

GE_GERICHTE ATAS/1069/2020 vom 12. November 2020

GE Cour de justice, 2020-11-12, FR

Quelle: https://mcp.opencaselaw.ch/entscheid/ge_gerichte_ATAS_1069_2020

FR: GE_GERICHTE ATAS/1069/2020 du 12 novembre 2020

IT: GE_GERICHTE ATAS/1069/2020 del 12 novembre 2020

Erwägungen

E. 33

Dans ses observations du 20 décembre 2019, le recourant a pris note des conclusions des experts quant à sa capacité de travail et demandé qu'ils précisent la fréquence et la durée des pauses qu'il doit respecter dans une activité adaptée, ainsi que la date à partir de laquelle une telle activité est exigible. Il a produit :

A/3757/2016 - 15/30 - – un rapport du 16 décembre 2019 du Dr J_____, qui le suit depuis mars 2017, attestant que les douleurs permanentes ont des répercussions thymiques (découragement, abattement, irritabilité péjorant les rapports avec les membres de sa famille) et émettant l'avis qu'une capacité de travail de 50% dans une activité adaptée est illusoire ; – un courriel du 19 décembre 2019 du Dr B_____ alléguant que les limitations fonctionnelles retenues par les experts correspondent à une incapacité de travail totale dans toute activité professionnelle depuis janvier 2011. Ceci dit, le recourant considère que l'évaluation de sa capacité de travail à 50% dans une activité adaptée apparaît suffisamment étayée au regard des réquisits jurisprudentiels (ATF 141 V 281). Il expose que les diagnostics de syndrome douloureux pelvien chronique, d'épididymite et celui de trouble du sommeil, confirmé par une polysomnographie, sont convaincants et intraitables. À titre de comorbidité, il retient un effet de renforcement, en raison de l'abaissement du seuil douloureux entre les deux atteintes (douleurs pelviennes liées à l'épididymite, respectivement trouble du sommeil). Il prétend de plus que son contexte social n'est pas préservé (environnement familial marqué par des comportements d'évitement - y compris le réseau social - ou des conflits larvés). Contrairement aux indications ressortant de l'expertise, il allègue ne pas bénéficier de ressources et rencontrer au contraire des limitations dans tous les domaines d'activité de la vie (impossibilité de conduire, d'aider son fils handicapé, de prendre plaisir à la mer, de faire l'amour, de faire du sport, dégradation du sommeil et de la vie familiale). Il relève qu'aucun expert n'a constaté une exagération des symptômes, et que son comportement est cohérent (compliance aux traitements). Sur cette base, le recourant conclut à l'octroi d'une rente entière depuis le 1er janvier 2012, eu égard à l'absence d'activité adaptée exigible sur le marché de travail compte tenu de son âge (61 ans), de la longue durée de l'incapacité de travail et des douleurs ressenties, subsidiairement, à l'octroi d'une demi-rente d'invalidité dès cette date.

E. 34

Dans une écriture spontanée du 6 janvier 2020, le recourant a demandé que l'avis du SMR du 12 décembre 2019, établi par la docteure P_____, spécialiste FMH en médecine interne générale, soit écarté, au motif, d'une part, que ce médecin aurait dû se récuser, puisqu'il ressort de l'extrait joint du Registre des professions médicales qu'elle exerce auprès des HUG, établissement où il a été suivi pour ses douleurs testiculaires, d'autre part, que compte tenu de son domaine de spécialité, elle ne peut se prononcer sur le plan

urologique.

A/3757/2016 - 16/30 - Il ajoute que la Dresse P_____ a commis des erreurs de plume (mention de la CRR en lieu et place de la PMU, qualification du Dr K_____ d'urologue traitant), laissant à penser qu'elle a « lu le rapport d'expertise en diagonale ». Le recourant considère en outre que le SMR a oblitéré le fait que l'évaluation de la capacité de travail résiduelle dans une activité adaptée a été effectuée de manière consensuelle, y compris par l'expert psychiatre.

E. 35

Dans un rapport complémentaire du 10 janvier 2020, le Dr K_____ a indiqué que l'incapacité de travail de 50% dans une activité adaptée remontait au 26 juin 2019, date de la consultation. L'expert ne s'est pas prononcé sur la fréquence et la durée des pauses, estimant que cela devrait être évalué dans un centre de l'assurance- invalidité, ce que le patient refuse.

E. 36

Par courrier du 20 janvier 2020, L_____ SA a invité la Cour de céans à se référer au rapport précité du Dr K_____ ; les précisions attendues quant à la prise d'effet de l'incapacité de travail de 50% dans une activité adaptée et la fréquence et la durée des pauses en pareil cas étaient en rapport avec l'atteinte urologique.

E. 37

Par écriture du 28 janvier 2020, l'intimé a fait remarquer que la Dresse P_____ n'était plus employée par les HUG depuis le 30 septembre 2008.

E. 38

Par écriture du 5 février 2020, l'intimé s'est rangé à l'avis émis par le SMR en date du 4 février 2020 : le SMR considère que les écritures des 10 et 20 janvier 2020 n'amènent pas de nouvel élément permettant de modifier l'appréciation médicale du cas. Il souligne que les douleurs subjectives du recourant, en l'absence d'une inflammation de l'épididyme - qui s'accompagne alors de gonflement et/ou de rougeurs -, non associées à une atteinte urogénitale précise, sont semblables à celles décrites lors de l'expertise urologique de 2016, de sorte qu'une baisse de la capacité de travail dans une activité adaptée ne se justifie pas.

