

# FR\_GERICHTE 608 2019 334 vom 18. Mai 2020

FR Kantonsgericht, 2020-05-18, DE

Quelle: [https://mcp.opencaselaw.ch/entscheid/fr\\_gerichte\\_608\\_2019\\_334](https://mcp.opencaselaw.ch/entscheid/fr_gerichte_608_2019_334)

FR: FR\_GERICHTE 608 2019 334 du 18 mai 2020

IT: FR\_GERICHTE 608 2019 334 del 18 maggio 2020

## 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 auprès de l'autorité judiciaire compétente à raison du lieu ainsi que de la matière par un recourant dûment représenté et directement atteint par la décision querellée et ayant dès lors un intérêt digne de protection à ce que celle-ci soit, cas échéant, annulée ou modifiée, le recours est recevable.

### E. 2

Dans son recours, le recourant a invoqué une violation de son droit d'être entendu, en faisant valoir que la décision de l'autorité intimée n'apportait aucune motivation convaincante quant au salaire statistique d'invalide choisi – soit la branche économique et le niveau de qualification – et à la diminution de rendement retenue. Tribunal cantonal TC Page 4 de 15 Ce grief doit être examiné à titre liminaire dans la mesure où, s'il devait recevoir une réponse positive, il scellerait le sort du présent litige.

### E. 2.1

Aux termes de l'art. 42 1ère phrase de la loi du 6 octobre 2000 sur la partie générale du droit des assurances sociales (LPGA; RS 830.1), applicable par le renvoi de l'art. 1 al. 1 de la loi du 19 juin 1959 sur l'assurance invalidité (LAI; RS 831.20), les parties ont le droit d'être entendues. La jurisprudence a déduit du droit d'être entendu, en particulier, le droit pour le justiciable de s'expliquer avant qu'une décision ne soit prise à son détriment, celui de fournir des preuves quant aux faits de nature à influencer sur le sort de la décision, celui d'avoir accès au dossier, celui de participer à l'administration des preuves, d'en prendre connaissance et de se déterminer à leur propos (ATF 135 II 286 consid. 5.1 et les références citées). En matière d'assurance-invalidité, la procédure de préavis de l'art. 73ter du règlement du 17 janvier 1961 sur l'assurance-invalidité (RAI; RS 831.201), concrétise ces garanties de rang constitutionnel lors de la phase de l'instruction de la demande (cf. ATF 124 V 180 consid. 1c; 131 V 35 consid. 4.2). La jurisprudence a déduit du droit d'être entendu le devoir pour une autorité ou un juge de motiver sa décision, afin que le justiciable puisse la comprendre, la contester utilement s'il y a lieu et exercer son droit de recours à bon escient (ATF 129 I 232 consid. 3.2; arrêt TF 9C\_449/2007 du 28 juillet 2008 consid. 2.1). Pour répondre à ces exigences, l'autorité ou le juge doit mentionner, au moins brièvement, les motifs qui l'ont guidé et sur lesquels il a fondé sa décision, de manière à ce que l'intéressé puisse se rendre compte de la portée de celle-ci et l'attaquer en connaissance de cause. Il n'a toutefois pas l'obligation d'exposer et de discuter tous les faits, moyens de preuve et griefs invoqués par les parties, mais peut au contraire se limiter à l'examen des questions décisives pour l'issue

du litige (ATF 134 I 83 consid. 4.1 et les références citées). Dès lors que l'on peut discerner les motifs qui ont guidé la décision de l'autorité, le droit à une décision motivée est respecté même si la motivation présentée est erronée. La motivation peut d'ailleurs être implicite et résulter des différents considérants de la décision (arrêt TF 2C\_23/2009 du 25 mai 2009 consid. 3.1, in: RDAF 2009 II p. 434). En revanche, une autorité ou un juge se rend coupable d'un déni de justice formel si elle ou il omet de se prononcer sur des griefs qui présentent une certaine pertinence ou de prendre en considération des allégués et arguments importants pour la décision à rendre (cf. ATF 133 III 235 consid. 5.2; 126 I 97 consid. 2b; 125 III 440 consid. 2a; cf. également arrêt TF 9C\_179/2015 du 22 septembre 2015 consid. 3.1).

