

REPUBLIQUE ET



CANTON DE GENEVE

POUVOIR JUDICIAIRE

A/3399/2009

ATAS/266/2010

ARRET

**DU TRIBUNAL CANTONAL DES
ASSURANCES SOCIALES**

Chambre 8

du 4 mars 2010

En la cause

Monsieur A_____, domicilié c/o M. B_____, à _____, à
Genève, comparant avec élection de domicile en l'étude de Maître
Daniel MEYER _____, recourant

contre

OFFICE DE L'ASSURANCE-INVALIDITE DU CANTON DE _____, intimé
GENEVE, sis rue de Lyon 97 à Genève

**Siégeant : Jean-Louis BERARDI, Président suppléant; Evelyne BOUCHAARA et
Maria GOMEZ, Juges assesseurs**

EN FAIT

1. A_____ (ci-après l'assuré), ressortissant portugais, né en 1973, au bénéfice d'une autorisation de séjour, est sans formation professionnelle spécifique. Depuis son entrée en Suisse en 1996, il a d'abord travaillé, principalement à titre temporaire, en tant qu'aide-cuisinier, maçon, aide-peintre, puis en tant que peintre en bâtiment indépendant d'avril 2005 à mars 2006.
2. Depuis le 6 mars 2006, il présente une incapacité de travail ensuite d'une dépression.
3. L'assureur perte de gains (NATIONALE SUISSE) a pris en charge le cas jusqu'en mars 2008.
4. Selon le rapport de la Consultation de la Mémoire, HUG, du 24 juillet 2006, adressé au Dr L_____ (psychiatre traitant depuis avril 2006), l'examen neuropsychologique n'évoquait pas une atteinte organique sous-jacente. L'IRM cérébrale du 10 juillet 2006 était dans la norme. Les difficultés mises en évidence (troubles de la mémoire de travail) par les tests étaient compatibles avec les plaintes du patient et devaient être mises en relation avec la problématique anxio-dépressive. Celle-ci était traitée avec du Lucilium (extrait de millepertuis). Le score du test Hamilton (15 points) attestait une dépression légère. Ces troubles seraient apparus voici plusieurs années et fluctueraient selon les jours, indépendamment des efforts demandés par son travail. Afin d'éliminer toute composante métabolique pouvant affecter le fonctionnement cognitif, il était suggéré au médecin traitant de réaliser un bilan sanguin complet.
5. Selon un rapport d'expertise du 4 septembre 2006, effectuée à la demande de la NATIONALE SUISSE, le Dr M_____, psychiatre, a diagnostiqué un trouble anxieux et dépressif mixte (F41.2), sans mise en évidence de symptômes psychotiques. L'expertisé ne présentait pas de troubles formels de la pensée. Il était apparu poli et collaborant, toujours très anxieux et désemparé, en cherchant avec difficulté les dates. Il s'exprimait d'une manière assez particulière, qui était à mettre en compte sur sa connaissance limitée du français. Il s'était montré assez flou dans la chronologie de sa maladie « (ce qui était peut-être à mettre sur le compte des troubles de la mémoire) », mais souvent approximatif dans ses propos, parfois en se montrant volontairement pas clair. Souvent aussi, et curieusement, à de nombreuses questions posées, il répondait ne pas avoir bien entendu, alors qu'en répétant la question à voix basse, il avait toujours montré qu'il entendait très bien. L'incapacité de travail était totale. Le pronostic était défavorable. Il était très difficile de se prononcer sur la question de la sincérité de l'assuré, lequel semblait « très sincère dans son récit imprégné de souffrance ». Toutefois, il y avait des discordances légères et répétées dans son récit qui laissaient « perplexe l'expert, qui se demandait

s'il s'agissait uniquement de troubles de la mémoire ou existait-il des éléments (pathologiques) qui faisaient partie de sa structure de la personnalité ? ».

6. Dans un rapport d'examen psychiatrique de contrôle du 12 février 2007, le Dr M_____ a diagnostiqué un trouble anxieux et dépressif mixte en rémission (F41.2), ainsi qu'un probable trouble de la personnalité (F60.9). L'incapacité de travail était complète. Les responsabilités liées à son activité dès qu'il s'était mis à son compte avaient pu bouleverser son équilibre psychique préexistant, d'où l'apparition d'une affection mentale importante. Celle-ci évoluait toutefois lentement mais avantagement, d'où la possibilité d'un pronostic favorable pour l'avenir. Du point de vue de l'affection dépressive, l'expert avait remarqué une bonne amélioration, confirmée par l'assuré. Dans les 4-6 prochains mois, une reprise partielle du travail serait possible, avant une reprise complète.

