans explication quant à leur influence sur la capacité de gain dont devrait répondre l'AI; et d'état anxio-dépressif réactionnel, pour lequel aucun suivi médical par un spécialiste n'est proposé, ni aucun traitement médicamenteux n'est mis en œuvre, seul un apprentissage de gestion du stress étant suggéré. L'on ajoutera que la seule attestation du médecin traitant, du 13 janvier 2017 (pce 2 du recours), selon laquelle le patient a eu de la peine à accepter son état de santé suite à son AVC et donc a toujours tendance à minimiser ses symptômes, ne saurait nullement enlever tout crédit aux indications données par celui-ci tant à différents médecins qu'à l'occasion de ses stages, indications premières qu'il faut préférer à d'autres ultérieures. En revanche, l'on observera que les limitations fonctionnelles retenues par les experts se superposent quasiment parfaitement à celles indiquées dès le début par le Dr E. _____, et mêmes sont exactement celles qu'il prendra en compte dans son rapport du 21 mars 2016 précité, les faisant ainsi siennes. A noter également que le praticien retient la date du 1er septembre 2014 pour une reprise de l'activité (de 30 à 40%), soit environ un an après l'AVC, à l'instar de ce qu'ont fait les experts, même si à un taux

plus élevé, ce qui infirme aussi la critique du recourant quant à ce point de départ (cf. recours, p. 16 s.; expertise du neurologue, p. 19; lettre de sortie de l'Hôpital

Tribunal cantonal TC Page 13 de 24 universitaire de Berne, du 3 mai 2014, dos. OAI p. 392: du point de vue neurologique, la capacité de travail est donnée; le patient cours, nage, conduit sa voiture).

E. 3.4.2

Avec ses contre-observations du 21 novembre 2017, le recourant a déposé une expertise tri-disciplinaire privée. La Cour observe d'abord que l'assuré fut vu et les rapports d'expertise établis plusieurs mois après le 15 décembre 2016, date de la décision attaquée marquant en principe la fin de la période soumise au pouvoir d'examen de l'Instance de céans. De plus, la synthèse des experts ne comporte aucune indication quant au temps à partir duquel une activité adaptée, respectant les limitations fonctionnelles et le taux qu'ils retiennent, pouvait être exercée. L'on notera cependant que l'expert-psychiatre (p. 20) mentionne à l'instar des premiers experts une exigibilité dès le 1er septembre 2014, moyennant le respect des limitations fonctionnelles orthopédiques, neurologiques et psychologiques. En outre, hormis peut-être dans l'expertise rhumatologique, il n'est pas expliqué (de façon suffisamment motivée) pourquoi il convient de s'écarter des taux retenus par les premiers experts. En outre, s'il était soutenu qu'une péjoration significative par rapport à la situation prise en compte par les premiers experts serait intervenue – mais depuis quand? –, il convenait cas échéant de demander une révision. Cela étant, il est retenu ce qui suit.

E. 3.4.2.1

Dans son rapport du 13 juillet 2017 (pce 11 du recours), le Dr J._____, spécialiste en chirurgie orthopédique et traumatologie de l'appareil locomoteur, pose, avec répercussion sur la capacité de travail (p. 5), les diagnostics de status post arthrose sous astragaliennne, de status post arthrodèse dès juin 2011 et de status post AVC sylvien dès octobre 2013. La cheville et le pied D présentent une arthrose sous-astragaliennne marquée, plus importante au niveau postérieur du pied avec un début d'arthrodèse probable, et une arthrose au niveau de l'astragalo-scaphoïdienne (p. 5). Des p. 7ss, ressortent les limitations fonctionnelles suivantes: alternation des positions assis-debout (sans précision quant à la durée; il est cependant dit qu'il ne peut rester debout plus de 30 min), sans port de charges (ailleurs, l'expert n'exclut pas toute charge, mais préconise uniquement l'absence ou la diminution de celles lourdes, sans plus de précision), sans pratique d'escaliers, échelles, etc., ni position accroupie ou à genoux. Une activité adaptée respectant cela peut être exercée immédiatement et "on pourrait imaginer une reprise à 75%" (p. 9; une incapacité "aux alentours de 25%", p. 13), sans perte de rendement. L'assuré peut (p. 7) marcher une heure à plat, a de la difficulté pour tout ce qui est en hauteur (escaliers, ...), présente un œdème du MDI qui augmente au fur et à mesure du déroulement de la journée, pratique le vélo. L'AVC a provoqué une augmentation des douleurs, une diminution de la dextérité à la marche et des troubles de l'équilibre à la marche (p. 11). Il n'a pas de douleurs en position assise (p. 4). La Cour souligne que ces constatations objectives, limitations exprimées, et indications de l'expertisé sont très largement superposables à celles ressortant des expertises précédentes, singulièrement de celle du rhumatologue – qui lui, précise la charge pouvant être portée, et limite à 15 min, au lieu de 30 min, la position statique debout en piétinement. Ce dernier décrit mieux, pour l'Instance de céans, ses constats lors de l'examen clinique,

notamment quant au pied D (cf. supra), que ne le fait l'expert J. _____ (cf. p. 11). Pour s'écarter du taux de 10% d'incapacité dans une activité adaptée retenu par le rhumatologue, taux qu'il ne critique pas tel quel, pas davantage que les constats sur lesquels ils reposent, l'expert-orthopédiste se borne, dans ses réponses au questionnaire spécifique élaboré par l'assuré, à soutenir que contrairement à lui, l'expert-rhumatologue n'a pas mentionné dans ses diagnostics le status post arthrose sous-astragaliennne (cf. p. 5 et 11 ss), mésestimant