E. 39

Le 14 février 2020, le recourant a fait savoir qu'il ne s'opposait pas à une évaluation dans un centre d'observation professionnelle de l'assurance-invalidité et a conclu au renvoi de la cause à l'intimé pour ce faire.

EN DROIT

1. Les questions de la recevabilité du recours et de la compétence de la Cour de céans ayant d'ores et déjà été examinées dans l'ordonnance d'expertise du 27 mars 2019 (ATAS/254/2019), il n'y a pas lieu d'y revenir ici. 2. À teneur de l'art. 1 al. 1 LAI, les dispositions de la LPGA s'appliquent à l'assurance- invalidité, à moins que la loi n'y déroge expressément. 3. Le litige porte sur le droit du recourant à une rente d'invalidité et à des mesures d'ordre professionnel, sous forme d'un reclassement.

A/3757/2016 - 17/30 - 4. Est réputée invalidité, l'incapacité de gain totale ou partielle présumée permanente ou de longue durée, résultant d'une infirmité congénitale, d'une

maladie ou d'un accident (art. 8 al. 1 LPGA et 4 al. 1 LAI). Selon l'art. 7 LPGA, est réputée incapacité de gain toute diminution de l'ensemble ou d'une partie des possibilités de gain de l'assuré sur le marché du travail équilibré qui entre en considération, si cette diminution résulte d'une atteinte à la santé physique, mentale ou psychique et qu'elle persiste après les traitements et les mesures de réadaptation exigibles (al. 1). Seules les conséquences de l'atteinte à la santé sont prises en compte pour juger de la présence d'une incapacité de gain. De plus, il n'y a incapacité de gain que si celle-ci n'est pas objectivement surmontable (al. 2 en vigueur dès le 1er janvier 2008). 5. En vertu de l'art. 28 al. 2 LAI, l'assuré a droit à une rente entière s'il est invalide à 70% au moins, à un trois-quarts de rente s'il est invalide à 60% au moins, à une demi-rente s'il est invalide à 50% au moins, ou à un quart de rente s'il est invalide à 40% au moins. Pour évaluer le taux d'invalidité, le revenu 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 (art. 16 LPGA et art. 28a 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 273 consid. 4a). 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 (arrêt du Tribunal fédéral des assurances I 654/00 du 9 avril 2001 consid. 1). 6. Compte tenu des difficultés, en matière de preuve, à établir l'existence de douleurs, les simples plaintes subjectives de l'assuré ne sauraient suffire pour justifier une invalidité (entière ou partielle). Dans le cadre de l'examen du droit aux prestations de l'assurance sociale, l'allégation de douleurs doit être confirmée par des observations médicales concluantes, à défaut de quoi une appréciation de ce droit aux prestations ne peut être assurée de manière conforme à l'égalité de traitement des assurés. Demeurent réservés les cas où un syndrome douloureux sans étiologie claire et fiable est associé à une affection psychique qui, en elle-même ou en corrélation avec l'état douloureux, est propre à entraîner une limitation de longue durée de la capacité de travail pouvant conduire à une invalidité (arrêt du Tribunal fédéral des assurances I 421/06 du 6 novembre 2007 consid. 3.1; arrêt du Tribunal fédéral des assurances I 382/00 du 9 octobre 2001 consid. 2b). L'égalité de traitement commande en effet de soumettre tous les tableaux cliniques présentant des syndromes sans origine pathogène ou étiologique claire aux mêmes exigences en matière d'assurances sociales (arrêt du Tribunal fédéral des assurances I 70/07 du 14 avril 2008 consid. 5).

A/3757/2016 - 18/30 - 7. a. 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. 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 (ATF 127 V 294 consid. 4c; ATF 102 V 165 consid. 3.1; VSI 2001 p. 223 consid. 2b; arrêt du Tribunal fédéral des assurances I 786/04 du 19 janvier 2006 consid. 3.1). La reconnaissance de l'existence d'une atteinte à la santé psychique suppose la présence d'un diagnostic émanant d'un expert (psychiatre) et s'appuyant selon les règles de l'art sur les critères d'un système de classification reconnu, tel le CIM ou le DSM-IV (ATF 143 V 409 consid. 4.5.2 et 141 V 281 consid. 2.2 et 3.2; arrêt du Tribunal fédéral 8C_841/2016 du 30 novembre

2017 consid. 4.5.2). Dans sa jurisprudence récente (ATF 143 V 409 consid. 4.5 et ATF 143 V 418 consid. 6 et 7), le Tribunal fédéral a modifié sa pratique lors de l'examen du droit à une rente d'invalidité en cas de troubles psychiques. La jurisprudence développée pour les troubles somatoformes douloureux, selon laquelle il y a lieu d'examiner la capacité de travail et la capacité fonctionnelle de la personne concernée dans le cadre d'une procédure structurée d'administration des preuves à l'aide d'indicateurs (ATF 141 V 281), s'applique dorénavant à toutes les maladies psychiques, y compris aux troubles dépressifs de degré léger ou moyen (ATF 143 V 409 consid. 4.5.1). En effet, celles-ci ne peuvent en principe être déterminées ou prouvées sur la base de critères objectifs que de manière limitée. b. La capacité de travail réellement exigible doit être évaluée dans le cadre d'une procédure d'établissement des faits structurée et sans résultat prédéfini, permettant de mettre en regard les facteurs extérieurs incapacitants d'une part et les ressources de compensation de la personne d'autre part (ATF 141 V 281 consid. 3.6 et 4). Il n'y a plus lieu de se fonder sur les critères de l'ATF 130 V 352, mais sur une grille d'analyse comportant divers indicateurs qui rassemblent les éléments essentiels propres aux troubles de nature psychosomatique (ATF 141 V 281 consid. 4). Dans ce cadre, il convient d'évaluer globalement, sur une base individuelle, les capacités fonctionnelles effectives de la personne concernée en tenant compte, d'une part, des facteurs contraignants extérieurs limitant les capacités fonctionnelles et, d'autre part, les potentiels de compensation (ressources). Les indicateurs pertinents sont notamment l'expression des constatations et des symptômes, le recours aux thérapies, leur déroulement et leurs effets, les efforts de réadaptation professionnelle, les comorbidités, le développement et la structure de la personnalité, le contexte social de la personne concernée ainsi que la survenance des restrictions alléguées dans les différents domaines de la vie (travail et loisirs ; cf. ATAS/676/2019 du 26 juillet 2019 consid. 10a ; ATAS/856/2019 du 12 septembre 2019 consid. 6).