A cette occasion, l'expert a également entendu la compagne de l'expertisé, Madame C_____, laquelle a indiqué :

« Je l'ai toujours reconnu renfermé, triste, déjà avant qu'il se mette à son compte. Il était déjà un peu perturbé dans sa tête, il était comme sa mère, dormait mal et il était nerveux. Il oubliait facilement les choses, il était très maniaque et perfectionniste. Il me disait que c'étaient les patrons qui le mettaient dans cet état de stress. Quand il s'est mis à son compte, en avril 2005, il était heureux, mais quelque temps après il a commencé à avoir un caractère comme avant et encore pire, pas agressif, mais renfermé, à garder tout dedans pour lui-même, le monde ne l'intéressait pas : cet été il voulait se suicider. Maintenant, il va un peu mieux, mais il oublie encore la cuisinière allumée ou la porte ouverte, il parle tout seul dans la salle de bain (...) ».

7. Dans un rapport du 12 décembre 2007 destiné à la NATIONALE SUISSE, le Dr L_____ a constaté un élan vital fortement abaissé, des facultés psychomotrices fortement diminuées, un état régressif prononcé avec clinophilie (Note du Tribunal : fait de rester au lit, allongé, durant des heures, tout en restant éveillé : <http://fr.wikipedia.org/wiki/Clinophilie> ; <http://brain.oxfordjournals.org/cgi/reprint/120/8/1423.pdf>, p. 1431) et phobies sociales, des troubles de la mémoire et de l'orientation temporo-spatiale. L'évolution était stationnaire. Le traitement consistait en entretiens psychothérapeutiques et en médication (Exefor© et Remeron©).
8. Selon un rapport de la Consultation de la Mémoire du 18 décembre 2007, cosigné par les Dresses N_____, cheffe de clinique, et O_____ neuropsychologue responsable, l'évaluation neuropsychologique mettait toujours en évidence au premier plan un important ralentissement, ainsi que des difficultés attentionnelles et mnésiques associées à la persistance d'une problématique émotionnelle manifeste. En l'absence d'arguments en faveur d'une étiologie dégénérative, l'évaluation restait compatible avec une problématique anxio-

dépressive significative (échelle de 14/21 pour l'anxiété et 16/21 pour la dépression). La poursuite de la prise en charge psychiatrique était préconisée.

9. Le 2 juin 2008, l'assuré a déposé une demande des prestations auprès de l'Office d'assurance-invalidité du canton de Genève (ci-après : OAI) tendant à l'octroi d'une rente. A l'appui de celle-ci, il a indiqué subir un empêchement de travailler à 100% depuis le 6 mars 2006 en raison d'une dépression.
10. Dans un rapport du 4 juillet 2008 destiné l'OAI, le Dr L_____ a attesté que son patient souffrait d'un trouble anxieux et dépressif mixte (F 41.2) sans cause déclenchante, d'un trouble de la personnalité : personnalité anxieuse (F 60.6), existant depuis avril ou juin 2005, et de troubles somatoformes (vertiges, troubles de l'équilibre, nausées, troubles mnésiques). Il présentait en particulier une irritabilité, de grandes difficultés à avoir des relations sociales. Depuis le 6 mars 2006, l'incapacité était complète, dans toute activité. Malgré la bonne compliance du patient, le pronostic était défavorable, compte tenu de la durée du traitement et du peu de résultats thérapeutiques obtenus.
11. Dans un rapport complémentaire du 25 juillet 2008, le Dr L_____ a précisé que l'échec thérapeutique devait être attribué à la gravité de la maladie dépressive et au trouble de la personnalité sous-jacent. Même une activité adaptée (sans responsabilités) n'était pas envisageable compte tenu des difficultés sociales et du trouble de la personnalité du patient.
12. Le 30 octobre 2008, l'OAI a confié au Dr P_____, psychiatre, le soin de réaliser une expertise psychiatrique de l'assuré.
13. Dans son rapport du 20 avril 2009, établi à l'issue de deux entretiens, l'expert a diagnostiqué un trouble anxieux et dépressif mixte, actuellement niveau léger (F41.2). Il n'existait aucune incapacité de travail dans les activités professionnelles exercées avant 2005. En revanche, il existait une limitation fonctionnelle claire à prendre des fonctions professionnelles supérieures de patron d'entreprise. La légère atteinte anxio-dépressive était susceptible d'amélioration avec une médication correctement suivie. La capacité de travail était totale depuis août 2007. Des mesures de réadaptations professionnelles n'étaient pas envisageables. Sur le plan corporel, rien n'évoquait une quelconque tension. Le faciès était lisse et l'expression physionomique neutre. L'expertisé était très soigné sur sa personne. Il était dans une écoute attentive par rapport aux questions et ses mouvements oculaires, très actifs, témoignaient à chaque fois d'une activité mentale bien soutenue. Il maîtrisait relativement bien le français et pouvait s'exprimer de manière spontanée dans cette langue. Il s'exprimait tantôt de manière claire, tantôt d'une manière « cafouillée » et à un tel point évasive qu'il donnait une impression d'évitement ou de non collaboration dans l'établissement de l'anamnèse personnelle et médicale. Chaque fois que l'expert souhaitait sortir des imprécisions,

