

REPUBLIQUE ET



CANTON DE GENEVE

POUVOIR JUDICIAIRE

A/1857/2013

ATAS/923/2013

COUR DE JUSTICE

Chambre des assurances sociales

Arrêt du 19 septembre 2013

3^{ème} Chambre

En la cause

Monsieur M _____, domicilié à GENEVE

recourant

contre

OFFICE CANTONAL DE L'ASSURANCE-INVALIDITE, sis rue
des Gares 12, GENEVE

intimé

Siégeant : Karine STECK, Présidente; Violaine LANDRY-ORSAT et Christine LUZZATTO, Juges assesseurs

EN FAIT

1. Monsieur M_____ (ci-après : l'assuré), né en 1957, de nationalité suisse originaire de Tunisie, a travaillé comme ouvrier câbleur de 1987 à 1990, puis comme chauffeur de taxi, d'abord salarié puis indépendant dès 1995.
2. Le 7 octobre 2010, il a déposé une demande de prestations auprès de l'OFFICE CANTONAL DE L'ASSURANCE-INVALIDITE (ci-après : OAI). A l'appui de sa demande, l'assuré a produit divers certificats d'arrêt de travail ainsi qu'une brève attestation du Dr N_____, urologue FMH, indiquant que, depuis le début de l'année 2009, l'intéressé a dû diminuer son taux d'activité en raison d'une affection urologique chronique (attestation médicale du 10 juin 2009).
3. Dans un rapport du 22 octobre 2010, le Dr L_____, généraliste FMH, a fait mention des diagnostics suivants, présents depuis 2008 : troubles réactionnels irritatifs majeurs sur hypertrophie de la prostate, état dépressif et status post thermo thérapie. Le médecin a également mentionné, tout en précisant qu'ils étaient sans répercussion sur la capacité de travail : une intolérance au traitement (février 2010 et une prostatite chronique (septembre 2010).

Le médecin a mentionné une douleur de la loge rénale, une hématurie, une pollakiurie, une dysurie, une anxiété, une insomnie, une humeur dépressive, une irritabilité, ainsi qu'un trouble de la mémoire de la concentration et a émis un pronostic défavorable sur le plan psychiatrique.

Il a conclu à une totale incapacité à exercer l'activité de chauffeur de taxi et l'a motivée par des lombalgies, de la fatigabilité, une insomnie diurne, une dysurie et une pollakiurie.

A la question de savoir quelles limitations rencontrait son patient, le médecin a retenu l'impossibilité d'escalader une échelle ou un échafaudage et une limitation des capacités de concentration, de compréhension, de résistance et d'adaptation.

4. Dans un rapport du 3 décembre 2010, le Dr O_____, urologue FMH, a conclu à des troubles mictionnels irritatifs majeurs sur une hypertrophie et une inflammation prostatique. Il a précisé que l'assuré souffrait de prostatite chronique depuis au moins 2004. Selon le médecin, une résection endoscopique de la prostate pourrait améliorer la situation urologique, mais que son patient n'était pas prêt à subir une telle opération en raison du risque d'éjaculation rétrograde post-opératoire. S'agissant de la capacité de travail de son patient, le médecin ne s'est pas prononcé mais a indiqué qu'à son avis, les troubles mictionnels devaient constituer une gêne importante dans l'activité de chauffeur de taxi en raison des urgences mictionnelles.

5. Du 1^{er} février au 20 avril 2011, l'assuré a été suivi par le centre de thérapie brève (CTB) en raison d'un trouble dépressif récurrent, épisode actuel sévère, sans symptômes psychotiques (cf. résumé d'intervention du 28 avril 2011).
6. Dans un rapport du 10 mars 2011, le Dr P_____ a conclu à un trouble dépressif récurrent, épisode actuel moyen avec syndrome somatique et à une anxiété généralisée présents depuis 2009. Le médecin a également mentionné la prostatite chronique déjà évoquée à titre de diagnostic sans répercussion sur la capacité de travail.