A/3757/2016 - 19/30 - 8. 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 (ATF 122 V 157 consid. 1b). Pour apprécier le droit aux prestations d'assurances sociales, il y a lieu de se baser sur des éléments médicaux fiables (ATF 134 V 231 consid. 5.1). 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 256 consid. 4; ATF 115 V 133 consid. 2; ATF 114 V 310 consid. 3c; arrêt du Tribunal fédéral 8C_442/2013 du 4 juillet 2014 consid. 2). 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. À 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 134 V 231 consid. 5.1; ATF 133 V 450 consid. 11.1.3; ATF 125 V 351 consid. 3). Sans remettre en cause le principe de la libre appréciation des preuves, le Tribunal fédéral des assurances a posé des lignes directrices en ce qui concerne la manière d'apprécier certains types d'expertises ou de rapports médicaux. Ainsi, en principe, lorsqu'au stade de la procédure administrative, une expertise confiée à un médecin indépendant est établie par un spécialiste reconnu, sur la base d'observations approfondies et d'investigations complètes, ainsi qu'en pleine connaissance du dossier, et que l'expert aboutit à des résultats convaincants, le juge ne saurait les écarter aussi longtemps qu'aucun indice concret ne permet de douter de leur bien-fondé (ATF 125 V 351 consid. 3b/bb). Le juge ne s'écarte pas sans motifs impératifs des conclusions d'une expertise médicale judiciaire, la tâche de l'expert étant précisément de mettre ses connaissances spéciales à la disposition de la justice afin de l'éclairer sur les aspects médicaux d'un état de fait donné. Selon la jurisprudence, peut constituer une raison de s'écarter d'une expertise judiciaire le fait que celle-ci contient des contradictions, ou qu'une surexpertise ordonnée par le tribunal en infirme les conclusions de

A/3757/2016 - 20/30 - manière convaincante. En outre, lorsque d'autres spécialistes émettent des opinions contraires aptes à mettre sérieusement en doute la pertinence des déductions de l'expert, on ne peut exclure, selon les cas, une interprétation divergente des conclusions de ce dernier par le juge ou, au besoin, une instruction complémentaire sous la forme d'une nouvelle expertise médicale (ATF 125 V 351 consid. 3b/aa et les références). Un rapport du SMR a pour fonction d'opérer la synthèse des renseignements médicaux versés au dossier, de prendre position à leur sujet et de prodiguer des recommandations quant à la suite à donner au dossier sur le plan médical. En tant qu'il ne contient aucune observation clinique, il se distingue d'une expertise médicale (art. 44 LPGa) ou d'un examen médical auquel il arrive au SMR de procéder (art. 49 al. 2 du règlement sur l'assurance-invalidité, du 17 janvier 1961 [RAI – RS 831.201]; ATF 142 V 58 consid. 5.1; arrêt du Tribunal fédéral 9C_542/2011 du 26 janvier 2012 consid. 4.1). De tels rapports ne sont cependant pas dénués de toute valeur probante, et il est admissible que l'office intimé, ou la juridiction cantonale, se fonde de manière déterminante sur leur contenu. Il convient toutefois de poser des exigences strictes en matière de preuve; une expertise devra être ordonnée si des doutes, même faibles, subsistent quant à la fiabilité ou à la pertinence des constatations effectuées par le SMR (ATF 142 V 58 consid. 5; ATF 135 V 465 consid. 4.4 et 4.6; arrêt du Tribunal fédéral 9C_371/2018 du 16 août 2018 consid. 4.3.1). En ce qui concerne les 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 (ATF 125 V 351 consid. 3b/cc). S'il est vrai que la relation particulière de confiance unissant un patient et son médecin traitant peut influencer l'objectivité ou l'impartialité de celui-ci (cf. ATF 125 V 351 consid. 3a 52; ATF 122 V 157 consid. 1c et les références), ces relations ne justifient cependant pas en elles-mêmes l'éviction de tous les avis émanant des médecins traitants. Encore faut-il démontrer l'existence d'éléments pouvant jeter un doute sur la valeur probante du rapport du médecin concerné et, par conséquent, la violation du principe mentionné (arrêt du Tribunal fédéral 9C_973/2011 du 4 mai 2012 consid. 3.2.1). On ajoutera qu'en cas de divergence d'opinion entre experts et médecins traitants, il n'est pas, de manière générale, nécessaire de mettre en œuvre 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. À 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; arrêt du Tribunal fédéral I 514/06 du 25 mai 2007 consid. 2.2.1, in SVR 2008 IV Nr. 15 p. 43), on ne saurait remettre en cause une expertise ordonnée par l'administration