Tribunal cantonal TC Page 14 de 24 probablement, car non orthopédiste, cette atteinte ou ne comprenant pas les conséquence d'une arthrodèse tibio-astragaliennne, savoir que cette articulation étant bloquée, toutes les contraintes vont se reporter au niveau de celle sous-jacente sous-astragaliennne. La Cour ne voit pas en quoi l'expertise d'un chirurgien orthopédiste serait en soi, de principe, supérieure à celle d'un rhumatologue: ce dernier était parfaitement à même de se prononcer sur l'état de santé de l'appareil locomoteur de l'intéressé et ses conséquences sur la capacité de travail, étant rappelé que l'atteinte sous-astragaliennne était présente à tout le moins dès 2008 et que l'arthrodèse est intervenue en juin 2011, qui, selon le Dr J. _____ aussi, a permis de soulager les douleurs et dont l'évolution a été favorable, le patient reprenant le travail trois mois après (cf. p. 3 et 6). Ce qui est déterminant ici, ce n'est pas la question du ou des diagnostics posés, mais de savoir si l'état de santé et ses conséquences sur la capacité de travail ont été posés avec pertinence; or, tel est le cas s'agissant de l'expertise B. _____. Qui n'a nullement ignoré cette atteinte à l'articulation sous-astragaliennne: les troubles dégénératifs sous-astragaliens, notamment au niveau sous-talien postérieur, sont rapportés dans son anamnèse actuelle, p. 3, ce que reconnaît l'expert J. _____, p. 11. Qui admet clairement que l'arthrose de l'articulation sous-astragaliennne n'est pas une atteinte indépendante de l'état (status) après arthrodèse. Or, l'expert B. _____ a bien diagnostiqué cette dernière et il apparaît clairement, puisque sa récupération s'est très bien faite, la capacité de travail étant à cet égard pleine et entière jusqu'à l'AVC à tout le moins, que ce sont bien les conséquences existant après l'arthrodèse, en particulier à l'articulation sous-astragaliennne, qu'il a précisément prises en considération. A défaut, il n'aurait ni mentionné ce diagnostic comme ayant (encore) une répercussion sur la capacité de travail, mais l'aurait fait figurer, à l'instar du status après opération de 2012 au MIG, dans ceux sans cette influence; ni pris en compte une baisse de rendement du fait de l'atteinte à l'appareil locomoteur. Ce que confirme sa phrase, p. 9: "... seule le status après arthrodèse de la cheville droite entraîne un effet incapacitant...". A plusieurs reprises, le premier expert-neurologue indique au demeurant que c'est bien ainsi qu'il a compris l'évaluation du rhumatologue et la prise en compte dans son évaluation. A noter en outre que l'arthrose est souvent liée au vieillissement des articulations, que celle sous-astragaliennne de l'assuré était déjà présente en 2008 (cf. supra; également expertise J. _____, p. 3, relativement au Dr F. _____), et que tant l'accident de 1989 (fracture de l'astragale) que les opérations subies après lui, la dernière en 2011, ont pu influencer (trauma) aussi l'usure, le vieillissement des articulations concernées. Il n'apparaît dès lors aucunement que l'expert parle de l'âge de l'assuré et de la sénescence de ses articulations de façon incongrue (cf. expertise, p. 11; complément, p. 2). L'expert-orthopédiste n'explique pas pourquoi il ajoute un taux de 15% d'incapacité au taux de 10% de baisse de rendement retenu par le Dr B. _____, qu'il ne discute pas plus, et ce malgré des constats médicaux objectifs et des limitations semblables. Pour la Cour, ces 15% reprennent à l'évidence le taux de l'atteinte à l'intégrité selon la LAA pour une arthrodèse sous-astragaliennne cité par l'orthopédiste, arthrodèse qui peut, selon lui, aisément être reliée à une arthrose à cet endroit (cf. p. 14). Pour l'Autorité de céans, cela n'est ni relevant ni admissible ici, en

assurance- invalidité, et surtout aucunement fondé au vu de l'ensemble du dossier. Il se justifie d'autant moins de s'écarter des seuls 10% retenus par le rhumatologue que le Dr J. _____ (cf. p. 9) considère que même dans l'activité habituelle précédente, moyennant adaptation du poste de travail et surtout du type de travail (diminution en grande partie des activités lourdes et en hauteur), et ce malgré une absence de mesures médicales et peu de moyens auxiliaires à proposer (port aux pieds de formes depuis 2011, cf. p. 4), une augmentation

Tribunal cantonal TC Page 15 de 24 du taux d'activité devrait pouvoir intervenir, qu'il ne chiffre pas, se bornant à écrire qu'une reprise à 100% n'est probablement pas envisageable – probablement, mais pas même formellement exclue. Au vu précisément des limitations fonctionnelles qui pouvaient et devaient être respectées antérieurement déjà, et non uniquement dans le cadre d'une future reprise envisageable, le taux d'incapacité de 25% dans une activité adaptée retenu par l'expert-orthopédiste apparaît encore moins pertinent. A noter encore que le bien-fondé de l'expertise B. _____ est également confirmé quant aux douleurs et difficultés de marche (équilibre) que l'assuré indique n'avoir connues qu'après son AVC et que reprend sans guère davantage d'explications ni de précisions quant à leur durée le Dr J. _____: Alors que le premier expert a considéré que cette atteinte n'était pas déterminante pour la capacité de travail du point de vue physique, locomoteur, parlant notamment de péjoration subjective et de troubles de la marche transitoire (p. 11), et sachant les effets très positifs de l'arthrodèse de juin 2011 jusqu'à cet AVC (reprise totale du travail, du sport, et amendement des douleurs), l'on peut encore une fois soutenir que dès septembre 2014, avec une disparition des éventuelles difficultés moteur neurologiques, moyennant le respect des limitations et une diminution de rendement de 10%, l'activité adaptée était exigible à 100%. L'on notera d'ailleurs, outre la possibilité de la marche à plat pendant 1 heure et la conduite de voiture, la pratique du vélo, qui suppose que la problématique neurologique et de l'équilibre a disparu ou à tout le moins n'est plus handicapante. Enfin, il n'y a pas ici à prendre en compte une éventuelle péjoration de la situation future et une arthrodèse de l'articulation sous-astragalienne. On n'est pas en assurance-accidents. En outre, les faits déterminants sont ceux existant lorsque la décision attaquée a été rendue. Enfin, cette intervention n'a pas été réalisée. Il n'y a dès lors aucun motif de substituer l'appréciation du Dr J. _____ à celle du Dr B. _____.