## **E. 2.2**

En ce qui concerne la diminution de rendement, qui résulte d'une appréciation médicale, il sied de noter que le droit d'obtenir une décision motivée n'oblige pas l'autorité à mentionner tous les rapports et certificats produits dans le cadre de l'instruction. La motivation de la décision portée céans permet de comprendre les éléments médicaux qui ont été retenus et pourquoi ils l'ont été: En effet, l'autorité intimée a notamment précisé s'appuyer sur les rapports d'expertise produits et sur les lignes directrices de l'Association Suisse de Neuropsychologie qui y sont citées, ainsi qu'avoir préféré les appréciations de l'expert à celle du Dr F. \_\_\_\_\_ qu'elle a qualifiée de subjective. Elle a ainsi retenu, au regard des limitations fonctionnelles présentées par le recourant, une diminution de rendement de 30% dans une activité adaptée. S'agissant de cette dernière, elle a implicitement considéré que le recourant pouvait exercer un certain panel d'activités professionnelles qualifiées, puisqu'elle a retenu le salaire statistique total, pour les hommes, de niveau 2. Contrairement à ce qu'il soutient, le recourant disposait donc de suffisamment d'informations pour contester utilement la diminution de rendement et la catégorie d'activités retenues (cf. arrêt TF Tribunal cantonal TC Page 5 de 15 9C\_664/2011 du 20 février 2012 consid. 4.2). Il ne prétend d'ailleurs pas qu'il n'aurait pas été en mesure de discerner la portée de la décision entreprise et de l'attaquer valablement. Par ailleurs, le point de savoir si l'autorité intimée aurait dû préférer l'opinion d'un médecin traitant du recourant à celle de l'expert, voire procéder à une expertise complémentaire et à l'audition d'un autre médecin, sont des questions qui relèvent non pas du droit d'être entendu mais de l'appréciation des preuves. Il se justifie donc de les examiner avec le fond du litige (cf. arrêts TF 9C\_142/2008 du 16 octobre 2008 consid. 3.2 et 9C\_82/2016 du 9 juin 2016 consid. 2.2). En tout état de cause, si le droit d'être entendu du recourant devait avoir été violé, cette violation aurait été réparée devant la Cour de céans, attendu que celle-ci jouit d'un plein pouvoir d'examen et que le recourant a eu la faculté de s'exprimer sur les divers aspects invoqués dans le cadre de la présente procédure (cf. arrêt TF 9C\_701/2009 du 1er mars 2010 consid. 2). Partant, ce grief, mal fondé, doit être rejeté. Il sied dès lors d'entrer en matière sur le fond du litige.

## **E. 3.1**

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 renvoi 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. D'après l'art. 4 al. 1 LAI, l'invalidité peut résulter d'une infirmité congénitale, d'une maladie ou d'un accident.

### **E. 3.2**

Selon l'art. 28 al. 1 LAI, l'assuré a droit à une rente si sa capacité de gain ou sa capacité d'accomplir ses travaux habituels ne peut pas être rétablie, maintenue ou améliorée par des mesures de réadaptation raisonnablement exigibles, s'il a présenté une incapacité de travail (art. 6 LPGA) d'au moins 40% en moyenne durant une année sans interruption notable et si au terme de cette année, il est invalide (art. 8 LPGA) à 40% au moins. En vertu de l'art. 28 al. 2 LAI, l'assuré a droit à une rente s'il est invalide à 40% au moins. La rente est échelonnée comme suit selon le taux de l'invalidité: un taux d'invalidité de 40% au moins donne droit à un quart de rente; lorsque l'invalidité atteint 50% au moins, l'assuré a droit à une demi-rente; lorsqu'elle atteint 60% au moins, l'assuré a droit à trois-quarts de rente et lorsque le taux d'invalidité est de 70% au moins, il a droit à une rente entière.

### **E. 3.3**

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 donc 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). En ce qui concerne la valeur probante d'un rapport médical, ce qui est déterminant, c'est que les points litigieux aient fait l'objet d'une étude circonstanciée, 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 Tribunal cantonal TC Page 6 de 15 du contexte médical et l'appréciation de la situation médicale soient claires et enfin que les conclusions médicales soient dûment motivées. Au demeurant, l'élément déterminant pour la valeur probante n'est ni l'origine du moyen de preuve ni sa désignation comme rapport ou comme expertise, mais bel et bien son contenu (arrêt TF 9C\_745/2010 du 30 mars 2011; ATF 125 V 351). La durée d'un examen n'est pas un critère permettant en soi de juger de la valeur d'un rapport médical (arrêts TF 9C\_382/2008 du 22 juillet 2008 et 9C\_514/2011 du 26 avril 2012). La question de savoir si l'expertise est en soi complète et convaincante dans son résultat est en première ligne déterminant (arrêt TF 9C\_55/2009 du 1er avril 2009 consid. 3.3 et les références citées). Il y a en outre 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). Un rapport médical ne saurait toutefois être écarté pour la simple et unique raison qu'il émane du médecin traitant (arrêt TF I 81/07 du 8 janvier 2008 consid. 5.2). Si l'administration ou le juge, se fondant sur une appréciation consciencieuse des preuves fournies par les investigations auxquelles ils doivent procéder d'office, sont convaincus que certains faits présentent un degré de vraisemblance prépondérante et que d'autres mesures probatoires ne pourraient plus modifier cette appréciation, il est superflu d'administrer d'autres preuves (appréciation anticipée des preuves; ATF 140 I 285 consid. 6.3.1 et les références citées).