A/3757/2016 - 21/30 - 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 (arrêt du Tribunal fédéral 9C_369/2008 du 5 mars 2009 consid. 2.2). Les constatations médicales peuvent être complétées par des renseignements d'ordre professionnel, par exemple au terme d'un stage dans un centre d'observation professionnel de l'assurance-invalidité, en vue d'établir concrètement dans quelle mesure l'assuré est à même de mettre en valeur une capacité de travail et de gain sur le marché du travail. Il appartient alors au médecin de décrire les activités que l'on peut encore raisonnablement attendre de l'assuré compte tenu de ses atteintes à la santé (influence de ces atteintes sur sa capacité à travailler en position debout et à se déplacer; nécessité d'aménager des pauses ou de réduire le temps de travail en raison d'une moindre résistance à la fatigue, par exemple), en exposant les motifs qui le conduisent à retenir telle ou telle limitation de la capacité de travail. En revanche, il revient au conseiller en réadaptation, non au médecin, d'indiquer quelles sont les activités professionnelles concrètes entrant en considération sur la base des renseignements médicaux et compte tenu des aptitudes résiduelles de l'assuré. Dans ce contexte, l'expert médical et le conseiller en matière professionnelle sont tenus d'exercer leurs tâches de manière complémentaire, en collaboration étroite et réciproque (ATF 107 V 17 consid. 2b; SVR 2006 IV n° 10 p. 39). 9. Le juge des assurances sociales fonde sa décision, sauf dispositions contraires de la loi, sur les faits qui, faute d'être établis de manière irréfutable, apparaissent comme les plus vraisemblables, c'est-à-dire qui présentent un degré de vraisemblance prépondérante. Il ne suffit donc pas qu'un fait puisse être considéré seulement comme une hypothèse possible. Parmi tous les éléments de fait allégués ou envisageables, le juge doit, le cas échéant, retenir ceux qui lui paraissent les plus probables (ATF 130 III 321 consid. 3.2 et 3.3; ATF 126 V 353 consid. 5b; ATF 125 V 193 consid. 2 et les références). Aussi n'existe-t-il pas, en droit des assurances sociales, un principe selon lequel l'administration ou le juge devrait statuer, dans le doute, en faveur de l'assuré (ATF 126 V 319 consid. 5a). 10. a. En l'espèce, il n'est pas contesté que le recourant, qui a subi le 18 janvier 2011 une opération bilatérale des varicocèles, n'est plus apte à pratiquer son activité habituelle de serveur. En revanche, la position des parties diverge quant à sa capacité à exercer une activité adaptée. L'intimé, s'appuyant sur le rapport d'expertise judiciaire de L_____ SA du 11 novembre 2019 (comportant un examen de médecine interne, neurologie et

A/3757/2016 - 22/30 - psychiatrie), estime que le recourant peut travailler à plein temps dans une activité adaptée respectant ses limitations fonctionnelles dès le 18 février 2011. L'intéressé conteste cette appréciation, se référant au consilium du 11 novembre 2019, dans lequel les experts judiciaires, procédant à l'analyse consensuelle du cas en intégrant les conclusions de l'expertise urologique - qu'écarte l'intimé au motif qu'elles ne sont pas convaincantes -, considèrent que le recourant dispose d'une capacité de travail de 50% dans une activité adaptée à ses limitations fonctionnelles. b/aa. Il ressort du dossier que, de l'avis

des médecins ayant examiné le recourant (et étudié les résultats d'imagerie), les douleurs testiculaires dont se plaint celui-ci à la suite de son opération ne trouvent pas d'explication somatique - clairement objectivable (voir les rapports d'urologie des 10 août et 9 décembre 2011, le rapport du centre multidisciplinaire d'étude et du traitement de la douleur des HUG du 18 juillet 2012, le rapport d'expertise [urologique et neurologique] de la PMU du 1er mars 2016 et le rapport d'expertise judiciaire [neurologique] du 11 novembre 2019). b/bb. Le Dr K_____, expert judiciaire urologue, retient toutefois le diagnostic d'épididymite bilatérale, après avoir pris connaissance du rapport de l'ultrason testiculaire de mars 2019, montrant des signes d'ischémie. Il explique que cette dernière est possiblement due à une lésion de petits nerfs du testicule et de l'épididyme, laquelle provoquerait les douleurs épидидymaires bilatérales. Il précise cependant qu'aucun test neurophysiologique ne permet de confirmer les plaintes du recourant en raison de l'innervation de l'épididyme - avis que partage également l'expert judiciaire neurologue. Aussi l'urologue a-t-il posé le diagnostic sur la base de l'examen clinique, constatant que la palpation était douloureuse au niveau de la tête des deux épидидymes. Le Dr K_____ relève aussi qu'il n'a pas pu trouver dans le dossier l'indication de douleurs épидидymaires auparavant, les douleurs étant pelviennes et testiculaires à l'origine (cf. son rapport, chiffre « 4.vie »). La Cour de céans observe en premier lieu que le Dr K_____, qui ne s'est pas prononcé sur la période antérieure à son expertise, formule une hypothèse possible - et donc incertaine - et qu'en tout état de cause, le diagnostic tant somatique que nouveau qu'il retient, fondé notamment sur un ultrason réalisé en 2019, constitue un fait postérieur à la décision litigieuse du 3 octobre 2016. Aussi la Cour de céans ne saurait-elle en tenir compte. En effet, selon une jurisprudence constante, le juge des assurances sociales apprécie la légalité des décisions attaquées, en règle générale, d'après l'état de fait existant au moment où la décision litigieuse a été rendue. Les faits survenus postérieurement, et qui ont modifié cette situation, doivent normalement faire l'objet d'une nouvelle décision administrative (ATF 121 V 366 consid. 1b et les références). On ne peut donc pas admettre, contrairement à ce que fait valoir le recourant, que sa capacité de travail résiduelle dans une activité adaptée est à tout le moins de 50% au terme du délai d'attente annuel en janvier 2012.