E. 3.4.2.2

Dans son rapport du 16 juillet 2017 (cf. pce 12 du recours), la Dresse K. _____, spécialiste en psychiatrie et psychothérapie d'enfants et d'adolescents, pose (p. 17), avec effet sur la capacité de travail, les diagnostics d'état anxio-dépressif réactionnel (F 34.1X-001), et de syndrome dépressif léger (F32.0), déjà repérés par le médecin traitant E. _____ le 26 juillet 2014; sans effet sur cette capacité, le tabagisme (1 paquet par jour). Les limitations (p. 18) physiques sont principalement d'ordre rhumatologique et neurologique, qui créent sur le plan psychiatrique pur de l'anxiété réactionnelle quand le recourant se trouve en situation de débordement du fait de sa fatigabilité; sur le plan psychique et mental, il y a un syndrome dépressif assez léger, mais s'il est dépassé par un événement stressant, il y a (trouble dépressif de l'adaptation) un sentiment d'oppression permanente et une perte partielle de spontanéité, ainsi qu'une perte de confiance en soi, avec un côté quelque peu désabusé, trouble pouvant limiter pendant une période donnée la capacité de travail en termes d'exécution et de durée de travail; lorsque la pensée est dominée par l'anxiété, la capacité de concentration et la flexibilité intellectuelle sont

entravées, ce qui peut être à l'origine d'erreurs au travail et être démoralisante; sur le plan social, cette sensation d'oppression et de pessimisme peut être l'expression d'une adaptation non optimale à la situation. Une activité adaptée (p. 20 s.) est exigible dès septembre 2014, en tenant compte de ce qu'il n'éprouve pas de difficulté à travailler le matin, mais ressent une grande fatigue et une certaine oppression ainsi qu'une anxiété lorsqu'il remarque un manque de contrôle de son MID, et de ce qu'il se plaint en outre de fatigabilité, le plus souvent en fin de

Tribunal cantonal TC Page 16 de 24 journée et surtout lorsqu'il n'a pas pu faire de sieste post prandiale au dîner. L'activité peut être exercée à 100%, avec un taux de rendement diminué de 10% compte tenu de la réaction psychologique à la gestion de ses problèmes de handicap post AVC et AVP; les gênes chroniques, liées à ceux-ci et différents facteurs cumulés amènent cette diminution du rendement. Du point de vue psychiatrique strict, il est en bonne santé, il n'y a pas trouble psychiatrique sévère, mais par contre il présente une dépression réactionnelle et quelques conduites addictives conjointes. Le côté oppressé et pessimiste observé peut porter atteinte à la capacité de travail exigible (après accident et maladie). Par le passé, des périodes d'anxiété ont été auto-soignées avec alcool et tabac. Depuis 6-8 mois, selon le Dr E. _____, la consommation d'alcool serait en voie de forte amélioration (p. 15). Dans les conclusions consensuelles (cf. infra; p. 11 de celle-ci), il est indiqué qu'il est possible de considérer une amélioration de l'état anxio-dépressif avec le temps, avec la potentialité d'améliorer la capacité de travail très légèrement, mais probablement pas davantage que 5%. Pour la Cour, à nouveau, la situation psychologique de l'intéressé avait été déjà dûment appréciée dans le temps précédent la décision attaquée, singulièrement lors de l'examen neuropsychologique des 7 et 14 septembre 2015. Etant relevé que jusqu'à la décision attaquée, nul diagnostic émanant d'un psychiatre n'avait été posé, et que le recours à tel spécialiste n'avait pas été jugé nécessaire, le médecin traitant ne le proposant notamment pas. En outre, il n'a pas été allégué qu'un changement, une péjoration importants seraient intervenus sur le plan psychique depuis la décision attaquée. L'experte-psychiatre ne remet pas en cause le contenu du rapport du 20 septembre 2015 de la psychologue D. _____ retenu par le premier expert neurologue, mais le cite et le reprend à maints endroits. Elle se borne à relever (cf. p. 17) que la psychologue a surtout mis l'accent sur une symptomatologie anxieuse consécutive à l'AVC et non dépressive franche, et qu'à ce jour, sans autre précision quant au temps de la survenance de cette modification légère, le versant dépressif est plus important, l'état est plus marqué du côté dépression réactionnelle avec sentiment d'oppression et côté désabusé, avec toujours une symptomatologie anxieuse. Il n'est pas interdit de s'interroger quant à une influence toujours réactionnelle (état sur le psychisme de l'AVC et du licenciement de 2013), mentionnée dès mars 2014, chez un assuré ayant depuis effectué sans interruption rapportée des stages et repris une activité professionnelle; la survenance d'une certaine réaction négative à la décision entreprise ne paraît pas exclue (cf. p. 20: besoin d'une base sécurisée de la part des assurances, et p. 14: le litige avec l'OAI semble l'inquiéter beaucoup; p. 16: inquiétude financière du fait de la décision, ce alors que sa compagne connaît depuis quelque temps des difficultés à trouver un emploi, cf. p. 11; l'assuré a en outre été vu par le psychiatre plusieurs mois après la décision attaquée et le recours déposé). En d'autres termes, s'il est admissible que la survenance de l'AVC jointe, deux mois plus tard, à un licenciement pour cause de faillite de l'entreprise dans laquelle il était actif depuis 28 ans, a pu – à l'instar de la décision attaquée –, de façon réactionnelle, influencer le psychisme de l'assuré, pour autant, il n'y a pas d'éléments pour considérer que cela a une intensité et une durabilité ayant valeur

de maladie couverte par l'assurance-invalidité. Au demeurant, les plaintes de l'assuré, l'examen et les constatations objectives cliniques permettent (cf. p. 14 et 17) de confirmer l'absence de syndrome dépressif franc; il n'y a pas de fatigue physique ou psychique excessive et permanente, etc., ni d'élément de stress post traumatique (PTSD; pas de trouble du sommeil, etc.). S'il indique supporter mal le bruit et ne pas apprécier de