### **E. 3.4**

D'après l'art. 16 LPGA, pour évaluer le taux d'invalidité, le revenu du travail que l'assuré aurait pu obtenir s'il n'était pas invalide est comparé avec celui qu'il pourrait obtenir en exerçant l'activité qui peut raisonnablement être exigée de lui après les traitements et les mesures de réadaptation, sur un marché du travail équilibré. 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 donc 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). Pour procéder à la comparaison des revenus, il convient de se placer au moment de la naissance du droit à la rente (art. 29 al. 1 LAI). Les revenus avec et sans invalidité doivent alors être déterminés par rapport à un même moment et les modifications de ces revenus susceptibles d'influencer le droit à la rente survenues jusqu'au moment où la décision est rendue être prises en compte (arrêts TF 9C\_399/2007 du 14 mars 2008 et I 138/05 du 14 juin 2006 consid. 6.2.1; ATF 128 V 174; 129 V 222). Lorsqu'il y a lieu d'indexer les revenus, il convient de se référer à l'évolution des salaires nominaux, de faire une distinction entre les sexes et d'appliquer l'indice relatif aux hommes ou aux femmes (ATF 129 V 408). Tribunal cantonal TC Page 7 de 15

### **E. 4**

Dans le cas d'espèce, est litigieuse la question de savoir si c'est à bon droit que l'autorité intimée a refusé au recourant le droit à une rente d'invalidité. Pour mémoire, l'assuré a déposé sa demande de prestations le 11 mai 2017 en raison d'une hydrocéphalie obstructive dont les premiers symptômes sont apparus en septembre 2016. Depuis lors, l'assuré a subi plusieurs interventions chirurgicales dans le but de drainer le liquide céphalorachidien. Ceci dit, les comorbidités préexistantes – notamment l'obésité morbide, la stéatose hépatique (avec résection partielle du foie et ablation de la vésicule biliaire en octobre 2015), l'hypertension artérielle (dossier AI p. 249, 275) ou la cataracte (dossier AI p. 37) – ne semblent pas se répercuter sur la capacité de travail de l'assuré (dossier AI p. 222) de sorte qu'il se justifie de se focaliser sur l'impact de l'hydrocéphalie. Il convient dès lors de résumer, d'abord, l'évolution de l'état de santé suite à l'apparition de l'hydrocéphalie (consid. 4.1) pour exposer, ensuite, les conclusions de l'expertise neurologique pratiquée sur la personne du recourant (consid. 4.2).

#### **E. 4.1**

A partir de septembre 2016, l'assuré dit avoir souffert de céphalées inhabituelles de plus en plus sévères, d'une perte d'équilibre, d'une diminution auditive à gauche, de problèmes de plus en plus importants au niveau de la concentration et de la mémoire, ainsi que de la présence de nausées surtout matinales. Un examen par IRM réalisé le 17 septembre 2016 sur demande du Dr K. \_\_\_\_\_, spécialiste en médecine interne générale (dossier AI p. 206), a mis en évidence une hydrocéphalie triventriculaire sur sténose de l'aqueduc du Sylvius (dossier AI p. 220 s.). Transféré au Dr L. \_\_\_\_\_ à M. \_\_\_\_\_ le neurologue a confirmé le diagnostic d'hydrocéphalie lors des consultations des 21 et 28 octobre 2016

(dossier AI p. 222; cf. rapport sur formule officielle du 29 mai 2017, dossier AI p. 125ss). Le neurochirurgien N.\_\_\_\_\_, qui a examiné l'assuré en urgence le 3 novembre 2016, a attesté d'une incapacité de travail totale depuis le 3 novembre 2016 et a conseillé à son patient d'entreprendre un traitement par intervention chirurgicale (ventriculo-scopie) (dossier AI p. 141ss, 144, 223). Le 4 novembre 2016, l'assuré a été reçu par les spécialistes du service de neurochirurgie à O.\_\_\_\_\_, qui ont estimé qu'il convenait de procéder à une intervention chirurgicale dans les meilleurs délais (dossier AI p. 224 s.). Hospitalisé du 17 au 22 novembre 2016 à O.\_\_\_\_\_, les spécialistes du service de neurochirurgie ont effectué le 18 novembre 2016 une ventriculocisternostomie (ouverture dans le ventricule pour permettre au liquide de circuler) avec pose d'un drain ventriculaire et d'un réservoir d'Ommaya (compte-rendu opératoire du 24 novembre 2016, dossier AI p. 162 s.; lettre de sortie du 28 novembre 2016, dossier AI p. 166 s.). Le 2 décembre 2016, l'assuré s'est présenté aux urgences de M.\_\_\_\_\_ en état fébrile, souffrant de céphalées violentes et de nausées. Diagnostiqué avec une méningite bactérienne postopératoire, il a été transféré à O.\_\_\_\_\_, où il a été opéré le 3 décembre 2016 (ablation du réservoir d'Ommaya frontale droite et pose d'une dérivation ventriculaire externe) et mis sous antibiothérapie. Après une bonne évolution clinique, l'assuré a quitté l'établissement hospitalier le 20 décembre 2016 (lettre de sortie du 23 décembre 2016, dossier AI p. 169 ss). Tribunal cantonal TC Page 8 de 15 Quelques mois plus tard, les symptômes de l'hydrocéphalie, en particulier les céphalées et les troubles de la marche, sont réapparus et ont nécessité l'hospitalisation de l'assuré à M.\_\_\_\_\_, d'abord du 27 au 28 juillet 2017 (dossier AI p. 231 s.), puis du 4 au 10 août 2017. Le 4 août 2017, les neurochirurgiens F.\_\_\_\_\_ et N.\_\_\_\_\_ ont mis en place une dérivation ventriculo- péritonéale frontale droite (pour évacuer le liquide à travers un tube flexible en silicone, dite valve, vers la cavité abdominale), compte tenu de l'échec de la ventriculocisternostomie qui est devenue imperméable. L'assuré a pu rentrer chez lui le 10 août 2017 (lettre provisoire de sortie du 10 août 2017, dossier AI p. 227 ss; protocole opératoire définitif du 7 août 2017, dossier AI p. 253 s.). Neuf jours plus tard, le 19 août 2017, l'assuré était derechef admis à M.\_\_\_\_\_ pour une symptomatologie d'hydrocéphalie occasionnée par la malposition du drain. Le 20 août 2017, les Drs F.\_\_\_\_\_ et N.\_\_\_\_\_ ont tenté, sans succès, de repositionner le drain en intra-péritonéal, tandis que le 25 août 2017, le Dr N.\_\_\_\_\_ est parvenu à positionner le drain dans le péritoine (lettre provisoire de sortie du 27 août 2017, dossier AI p. 249 ss; protocoles opératoires définitifs des 28 août et 1er septembre 2017, dossier p. 252, 255). Lors de sa consultation du 16 novembre 2017, le neurochirurgien F.\_\_\_\_\_ a constaté une évolution lentement favorable, mais a considéré que l'assuré était toujours en incapacité de travail totale et qu'il le demeurera jusqu'au prochain contrôle en début février 2018 (dossier AI p. 294). Dans son rapport sur formule officielle du 14 juin 2018 se référant à la dernière consultation du 1er février 2018, il a laconiquement noté que son patient ne pouvait plus exercer son activité habituelle et qu'il présentait une incapacité de travail de 50% dans une activité adaptée (dossier AI p. 288 ss, 297 s.). En juin 2018, l'état de santé de l'assuré s'est dégradé davantage, compte tenu d'une réapparition partielle de la symptomatologie hydrocéphalique et l'apparition d'une voussure abdominale en juillet 2018 (rapports du scanner cérébral et radiologique du 29 juin 2018, dossier AI p. 423 s.; rapport du CT abdominal du 18 juillet 2018, dossier AI p. 425; rapport de sortie du 20 septembre 2018, dossier AI p. 345ss, cf. ég. dossier AI p. 422). Le neurochirurgien F.\_\_\_\_\_ a informé l'OAI lors d'un entretien téléphonique du 2 août 2018 qu'une intervention chirurgicale était prévue début octobre 2018 et que la capacité de travail de l'assuré pourra être évaluée six