Le médecin a expliqué que le suivi au CTB avait été motivé par une situation de crises (apparition d'idées suicidaires) et a fait état d'une thymie triste, d'idées noires et suicidaires, d'anhédonie, d'aboulie, d'apathie, de manque d'élan vital, de retrait, d'isolement, d'anxiété, d'angoisse, d'insomnies, de manque d'appétit et d'une perte pondérale non quantifiée.

Le médecin a conclu à une totale incapacité de travail depuis le 1er février 2011, vu la sévérité de la psychopathologie et de la pathologie somatique. Il a préconisé un suivi psychothérapeutique associé à une prise en charge somatique.

7. Dans un rapport du 22 septembre 2011, le Dr O_____ a relevé une discrète amélioration sur le plan urologique, notamment concernant les troubles mictionnels et pelviens; en revanche, la position assise statique aggravait l'état du patient. Le médecin a confirmé que son patient refusait toujours la résection endoscopique, par crainte d'une éjaculation rétrograde.
8. Le Dr Q_____, nouveau médecin traitant, s'est exprimé à son tour le 4 novembre 2011.

Le médecin a confirmé les diagnostics de prostatite chronique et de trouble dépressif récurrent, épisode sévère. Il y a ajouté ceux de lombalgies chroniques, de dyspepsie et de colon spastique, tout en précisant qu'ils étaient sans répercussion sur la capacité de travail.

Il a relaté que son patient se plaignait de douleurs sus-pubiennes et abdominales basses quasi constantes, de brûlures anales, d'une baisse de la thymie, d'insomnies et d'idées noires, sans projet suicidaire.

Le médecin a conclu à une totale incapacité de travail depuis février 2010.

9. Par rapport médical du 30 novembre 2011, le Dr R_____, du département de psychiatrie des HUG, a conclu à un trouble dépressif récurrent, épisode moyen, depuis février 2011.

Le médecin a estimé qu'une reprise du travail était pour l'heure inenvisageable et a préconisé une réévaluation à moyen et long terme.

10. Les Drs S _____, urologue, et T _____, psychiatre, ont alors été désignés par l'OAI pour procéder à une expertise pluridisciplinaire.

Dans leur rapport du 19 février 2013, les experts ont conclu, sur le plan urologique, à un adénome de la prostate et à une prostatite chronique sans répercussion sur la capacité de travail.

L'expert urologue a souligné l'absence de corrélation entre la taille de la prostate et les troubles mictionnels; il est ainsi classique d'observer des troubles importants chez des personnes dotées d'une prostate de volume moyennement augmenté ou, à l'inverse, d'observer l'absence de troubles malgré une prostate volumineuse.

L'expert a relaté que l'assuré se plaignait surtout d'algies, présentes au niveau de l'aine. Si l'assuré s'est dit subjectivement très gêné par ses troubles mictionnels, le questionnaire que lui a fait remplir l'expert concluait qu'il était peu gêné. Les résultats d'autres tests se sont révélés discordants.

L'expert a finalement confirmé les diagnostics du Dr U _____, à l'exception de celui de troubles mictionnels sur hypertrophie prostatique. A cet égard, l'expert a expliqué qu'il était difficile de faire la part entre les pollakiuries de l'assuré dues à l'augmentation de la taille de la prostate et celles dues à la prostatite chronique, puisque douleurs et pollakiuries se surajoutaient mais que l'implication de l'adénome de la prostate dans la pollakiurie pouvait être exclue puisque les traitements n'avaient pas fonctionné : l'absence d'amélioration symptomatique démontrait que ce n'était pas l'adénome qui induisait ces phénomènes.

L'expert a relevé que toute sténose de l'urètre ou lésion endovésicales avaient pu être exclues par la cystoscopie réalisée le 5 février 2010.

Quant au diagnostic de côlon irritable il a également été écarté au motif qu'il ne faisait l'objet d'aucune plainte ni investigation spécialisée ni suivi médical.

L'expert urologue a conclu à l'absence de limitations fonctionnelles en lien avec l'adénome de la prostate. La prostatite, en revanche, impliquait des limitations, mais liées aux phénomènes de poussées, et donc pas permanentes (douleurs à la prostate pouvant être accentuées en position assise, notamment dans un siège de voiture ; limitation fonctionnelle liée aux besoins fréquents d'uriner dus à la pollakiurie, mais en phase aiguë uniquement). Selon l'expert, en dehors des épisodes de troubles mictionnels importants – épisodes pouvant durer une à deux semaines -, aucune limitation fonctionnelle ne pouvait être retenue.

