



**EN FAIT**

1. Monsieur R\_\_\_\_\_ (ci-après : l'assuré ou le recourant), né en 1962, titulaire d'un diplôme de commerce, a exercé comme employé de commerce dans différentes compagnies d'assurances mais aussi de comptabilité ou de fiscalité.
2. Le 24 juin 2005, il a déposé une demande de prestations auprès de l'Office cantonal de l'assurance-invalidité (OCAI).
3. Questionné sur l'activité déployée avant d'être atteint dans sa santé, l'assuré a expliqué qu'il s'occupait épisodiquement de comptabilité, d'établir des déclarations fiscales pour des personnes physiques et de donner des cours de français. Il a précisé qu'il n'était pas indépendant : il s'agissait là d'activités accessoires s'ajoutant au revenu minimum cantonal d'aide sociale.
4. Interrogé par l'OCAI, le Dr A\_\_\_\_\_ a établi en date du 22 juillet 2005 un rapport dans lequel il a retenu les diagnostics de troubles de la personnalité sévères présents depuis plus de 20 ans, d'état anxio-dépressif et de céphalées. Le médecin a expliqué que les troubles de la personnalité, de type trouble obsessionnel compulsif, étaient très anciens. Il a par ailleurs décrit l'assuré comme socialement et professionnellement très handicapé par ses nombreux troubles.
5. Le 3 août 2005, le Dr B\_\_\_\_\_, spécialiste FMH en psychiatrie et psychothérapie, a retenu les diagnostics de trouble dépressif récurrent, épisode moyen et de personnalité schizoïde avec traits de personnalité paranoïde. Le médecin a relaté qu'à compter de 1983, l'assuré avait travaillé à plein temps durant environ 4 ans et demi, qu'il avait ensuite travaillé à temps partiel durant 5 ans avec de nombreux arrêts de travail avant de se retrouver au chômage, puis en fin de droit, avec des périodes d'incapacité variant de 50% à 100%. Le médecin a réservé son pronostic.
6. L'assuré a été adressé pour expertise psychiatrique à la Dresse C\_\_\_\_\_, qui a rendu son rapport en date du 28 juin 2007, sur la base d'un entretien avec l'assuré et du dossier mis à sa disposition.

Il ressort de l'anamnèse que l'assuré a obtenu un diplôme de l'école de commerce à l'âge de 20 ans. Il est ensuite venu travailler à Genève où il a été engagé dans le service de comptabilité d'une compagnie d'assurance. Il y a travaillé à plein temps pendant 3 ans, avant d'être engagé par une autre compagnie auprès de laquelle il a travaillé à temps partiel, d'abord à 80%, puis à 60%, puis à 50%, ceci durant 4 ans. Il a commencé des cours pour obtenir une maîtrise en assurances mais ne les a pas achevés. Il a ensuite suivi des études de théologie en tant qu'auditeur puis s'est inscrit dans une école biblique qu'on lui a demandé de quitter après 6 semaines en

raison de son comportement. De 1990 à 1992, il a travaillé à plein temps dans une compagnie d'assurance puis s'est retrouvé au chômage.

Il a été relevé que l'assuré est suivi sur le plan psychiatrique depuis mars 2000. L'évolution a été lentement favorable avec espacement des consultations, puis des rechutes dépressives avec une hospitalisation de 3 mois, d'août à novembre 2005. Depuis lors et malgré la prise en charge, l'évolution a été stationnaire, avec des rechutes dépressives ponctuelles, accompagnées d'idées noires et d'idéations suicidaires.

La Dresse C\_\_\_\_\_ a retenu le diagnostic de personnalité schizoïde présente depuis que l'assuré est jeune adulte, et de trouble dépressif récurrent en rémission et sans répercussion sur la capacité de travail.

L'experte a estimé que la personnalité schizoïde était mal compensée depuis plusieurs années. Le médecin a expliqué que lorsque cette atteinte était décompensée, elle entraînait des rechutes dépressives plus ou moins longues, qui nécessiteraient un traitement neuroleptique atypique auquel l'assuré s'oppose. L'experte a souligné que cette opposition faisait partie du trouble de l'assuré et ne devait pas être interprétée comme une absence de volonté de se traiter.