A/3757/2016 - 23/30 - Pour ces motifs, il n'y a pas lieu de donner suite à la demande d'audition de cet expert, ni à la demande de renvoi formulée par le recourant en vue d'une évaluation dans un centre d'observation professionnelle de l'assurance-invalidité, dès lors que ses aptitudes résiduelles actuelles dans le cadre d'un stage d'observation professionnelle pourraient ne pas être celles qui eurent été pertinentes pendant la période ici en cause, c'est-à-dire jusqu'à la date de la décision querellée au 3 octobre 2016. En deuxième lieu, le Dr K_____ explique néanmoins que les douleurs testiculaires, lorsqu'elles sont chroniques comme en l'espèce, peuvent avoir pour origine des facteurs psychologiques, émotionnels ou comportementaux. La Dresse O_____, experte judiciaire psychiatre, relève également que le problème réel apparaît être plus fonctionnel qu'organique (rapport d'expertise du 11 novembre 2019, p. 44). Ils rejoignent donc l'avis des médecins précités selon lesquels l'origine de la symptomatologie douloureuse ne semble pas être organique (cf. consid. 10b/aa ci-dessus). Force est de constater qu'on se trouve dans une situation où le recourant souffre d'un syndrome sans pathogénèse ni étiologie claires, de sorte que, pour des raisons qui tiennent à l'égalité de traitement, il convient de déterminer son caractère invalidant à l'aune de la jurisprudence relative aux troubles somatoformes douloureux (ATF 141 V 281). Dans ce cadre, il y a lieu d'examiner si les expertises administratives et/ou les expertises judiciaires recueillies - le cas échéant en les mettant en relation avec d'autres rapports

médicaux - permettent ou non une appréciation concluante du cas à l'aune des indicateurs déterminants (arrêt du Tribunal fédéral 9C_109/2018 du 15 juin 2018 consid. 5.1). c. La Cour de céans constate que, sur la forme, le rapport d'expertise judiciaire de L_____ SA remplit toutes les exigences auxquelles la jurisprudence soumet la valeur probante d'un tel document. En effet, il comprend le résumé du dossier, l'anamnèse, les indications subjectives du recourant, des observations cliniques, ainsi qu'une appréciation interdisciplinaire. Sur le fond, s'agissant de l'« expression des éléments pertinents pour le diagnostic et des symptômes », les experts de L_____ SA, en fonction des éléments cliniques qu'ils ont mis en évidence et des déclarations du recourant, complétés par différents tests (polysomnographie, examen neuropsychologique, Mini-ICF), retiennent, au titre de diagnostics ayant un effet sur la capacité de travail, ceux de troubles du sommeil non traités avec syndrome des jambes sans repos sévère et syndrome léger des apnées du sommeil. Ils mentionnent comme diagnostic sans répercussion sur la capacité de travail, celui de personnalité à traits dépendants. S'agissant du « succès du traitement et de la réadaptation », s'il est vrai que les divers traitements entrepris jusqu'alors n'ont pas été efficaces (cf. rapport d'expertise du L_____ SA, p. 12, 22), il n'en reste pas moins que le recourant, contrairement à ce qu'il prétend, n'est pas encore confronté à un échec de toute A/3757/2016 - 24/30 - thérapie médicalement indiquée. En effet, le trouble du sommeil peut être traité (p. 12), et les experts neurologue et psychiatre recommandent une neurostimulation médullaire par électrodes intervertébrales, ainsi qu'une prise en charge par un ethnopsychiatre (p. 13, 17). Le docteur Q_____, chef de clinique du service d'urologie des HUG, évoque également des techniques novatrices dans le traitement de la douleur (cf. son rapport du 15 avril 2019 annexé au rapport d'expertise judiciaire). On constate du reste que le recourant ne consulte son psychiatre traitant, le Dr J_____, qu'occasionnellement depuis mars 2017 - soit après la période litigieuse. S'agissant de la « comorbidité », la Dresse O_____ n'a pas mis en évidence une atteinte psychique au sens d'une classification diagnostique reconnue (p. 49), étant relevé que le recourant ne présente pas d'idées suicidaires (p. 58). Bien que, comme le souligne celui-ci, le trouble du sommeil abaisse le seuil douloureux et aggrave alors l'intensité des douleurs, les experts de L_____ SA ont, malgré cela, souligné qu'il ne souffre pas d'hypersomnie. Il peut maintenir sa vigilance durant la journée en dépit de la dégradation de son sommeil la nuit (p. 66), sauf à l'heure de la sieste où la pression du sommeil s'accroît naturellement. En outre, l'examen neuropsychologique a conclu à un trouble neuropsychologique (un léger fléchissement exécutif) de sévérité minimale. Sur cette base, lesdits experts estiment que ces troubles n'empêchent pas la pratique d'une activité adaptée à plein temps, qui devra être diurne, routinière, évitant une mémoire de travail intacte, ainsi que la conduite d'un véhicule. S'agissant du complexe de « la personnalité », l'experte psychiatre retient une personnalité à traits dépendants, sans répercussion sur la capacité de travail, ce qui emporte la conviction, dès lors que le recourant a, en dépit de tout, exercé une activité professionnelle auparavant pendant plus de vingt ans. L'experte a par ailleurs, sur la base d'un instrument de mesure des aptitudes psychiques, constaté que si certaines des capacités du recourant sont légèrement diminuées (endurance), et d'autres moyennement diminuées (aptitude à s'affirmer, à entretenir des relations proches, à des activités spontanées), en revanche, les autres compétences (adaptation aux règles et à la routine, planification, structuration des tâches, flexibilité, capacité d'adaptation, usage des compétences spécifiques, capacité de jugement et de prise de décision, aptitude à établir des relations avec les autres et à évoluer au sein d'un groupe, hygiène et soins corporels, aptitude à se déplacer) sont possibles, sans