L'expert a d'ailleurs relevé que l'assuré, durant tout l'examen - soit pendant plus d'une heure -, n'avait pas eu besoin d'uriner et avait pu rester assis.

L'expert a suggéré la pose d'un support rigide sur le siège de voiture (tel qu'un couvre-siège en billes de bois), pour adapter celui-ci à la prostatite chronique. Quant à la pollakiurie, il a estimé qu'elle était tout à fait compatible avec une activité professionnelle.

Il a expliqué que les plaintes de l'assuré étaient majorées compte tenu des diagnostics retenus et que les douleurs remontant jusqu'aux épaules ne pouvaient s'expliquer sur le plan anatomique.

L'état de fatigue n'était quand à lui pas dû aux nycturies selon le rapport, car elles ne forçaient l'assuré à se lever pendant la nuit qu'à raison de quatre fois.

L'expert urologue a finalement conclu à une pleine capacité de l'assuré à exercer son activité habituelle de chauffeur de taxi d'un point de vue strictement urologique. Il a néanmoins admis que cette capacité de travail pourrait varier en fonction des périodes de poussées, au cours desquelles elle serait de 50% horaire et 100% de rendement pour des périodes ponctuelles de deux semaines. Selon lui, il n'était pas nécessaire de changer d'emploi, l'incapacité n'étant que ponctuelle.

Sur le plan psychiatrique, l'expert n'a retenu que le diagnostic de majoration des symptômes physiques pour des raisons psychologiques. Il a notamment relevé que l'assuré ne prenait pas son traitement, que ses plaintes étaient nombreuses mais non systématisées, qu'elles tendaient toutes à une réparation financière que plusieurs thérapies ont été tentées mais qu'elles ont été mises en échec par le comportement de l'intéressé.

L'expert a par ailleurs expliqué pourquoi il ne retenait pas d'autres diagnostics. S'agissant en particulier de celui de trouble dépressif récurrent, il a indiqué qu'il n'y avait pas d'antécédents d'épisode dépressif et qu'il manquait par ailleurs au moins deux critères majeurs de la dépression.

Au niveau neurocognitif, il a été constaté que l'assuré avait conservé des facultés mnésiques à court, moyen et long terme. Ses capacités de jugement, d'abstraction et d'association étaient préservées. Le niveau global moyen d'intelligence était congruent à son niveau d'éducation et l'assuré parvenait parfaitement à orienter ses réponses selon le sens qu'il souhaitait leur donner.

En dehors de la période d'hospitalisation (soit du 1^{er} février au 20 avril 2011), l'expert n'a retenu aucune incapacité de travail.

11. Le SMR, dans un avis du 9 avril 2013, a fait siennes les conclusions de l'expertise, en retenant une capacité de travail de l'assuré totale tant dans son activité actuelle que dans une activité adaptée, sauf lors de poussées – durant lesquelles la capacité est limitée à 50% pendant une courte période.

12. Par décision du 29 mai 2013, l'OAI a nié à l'assuré tout droit aux prestations vu l'absence de lien de causalité entre l'atteinte à la santé et l'incapacité de gain.
13. Par écriture du 10 juin 2013, l'assuré a interjeté recours auprès de la Cour de céans. Il reproche à l'intimé de n'avoir pas correctement évalué son état de santé.
14. Invité à se déterminer, l'intimé, dans sa réponse du 8 juillet 2013, a conclu au rejet du recours.

L'intimé rappelle que l'assuré a fait l'objet d'une instruction médicale fouillée et d'une expertise pluridisciplinaire qui a conclu que la pathologie bénigne de la prostate dont il est atteint n'implique pas d'incapacité de travail durable et qu'il n'y a pas de trouble dépressif récurrent.

15. Une audience de comparution personnelle s'est tenue en date du 22 août 2013.

Le recourant a reproché aux experts de s'être comportés comme des "agents de la CIA", entendant par là qu'ils ne l'auraient pas suffisamment questionné sur ses souffrances et atteintes, mais plutôt sur sa vie personnelle.