semaines après l'opération, attendu qu'il présentât des séquelles suite aux interventions précédentes (dossier AI p. 324). L'intervention chirurgicale annoncée par le neurochirurgien a finalement été avancée au 13 septembre 2018, compte tenu de la migration du drain hors de la cavité péritonéale. Lors de cette opération, les spécialistes du Service de neurochirurgie du P. \_\_\_\_\_ ont effectué une nouvelle ventriculocisternostomie, ainsi qu'une révision de la dérivation ventriculo-péritonéale (remplacement du drain proximal et de la valve et remise du drain ventriculaire distal dans la cavité péritonéale). En raison d'une infection bactérienne découverte dans le drain, l'assuré a été mis sous antibiotique. Après une évolution favorable et une amélioration neurologique, l'assuré a pu quitter P. \_\_\_\_\_ le 20 septembre 2018 (rapport de sortie du 20 septembre 2018, dossier AI p. 345 ss, cf. dossier AI p. 422). Le 20 septembre 2018, pendant le séjour de l'assuré à P. \_\_\_\_\_, un bilan neuropsychologique a été effectué qui a mis en évidence des troubles neuropsychologiques moyens, avec au premier plan un déficit mnésique antérograde verbal modéré à sévère et une dysfonction exécutive légère sur le plan cognitif et modérée sur le plan comportemental, ainsi que des limitations attentionnelles. La reprise d'une activité professionnelle et la conduite automobile étaient considérées comme contre-indiquées (dossier AI p. 342 ss). Tribunal cantonal TC Page 9 de 15 Deux semaines après sa sortie de l'hôpital, l'assuré a à nouveau été admis à P. \_\_\_\_\_ pour des maux de tête et une baisse de l'état général (cf. rapport du CT cérébral du 6 octobre 2018, dossier AI p. 426). Un examen par IRM a relevé que le drain s'était déplacé, ce qui a nécessité une opération d'urgence (cf. rapport d'entretien téléphonique du 8 octobre 2018 dossier AI p. 354). En janvier 2019, la réapparition partielle des symptômes d'hydrocéphalie, notamment avec des problèmes de marche, a nécessité une nouvelle intervention chirurgicale à P. \_\_\_\_\_ le 24 janvier 2019 (rapports d'entretiens téléphoniques des 23 janvier et 3 avril 2019, dossier AI p. 383, 430), lors de laquelle une dérivation ventriculo-atriale a été mise en place (cf. rapport médical du 11 juillet 2019, pièce 6 du recours). Le 28 mai 2019, une intervention a eu lieu d'urgence à M. \_\_\_\_\_, compte tenu de la déconnexion du drain de dérivation ventriculo-atriale posé en janvier 2019 à P. \_\_\_\_\_. L'assuré a été hospitalisé jusqu'au 31 mai 2019 (lettre provisoire de sortie [uniquement 1ère page], transmise par l'assuré dans le cadre des objections, dossier AI p. 444; cf. rapport médical du 11 juillet 2019, pièce 6 du recours). Dans son rapport médical du 11 juillet 2019, le Dr Q. \_\_\_\_\_, neurochirurgien à M. \_\_\_\_\_ (pièce 6 du recours), a expliqué que l'intervention chirurgicale effectuée à la fin mai 2019 avait permis à l'assuré de marcher sans canne pour la première fois depuis plusieurs mois, bien que la marche restait toujours discrètement instable. Au sujet des gonalgies avec douleurs poplitées, le neurochirurgien – excluant de cause nerveuse canalaire ou vasculaire – a proposé une prise en charge pluridisciplinaire (perte pondérale, examen orthopédique). Au niveau de la capacité de travail, le neurochirurgien a souligné que l'assuré souffrait d'une hydrocéphalie très compliquée avec des multiples opérations. Compte tenu du tableau de santé générale, il disposait dès lors d'une capacité de travail de 50% dans une activité adaptée (éviter de porter des charges au-dessus de 5 à 10kg, éviter des endroits bruyants et des irradiations électriques). Lors d'une consultation à la clinique de chirurgie orthopédique de M. \_\_\_\_\_ le 5 novembre 2019 (pièce 6bis du recours), les spécialistes ont constaté que l'assuré – après avoir passé trois jours dans un endroit bruyant dans le cadre d'une tentative de reprise de travail en début octobre 2019 – présentait des troubles de la parole et de la marche. Comme l'examen par IRM effectué le jour de la consultation n'a pas mis au jour de lésions morphologiques, ils ont diligencé un bilan neuropsychologique ainsi qu'un bilan audiométrique, dans la mesure où l'assuré avait du