Au vu de l'évolution de l'assuré et de ses troubles psychiques, le médecin a émis l'avis qu'une reprise du travail dans l'activité de comptable serait difficile. L'experte a cependant exprimé l'opinion qu'une réorientation professionnelle à 50% dans un premier temps devrait être tentée. Elle a précisé que le pronostic était étroitement lié à l'acceptation d'une médication psychotrope, laquelle devrait permettre à l'assuré de calmer ses angoisses, de diminuer l'interprétativité, de mieux compenser le trouble de la personnalité et de stabiliser sa thymie. L'experte a précisé que l'interprétativité, les angoisses paranoïdes, le vécu persécutoire, la nécessité de tenir autrui à distance par peur d'être envahi, la propension à s'isoler en fonction des événements et la thymie fluctuante de l'assuré interféraient avec l'activité de comptable exercée jusqu'alors.

En définitive, elle a conclu à une capacité de travail de 25% tout au plus dans l'activité de comptable.

Globalement, elle a retenu une incapacité de travail de 50% de janvier 2003 à juillet 2005, une incapacité de travail de 100% d'août à décembre 2005, puis de 50% à compter de janvier 2006.

L'experte a ajouté que les troubles psychiques de l'assuré rendaient difficiles une adaptation à un environnement professionnel d'autant plus qu'il refuse toute médication psychotrope.

Elle a émis l'avis que des activités simples seraient exigibles de sa part pour autant qu'elles s'exercent dans une petite équipe. Une telle activité pourrait être exercée à raison de 4 heures par jour.

7. Le dossier a été soumis au Dr D \_\_\_\_\_, médecin auprès du service médical régional de l'AI (SMR), qui a retenu qu'une activité adaptée était possible à condition qu'elle soit simple et puisse s'exercer en petite équipe et ce, à hauteur de 50%. Il a admis que le traitement neuroleptique et le traitement antidépresseur préconisés n'étaient pas médicalement exigibles puisque l'assuré s'y opposait en raison précisément de son atteinte.
8. Un projet de décision a été adressé à l'assuré en date du 19 septembre 2007 auquel il s'est opposé.
9. Par décision du 12 décembre 2007, l'OCAI a octroyé à l'assuré, à compter du 27 juin 2004, une demi-rente d'invalidité, remplacée par une rente entière du 1er novembre au 31 décembre 2005, puis à nouveau une demi-rente.

Se basant sur le rapport de la Dresse C \_\_\_\_\_, l'OCAI a considéré que depuis le 1<sup>er</sup> janvier 2003, la capacité de travail de l'intéressé avait été diminuée de 50%, qu'elle avait ensuite été nulle du 1<sup>er</sup> août au 31 décembre 2005, date à laquelle son état de santé s'était amélioré de telle sorte qu'il aurait pu exercer son activité précédente à 25% et une activité adaptée à 50%.

Il a dès lors procédé au calcul du degré d'invalidité en comparant le salaire qu'aurait pu réaliser l'assuré en pleine santé dans une activité professionnelle de type administratif à plein temps en 2006, soit 52'019 fr., à celui qu'il aurait pu raisonnablement obtenir la même année dans une activité adaptée exercée à mi-temps et compte tenu d'une réduction supplémentaire de 10%, soit 26'275 fr. et obtenu ainsi un degré d'invalidité de 49,5%, arrondi à 50%.

L'OCAI a encore précisé que la demande ayant été déposée le 27 juin 2005, soit plus de douze mois après la naissance du droit, les prestations seraient allouées à compter du 27 juin 2004.

10. Par courrier du 23 janvier 2008, l'assuré a interjeté recours contre cette décision. Il soutient que ses problèmes de santé graves entraînent une incapacité totale de travail. Il allègue avoir travaillé déjà depuis de nombreuses années à temps partiel en raison de son état de santé. Quant à l'amélioration invoquée par l'assurance-invalidité, il estime qu'elle n'a duré que du 23 décembre 2005 au 15 janvier 2006.
11. Invité à se déterminer, l'intimé, dans sa réponse du 21 février 2008, a conclu au rejet du recours en se référant au rapport d'expertise du Dr C \_\_\_\_\_, auquel il considère qu'il convient d'accorder pleine valeur probante.