Il a allégué que la préférence devrait être donnée à l'avis des médecins qui le suivent depuis longtemps, tel le Dr O _____.

16. Sur quoi, la cause a été gardée à juger.

EN DROIT

1. Conformément à l'art. 134 al. 1 let. a ch. 2 de la loi sur l'organisation judiciaire, du 26 septembre 2010 (LOJ ; RS E 2 05) en vigueur depuis le 1^{er} janvier 2011, la Chambre des assurances sociales de la Cour de justice connaît, en instance unique, des contestations prévues à l'art. 56 de la loi fédérale sur la partie générale du droit des assurances sociales, du 6 octobre 2000 (LPGA; RS 830.1) relatives à la loi fédérale sur l'assurance-invalidité du 19 juin 1959 (LAI; RS 831.20).

La compétence de la Cour de céans pour juger du cas d'espèce est ainsi établie.

2. La LPGA, entrée en vigueur le 1^{er} janvier 2003, est applicable.
3. Interjeté dans les forme et délai légaux (art. 56 à 60 LPGA), le recours est recevable.
4. Est litigieuse la question de savoir si le recourant a droit à une rente d'invalidité, plus précisément si les atteintes à sa santé doivent être considérées comme invalidantes au sens de la loi.

5. Aux termes de l'art. 8 al. 1er LPGA, est réputée invalidité l'incapacité de gain totale ou partielle qui est présumée permanente ou de longue durée. Selon l'art. 4 al. 1er LAI, l'invalidité peut résulter d'une infirmité congénitale, d'une maladie ou d'un accident.

Est réputée incapacité de gain toute diminution de l'ensemble ou d'une partie des possibilités de gain de l'assuré sur un marché du travail équilibré dans son domaine d'activité, si cette diminution résulte d'une atteinte à sa santé physique, mentale ou psychique et qu'elle persiste après les traitements et les mesures de réadaptation exigibles (art. 7 al. 1er LPGA).

Il y a lieu de préciser que selon la jurisprudence, la notion d'invalidité, au sens du droit des assurances sociales, est une notion économique et non médicale ; ce sont les conséquences économiques objectives de l'incapacité fonctionnelle qu'il importe d'évaluer (ATF 110 V 275 consid. 4a).

Pour évaluer le degré d'invalidité, sont déterminantes les circonstances qui prévalaient au moment de la naissance éventuelle du droit à la prestation d'assurance, ainsi que les modifications éventuelles survenues jusqu'au moment de la décision litigieuse qui ont des conséquences sur le droit à cette prestation (ATF 129 V 222 consid. 4.1; 128 V 174 consid. 4a).

6. La plupart des éventualités assurées (par exemple la maladie, l'accident, l'incapacité de travail, l'invalidité, l'atteinte à l'intégrité physique ou mentale) supposent l'instruction de faits d'ordre médical. Or, pour pouvoir établir le droit de l'assuré à des prestations, l'administration ou le juge a besoin de documents que le médecin doit lui fournir. L'appréciation des données médicales revêt ainsi une importance d'autant plus grande dans ce contexte. La jurisprudence a donc précisé les tâches du médecin, par exemple lors de l'évaluation de l'invalidité ou de l'atteinte à l'intégrité, ou lors de l'examen du lien de causalité naturelle entre l'événement accidentel et la survenance du dommage (ATF 122 V 158 consid. 1b et les références ; SPIRA, La preuve en droit des assurances sociales, *in* : Mélanges en l'honneur de Henri-Robert SCHÜPBACH, Bâle 2000, p. 268).

Dans l'assurance-invalidité, l'instruction des faits d'ordre médical se fonde sur le rapport du médecin traitant destiné à l'Office de l'assurance-invalidité, les expertises de médecins indépendants de l'institution d'assurance, les examens pratiqués par les Centres d'observation médicale de l'assurance-invalidité (ATF 123 V 175), les expertises produites par une partie ainsi que les expertises médicales ordonnées par le juge (VSI 1997, p. 318, consid. 3b ; BLANC, La procédure administrative en assurance-invalidité, thèse Fribourg 1999, p. 142).