côté gauche perdu 70% de la fonction auditive (cf. expertise auditive du 23 avril 2018, dossier AI p. 277 ss; cf. prise en charge d'un appareil acoustique par l'AI le 2 mai 2018, dossier AI p. 283) et du côté droit présenté une hypersensibilité au plus faible bruit.

#### **E. 4.2**

A la demande du Dr D. \_\_\_\_\_, médecin spécialiste en neurologie, mandaté par l'OAI, la neuropsychologue E. \_\_\_\_\_ a établi un bilan neuropsychologique le 7 mars 2019 (dossier AI p. 386 ss, 412 ss) sur la base d'un examen neuropsychologique effectué le 13 février 2019. Le bilan neuropsychologique a mis en évidence, d'une part, une logorrhée avec un discours digressif, un discret fléchissement attentionnel et exécutif cognitif ainsi qu'une atteinte sévère en mémoire antérograde verbale avec absence de courbe d'apprentissage et, d'autre part, une préservation des capacités de raisonnement et des fonctions instrumentales (langage fluide, disparition du manque du mot en dénomination, des habiletés praxio-gnosiques préservées), d'excellentes performances en mémoire antérograde visiospatiale ainsi qu'une préservation de la mémoire immédiate et de travail. La neuropsychologue a décrit la participation de l'assuré à l'examen en ces termes: "L'assuré semble cliniquement plutôt bien collaborant, mais on constate quelques Tribunal cantonal TC Page 10 de 15 résultats atypiques et une incohérence entre la sévérité des plaintes et les résultats, par exemple au niveau de la fatigue, mais aussi une incohérence au sein des plaintes elles-mêmes, l'assuré variant entre des propos évoquant des difficultés cognitives sévères d'un côté et se vantant de toutes ses habiletés récentes de bricolage électronique, informatique et dessin technique de l'autre côté. Les difficultés plutôt sévères constatées en mémoire épisodique verbale sont également surprenantes car leur sévérité contraste avec les plaintes mnésiques plutôt banales. De plus, alors que l'assuré affirme aller mieux qu'il y a quelques mois, ses performances mnésiques sont moins bonnes qu'au précédent examen neuropsychologique. La présence d'une performance limite au choix forcé de cette épreuve mnésique est évocatrice d'une majoration de symptômes" (dossier AI p. 391 s.). En faisant abstraction de l'aggravation des troubles mnésiques antérogades en modalité verbale qu'elle a jugée peu cohérente, la neuropsychologue a retenu, en guise de conclusion, que l'assuré présentait vraisemblablement des troubles neuropsychologiques légers. Au niveau de la capacité de travail, ces troubles étaient susceptibles de diminuer le rendement d'environ 20 à 30% selon la complexité des tâches. Dans une activité demandant une bonne concentration avec risque d'erreurs, comme l'ancienne activité l'assuré, son rendement était diminué de 30%. Dans sa prise de position du 12 août 2019, la neuropsychologue a défendu son évaluation de la capacité de travail en remarquant, entre autres, que "le Dr F. \_\_\_\_\_ ne se base sur aucun critère scientifique objectif, mais sur sa seule évaluation subjective, alors que l'évaluation neuropsychologique se réfère à des lignes directrices objectives de l'Association Suisse de Neuropsychologie " (dossier AI p. 457). Dans son rapport d'expertise du 11 mars 2019 (dossier AI p. 397 ss), le Dr D. \_\_\_\_\_ a constaté que l'assuré n'avait pas de séquelles neurologiques, mais qu'il est plausible – après plusieurs récives du tableau d'hydrocéphalie et compte tenu d'une méningite bactérienne postopératoire – que l'assuré présente une atteinte cérébrale séquellaire. Sur la base du bilan neuropsychologique établi à sa demande le 7 mars 2019 (dossier AI p. 386 ss, 412 ss), l'expert a pu confirmer des troubles neuropsychologiques légers aux niveaux exécutif et attentionnel. S'agissant de la capacité de travail de l'assuré, l'expert a estimé qu'elle était réduite de 30% de façon définitive dans toute activité (dossier AI p. 411). L'expert a notamment relevé ce qui suit: "Lors de l'approche clinique nous sommes face à un homme qui semble quelque peu entravé par son surplus pondéral, qui se montre non fatigable, au contraire plutôt logorrhéique et