12. Le 1<sup>er</sup> juillet 2008, l'assuré a transmis un certain nombre de pièces au Tribunal de céans. Il s'agit notamment des courriers qu'il a adressés à différents services de l'Etat, dont le service des prestations complémentaires et la Chancellerie d'Etat. Figurent également au nombre de ces documents de brefs rapports médicaux émanant de la Gemeinschaft Praxis für Histopathologie und Klinische Pathologie de Berne.

Il en ressort que l'assuré a consulté des chiropraticiens à Genève et à Berne et suivi plusieurs séances de physiothérapie. Il a également subi des interventions au niveau des ménisques. Enfin, dans une brève attestation datée du 16 janvier 2007, le Dr B \_\_\_\_\_ indique que son patient "fait état de démarches faites à Berne et à Genève en vue de recevoir des soins somatiques" et a "notamment consulté divers spécialistes à Berne au début 2006".

13. Une audience de comparution personnelle s'est tenue en date du 14 août 2008. A cette occasion, l'intimé a relevé que les derniers documents produits par le recourant étaient bien postérieurs à la décision litigieuse, de sorte qu'il maintenait sa position.

Le recourant a pour sa part relevé que son état de santé avait été investigué prioritairement sur le plan psychique, alors même qu'un certain nombre de problèmes somatiques se posaient, notamment une atteinte urologique et des limitations tant au niveau du genou droit qu'au niveau cardiaque.

Il s'est par ailleurs insurgé contre ce qu'il considère comme des insinuations de la part de l'expert, auquel il reproche d'avoir retenu qu'il aurait voyagé alors qu'il était au chômage, qu'il serait opposé à la prise de médicaments et qu'il sortirait régulièrement le soir.

14. Interrogé par écrit, le Dr E \_\_\_\_\_, spécialiste FMH en urologie à Bienne, a répondu par courrier du 20 octobre 2008. Il a expliqué suivre le patient depuis le 29 juin 2005. Il a retenu les diagnostics de problème de vidange de la vessie dans le cadre d'une thérapie antidépressive et de prostatite chronique. Il a ajouté que, malgré une intervention pratiquée le 12 février 2008, il n'y avait eu aucune amélioration, au contraire. Le médecin a expliqué que la fonction de la vessie est fortement influencée par le psychisme et que des situations de stress ou de pression peuvent la stimuler. À son avis, la situation est due à la fois à l'état psychique du patient et aux médicaments qu'il doit prendre et qui accentuent encore les symptômes. Le médecin a souligné que cette problématique est très handicapante car les patients ne trouvent pas le sommeil, ne trouvent donc pas le repos durant la nuit, ressentent des brûlures très gênantes et peuvent aussi entraîner des problèmes psychosociaux. S'agissant de savoir quelle est la répercussion de l'atteinte sur la capacité de travail de l'assuré, le médecin n'a pas répondu précisément. Il a simplement indiqué que cette problématique influence fortement la qualité de vie et

la capacité de travail. Dans la mesure où le problème psychique du patient jouait un rôle, il s'est déclaré incapable de juger. Il a toutefois émis l'avis qu'en raison du fait que le patient ne trouvait pas le repos durant la nuit et de son état psychique, une activité professionnelle ne lui semblait pas possible. Il explique n'avoir pas revu le patient d'août 2005 à décembre 2007. Sa capacité de travail était alors fortement influencée.

15. Entendu par le Tribunal de céans en date du 6 novembre 2008, le Dr B\_\_\_\_\_ a indiqué suivre le recourant depuis 2000. Il a confirmé les diagnostics retenus dans son rapport d'août 2005, à savoir état dépressif de gravité moyenne et personnalité schizoïde avec traits paranoïdes, en précisant que le tout était décompensé.

Le témoin a précisé que le second diagnostic avait été difficile à poser. Il avait finalement écarté celui de trouble schizo-affectif ainsi que ceux de trouble paranoïde pur et de schizophrénie pour retenir un diagnostic de personnalité qui se manifeste par un retrait de la réalité (bien que le contact avec celle-ci soit conservé), un enfermement, un retrait social, un appauvrissement des émotions, tout cela se traduisant par une difficulté d'insertion. Le médecin a souligné que le patient se montrait collaborant et était conscient du problème.