Tribunal cantonal TC Page 17 de 24 converser avec plus d'une personne à la fois (cf. p. 14; pour l'experte, peut-être en lien avec les troubles post AVC), l'aspect social et des intérêts sont conservés (il est toujours dans une relation stable, n'évite pas certains lieux, continue de faire des vitraux chez lui, etc.; cf. p. 11 et 14). L'état de santé psychique, les difficultés que peut rencontrer (parfois) l'assuré, telles un sentiment d'oppression et un côté morose (cf. p. 14), ne constituent pas une atteinte à la santé durable et significative ayant valeur de maladie invalidante et influant de manière déterminante la capacité de travail, et donc de gain, au sens de l'assurance-invalidité. Ces éléments ont, en tout état de cause, suffisamment été appréciés par la psychologue et intégrés par l'expert neurologue C. _____; il n'y a dès lors pas lieu de prendre en compte en sus la perte de rendement de 10% retenue par la psychiatre. Ce d'autant moins que celle-ci admet qu'"[e]n définitive, sur le plan psychiatrique strict, il n'y rien à dire hormis quelques comportements addictifs en rapport avec un terrain anxio- dépressif réactionnel" (p. 15), savoir une consommation d'alcool, toujours présente malgré une amélioration alléguée (l'assuré "s'alcoolise beaucoup moins" depuis qu'il a une avocate, cf. p. 17) et un tabagisme (en augmentation). Or, l'effet que ces addictions sont susceptibles d'avoir, par exemple sur l'intolérance globale à l'effort en fin de journée et la fatigue occasionnellement ressentie alléguées, surtout s'il n'a pas fait de sieste post prandiale (cf. p. 13 et 20), n'a clairement pas valeur de maladie dont devrait répondre l'assurance-invalidité, étant relevé en sus que la consommation d'alcool n'est pas mentionnée dans les diagnostics de la psychiatre et que rien ne permet de retenir un aspect primaire de la dépendance. En outre, il importe ici d'examiner l'état de santé et son influence sur la capacité de travail avérée, non de prendre en compte d'hypothétiques péjorations futures (cf. p. 16 s.). Enfin, il est souligné l'absence de tout traitement médicamenteux et de tout suivi spécialisé, la psychiatre se limitant à dire qu'une psychothérapie permettrait de limiter les maux par les mots, de faire travail d'acceptation du handicap et de prévention de santé (p. 21). Or, conformément au principe de l'obligation de diminuer le dommage, qui prime notamment le droit à la rente, ce suivi, dans la mesure où il était/est nécessaire, aurait dû alors intervenir déjà auparavant. Selon la synthèse de l'expertise (cf. infra; p. 11), cela aurait permis une amélioration de l'état anxio-dépressif avec le temps induisant une amélioration probable de la capacité de travail sur le plan global, soit aussi neurologique/psychologique et orthopédique, de 5%. Pour ce motif aussi, le taux de 10% de baisse de rendement mentionné par la psychiatre ne saurait être admis. L'expertise ne justifie pas de s'écarter des taux des expertises pris en compte par la décision attaquée. Au reste, après avoir mis en exergue l'importance d'une atteinte psychique dans le recours, l'intéressé, dans son ultime détermination du 24 mai 2018, p. 2 et 5, soutient, en se fondant sur les conclusions consensuelles de l'expertise privée, qu'"elle a en fait une portée marginale, ne joue pratiquement aucun rôle", l'incapacité relevant surtout des aspects orthopédiques et neurologiques/neuropsychologiques. Le recourant rejoint ainsi la conception médicale à la base de la décision attaquée.

E. 3.4.2.3

Dans son rapport du 8 août 2017, le Dr L. _____, spécialiste en neurologie, pose sur le plan neurologique, avec répercussion sur la capacité de travail (p. 8), le diagnostic d'infarctus cérébral sylvien gauche sur occlusion sylvienne en 2013, avec hémisyndrome droit séquellaire à prédominance sensitive et troubles cognitifs séquellaires discrets à prédominance exécutive- attentionnelle, hémisyndrome qui limite les capacités de motilité fine, malgré l'absence d'atteinte motrice réellement significative au niveau du MID; cela a néanmoins une importance dans le cadre de l'activité de petite manutention mécanique et d'entretien que le patient effectue actuellement. L'atteinte cognitive est également limitante par rapport au rendement, avec un syndrome de

Tribunal cantonal TC Page 18 de 24 fatigue cérébrale séquellaire. Il n'y a pas d'autre limitation. L'atteinte de la motilité fine de la main droite associée aux troubles cognitifs attentionnels-exécutifs discrets et au syndrome de fatigue limite de 30% tant l'ancienne activité que la nouvelle au plan neurologique pur, ce qui inclut tout aspect de diminution de rendement, à condition que l'activité reste groupée sur les matinées, en raison de l'apparition du syndrome de fatigue en cours de journée. La capacité de travail résiduelle est ainsi de 70% en groupage horaire continu ("sur 5 matinées étendues", p. 9) à partir du début de la matinée. Depuis l'AVC de 2013, il y a eu une amélioration progressive, constatée notamment par l'amélioration du bilan neuropsychologique actuel. Le patient paraît bien adapté à sa nouvelle activité. Une autre activité ne serait pas exigible dans la mesure où les difficultés de manipulation de la main droite ainsi que ses troubles attentionnels-dysexécutifs se manifesteront de la même manière. La Cour relève d'abord que c'est bien au seul médecin neurologue qu'il est revenu de poser les diagnostics, les limitations fonctionnelles, les taux d'incapacité et de baisse de rendement, et, surtout, de décrire l'état de santé et ses effets sur la capacité de travail déterminants, ce en appréciant et intégrant dans son analyse les résultats de l'examen neuropsychologique qu'il a mené. La critique du recourant selon laquelle, en substance, les atteintes et les taux décrits par la psychologue (non médecin) lors de la première expertise neurologique représentaient une atteinte (déterminante) supplémentaire à celle purement neurologique est sans pertinence pour ce motif aussi. Les taux retenus au plan neurologique pur dans cette nouvelle expertise n'emportent nullement la conviction de la Cour et ne sauraient être préférés à ceux figurant dans la première expertise. A maints endroits, les atteintes décrites sont qualifiées de (très) légères, peu importantes, ou une absence de toute problématique est relevée (cf., par exemple, p. 4: discrète boiterie, attribuée par le patient à son AVC, et qui n'influence pas le test stabilisation posturale et d'équilibration; force motrice des membres conservée hormis pour les mouvements de flexion-extension des pieds, où discrète parésie de 10 à 15%, pas de mouvement anormal, etc.; p. 7: quelques difficultés légères exécutives, mnésiques et attentionnelles, dont certaines compatibles avec le niveau d'acquisition scolaire et donc non pertinentes ici). De surcroît, les troubles cognitifs se sont manifestement encore améliorés, conformément à ce qu'attendu, depuis l'évaluation de la psychologue et du premier neurologue (cf. p. 8 et 11). Si l'on ajoute à cela des constats objectifs très largement superposables à ceux du premier expert, notamment le fait que l'atteinte (légère, discrète) est surtout sensitive, la motricité n'étant quasiment pas affectée (cf. p. 8), on ne saurait suivre le second expert et retenir une perte de rendement plutôt conséquente de 30%, soit 10% de plus que ce qu'avait retenu "au maximum" le premier expert. L'on ne voit pas au demeurant pas comment ce taux de 70% de capacité, soit plus de 5h30 par jour, pourrait être exécuté en groupage horaire continu à partir du début de la matinée (cf. p. 8) sans que cela influe négativement sur le sentiment de fatigue (syndrome de fatigue en cours de journée)