problème (p. 47). Ainsi, la personnalité du recourant ne diminue pas de manière significative ses ressources psychiques, comme l'a affirmé cette experte. Pour ce qui est du « contexte social », le recourant, malgré ses douleurs et la honte qu'il dit ressentir en raison de la localisation de celles-ci, entretient des relations avec ses compatriotes qu'il voit régulièrement (p. 18). Il a déclaré être soutenu par son réseau amical et familial (p. 23, 40, 43), y compris par son épouse (p. 59),

A/3757/2016 - 25/30 - informations qu'il avait également communiquées au Dr C_____ (cf. son rapport d'expertise, p. 8). L'environnement social du recourant est donc positif. En ce qui concerne la « cohérence », le recourant indique ne pas pouvoir travailler dans une activité adaptée. Cela étant, ses douleurs ne le limitent pas dans l'exécution de ses travaux habituels, puisqu'il est autonome dans les fonctions de la vie quotidienne. En effet, il n'a pas besoin d'une assistance pour ses soins personnels (rapport d'expertise judiciaire, p. 62). Son hygiène est conservée (p. 29, 44). Il peut sortir seul pour aller au café ou prendre les transports publics (p. 11), sans risque de chute (épreuve de Romberg réussie). Il gère également les tâches administratives (p. 27). Certes, il ne s'occupe pas des tâches ménagères, mais cela était également le cas avant l'atteinte à sa santé (rapport d'expertise du Dr C_____, p. 7). S'il ne porte pas de charges lourdes lors des courses avec son épouse, il prend néanmoins en charge la moitié des articles achetés (« 1/2 items » ; rapport d'expertise judiciaire, p. 27). Bien qu'il affirme désormais ne plus pouvoir prendre soin de son fils handicapé, il a toutefois déclaré aux experts de la PMU que son épouse ne travaillait pas pour pouvoir s'occuper de leur fils et qu'ils bénéficiaient d'une aide-soignante qui venait faire la douche de celui-ci une fois par semaine (rapport d'expertise de la PMU, p. 7). Le recourant regarde aussi la télévision (rapport d'expertise judiciaire, p. 26), et part en vacances en Serbie en avion (p. 28). Il est resté assis (siège passager) pour le déplacement Genève-Bulle en voiture, qui dure une heure et vingt-cinq minutes (cf. itinéraire sur Internet), en vue de l'expertise urologique judiciaire. L'expert neurologue de la PMU a du reste constaté que le recourant avait attendu quinze-vingt minutes dans la salle d'attente, sans changer de position et sans manifester de douleurs importantes (rapport d'expertise de la PMU, p. 11). De même, le Dr M_____, expert judiciaire en médecine interne, a observé que le recourant était resté assis par période de quarante-cinq à soixante minutes (l'examen a eu lieu de 10h05 à 12h50 ; rapport d'expertise judiciaire, p. 21), en alternant avec la position debout quelques secondes, sans manifester de douleurs. Au vu de l'analyse des indicateurs, on doit admettre avec les experts de L_____ SA que le recourant dispose d'une capacité de travail entière dans une activité adaptée diurne, routinière, évitant une mémoire de travail intacte, ainsi que la conduite d'un véhicule. d. Les rapports des Drs J_____ et B_____ des 16 et 19 décembre 2019 - sommaires - ne permettent pas de s'écarter des conclusions étayées desdits experts. Quoi qu'il en soit, le premier, qui suit le recourant depuis mars 2017, atteste de faits postérieurs à la décision querellée, lesquels ne peuvent être pris en compte dans le cadre de la présente procédure (cf. consid. 10b/bb ci-dessus). Quant au second, il ne motive nullement les raisons médicales pour lesquelles les limitations fonctionnelles retenues par les experts justifieraient une diminution entière de la capacité de travail du recourant. Le médecin traitant n'a en particulier pas fait état d'éléments objectivement vérifiables ayant été ignorés dans le cadre de l'expertise et

A/3757/2016 - 26/30 - qui sont suffisamment pertinents pour remettre en cause les conclusions des experts (cf. arrêt du Tribunal fédéral 9C_369/2008 du 5 mars 2009 consid. 2.2). De surcroît, les experts ont expliqué les motifs pour lesquels les limitations