Le médecin a indiqué que le patient ne suivait pour le moment pas de traitement médicamenteux. Il a expliqué qu'en raison de ses idées persécutives, il lui est non seulement difficile d'accepter un traitement, mais également un suivi, raison pour laquelle il considère comme "un petit miracle" d'avoir pu conserver sa confiance.

Le témoin a souligné qu'il n'y avait là aucune mauvaise volonté de la part du patient, dont il a indiqué qu'il a une telle réticence envers les traitements médicamenteux que même s'il ne refusait pas formellement d'en prendre, la prescription d'un traitement n'aurait sans doute pas tous les effets positifs attendus.

Le Dr B\_\_\_\_\_ a émis l'avis que malgré l'intelligence et les compétences de l'assuré, l'aspect pathologique affectif est tel qu'il lui serait difficile de s'insérer dans le monde professionnel, quelle que soit l'activité ou le taux d'occupation. Il a conclu à une incapacité totale de travail, qu'il a également motivée par le besoin très important de revalorisation narcissique.

Le Dr B\_\_\_\_\_ a rappelé qu'outre la problématique psychique, se posent également des problèmes au niveau du cœur, de la vessie et du genou, certainement en partie explicables par l'état de tension de l'assuré mais pas seulement.

Le témoin a exprimé des doutes quant à la reprise d'une activité à 50% et a relaté qu'en 2000, une connaissance avait confié à l'assuré un travail qui, a priori, ne requérait aucune qualification particulière puisqu'il s'agissait de repeindre un

portail ; cependant, le patient se trouvait dans un tel état de paralysie et de prostration qu'il avait été dans l'incapacité de mener cette tâche à bien.

16. Entendu à son tour en date du 22 janvier 2009, le Dr F \_\_\_\_\_, urologue, a indiqué avoir vu l'assuré en consultation pour la première fois en août 2007.

Ses investigations et constatations objectives lui ont permis de confirmer les conclusions du Dr E \_\_\_\_\_. Selon le Dr F \_\_\_\_\_, le problème urinaire du patient est complexe : il rencontre premièrement des problèmes pour vider sa vessie, mais aussi en raison de la fréquence des mictions, très importante, et enfin, en raison de fuites d'urine.

Une intervention a été pratiquée le 12 février 2008, qui avait pour objectif d'améliorer la vidange vésicale mais qui n'a pas eu les résultats escomptés, au contraire.

Le médecin a indiqué avoir eu connaissance d'un rapport rédigé par le centre de paraplégie de Nottwil le 27 octobre 2008, dont il a indiqué qu'il était extrêmement bien fait et permettait d'objectiver le problème : il avait été mis en évidence que la vessie du patient était plus petite que la normale et qu'au surplus, dès qu'elle était pleine, se produisaient des contractions presque automatiques, à l'origine des fuites. D'après les indications du patient et l'anamnèse, il semble que ce problème soit apparu progressivement, deux ou trois ans avant qu'il soit venu le consulter pour la première fois.

S'agissant des limitations fonctionnelles, le témoin a principalement retenu la fréquence des mictions - une fois toutes les demi-heures lorsque le patient s'hydrate normalement, et, au mieux, une fois toutes les heures et demie lorsqu'il diminue considérablement son hydratation. Cela conduit à trois ou quatre réveils au moins par nuit. S'y ajoute le problème de fuites.

Le Dr F \_\_\_\_\_ a précisé qu'outre l'intervention, le patient s'était vu prescrire la quasi-totalité des médicaments pouvant entrer en ligne de compte, sans plus de succès. Une dernière option consisterait à implanter un stimulateur interne pour contrôler les nerfs de la fonction vésicale, sans garantie de succès, étant précisé qu'un stimulateur externe a déjà été tenté en vain.

Soulignant qu'au problème urinaire s'ajoutaient s'ajoutent manifestement d'autres problèmes médicaux ne relevant pas de sa compétence, le témoin a exprimé l'avis qu'il était fort douteux que le patient dispose d'une capacité professionnelle, quelle que soit l'activité envisagée.

Il s'est déclaré dans l'incapacité d'évaluer la capacité de travail du patient du seul point de vue urologique.

17. Le rapport établi le 27 octobre 2008 par le Dr G \_\_\_\_\_, médecin-chef du service de neuro-urologie du centre suisse des paraplégiques retient les diagnostics de troubles des fonctions vésicales avec symptômes d'urgence mictionnelle et formation d'urine résiduelle, de status après incision du col vésical effectuée le 12 février 2008, d'infection aiguë des voies urinaires et de dépression.