digressif. Il s'est montré tout à fait collaborant durant l'examen neurologique. Celui-ci n'a pas mis en évidence d'anomalie significative. Tout au plus il existe des troubles de déambulation avec une tendance au dandinement, tableau non évocateur d'une pathologie neurologique sous-jacente. [...] A ce stade, relevons quelques éléments incohérents, en particulier une fatigabilité déplorée, nullement observée objectivement. Sur le plan neurologique, rappelons que le status s'est révélé normal. Enfin, sur le plan neuropsychologique, les troubles mnésiques sont peu crédibles, et ne peuvent être considérés comme valides. Néanmoins, les troubles neuropsychologiques aux niveaux exécutif et attentionnel, légers, apparaissent cohérents en tenant compte de l'ensemble des éléments. [...] il convient d'ajouter que l'assuré dispose certainement de bonnes ressources si l'on tient compte de son parcours professionnel et qu'il n'y a aucun élément péjoratif ni au niveau social ni au niveau familial". Par complément d'expertise du 28 mars 2019, l'expert a attesté une incapacité de travail totale pendant un mois après chaque intervention chirurgicale respectivement pendant trois mois après la méningite (dossier AI p. 429).  
Tribunal cantonal TC Page 11 de 15

### **E. 5.1**

En l'espèce, il n'y a aucune raison de douter de l'impartialité des experts mandatés par l'autorité intimée, soit le Dr D. \_\_\_\_\_ et la neuropsychologue E. \_\_\_\_\_, parce qu'ils se situeraient en situation de dépendance économique face à l'autorité intimée. Selon la jurisprudence, un expert passe pour prévenu lorsqu'il existe des circonstances propres à faire naître un doute sur son impartialité. Dans ce domaine, il s'agit toutefois d'un état intérieur dont la preuve est difficile à rapporter. C'est pourquoi il n'est pas nécessaire de prouver que la prévention est effective pour récuser un expert. Il suffit que les circonstances donnent l'apparence de la prévention et fassent redouter une activité partielle de l'expert. L'appréciation des circonstances ne peut pas reposer sur les seules impressions de l'expertisée, la méfiance à l'égard de l'expert devant au contraire apparaître comme fondée sur des éléments objectifs (arrêt TF I 947/06 du 14 décembre 2007 consid. 7; ATF 125 V 351 consid. 3b/ee; 123 V 175 consid. 3d et la référence citée p. 176; VSI 2001 p. 109 s. consid. 3b/ee; RAMA 1999 n° U 332 p. 193 consid. 2a/bb et les références citées). Ainsi que le Tribunal fédéral a déjà eu l'occasion de l'affirmer, l'allégué selon lequel un expert serait régulièrement chargé par les offices de l'assurance-invalidité d'établir des rapports d'expertises ne constitue pas à lui seul un motif suffisant pour conclure au manque d'objectivité et à la partialité de l'expert (RAMA 1999 n° U 332 p. 193 consid. 2a). Or, en l'espèce, le recourant ne met en évidence aucun élément concret susceptible de mettre en doute l'impartialité du Dr D. \_\_\_\_\_ et de la neuropsychologue E. \_\_\_\_\_ ou l'objectivité de leurs appréciations hormis une prétendue dépendance économique de ceux-ci par rapport à l'OAI. De plus, la lecture du dossier et en particulier celle des rapports d'expertise ne permettent pas de mettre en doute l'impartialité subjective des experts au seul motif qu'ils seraient régulièrement mandatés par les offices de l'assurance-invalidité. Par analogie à la jurisprudence reconnaissant pleine valeur probante aux rapports et expertises établis par les médecins de la CNA (ATF 125 V 351 consid. 3b/ee), la Cour de céans peut dès lors, a priori, accorder pleine valeur probante aux rapports d'expertise établis par le Dr D. \_\_\_\_\_ et la neuropsychologue E. \_\_\_\_\_. Elle peut, par là même, rejeter la demande déposée par le recourant (non pas dans un abstrait souci de transparence mais uniquement pour démontrer la partialité des experts dans le cas concret), qui tendait à la communication des chiffres d'affaires réalisés par les experts grâce aux mandats de l'OAI. En ce qui concerne l'appartenance des experts à la SIM, il sied de constater que cette