l'intéressé avait tendance à baisser sa voix et à glisser dans quelques expressions, parfois inaudibles, surtout lorsqu'était abordée la prise de médicaments. Toute argumentation quant à son état restait stérile avec la dominance et maintenance d'une vision d'invalidé qu'il avait de lui-même. Les observations cliniques résumées selon le système AMDP (échelle psychopathologique de l'Association Internationale pour la Méthodologie et la Documentation en Psychiatrie), méthode permettant de différencier systématiquement les notions issues de l'expertisé des observations de l'expert, ne faisaient ressortir que peu de concordance avec les plaintes de l'intéressé. L'échelle de ralentissement (15) montrait un seuil clinique proche de la zone significative (16 sur 56). En outre, l'examen sanguin avait révélé que l'expertisé prenait les médicaments prescrits d'une manière insuffisante, voire irrégulière.

Les examens neurologiques des 25 mars et 2 avril 2009 (effectués par le Dr Q_____, neuropsychologue, à la demande de l'expert) avaient confirmé un ralentissement important, une majoration des troubles de la mémoire probable, des troubles mnésiques moins importants que ce qui était attendu avec un trouble dépressif. Selon le neuropsychologue, la capacité de travail, d'un point de vue cognitif, si elle était altérée, ne l'était probablement que modestement. Cet examen n'avait pas permis d'évaluer précisément les difficultés neuropsychologiques éventuelles et les fonctions exécutives n'avaient pas été toutes testées, mais paraissaient grosso modo préservées. Dans le contexte des troubles dépressifs, on s'attendait à un ralentissement et à des troubles mnésiques surtout. Le profil de l'expertisé correspondait à cela en ce qui concernait le ralentissement, même si celui-ci était moins intense dans des tâches plus complexes que dans des tâches plus simples. Le mode de réponse à deux tâches construites pour détecter la majoration des troubles de la mémoire (15 items de Rey et TOMM) était compatible avec une telle majoration. L'examen parapsychologique avait mis en évidence des performances très pauvres, voire déficitaires, en efficience intellectuelle. Par ailleurs, dans le tableau actuel, seul le ralentissement serait un motif de diminution du rendement, voire de la capacité de travail, mais il n'avait pas été possible de se prononcer sur son intensité réelle, compte tenu des modes de réponse peu cohérents de l'expertisé, dans ce domaine comme dans d'autres (cf. rapport neuropsychologique du 6 avril 2009).

Par ailleurs, l'expertisé avait travaillé durant 15 ans sans aucune notion de difficultés, maladies ou dysfonctionnement, si bien qu'il paraissait difficile de déduire un trouble de la personnalité avec un impact clinique ou invalidant. Les critères étaient insuffisants. Tout au plus, pouvait-on parler d'une accentuation de traits, voire de changement en cours d'évolution.

Sur le plan affectif, l'expertisé avait une relation sentimentale depuis 9 ans, stable et continue, décrite depuis toujours en termes positifs. Il s'était aussi investi positivement dans la relation avec la fille de sa compagne. Lorsqu'il s'était mis à