Il ressort de l'anamnèse que l'assuré souffre depuis plus de quatre ans de problèmes mictionnels accrus. Les thérapies conservatrices n'ont eu aucun succès, de même qu'une électrostimulation externe, de sorte qu'en février 2008 il a été procédé à une incision du col vésical qui n'a pas non plus entraîné d'amélioration.

Il a été relevé que le patient était obligé de vider sa vessie une vingtaine de fois par jour, que la nuit, les mictions s'espaciaient d'une heure à une heure et demie tout au plus, que le patient souffrait au surplus de brûlures importantes, d'un besoin mictionnel impérieux avec un début d'incontinence nécessitant le port de couches et que la miction devait être renforcée par un massage abdominal.

18. Un rapport établi le 27 novembre 2008 par le Dr H \_\_\_\_\_, médecin-adjoint à l'Hôpital de la Tour, suite à une scintigraphie osseuse, conclut à l'absence d'arguments en faveur d'une inflammation ou infection au niveau des genoux, à de probables troubles dégénératifs initiaux versus état postopératoire de la rotule droite, à un statut post fractures costales bilatérales, et à un hallux valgus bilatéral.

19. Par écriture du 4 mars 2009, l'intimé a persisté dans ses conclusions en s'appuyant sur un avis médical établi le 11 février 2009 par la Dresse I \_\_\_\_\_, du service médical régional AI, qui estime que les affections somatiques énumérées par le Dr B \_\_\_\_\_ ne sont pas suffisamment graves pour entraîner une incapacité de travail, que le médecin n'apporte pas d'éléments contradictoires par rapport à l'avis de l'experte pas plus que d'éléments en faveur d'une aggravation de l'état de santé ou d'une nouvelle atteinte. La Dresse I \_\_\_\_\_ retient, s'agissant du Dr F \_\_\_\_\_, que celui-ci n'a pu s'exprimer sur la capacité de travail ressortissant du seul problème urologique. Quant au rapport de Nottwil, elle relève qu'il mentionne les diagnostics et discute des possibilités thérapeutiques sans se prononcer sur la capacité du travail exigible. En définitive, elle considère qu'il n'y a pas d'éléments objectifs pouvant permettre d'écarter les conclusions précédentes.

20. Dans ses écritures après enquêtes du 19 mars 2009, le recourant a également persisté dans ses conclusions. Il relève que selon le Dr B \_\_\_\_\_, l'aspect pathologique est tel sur le plan psychique qu'il lui serait difficile de s'insérer dans le monde professionnel, que le Dr F \_\_\_\_\_ a également mis en doute le fait qu'il puisse disposer d'une capacité professionnelle quelle que soit l'activité envisagée et que cela a été confirmé par le Dr E \_\_\_\_\_. Il conclut en conséquence à l'octroi d'une rente entière à compter du 27 juin 2005.

## **EN DROIT**

1. Conformément à l'art. 56V al. 1 let. a ch. 2 de la loi genevoise sur l'organisation judiciaire (LOJ; E 2 05), le Tribunal cantonal des assurances sociales 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).

En dérogation aux art. 52 et 58 LPGA, les décisions des offices AI cantonaux peuvent directement faire l'objet d'un recours devant le tribunal des assurances du domicile de l'office concerné.

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

2. La LPGA, entrée en vigueur le 1er janvier 2003, de même que les modifications de la LAI du 21 mars 2003 (4ème révision), entrée en vigueur le 1er janvier 2004, ont entraîné la modification de nombreuses dispositions légales dans le domaine de l'assurance-invalidité. Conformément au principe selon lequel les règles applicables sont celles en vigueur au moment où les faits juridiquement déterminants se sont produits (ATF 130 V 445), le droit litigieux doit être examiné à l'aune des dispositions de la LAI en vigueur jusqu'au 31 décembre 2002 pour la période courant jusqu'à cette date, puis à celle de la nouvelle réglementation pour la période postérieure au 1er janvier 2003, respectivement au 1er janvier 2004, étant précisé que le juge n'a pas à prendre en considération les modifications du droit ou de l'état de fait postérieures à la date déterminante de la décision litigieuse (ATF 129 V 1 consid. 1.2). Cela étant, les notions et les principes développés jusqu'alors par la jurisprudence en matière d'évaluation de l'invalidité n'ont pas été modifiés par l'entrée en vigueur de la LPGA ou de la 4ème révision de la LAI (voir ATF 130 V 343).