dernière se définit comme "une plateforme interdisciplinaire pour la médecine d'assurance qui a pour but d'améliorer la qualité dans le domaine de la médecine d'assurance au moyen de la formation de spécialistes" (<https://www.swiss-insurance-medicine.ch/fr>, consulté le 18 mai 2020). Une affiliation à cette association ne saurait donc en aucun cas faire présumer quelque prévention. En tout état de cause, selon la jurisprudence rendue en matière de récusation d'un juge, applicable par analogie à la récusation d'experts judiciaires (ATF 120 V 357 consid. 3a), ainsi qu'aux expertises ordonnées par l'administration (cf. VSI 2001 p. 111 consid. 4a/aa [arrêt TF I 128/98 du 24 janvier 2000]; voir aussi MEYER-BLASER, *Rechtliche Vorgaben an die medizinische Begutachtung*, in: Schaffhauser/Schlauri, *Rechtsfragen der medizinischen Begutachtung in der Sozialversicherung*, St-Gall 1997, p. 45 s.), il est contraire à la bonne foi d'attendre l'issue d'une procédure pour tirer ensuite argument, à l'occasion d'un recours, d'un motif de récusation, alors que celui-ci était déjà connu auparavant (consid. 1b non publié aux ATF 126 V 303, mais dans SVR 2001 BVG n° 7 p. 28 et les références cités). Tribunal cantonal TC Page 12 de 15 Quant aux compétences professionnelles de la neuropsychologue E.\_\_\_\_\_, qui ont été remises en cause par le recourant, elles sont certifiées et multiples. Elle dispose en effet non seulement – comme le laisse entendre le recourant – d'un diplôme en logopédie, mais également d'une formation complète de psychologue, complétée par un DEA en psychologie cognitive et expérimentale, ainsi que d'une formation postgrade de spécialiste et experte en neuropsychologie; elle bénéficie au demeurant d'une expérience significative dans ce dernier domaine d'activité. Force est dès lors de lui reconnaître toutes les qualités requises pour procéder à l'expertise neuropsychologique en question.

## **E. 5.2**

Le rapport d'expertise neurologique du 11 mars 2019 du Dr D.\_\_\_\_\_ et le bilan neuropsychologique du 7 mars 2019 de la neuropsychologue E.\_\_\_\_\_ répondent parfaitement aux exigences jurisprudentielles relatives aux expertises. Ils se fondent en effet sur des examens complets et ont été établis en pleine connaissance du dossier, après que les médecins aient personnellement reçu le recourant. Ils prennent également en considération les plaintes exprimées par le patient et les points litigieux importants ont fait l'objet d'études fouillées. Enfin, les appréciations médicales sont claires et les conclusions des médecins dûment motivées. En particulier, contrairement à ce qu'avance le recourant, l'appréciation relative à la perte de rendement n'a été faite abstraitement en référence aux lignes directrices de l'Association Suisse de Neuropsychologie, mais seulement en se basant sur elles; ce qui ne fait que renforcer la valeur probante. Par ailleurs, le fait que l'examen de l'expertisé n'ait consisté que dans un entretien unique ne met pas en cause la valeur probante de l'expertise (cf. arrêts TF 9C\_382/2008 du 22 juillet 2008 et 9C\_514/2011 du 26 avril 2012). Le contenu des expertises querellées montre au contraire que les experts ont investi le temps nécessaire pour pouvoir procéder à une juste évaluation de la problématique présentée par l'assuré (cf. arrêt TF 9C\_44/2017 du 9 mai 2017). La Cour de céans reconnaît ainsi une pleine valeur probante auxdites expertises. A l'inverse, les appréciations contradictoires des Drs F.\_\_\_\_\_ et Q.\_\_\_\_\_, par trop succinctes, n'emportent pas la conviction des juges, tant s'en faut: en effet, leurs rapports respectifs des 14 juin 2018 et 11 juillet 2019, retenant une capacité de travail résiduelle de 50% dans une activité adaptée, sont tout bonnement dénués de toute motivation à cet égard. Il sied par ailleurs de tenir compte du fait qu'un médecin traitant est généralement enclin, en cas de doute, à prendre parti pour son patient en raison de la relation de confiance qui l'unit à ce dernier (cf. supra consid. 3.3); a fortiori en l'espèce, dans la mesure où diverses incohérences dans le discours du

recourant ainsi que des signes claires de majoration des symptômes ont été constatés par les deux experts sollicités (dossier AI p. 409 et 417s.).

### **E. 5.3**

Les preuves figurant au dossier de la cause, constituées essentiellement de pièces médicales, ont permis à la Cour de céans de se convaincre que l'état de fait est établi de manière satisfaisante, au degré de la vraisemblance prépondérante, sans qu'il soit nécessaire de procéder aux mesures d'instruction requises par le recourant, soit une nouvelle expertise et l'audition du Dr G.\_\_\_\_\_ (appréciation anticipée des preuves; cf. supra consid. 3.3). C'est le lieu de préciser que le rapport neuropsychologique de l'Hôpital de H.\_\_\_\_\_ annoncé par le recourant n'a à ce jour pas été produit. Tribunal cantonal TC Page 13 de 15