allégué. Une pause de midi, avec cas échéant une sieste d'une vingtaine de minutes – de sucoût, le domicile et le village où l'assuré exerce son activité actuelle sont les-mêmes –, paraît bien plus favorable à l'assuré à cet égard, permettant bien l'exercice d'une activité à plein temps. Si à cet égard, parce qu'il travaillerait l'après-midi aussi, l'assuré devait effectivement sortir davantage la voiture et monter des escaliers, ce qui lui serait très pénible (cf. expertise psychiatrique, p. 12), cela ne paraît pas un obstacle insurmontable et devant être pris en compte ici.

E. 3.4.2.4

Selon les conclusions consensuelles globales de l'expertise privée tridisciplinaire (cf. p. 10 s.), les limitations incluent l'hémisyndrome séquellaire à prédominance sensitive au niveau de

Tribunal cantonal TC Page 19 de 24 l'hémicorps droit, avec une diminution de la motricité fine et des troubles neuropsychologiques séquellaires à prédominance exécutif-attentionnel, un état anxio-dépressif, et des séquelles d'arthrodèse de l'articulation tibio-astragaliennne avec incapacité à s'accroupir, s'agenouiller, monter les escaliers, les échafaudages ou les échelles (ce dernier point depuis 2011, date de l'arthrodèse), et induisent, en tenant compte de leur superposition, une incapacité de 50% dans une activité adaptée, qui doit se faire en horaire continu du fait de l'installation du syndrome de fatigue d'origine cérébrale post-AVC (pas d'activité l'après-midi, siestes obligées, travaux privés/loisirs réduits au minimum). La Cour ne fera pas siennes ces conclusions, ce pour toutes les raisons exposées plus haut, dont le fait que la persistance objective et déterminante au sens de l'assurance-invalidité d'une atteinte physique (rhumatologique, orthopédique) au MID découlant de l'AVC de 2013 doit être accueillie avec circonspection, vu la (très) faible atteinte à la motricité demeurant. On ajoutera que non seulement les indications données par l'assuré, dont le déroulement d'une journée (p. 4: après une sieste, balade ou commission, que peu de ménage, mais parfois la cuisine le week-end, atelier privé de vitraux), mais aussi l'exercice, dans les faits, depuis décembre 2016 déjà d'une activité salariée à plus de 50%, à savoir à 60% (cf. not. expertise psychiatrique, p. 12: taux "parfait" selon l'intéressé et qu'il cherche toujours à avoir en 2017; feuilles du chômage et dernier contrat, pces 17 et 13; dans la synthèse des expertises, p. 10, l'on se borne à dire que l'activité actuelle à ce taux paraît tout à fait "limite"), ne permettent pas non plus de substituer ces conclusions à celles des experts précédents. De plus, contrairement à ce qui paraît être retenu (p. 9), l'on rappellera que si l'activité actuelle d'aide monteur en ventilation (cf. contrat), dans les domaines du montage, de la petite mécanique et de l'entretien – pour une entreprise active dans l'assainissement et la récupération d'énergie (cf. site Internet) –, soit, en définitive, une activité avec nombre de points de ressemblance avec celle habituelle antérieure, dont la poursuite était jugée inappropriée notamment par l'expert B. _____ (cf. pces précitées et celles de l'ancien employeur, dos. OAI 409 et 419 s.), parce que, par exemple, elle ne serait pas assez sédentaire, trop en position debout, solliciterait (trop) la motilité fine, impliquerait trop de port de charges, etc., alors, elle n'est pas adaptée au sens de l'assurance-invalidité. Il est toutefois en ce cas attendu de l'assuré qu'il en change pour une autre respectant strictement ces limites, les taux d'activité et de rendement préconisés, et permettant l'acquisition d'un salaire d'invalidé conforme à ces éléments et taux (cf. infra).

E. 3.5

Les conclusions quant à la capacité de travail (taux moyen de 45%) que déduit le recourant de sa lecture des rapports de stage sont sans pertinence ici. D'abord, il ne saurait rien tirer du fait que les premiers stages furent exécutés à titre de mesure de réinsertion. Celles-ci font partie de celles de réadaptation (cf. art. 8a LAI), et le Tribunal fédéral a rappelé plusieurs fois (cf. ATF 145 V 2) que cette dernière primait sur l'octroi d'une rente. Que des mesures de réinsertion et d'ordre professionnel aient été mise rapidement (précocement) en œuvre, conformément au devoir de l'OAI, n'empêchait nullement les experts de se prononcer de façon objective et probante sur la capacité de travail et de retenir qu'elle existait telle que décrite dès septembre 2014, début des mesures. Ensuite, s'agissant toujours de la capacité de travail de l'assuré, il revenait bien aux médecins, singulièrement auxdits experts, de la fixer. Et leurs appréciations, comme le veut le principe, prévalent à celles faites par les organes d'observation professionnelle. D'autant plus ici que les stages furent effectués aux taux arrêtés, de façon non concluante pour la Cour, par le médecin traitant (hormis un temps à 70%), et que les appréciations (positives) des organes précités ne divergent pas sensiblement de celles des experts et ne sauraient en tout état de cause