Par ailleurs, la loi fédérale du 16 décembre 2005 modifiant la loi fédérale sur l'assurance-invalidité est entrée en vigueur le 1er juillet 2006 (RO 2006 2003), apportant des modifications qui concernent notamment la procédure conduite devant le Tribunal cantonal des assurances (art. 52, 58 et 61 let. a LPGA). Le présent cas est soumis au nouveau droit, dès lors que le recours de droit administratif a été formé après le 1er juillet 2006 (ch. II let. c des dispositions transitoires relatives à la modification du 16 décembre 2005).

3. Interjeté dans les forme et délai légaux (art. 56 à 60 LPGA), le recours est recevable.
4. Le litige porte sur la question de savoir si les atteintes à la santé du recourant lui ouvrent droit à plus d'une demi-rente.

5. En substance, le recourant estime ne pas être en mesure d'exercer la moindre activité lucrative. Il reproche à l'intimé d'avoir considéré qu'il pourrait encore exercer une activité à 50% et de n'avoir pris en considération que ses seuls problèmes psychiques, alors que s'y ajoutent des atteintes somatiques.
6. Est réputée incapacité de travail toute perte, totale ou partielle, de l'aptitude de l'assuré à accomplir dans sa profession ou son domaine d'activité le travail qui peut raisonnablement être exigé de lui, si cette perte résulte d'une atteinte à sa santé physique, mentale ou psychique. En cas d'incapacité de travail de longue durée, l'activité qui peut être exigée de l'assurée peut aussi relever d'une autre profession ou d'un autre domaine d'activité (art. 6 LPGA).

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 LPGA).

Est réputée invalidité l'incapacité de gain totale ou partielle présumée permanente ou de longue durée (art. 8 al. 1 LPGA et 4 al. 1 LAI).

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, 105 V 207 consid. 2). L'atteinte à la santé n'est donc pas à elle seule déterminante et ne sera prise en considération que dans la mesure où elle entraîne une incapacité de travail ayant des effets sur la capacité de gain de l'assuré (MEYER-BLASER, Bundesgesetz über die Invalidenversicherung, Zurich 1997, p. 8). Lorsqu'en raison de l'inactivité de l'assuré, les données économiques font défaut, il y a lieu de se fonder sur les données d'ordre médical, dans la mesure où elles permettent d'évaluer la capacité de travail de l'intéressé dans des activités raisonnablement exigibles (ATF 115 V 133 consid. 2, 105 V 158 consid.1). 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 261 consid. 4, 115 V 134 consid. 2, 114 V 314 consid. 3c, 105 V 158 consid. 1), étant rappelé que l'obligation pour l'assuré de diminuer le dommage est un principe général du droit des assurances sociales (ATF 129 V 463 consid. 4.2, 123 V 233 consid. 3c, 117 V 278 consid. 2b, 400 et les arrêts cités). Dès lors, le juge ne peut pas se fonder simplement sur le travail que l'assuré a fourni ou s'estime lui-même capable de fournir depuis le début de son incapacité de travail, ceci pour éviter que le recourant soit tenté d'influencer à son profit, le degré de son invalidité (ATF 106 V 86 consid. 2 p. 87).

7. Pour qu'une invalidité soit reconnue, il est nécessaire, dans chaque cas, qu'un diagnostic médical pertinent soit posé par un spécialiste et que soit mise en évidence une diminution importante de la capacité de travail (et de gain; ATF 127 V 299). Ainsi, pour pouvoir calculer le degré d'invalidité, l'administration (ou le juge, s'il y a eu un recours) a besoin de documents que le médecin, éventuellement aussi d'autres spécialistes, doivent lui fournir.