### **E. 5.4**

Par conséquent, la Cour de céans retient avec l'expert et l'autorité intimée, que le recourant présente une pleine capacité de travail avec toutefois une diminution de rendement de 30% dans toute activité. Il convient de noter ici que seules les déclarations du recourant font penser que l'activité habituelle n'est plus exigible. En effet, aucun des médecins sollicités n'est parvenu à une telle conclusion. Le Dr Q.\_\_\_\_\_, dans son rapport du 11 juillet 2019, a uniquement enjoint l'assuré à éviter des endroits bruyants et les irradiations électriques sans s'expliquer plus avant et le Dr R.\_\_\_\_\_, dans son rapport du 5 novembre 2019, n'a fait que demander un test auditif et a précisé que son patient ne présentait pas d'altérations morphologiques pouvant expliquer ses symptômes. Quant aux experts, le Dr D.\_\_\_\_\_ et la neuropsychologue E.\_\_\_\_\_, alors qu'ils avaient été spécialement rendus attentifs à ces questions (cf. dossier AI p. 387), n'ont pas exclu l'activité habituelle de mécanicien des activités professionnelles pouvant potentiellement être exercées par le recourant. Tout au contraire, puisque, dans leurs rapports respectifs, ils ont tous deux expressément noté que "Dans l'activité demandant une bonne concentration avec risque d'erreurs, comme dans l'activité antérieure, le rendement est donc diminué de 30%" (cf. dossier AI p. 410 et. 392). L'autorité intimée a d'ailleurs elle-même, dans son évaluation finale (dossier AI p. 495), retenu que "l'assuré est en mesure d'assumer un travail de 100% avec une diminution de rendement de 30% dans l'activité antérieure de mécanicien de précision CNC". L'activité habituelle apparaît d'autant plus exigible du recourant qu'elle ne se résume pas à une activité de mécanicien, puisque "Son cahier des charges consistait en une activité de bureau à 10%. Sinon il était en atelier pour une activité sans charges lourdes, au maximum 10 kg occasionnellement. Il était responsable du réglage des machines, de la formation des nouveaux arrivants, contrôle qualité et responsable production" (dossier AI p. 404). En ce qui concerne l'aspect temporel, il sied de souligner que – même si la condition du délai d'attente d'une année de l'art. 28 al. 1 let. c LAI devait être remplie – l'état de santé du recourant ne s'est jamais aggravé pour une durée d'au moins trois mois sans interruption notable (cf. art. 88a al. 2 RAI) depuis l'échéance du délai en question en novembre 2017 (il y a eu trois périodes d'aggravation, soit un mois en septembre/octobre 2018, un mois en janvier/février 2019 et un mois en mai/juin 2019 [dossier AI p. 429]).

### **E. 5.5**

Dans la mesure où le recourant ne doit pas changer de branche professionnelle ni même d'activité professionnelle d'ailleurs, les conditions fixées par la jurisprudence du TF dans un arrêt de principe publié aux ATF 104 V 135 consid. 2b (et confirmée ultérieurement à plusieurs reprises, par ex. dans l'arrêt TF 8C\_282/2012 du 11 mai 2012 consid. 7) relatives à

une comparaison en pourcent ("Prozentvergleich") entre les salaires de valide et d'invalides sont réalisées en l'espèce. Dans de telles circonstances, il n'y a pas lieu de procéder à un abattement du revenu d'invalides. Le requérant présente ainsi au jour de la décision entreprise un taux d'invalidité de 30%, taux insuffisant pour ouvrir le droit à une rente d'invalidité. En tout état de cause, même s'il avait fallu admettre que l'activité qu'exerçait le requérant au moment de l'atteinte à la santé n'était plus exigible au jour de la décision entreprise, la comparaison des revenus effectuée dans la décision entreprise par l'autorité intimée aurait dû être confirmée: En effet, au vu du large panel d'activités de substitution exigibles du requérant, la prise en compte du salaire statistique général apparaissait adaptée (cf. arrêt TF 9C\_242/2012 du 13 août 2012); compte tenu de la formation du requérant, de ses connaissances et qualifications, Tribunal cantonal TC Page 14 de 15 ainsi que du cahier des charges de son dernier emploi (dossier AI p. 404), le degré de qualification 2 est idoine (cf. Enquête suisse sur la structure des salaires 2012, p. 12, T 1 Salaire mensuel brut [valeur centrale] selon les groupes de professions, l'âge et le niveau de compétence; ég. Résolution sur la mise à jour de la Classification internationale type des professions CITP, pt. 723); enfin, eu égard au fait que le requérant peut exercer une activité à plein temps, le refus de procéder à un abattement supplémentaire est également justifié (cf. arrêt TF 9C\_808/2015 du 29 février 2016).

#### **E. 5.6**

C'est dès lors à bon droit que l'autorité intimée a refusé d'octroyer une rente d'invalidité au requérant.

#### **E. 6.1**

Partant, le recours doit être rejeté et la décision attaquée confirmée.

#### **E. 6.2**

Les frais de justice, fixés à CHF 800.-, sont mis à la charge du requérant qui succombe et compensés avec l'avance du même montant. Eu égard au sort du litige, il n'est pas alloué de dépens. Tribunal cantonal TC Page 15 de 15 la Cour arrête : I. Le recours est rejeté. II. Les frais de justice, fixés à CHF 800.-, sont mis à la charge de A.\_\_\_\_\_ et compensés avec l'avance du 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) requérant(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 18 mai 2020 Le Président : Le Greffier-stagiaire :

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