7. Dans le domaine des assurances sociales, la procédure est régie par la maxime inquisitoire, selon laquelle les faits pertinents de la cause doivent être constatés d'office par le juge. Mais ce principe n'est pas absolu. Sa portée est restreinte par le

devoir des parties de collaborer à l'instruction de l'affaire (art. 61 let. c LPGA). Celui-ci comprend en particulier l'obligation des parties d'apporter, dans la mesure où cela peut être raisonnablement exigé d'elles, les preuves commandées par la nature du litige et des faits invoqués, faute de quoi elles risquent de devoir supporter les conséquences de l'absence de preuves (ATF 125 V 195 consid. 2 et les références ; cf. ATF 130 I 183 consid. 3.2). Autrement dit, si la maxime inquisitoire dispense les parties de l'obligation de prouver, elle ne les libère pas du fardeau de la preuve. En cas d'absence de preuve, c'est à la partie qui voulait en déduire un droit d'en supporter les conséquences (ATF 117 V 264 consid. 3).

8. Selon le principe de la libre appréciation des preuves, le juge apprécie librement les preuves médicales qu'il a recueillies, sans être lié par des règles formelles, en procédant à une appréciation complète et rigoureuse des preuves. Le juge doit examiner objectivement tous les documents à disposition, quelle qu'en soit la provenance, puis décider s'ils permettent de porter un jugement valable sur le droit litigieux. S'il existe des avis contradictoires, il ne peut trancher l'affaire sans indiquer les raisons pour lesquelles il se fonde sur une opinion plutôt qu'une autre. 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 du contexte médical et l'appréciation de la situation médicale soient claires et qu'enfin, les conclusions de l'expert 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 (ATF 125 V 351 consid. 3a, 122 V 157 consid. 1c et les références ; ATF non publié du 23 juin 2008, 9C_773/2007, consid. 2.1).
9. Le juge peut accorder pleine valeur probante aux rapports et expertises établis par les médecins des assureurs aussi longtemps que ceux-ci aboutissent à des résultats convaincants, que leurs conclusions soient sérieusement motivées, que ces avis ne contiennent pas de contradictions et qu'aucun indice concret ne permette de mettre en cause leur bien-fondé. (ATF 125 V 351 consid. 3b/ee). Selon la jurisprudence, le fait que le médecin consulté soit lié à l'assureur par des relations de service ne permet pas pour ce seul motif de conclure à un manque d'objectivité ou d'impartialité de sa part. Il faut qu'il existe des circonstances particulières qui justifient objectivement la méfiance de l'assuré pour ce qui est de l'impartialité de l'appréciation. Le Tribunal fédéral a ainsi jugé que l'indépendance et l'impartialité des médecins du Centre d'observation médicale de l'assurance-invalidité (COMAI) étaient garanties déjà avant l'entrée en vigueur de leur nouveau statut du 1^{er} juin 1994 (ATF 123 V 175 ; cf. également RAMA 1999 n° U 332 p. 193).

S'agissant de la valeur probante des rapports établis par les médecins traitants, le juge peut et doit tenir compte du fait que, selon l'expérience, le 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. Ainsi, la jurisprudence accorde plus de poids aux constatations faites par un spécialiste qu'à l'appréciation de l'incapacité de travail par le médecin de famille (ATF 125 V 351 consid. 3b/cc et les références ; RJJ 1995, p. 44 ; RCC 1988 p. 504 consid. 2).

En cas de divergence d'opinion entre experts et médecins traitants, il n'est pas, de manière générale, nécessaire de mettre en oeuvre une nouvelle expertise. La valeur probante des rapports médicaux des uns et des autres doit bien plutôt s'apprécier au regard des critères jurisprudentiels (ATF 125 V 351 consid. 3a) qui permettent de leur reconnaître pleine valeur probante. A cet égard, il convient de rappeler qu'au vu de la divergence consacrée par la jurisprudence entre un mandat thérapeutique et un mandat d'expertise (ATF 124 I 170 consid. 4; SVR 2008 IV Nr. 15 p. 43), on ne saurait remettre en cause une expertise ordonnée par l'administration ou le juge et procéder à de nouvelles investigations du seul fait qu'un ou plusieurs médecins traitants ont une opinion contradictoire. Il n'en va différemment que si ces médecins traitants font état d'éléments objectivement vérifiables ayant été ignorés dans le cadre de l'expertise et qui sont suffisamment pertinents pour remettre en cause les conclusions de l'expert (ATF non publié 9C_776/2009 du 11 juin 2010, consid. 2.2).