Dans l'assurance-invalidité, l'instruction des faits d'ordre médical se fonde sur le rapport du médecin traitant destiné à l'Office AI, les expertises de médecins indépendants de l'institution d'assurance, les examens pratiqués par les Centres d'observation médicale de l'AI (ATF 123 V 175), les expertises produites par une partie ainsi que les expertises médicales ordonnées par le juge de première ou de dernière instance (VSI 1997, p. 318 consid. 3b; Stéphane BLANC, La procédure administrative en assurance-invalidité, thèse Fribourg 1999, p. 142). Lors de l'évaluation de l'invalidité, 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 261 consid. 4, 115 V 134 consid. 2, 114 V 314 consid. 3c, 105 V 158 consid. 1 in fine).

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 353 consid. 3b/cc et les références, RJJ 1995, p. 44 ; RCC 1988 p. 504 consid. 2)

Quant aux rapports et expertises établis par les médecins des assureurs, le juge peut leur accorder pleine valeur probante aussi longtemps que ceux-ci aboutissent à des résultats convaincants, que leurs conclusions sont sérieusement motivées, que ces avis ne contiennent pas de contradictions et qu'aucun indice concret ne permet de mettre en cause leur bien-fondé. Le simple fait que le médecin consulté est lié à l'assureur par un rapport de travail ne permet pas encore de douter de l'objectivité de son appréciation ni de soupçonner une prévention à l'égard de l'assuré. Ce n'est qu'en présence de circonstances particulières que les doutes au sujet de l'impartialité d'une appréciation peuvent être considérés comme objectivement fondés. Étant donné l'importance conférée aux rapports médicaux dans le droit des assurances sociales, il y a lieu toutefois de poser des exigences sévères quant à l'impartialité de l'expert (ATF 125 V 353 consid. 3b/ee, ATFA non publié du 13 mars 2000, I 592/99, consid. b/ee).

Selon le principe de libre appréciation des preuves, pleinement valable en procédure judiciaire de recours dans le domaine des assurances sociales (cf. art. 61 let. c LPGA), le juge n'est pas lié par des règles formelles, mais 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. En cas de rapports médicaux contradictoires, le juge 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. L'élément déterminant pour la valeur probante d'un rapport médical n'est ni son origine, ni sa désignation, mais son contenu. A cet égard, il importe que les points litigieux importants aient fait l'objet d'une étude fouillée, que le rapport se fonde sur des examens complets, qu'il prenne également en considération les plaintes exprimées, qu'il ait été établi en pleine connaissance du dossier (anamnèse), que la description des interférences médicales soit claire et enfin que les conclusions de l'expert soient bien motivées (ATF 125 V 352 ss consid. 3).

8. 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.

Parmi les atteintes à la santé psychique pouvant provoquer une invalidité, on doit mentionner – à part les maladies mentales proprement dites – les anomalies psychiques qui équivalent à des maladies, étant précisé que l'on ne considère pas comme des conséquences d'un état psychique maladif, donc pas comme des affections à prendre en charge par l'assurance-invalidité, les diminutions de la capacité de gain que l'assuré pourrait empêcher en faisant preuve de bonne volonté; la mesure de ce qui est exigible doit être déterminée aussi objectivement que possible. Il faut donc établir si et dans quelle mesure un assuré peut, malgré son infirmité mentale, exercer une activité que le marché du travail lui offre, compte tenu de ses aptitudes. Le point déterminant est ici de savoir quelle activité peut raisonnablement être exigée dans son cas. Pour admettre l'existence d'une incapacité de gain causée par une atteinte à la santé mentale, il n'est donc pas décisif que l'assuré exerce une activité lucrative insuffisante ; il faut bien plutôt se demander s'il y a lieu d'admettre que la mise à profit de sa capacité de travail ne peut, pratiquement, plus être raisonnablement exigée de lui, ou qu'elle serait même insupportable pour la société (ATF 102 V 165 ; VSI 2001 p. 224 consid. 2b et les références; cf. aussi ATF 127 V 298 consid. 4c in fine).

9. En l'espèce, la décision querellée est fondée, d'un point de vue médical, sur le rapport de la Dresse C\_\_\_\_\_, dont l'intimé a tiré la conclusion qu'une activité simple était exigible de l'assuré à raison de 50%.

Le rapport d'expertise se fonde sur une anamnèse détaillée, un examen clinique du recourant et tient compte des plaintes rapportées par ce dernier. Il a été établi en pleine connaissance du dossier. Les diagnostics retenus ont été corroborés par le Dr

B\_\_\_\_\_. En revanche, les conclusions de l'experte quant à la capacité de travail résiduelle sont sujettes à caution.