fonctionnelles énumérées par le Dr B_____ dans son rapport du 23 juin 2016 n'influencent pas la capacité de travail du recourant. Ainsi, malgré la fatigabilité, ce dernier ne présente pas d'hypersomnie qui l'empêcherait de travailler dans une activité diurne. L'irritabilité n'a pas été observée lors de l'expertise. De toute manière, le trouble neuropsychologique de sévérité minimale, ainsi que les aptitudes psychiques mises en évidence par le test Mini-ICF, n'entraînent pas de répercussions fonctionnelles sur la capacité de travail du recourant, étant en outre relevé que ce dernier n'a pas présenté de troubles de la concentration particuliers lors de l'expertise judiciaire psychiatrique (p. 45). Si le recourant préfère ne pas rencontrer de nouvelles personnes, en revanche il entretient des relations avec des connaissances, voire des amis, affirmant à cet égard que ces derniers le soutiennent. Aussi ne saurait-on parler d'un retrait social. e. Force est de conclure que le trouble douloureux du recourant ne présente pas un degré de gravité suffisant, d'un point de vue juridique, pour entraîner une incapacité de travail totale. 11. Reste à déterminer le degré d'invalidité. 12. Chez les assurés actifs, le degré d'invalidité doit être évalué sur la base d'une comparaison des revenus. Pour cela, le revenu que l'assuré aurait pu réaliser 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 (art. 8 al. 1 et art. 16 LPGA). La comparaison des revenus s'effectue, en règle ordinaire, en chiffrant aussi exactement que possible les montants de ces deux revenus et en les confrontant l'un avec l'autre, la différence permettant de calculer le taux d'invalidité (méthode générale de comparaison des revenus; ATF 128 V 29 consid. 1; ATF 104 V 135 consid. 2a et 2b). Pour procéder à la comparaison des revenus, il convient de se placer au moment de la naissance du droit à la rente; les revenus avec et sans invalidité doivent 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 doivent être prises en compte (ATF 129 V 222 et ATF 128 V 174). Pour fixer le revenu sans invalidité, il faut établir ce que l'assuré aurait - au degré de la vraisemblance prépondérante - réellement pu obtenir au moment déterminant s'il n'était pas invalide (ATF 139 V 28 consid. 3.3.2 et ATF 135 V 297 consid. 5.1). Ce revenu doit être évalué de manière aussi concrète que possible si bien qu'il convient, en règle générale, de se référer au dernier salaire que l'assuré a obtenu

A/3757/2016 - 27/30 - avant l'atteinte à la santé, en tenant compte de l'évolution des circonstances au moment de la naissance du droit à la rente et des modifications susceptibles d'influencer ce droit survenues jusqu'au moment où la décision est rendue (ATF 129 V 222 consid. 4.1; arrêt du Tribunal fédéral 9C_869/2017 du 4 mai 2018 consid. 2.2). Quant au revenu d'invalide, il doit être évalué avant tout en fonction de la situation professionnelle concrète de l'intéressé (ATF 135 V 297 consid. 5.2). Lorsque l'assuré n'a pas repris d'activité, ou aucune activité adaptée lui permettant de mettre pleinement en valeur sa capacité de travail résiduelle, contrairement à ce qui serait raisonnablement exigible de sa part, le revenu d'invalide peut être évalué sur la base de données statistiques, telles qu'elles résultent de l'ESS (ATF 126 V 75 consid. 3b/aa et bb). Dans ce cas, il convient de se fonder, en règle générale, sur les salaires mensuels indiqués dans la table ESS TA1, à la ligne «total secteur privé» (ATF 124 V 321 consid. 3b/aa). On se réfère alors à la statistique des salaires bruts standardisés, en se fondant toujours sur la médiane ou valeur centrale (ATF 124 V 321 consid. 3b/bb). La valeur statistique - médiane - s'applique alors, en principe, à tous les assurés qui ne peuvent plus accomplir leur ancienne activité parce qu'elle est physiquement trop astreignante pour leur état de santé, mais qui conservent

néanmoins une capacité de travail importante dans des travaux légers. Pour ces assurés, ce salaire statistique est suffisamment représentatif de ce qu'ils seraient en mesure de réaliser en tant qu'invalides dès lors qu'il recouvre un large éventail d'activités variées et non qualifiées (branche d'activités), n'impliquant pas de formation particulière, et compatibles avec des limitations fonctionnelles peu contraignantes (cf. arrêts du Tribunal fédéral 9C_603/2015 du 25 avril 2016 consid. 8.1 et 9C_242/2012 du 13 août 2012 consid. 3). La mesure dans laquelle les salaires ressortant des statistiques doivent être réduits, dépend de l'ensemble des circonstances personnelles et professionnelles du cas particulier (limitations liées au handicap, âge, années de service, nationalité/catégorie d'autorisation de séjour et taux d'occupation) et résulte d'une évaluation dans les limites du pouvoir d'appréciation. Une déduction globale maximum de 25 % sur le salaire statistique permet de tenir compte des différents éléments qui peuvent influencer le revenu d'une activité lucrative (ATF 126 V 75 consid. 5b/aa-cc). L'étendue de l'abattement justifié dans un cas concret relève du pouvoir d'appréciation (ATF 132 V 393 consid. 3.3). Depuis la 10^e édition des ESS (ESS 2012), les emplois sont classés par l'Office fédéral de la statistique (OFS) par profession en fonction du type de travail qui est généralement effectué. L'accent est ainsi mis sur le type de tâches que la personne concernée est susceptible d'assumer en fonction de ses qualifications (niveau de ses compétences) et non plus sur les qualifications en elles-mêmes. Quatre niveaux de compétence ont été définis en fonction de neuf groupes de profession (voir tableau T17 de l'ESS 2012 p. 44) et du type de travail, de la formation nécessaire à la pratique de la profession et de l'expérience professionnelle (voir tableau A/3757/2016 - 28/30 - TA1_skill_level de l'ESS 2012; ATF 142 V 178 consid. 2.5.3 p. 184). Le niveau 1 est le plus bas et correspond aux tâches physiques et manuelles simples, tandis que le niveau 4 est le plus élevé et regroupe les professions qui exigent une capacité à résoudre des problèmes complexes et à prendre des décisions fondées sur un vaste ensemble de connaissances théoriques et factuelles dans un domaine spécialisé (on y trouve par exemple les directeurs/trices, les cadres de direction et les gérant[e]s, ainsi que les professions intellectuelles et scientifiques). Entre ces deux extrêmes figurent les professions dites intermédiaires (niveaux 3 et 2). Le niveau 3 implique des tâches pratiques complexes qui nécessitent un vaste ensemble de connaissances dans un domaine spécialisé (notamment les techniciens, les superviseurs, les courtiers ou encore le personnel infirmier). Le niveau 2 se réfère aux tâches pratiques telles que la vente, les soins, le traitement des données, les tâches administratives, l'utilisation de machines et d'appareils électroniques, les services de sécurité et la conduite de véhicules (arrêt du Tribunal fédéral 9C_370/2019 du 10 juillet 2019 consid. 4.1 et les références). 13. En l'occurrence, le délai d'attente d'une année pour l'ouverture du droit à la rente a commencé à courir le 18 janvier 2011, date de l'incapacité de travail durable du recourant, et est arrivé à échéance le 18 janvier 2012 (art. 28 al. 1 LAI). Il convient donc de se placer en 2012 pour procéder à la comparaison des revenus, et non en 2011, comme l'a fait à tort l'intimé. Selon les données communiquées par l'employeur en juillet 2011, le recourant a obtenu en 2010 un salaire annuel de CHF 58'195.-. Réactualisé à 2012 selon l'indice suisse des salaires nominaux pour les hommes (ISS ; en 2010 : 2150 et en 2012 : 2188), le revenu sans invalidité s'établit à CHF 59'223.55.- ($58'195 \times 2188 / 2150$). S'agissant de la détermination du revenu avec invalidité, il y a lieu de se fonder sur les salaires résultant de l'ESS, dès lors que le recourant n'a pas repris d'activité lucrative adaptée. D'après l'ESS 2012 - année déterminante pour la comparaison des revenus -, le revenu statistique tiré d'activités physiques ou manuelles simples s'élève à CHF 5'210.- par mois (tableau TA1_tirage_skill_level, niveau 1, total,