10. En l'espèce, il convient d'examiner quelle valeur probante peut être reconnue à l'expertise pluridisciplinaire des Drs S_____ et T_____, auxquels le recourant reproche d'avoir sous-estimé ses atteintes et leurs répercussions sur sa capacité de travail.

A l'appui de ses griefs, le recourant se contente de renvoyer aux rapports établis notamment par les Drs U_____, Q_____ et R_____, sans parvenir véritablement à démontrer, par une argumentation précise et étayée, l'existence de contradictions manifestes ou d'éléments cliniques ou diagnostiques ignorés, et encore moins à expliquer en quoi le point de vue de ses médecins traitants serait objectivement mieux fondé que celui des experts ou justifierait la mise en oeuvre d'une mesure d'instruction complémentaire.

Force est de constater que les experts, n'ont pas ignoré des éléments retenus auparavant par les médecins traitants de l'assuré et qu'ils ont expliqué de manière convaincante, point par point, les raisons pour lesquels ils rejetaient ou retenaient tel ou tel diagnostic. Qui plus est, leur rapport est très étayé. L'anamnèse est détaillée, les plaintes de l'assuré dument rapportées en plusieurs endroits dans le rapport, plusieurs examens et tests supplémentaires ont été mis sur pied. Les contextes médical, historique et asséurologique sont quant à eux décrits sur de nombreuses pages. Enfin, chaque conclusion est sérieusement motivée.

En conclusion, les résultats de cette expertise sont convaincants et l'étude menée par les experts ne présente aucune contradiction apparente. De plus, aucune circonstance particulière ne donne à penser qu'une partialité ou un manque d'objectivité pourrait être reproché aux Drs S_____ et T_____.

Par ailleurs, le recourant ne produit aucun élément susceptible de remettre en cause le bien-fondé de cette expertise, tels que des rapports médicaux émanant d'autres spécialistes par exemple.

Au vu de ce qui précède et étant rappelé que la jurisprudence accorde plus de poids aux constatations faites par un spécialiste qu'à l'appréciation de l'incapacité de travail par les médecins traitants, l'expertise pluridisciplinaire doit se voir reconnaître pleine valeur probante.

Cette expertise concluant à l'absence de lien de causalité entre les atteintes à la santé du recourant et sa perte de gain, c'est à bon droit que l'intimé a nié à l'intéressé tout droit aux prestations.

Par conséquent, le recours est rejeté.

**PAR CES MOTIFS,
LA CHAMBRE DES ASSURANCES SOCIALES :**

Statuant

A la forme :

1. Déclare le recours recevable.

Au fond :

2. Le rejette.
3. Met un émolument de 200 fr. à la charge du recourant.
4. Informe les parties de ce qu'elles peuvent former recours contre le présent arrêt dans un délai de 30 jours dès sa notification auprès du Tribunal fédéral (Schweizerhofquai 6, 6004 LUCERNE), par la voie du recours en matière de droit public, conformément aux art. 82 ss de la loi fédérale sur le Tribunal fédéral du 17 juin 2005 (LTF); le mémoire de recours doit indiquer les conclusions, motifs et moyens de preuve et porter la signature du recourant ou de son mandataire ; il doit être adressé au Tribunal fédéral par voie postale ou par voie électronique aux conditions de l'art. 42 LTF. Le présent arrêt et les pièces en possession du recourant, invoquées comme moyens de preuve, doivent être joints à l'envoi.

La greffière

La Présidente

Marie-Catherine SECHAUD

Karine STECK

Une copie conforme du présent arrêt est notifiée aux parties ainsi qu'à l'Office fédéral des assurances sociales par le greffe le