Tribunal cantonal TC Page 20 de 24 justifier leur remise en cause. Ainsi, il ressort des rapports du CEPAL, des 9 décembre 2014,

E. 6

mars 2015 et 7 juin 2015, que l'intéressé ne fut jamais absent de façon injustifiée, même une heure, mais au contraire présent davantage que dû, d'une part, et que les différentes pièces relatives aux stages en entreprise, pendant lesquels, en sus, l'assuré indiqua avoir essentiellement fait des travaux debout, ne relatent que deux absences de deux heures chacune environ, la première due à la fatigue en cours de période d'adaptation au début du stage, la seconde, à une douleur à la jambe, peut être liée à l'activité menée alors (monter un chariot d'outils; problème de position?) soignée avec un M. _____, et qui n'est pas revenue, l'activité étant reprise dès le lendemain (cf. dos. OAI 277, 322 et 338; dos. OAI 181 à 205; complément d'expertise, p. 1s.). 4. 4.1. Pour fixer le revenu sans invalidité, il faut établir ce que la personne assurée aurait, au degré de la vraisemblance prépondérante, réellement pu obtenir au moment déterminant s'il n'était pas invalide. Le revenu sans invalidité doit être évalué de la manière la plus concrète possible, c'est pourquoi il se déduit en principe du salaire réalisé en dernier lieu par la personne assurée avant l'atteinte à la santé, en tenant compte de l'évolution des salaires. Ce n'est qu'en présence de circonstances particulières qu'il peut se justifier qu'on s'en écarte et qu'on recoure aux données statistiques résultant de l'Enquête suisse sur la structure des salaires (ESS) éditée par l'Office fédéral de la statistique. Tel sera le cas lorsque l'on ne dispose d'aucun renseignement au sujet de la dernière activité professionnelle de la personne assurée, ou si le dernier salaire que celle-ci a perçu ne correspond manifestement pas à ce qu'il aurait été en mesure de réaliser, selon toute vraisemblance, en tant que personne valide; par exemple, lorsqu'avant d'être reconnu définitivement incapable de travailler, la personne assurée était au chômage, ou rencontrait déjà des difficultés professionnelles en raison d'une dégradation progressive de son état de santé, ou encore percevait une rémunération inférieure aux normes de salaire usuelles. On peut également songer à la situation dans laquelle le poste de travail de la personne assurée avant la survenance de l'atteinte à la santé n'existe plus au moment déterminant de l'évaluation de l'invalidité (cf. arrêt TF 9C_416/2010 du 26 janvier 2011 consid. 3.2 et les réf.). Pour la Cour de céans, une disparition du poste de travail avant le moment déterminant de l'évaluation de l'invalidité du fait d'une faillite de l'employeur constitue un

tel motif étranger à l'invalidité justifiant le recours aux salaires statistiques (cf. arrêts TF 9C_329/2014 du 1er juillet 2014 consid. 5.3; 9C_501/2013 du 28 novembre 2013 consid. 4.2 et 4.3.2; en assurance- accidents: 8C_741/2016 du 3 mars 2017 consid. 6 et les ref.; 8C_526/2014 du 10 novembre 2014 consid. 3.2; 8C_255/2017 du 18 décembre 2017 consid. 5.1; 8C_462/2014 du 18 novembre 2014 consid. 5.1; cette jurisprudence doit être préférée à celle de l'arrêt 9C_238/2008 du 5 janvier 2009 consid. 4.1, antérieure et qui ne fut pas citée par le Tribunal fédéral par la suite; VALTERIO, Commentaire de la loi fédérale sur l'assurance-invalidité [LAI], 2018, art. 28a LAI n. 45). En l'espèce, l'AVC de l'assuré est survenu le 22 octobre 2013. Un peu plus d'un mois et demi après, le 9 décembre 2013, toujours en incapacité de travail, il a été licencié suite à la faillite de l'entreprise pour laquelle il travaillait. Le poste de travail qu'il occupait avant la survenance de l'atteinte à la santé n'existant plus au moment déterminant de l'évaluation de l'invalidité, il y a lieu de recourir aux données statistiques de l'ESS 2014. Ne sont dès lors pertinents ni le salaire moyen réalisé de 2005 à 2010, ni ceux donnés par les entreprises locales interrogées par la mandataire. 4.2. Si les parties s'accordent, au cas où il devait bien être recouru aux salaires ESS, pour se référer au tableau TA1_tirage_skill_level, Total, et peuvent être suivies à cet égard, elles divergent

Tribunal cantonal TC Page 21 de 24 quant au niveau de compétences à prendre en considération: L'OAI, se fondant sur un rapport sur la réadaptation professionnelle du 11 juillet 2017, retient le niveau de compétences 2, le recourant, celui 3. La version 2012 de l'ESS a introduit quatre niveaux de compétences définis en fonction du type de travail, de la formation nécessaire à la pratique de la profession et de l'expérience professionnelle (MOSER-SZELESS, in Commentaire romand, Loi sur la partie générale des assurances sociales, 2018, art. 16 LPG n. 35). Le niveau 1 est désormais le plus bas et correspond aux tâches physiques et manuelles simples, tandis que le niveau 4 est le plus élevé et regroupe les professions qui exigent une capacité à résoudre des problèmes complexes et à prendre des décisions fondées sur un vaste ensemble de connaissances théoriques et factuelles dans un domaine spécialisé (on y trouve par exemple les directeurs/trices, les cadres de direction et les gérant[e]s, ainsi que les professions intellectuelles et scientifiques). Entre ces deux extrêmes figurent les professions dites intermédiaires (niveaux 3 et 2). Le niveau 3 implique des tâches pratiques complexes qui nécessitent un vaste ensemble de connaissances dans un domaine spécialisé (notamment les techniciens, les superviseurs, les courtiers ou encore le personnel infirmier). Le niveau 2 réfère aux tâches pratiques telles que la vente, les soins, le traitement des données, les tâches administratives, l'utilisation de machines et d'appareils électroniques, les services de sécurité et la conduite de véhicules (voir les pages 11 et 12 de l'ESS 2012 consultable sur le site internet de l'OFS). L'accent est donc mis sur le type de tâches que l'assuré est susceptible d'assumer en fonction de ses qualifications mais pas sur les qualifications en elles-mêmes (cf. arrêt TF 8C_46/2018 du 11 janvier 2019 consid. 4.4 et la réf.; 9C_901/2017 du 28 mai 2018 consid. 3.3). En l'espèce, la Cour retient ceci: L'assuré a un CFC de serrurier et a été engagé à ce titre par l'employeur pour lequel il travaillera pendant plus de 27 ans. Toutefois, il a en réalité été intégré à l'atelier des énergies et s'occupera de son exploitation, de l'entretien et des modifications des installations d'énergie, de production de chaleur et de vapeur, de chauffage, climatisation et ventilation, de traitement des eaux, de production et de distribution d'air comprimé et de gaz techniques. Il s'est en outre spécialisé dans le montage d'installations en plastique et dans la révision de moteurs, pompes et ventilateurs. Depuis 2004, l'assuré était en sus remplaçant du chef du groupe énergies, organisant et supervisant, durant l'absence de celui-ci les travaux de ses