son compte, en mars 2005, des lombalgies et des gastralgies étaient apparues, suivies d'une prise en charge psychiatrique par le Dr L_____. Dans son entreprise, il faisait un bon chiffre d'affaires. Avant l'incapacité de travail débutée en mars 2006, l'assuré avait expliqué qu'il souffrait déjà de pression dans la tête, avait des difficultés à s'organiser, se sentait fatigué, stressé et énervé. Par ailleurs, les notions diagnostiques étaient toujours floues, à la fois moyenne ou légères. L'expertise du Dr M_____ avait retenu un état anxio-dépressif avec la prédominance de la facette anxieuse. Cette expertise contenait des curieuses contradictions, en retenant un status psychiatrique dans un registre plutôt léger (trouble anxieux et dépressif mixte), tout en estimant la capacité de travail nulle pour une durée indéterminée. De plus, le Dr M_____ avait relevé que l'assuré était parfois volontairement pas clair dans certains événements racontés, ce qui ne se reflétait nullement dans la discussion ou les conclusions. Par ailleurs, ses plaintes étaient extrêmement floues. Les symptômes anxieux, les inhibitions sociales et les fluctuations de l'humeur allégués n'avaient pas d'impact majeur sur le fonctionnement de l'expertisé dans la réalité. En particulier, il pouvait sortir en ville sans inhibition, faire du vélo et des promenades, aller au café, fréquenter régulièrement « un lieu de compatriotes », prendre les transports publics, voyager régulièrement au Portugal, conduire, entretenir une relation sentimentale-sexuelle continue depuis 9 ans, entretenir des contacts réguliers avec sa famille au Portugal. Les critères majeurs pour un état dépressif clinique n'étaient pas remplis. Tout au plus pouvait-on retenir des aspects dysthymiques/dysphoriques. A l'époque de l'expertise, l'intéressé prenait du Wellbutrin® et du Symphona®. Il existait un ralentissement important, mais les troubles mnésiques étaient moins importants qu'attendus lors d'un trouble dépressif. L'expertisé était intellectuellement peu différencié, mais les incohérences aux tests QI faisaient croire que les limitations étaient moins importantes que mises en évidence par l'assuré. Des incohérences et tendances à la majoration ne permettaient pas de conclure avec précision à la réelle atteinte. Enfin, l'expertisé était simplement inapte aux exigences d'un travailleur indépendant (gestion active de contacts, prospection, comptabilité, gestion des dépenses, organisation dans le temps). En revanche, il avait toujours été capable de s'insérer dans des activités professionnelles simples, exécutives et régulières, comme il l'avait fait jusqu'en 2005. « En finalité (peut-être avec un peu moins de tolérance dans les conclusions), notre appréciation est très proche à celle de l'expert précédent ».

14. Dans un avis du 27 mai 2009, le Service médico-régional de l'AI (SMR, Dr R_____) s'est rallié aux conclusions de l'expertise du Dr P_____. En particulier, contrairement aux conclusions du Dr M_____, lequel avait, selon le SMR, confondu symptômes (plaintes) et signes (ce qui est objectivé) et avait relevé lui-même des discordances manifestes, il n'existait pas d'éléments objectifs pour retenir une affection psychiatrique suffisamment sévère pour justifier une incapacité de travail durable, en septembre 2006.

-
15. Dans un projet de décision du 2 juin 2009, l'OAI a informé l'assuré qu'il envisageait de rejeter sa demande de prestations, motif pris que celui-ci ne présentait aucune atteinte psychiatrique invalidante.
 16. L'assuré ayant fait opposition en temps utile, l'OAI a imparti au Dr L_____ un délai au 6 juillet 2009 pour lui faire part de ses observations.
 17. Le 29 juin 2009, Me Daniel MEYER s'est constitué pour la défense des intérêts de l'assuré.
 18. Par courrier du 4 juillet 2009, le Dr L_____ a contesté les conclusions de l'expert P_____, relevant que ce dernier n'avait pas même contacté le Dr M_____ pour discuter du cas du patient. Il s'est également étonné que les conclusions du Dr M_____, pourtant mandaté par l'assurance perte de gains, n'aient pas été retenues. A lire l'expertise du Dr P_____, on pouvait douter avoir affaire à la même personne. Rien ne correspondait aux propres constatations du psychiatre traitant depuis 2006, ni à celles du Dr M_____. Le Dr P_____ n'avait vu le patient qu'à deux reprises alors que lui-même avait pu évaluer les troubles de la personnalité et la symptomatologie dépressive et anxieuse grave de son patient depuis avril 2006. De plus, à deux reprises, la Consultation de la Mémoire des HUG avait diagnostiqué que les troubles cognitifs du patient étaient dus à son état émotionnel et à sa pathologie anxio-dépressive sous-jacente et grave. Le cas échéant, le Dr L_____ a préconisé la mise en oeuvre d'une nouvelle expertise.
 19. Le 7 juillet 2009, l'assuré, par l'intermédiaire de Me MEYER, s'est opposé au projet de décision, déniait toute valeur probante au rapport d'expertise du Dr P_____. Il a fait valoir qu'il avait été extrêmement stressé lors de l'examen avec cet expert et que l'un de ses problèmes essentiels était précisément le contact avec autrui. De plus, il avait de la peine à s'exprimer en français. Aussi, c'était à tort que l'expert avait retenu une impression d'évitement ou de non-collaboration. En outre, s'il avait pu s'exprimer de manière évasive ou discordante, c'était en raison de ses troubles de la mémoire et de la concentration, lesquels avaient été cliniquement objectivés. Par ailleurs, le Dr P_____ avait conclu de manière surprenante et inacceptable qu'il était inapte à prendre des fonctions professionnelles supérieures, non pas en raison de son état psychique mais par incompetence. Par ailleurs, depuis 2004, il présentait des troubles lombaires, traités par le Dr S_____, dans le contexte d'une hernie discale, ainsi que d'importantes limitations fonctionnelles, ce qui justifiait la mise en oeuvre d'une expertise rhumatologique. Dans ces conditions, il devait être mis au bénéfice d'une rente de l'assurance-invalidité entière.
 20. Dans son avis du 16 juillet 2009, le SMR a relevé que le courrier du Dr L_____ du 4 juillet 2009 ne contenait aucun étayage objectif, ni ne tenait