En effet, on relèvera que l'expert a exprimé l'opinion qu'une réorientation professionnelle à 50% dans un premier temps devrait être *tentée*. Le choix de ce terme indique déjà qu'elle avait des doutes sur les chances de succès de cette initiative. Au surplus, l'experte a pris soin de préciser que son pronostic était étroitement lié à l'acceptation d'une médication psychotrope, dont elle attendait qu'il permette à l'assuré de calmer ses angoisses, de diminuer l'interprétativité, de mieux compenser le trouble de la personnalité et de stabiliser sa thymie. Or, on sait que le recourant ne prend pas de médication psychotrope et l'experte avait d'ailleurs souligné – tout comme le Dr D\_\_\_\_\_, du SMR - que cette opposition aux médicaments ne pouvait être reprochée à l'assuré dans la mesure où elle fait partie intégrante de sa problématique, ce qu'a d'ailleurs corroboré le Dr B\_\_\_\_\_.

Force est donc de constater que les conditions posées par l'experte elle-même pour que la *tentative* de reprise du travail à 50% ait des chances de succès ne sont pas réunies. Pour cette raison déjà, on ne saurait retenir une capacité de travail de 50%, d'autant que l'experte a souligné que les troubles psychiques de l'assuré rendaient difficiles une adaptation à un environnement professionnel.

S'y ajoutent l'interprétativité, les angoisses paranoïdes, le vécu persécutoire, la nécessité de tenir autrui à distance par peur d'être envahi, la propension à s'isoler en fonction des événements et la thymie fluctuante de l'assuré, dont l'experte a reconnu qu'ils interféraient avec l'activité de comptable. On ne voit pas avec quelle activité ces éléments pourraient ne pas interférer et on comprend d'autant moins la conclusion selon laquelle l'assuré devrait travailler en équipe.

Dans la mesure où, ainsi qu'on l'a vu, les conditions retenues par l'experte pour retenir une capacité de travail de 50% dans une activité adaptée ne sont pas réunies, il convient de s'écarter de cette évaluation et de considérer, avec le Dr B\_\_\_\_\_, que la capacité de travail de l'assuré est nulle et ce, quelle que soit l'activité considérée. Les explications données par le Dr B\_\_\_\_\_ en audience ont en effet été convaincantes et motivées.

D'autant qu'aux problèmes psychiques de l'assuré, dont on a vu qu'ils peuvent à eux seuls justifier une incapacité totale de travail, il y a lieu d'ajouter les problèmes rencontrés par l'assuré sur le plan urologique.

En effet, les différents spécialistes qui se sont prononcés sur ce point ont unanimement reconnu l'existence d'importantes répercussions sur la capacité de travail, même si cette influence n'a pu être évaluée de manière précise. Il n'en demeure pas moins que tant le Dr F\_\_\_\_\_ que le Dr E\_\_\_\_\_ en ont tiré la conclusion qu'au vu de l'ensemble du tableau, une activité semblait plus

possible. Les limitations fonctionnelles retenues sur le plan somatique – besoin pressant d’uriner vingt fois par jour et plusieurs fois par nuit, fatigabilité entraînée par l’impossibilité de trouver le repos, principalement – s’ajoutent au tableau psychique déjà sévère évoqué supra, de telle sorte que le Tribunal de céans se voit conforté dans la conviction que l’incapacité de travail est totale.

Eu égard aux considérations qui précèdent, le recours est donc admis en ce sens que le recourant se voit reconnaître le droit à une rente entière à compter du 27 juin 2004.

**PAR CES MOTIFS,  
LE TRIBUNAL CANTONAL DES ASSURANCES SOCIALES :**

**Statuant**

**A la forme :**

1. Déclare le recours recevable.

**Au fond :**

2. L’admet.
3. Annule la décision du 12 décembre 2007.
4. Dit que Monsieur R\_\_\_\_\_ a droit à une rente entière d’invalidité à compter de juin 2004.
5. Renvoie la cause à l’intimé pour calcul des prestations dues.
6. Condamne l’intimé à verser au recourant la somme de 2’000 fr. à titre de dépens.
7. Met un émolument de 200 fr. à la charge de l’intimé.
8. 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

Yaël BENZ

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