collègues pour assurer le bon fonctionnement des installations et garantir la fourniture du site en énergies. L'assuré peut dès lors se prévaloir d'avoir accompli des tâches pratiques complexes qui nécessitent un vaste ensemble de connaissances dans un domaine spécifique. Quand bien même il n'a pas obtenu les diplômes y relatifs, sont toutefois désormais pertinentes pour déterminer le niveau de compétences selon les salaires statistiques depuis 2012, bien plus la nature des tâches réalisées dans un domaine technique spécialisé et les capacités à les réaliser. Le recourant était manifestement susceptible d'assumer les tâches décrites, comme il l'a démontré à son employeur qui l'a gardé auprès de lui tout au long de 27 années. En outre, depuis 2004, il a suppléé son chef en son absence, ceci illustrant ses capacités à assumer des responsabilités et à prendre des décisions pour mener une équipe. Dans ces circonstances, en raison de la nature spécifiques des tâches accomplies et des responsabilités assumées par le recourant mais surtout au vu de sa très longue expérience en la matière, c'est le niveau 3 des compétences de l'ESS qui doit servir ici à fixer son revenu de valide. On doit admettre que, sur un marché équilibré du travail, il aurait en

Tribunal cantonal TC Page 22 de 24 effet pu faire bénéficier un nouvel employeur de ses vastes connaissances et expériences techniques spécifiques en la matière et réaliser un salaire en conséquence. Au vu de tout ce qui précède, le salaire de valide, déterminé selon l'ESS 2014 TA1_tirage_skill_level, Total, niveau de compétences 3, s'élève à CHF 89'884.35 (CHF 7'185.-; par rapport à 41.7 heures de durée moyenne; x 12). 4.3. Pour le salaire d'invalidé, la Cour partira du revenu annuel à 100% déterminant pour 2014 (cf. recours, p. 33; contre-observations, p. 17) selon le tableau TA1_skill_level_2014, niveau 1, Total (et non secteur 2, production, comme indiqué dans la décision attaquée, mais avec, pour le montant et la durée hebdomadaire du travail, bien la référence au Total), et déduira de ce salaire statistique 30%, pour tenir compte d'une baisse de rendement, conformément à la capacité de travail qu'elle retient. Tout montant inférieur à ce 70% du salaire statistique ne peut être admis; il signifierait que l'assuré n'exploite pas entièrement sa capacité de travail résiduelle et/ou de façon non adaptée à ses limitations fonctionnelles. Sont dès lors sans pertinence ici toute l'argumentation (cf. not. contre-observations p. 17ss) du recourant relative à une réduction de 50% du salaire d'invalidé fondée sur les conclusions d'expertises postérieures à la décision attaquée, non probantes et ne devant pas être substituées à celles des premiers experts. Il en va de même des développements sur le salaire social de 10% que percevrait l'assuré dans son activité à 60% depuis avril 2017 – pour autant que cette question entre dans l'objet de la contestation soumise à l'Autorité de céans –, de la conclusion qu'il fonde sur l'art. 88a al. 1 RAI (cf. contre-observations p. 19) et tendant à l'octroi de $\frac{3}{4}$ de rente, au lieu d'une rente entière, dès le 30 juin 2017. 4.4. S'agissant de l'abattement sur le salaire statistique, que le recourant demande d'être de 20% au lieu des 10% figurant dans la décision attaquée, motivation prise qu'il ne pourrait exercer qu'une activité légère, avec des limitations physiques retenues par les premiers experts déjà nombreuses en soi et des troubles neuropsychologiques susceptibles de "retenir" un employeur, qu'il ne pourra travailler qu'à temps partiel, avec un rendement réduit, et de son âge de 56 ans, ceci: Le montant du salaire ressortant des données statistiques peut être réduit en fonction des empêchements propres à la personne de l'invalidé. Toutefois, de telles déductions ne doivent pas être effectuées de manière schématique, mais tenir compte de l'ensemble des circonstances du cas particulier. Par ailleurs, il n'y a pas lieu de procéder à des déductions distinctes pour chacun des facteurs entrant en considération comme les limitations liées au handicap, l'âge, les années de service, la nationalité ou la catégorie de permis de séjour, ou encore le taux d'occupation. Il faut bien plutôt procéder à une

évaluation globale, dans les limites du pouvoir d'appréciation, des effets de ces facteurs sur le revenu d'invalidé, compte tenu de l'ensemble des circonstances du cas concret. Enfin, on ne peut procéder à une déduction globale supérieure à 25%, qui permet de tenir compte des différents éléments qui peuvent influencer le revenu d'une activité lucrative (cf. ATF 126 V 75 consid. 5b/aa-cc). L'administration doit motiver brièvement la déduction opérée. Quant au juge, il ne peut, sans motif pertinent, lui substituer son appréciation (arrêt TF I 724/02 du 10 janvier 2003; ATF 126 V 75). En effet, le pouvoir d'examen de l'autorité judiciaire de première instance n'est pas limité dans ce contexte à la violation du droit mais s'étend à l'opportunité de la décision administrative. En ce qui concerne l'opportunité de la décision en cause, l'examen porte sur le point de savoir si une autre