homme, part au 13ème salaire comprise) ou à CHF 62'520.- par année ($5'210 \times 12$). Ce salaire hypothétique se base toutefois sur une durée hebdomadaire de travail de 40 heures, inférieure à la moyenne usuelle dans les entreprises. Il y a dès lors lieu de l'ajuster à la durée hebdomadaire normale de travail en 2012, soit 41,7 heures (tableau « Durée normale du travail dans les entreprises selon la division économique » de l'OFS), ce qui conduit à un montant de CHF 65'177.10 ($62'520 \times 41,7 / 40$) pour un plein temps. Même en opérant une réduction maximale de 25%, le revenu d'invalidé, qui s'élèverait alors à CHF 48'882.85 ($65'177.10 - 16'294.25$ [$65'177.10 \times 25 / 100 = 16'294.25$]), comparé avec le revenu sans invalidité de CHF 59'223.55.-, donnerait

A/3757/2016 - 29/30 - un degré d'invalidité de 17,46% ($[59'223.55 - 48'882.85] / 59'223.55 \times 100$), arrondi à 17% (ATF 130 V 121 consid. 3.2), taux insuffisant pour ouvrir droit à une rente d'invalidité (art. 28 al. 2 LAI). En conséquence, c'est à juste titre que l'intimé lui a nié le droit à une rente d'invalidité. Sur ce point, le recours est rejeté. 14. a. Reste à déterminer si le recourant a droit à une mesure d'ordre professionnel. b. En vertu de l'art. 8 al. 1er LAI, les assurés invalides ou menacés d'une invalidité (art. 8 LPG) ont droit à des mesures de réadaptation pour autant que ces mesures soient nécessaires et de nature à rétablir, maintenir ou améliorer leur capacité de gain ou leur capacité d'accomplir leurs travaux habituels (let. a) et que les conditions d'octroi des différentes mesures soient remplies (let. b). Le droit aux mesures de réadaptation n'est pas lié à l'exercice d'une activité lucrative préalable. Lors de la fixation de ces mesures, il est tenu compte de la durée probable de la vie professionnelle restante (art. 8 al. 1bis LAI en vigueur dès le 1er janvier 2008), qui correspond à l'espace de temps restant jusqu'à l'âge ordinaire de la retraite selon l'art. 21 al. 1 de la loi fédérale sur l'assurance-vieillesse et survivants, du 20 décembre 1946 (LAVS – RS 831.10 ; ATF 143 V 190 consid. 7.4), lequel est de 65 ans pour les hommes (art. 21 al. 1 let. a LAVS). c. En l'occurrence, le recourant n'a pas droit à une mesure de reclassement, en l'absence d'une diminution de la capacité de gain de l'ordre de 20% (ATF 124 V 108 consid. 2b et les références). De toute manière, né en mai 1958, le recourant atteindra l'âge ordinaire de la retraite dans deux ans et demi. Dans ce cas, l'octroi d'une mesure d'ordre professionnel financée par l'assurance-invalidité apparaît superflue, dès lors qu'elle ne serait pas appropriée au but de la réadaptation poursuivi par l'assurance- invalidité, compte tenu de la brièveté de la vie active restante. 15. Au vu de ce qui précède, le recours, mal fondé, est rejeté. Le recourant, qui succombe, n'a pas droit à des dépens (art. 61 let. g LPG a contrario). Bien que la procédure ne soit pas gratuite en matière d'assurance-invalidité (art. 69 al. 1bis LAI), il convient de renoncer à la perception d'un émolument, le recourant étant au bénéfice de l'assistance juridique (art. 13 al. 1 du règlement sur les frais, émoluments et indemnités en procédure administrative du 30 juillet 1986 [RFPA - E 5 10.03]).

A/3757/2016 - 30/30 - PAR CES MOTIFS, LA CHAMBRE DES ASSURANCES SOCIALES : Statuant À la forme :

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