Tribunal cantonal TC Page 23 de 24 solution que celle que l'autorité, dans un cas concret, a adoptée dans le cadre de son pouvoir d'appréciation et en respectant les principes généraux du droit, n'aurait pas été plus judicieuse quant à son résultat. A cet égard, le juge des assurances sociales doit s'appuyer sur des circonstances de nature à faire apparaître sa propre appréciation comme la mieux appropriée (arrêt TF 8C_227/2017 du 17 mai 2018 consid. 3.3). Par ailleurs, les critères d'abattement ne sauraient être utilisés à plusieurs reprises. Ainsi, lorsqu'une baisse de rendement en raison des limitations fonctionnelles de l'assuré est médicalement reconnue lors de la fixation de son revenu de base d'invalidité, ce dernier ne peut, sous l'angle du taux d'abattement, se voir une nouvelle fois diminuer pour cette même raison (arrêt TF 8C_490/2011 précité consid. 4.2). En l'espèce, l'assuré est capable de travailler à plein temps dans une activité adaptée, mais avec une baisse de rendement totale de 30%. Toutes les circonstances et les difficultés déterminantes, en lien avec les limitations fonctionnelles qui doivent être respectées, ont déjà été prises en considération dans l'évaluation de la capacité de travail résiduelle par les premiers experts, fondant cette diminution du rendement de 30%. Elles ne peuvent en sus justifier un abattement salarial, ce qui équivaldrait à prendre, de façon non admissible, en considération les mêmes facteurs deux fois, et ce alors que les (premiers) experts n'ont clairement pas retenu que l'intéressé connaîtrait encore une perte de rendement dans cette capacité de travail résiduelle, dans ces 70% auxquels elle équivaut (cf. arrêts TF 8C_878/2014 du 27 janvier 2015 consid. 5.2.5; 8C_498/2012 du 6 septembre 2012 consid. 3.1; 9C_759/2018 du 18 février 2019 consid. 3; 8C_84/2018 du 1er février 2019 consid. 6.3 et les références). On relèvera en outre que les difficultés en lien avec les limitations fonctionnelles et la diminution de rendement en résultant n'ont pas un caractère exceptionnel et n'empêchent pas l'accès à tout un panel d'activités adaptées (légères), moyennant qu'elles évitent au maximum les déplacements, surtout en terrain irrégulier, etc., telles qu'on en retrouve dans le niveau 1 (activités simples et répétitives) des salaires statistiques. De plus, aucun empêchement supplémentaire ne peut être mis en évidence. L'âge de 55 ans au moment des expertises n'est de loin pas celui qu'admet le Tribunal fédéral pour en tenir compte de quelque manière que ce soit, en particulier en lien avec le revenu d'invalidé. Si le taux d'activité réduit donne droit à un abattement, cela étant, en réduisant de 10% le salaire statistique, l'OAI en a largement tenu compte, dès lors qu'on ne voit pas quel autre motif pourrait justifier une réduction supplémentaire. En particulier, la prise en compte d'un abattement (de 5%) lié aux années de service ne se justifie pas dans le cadre du choix du niveau de compétences 1 de l'ESS 2014, l'influence de la durée de service sur le salaire étant peu importante dans cette catégorie d'emplois qui ne nécessitent ni formation ni expérience professionnelle spécifique (cf. arrêts TF 9C_611/2013 du 11 février 2014 consid. 3.2.2; 8C_103/2018 du 25 juillet 2018 consid. 5.2). Au demeurant, l'on

observera que, depuis la fin décembre 2016, l'assuré a de fait exercé des activités professionnelles auprès de deux employeurs différents et que les salaires obtenus, sans discuter ici du prétendu salaire social actuel, n'apparaissent pas, de prime abord, témoigner d'un désavantage salarial. Aucune réduction supplémentaire ne sera dès lors consentie. 4.5. Au vu de tout ce qui précède, le calcul du degré d'invalidité s'opère ainsi: Le salaire de valide est de CHF 89'884.35.-. Le salaire d'invalidé, de CHF 41'865.50 (Tableau TA1, tirage_skill_level 2014, Total, niveau 1, Hommes: CHF 5'312.-; par rapport à une durée de 41.7h et $\times 12 = \text{CHF } 66'453.10$. Diminués de 30%, puis de 10%). Le degré d'invalidité s'élève à 53.42 %, ouvrant bien le droit à une demi-rente.

Tribunal cantonal TC Page 24 de 24 5. Il s'ensuit que la décision attaquée doit être confirmée, et le recours, rejeté. La procédure n'étant pas gratuite, les frais de justice, fixés à CHF 800.-, doivent être mis à la charge du recourant, qui succombe. Ils seront prélevés sur son avance de frais d'un même montant. Il ne sera pas alloué de dépens. la Cour arrête : I. Le recours est rejeté. II. Les frais de procédure, fixés à CHF 800.-, sont mis à la charge du recourant et seront prélevés sur son avance de frais, d'un même montant. III. Il n'est pas alloué de dépens. IV. Notification, Un recours en matière de droit public peut être déposé auprès du Tribunal fédéral contre le présent jugement dans un délai de 30 jours dès sa notification. Ce délai ne peut pas être prolongé. Le mémoire de recours sera adressé, en trois exemplaires, au Tribunal fédéral, Schweizerhofquai 6, 6004 Lucerne. Il doit indiquer les conclusions, les motifs et les moyens de preuve et être signé. Les motifs doivent exposer succinctement en quoi le jugement attaqué viole le droit. Les moyens de preuve en possession du (de la) recourant(e) doivent être joints au mémoire de même qu'une copie du jugement, avec l'enveloppe qui le contenait. La procédure devant le Tribunal fédéral n'est en principe pas gratuite. Fribourg, le 9 juillet 2019/djo Le Président : Le Greffier-rapporteur :

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