compte de la possibilité d'une évolution dans le temps des affections de l'assuré. S'il n'était pas contesté qu'il y ait eu une décompensation psychique sévère dans le parcours de l'assuré, les documents au dossier, dont la dernière expertise psychiatrique, révélaient une évolution positive, étayée non seulement par l'observation clinique, mais aussi par l'examen neuropsychologique. En outre, les difficultés de communication alléguées avaient donné à l'expert l'impression d'un évitement ou d'une non-collaboration qui ne constituaient pas un trouble de la personnalité décompensé. Enfin, lorsqu'il était employé, l'assuré n'avait pas présenté de décompensation psychique, d'où l'indication d'éviter des postes à responsabilité.

21. Dans un rapport non daté, reçu le 10 août 2009, le Dr S_____ (médecin traitant depuis janvier 2003, spécialiste FMH en chirurgie) a diagnostiqué des céphalées d'origine indéterminée, un état anxio-dépressif, des lombalgies chroniques, existant depuis environ cinq ans. Depuis le 1^{er} janvier 2009, la capacité de travail était nulle, en raison d'anxiétés avec parfois perte d'équilibre. Malgré les traitements prodigués à base d'AINS, d'antidépresseurs et de physiothérapie, on ne pouvait s'attendre à une amélioration de la capacité de travail. Depuis environ cinq ans, le patient avait les limitations fonctionnelles suivantes : pas d'activité uniquement en position assise, debout, penchée, avec les bras au-dessus de la tête, accroupie, à genoux, en rotation, pas de port de charges supérieures à 2 kg. Les capacités de concentration, de compréhension et d'adaptation étaient limitées.
22. Dans un avis du 13 août 2009, le SMR a estimé en substance que ce rapport ne permettait pas d'admettre que l'assuré présentait une affection ayant une répercussion durable sur la capacité de travail, malgré le traitement dans les règles de l'art. En particulier, le Dr S_____ n'expliquait pas en quoi les pathologies retenues, existant depuis des années et qui n'avaient pas empêché l'activité habituelle jusqu'en mars 2006, justifiaient actuellement une incapacité durable, voire une baisse de rendement. La capacité de travail dans l'activité habituelle avait été retenue entière, avec une baisse de rendement non expliquée. La posologie du traitement (Ibuprofène© 3 x 400 mg/j) ne correspondait pas à un traitement anti-inflammatoire au sens « pur du terme ». En effet, la posologie anti-inflammatoire de ce médicament se situait à 1600 mg/j au moins. Il n'y avait pas d'autre traitement en cours, tels relaxants musculaires, association de médicaments de niveau I (paracétamol), niveau II (anti-inflammatoires à posologie anti-inflammatoire) ou niveau III (morphiniques), traitement d'élévation du seuil de la douleur par antidépresseur tricyclique, méthode de physiothérapie. Les céphalées n'avaient pas de traitement spécifique, hormis l'Ibuprofène© (qui servait aussi de traitement des lombalgies). En conclusion, et sans indication sur le contexte qui rendait incapacitante une affection existant depuis des années, l'assuré gardait une capacité de travail entière depuis toujours, quelle que soit son activité.

23. Par courriers des 4 juin, 2 septembre, 6 octobre 2008, l'OAI a demandé, en vain, à l'assuré de produire une copie des bilans et comptes d'exploitation depuis 2004 à 2007, ou, le cas échéant, les avis de taxation correspondants.
24. Par décision du 19 août 2009 (notifiée sous pli simple, directement à l'assuré), l'OAI a maintenu sa position.
25. Dans son recours interjeté le (lundi) 21 septembre 2009 par l'entremise de son Conseil, l'assuré a conclu à l'annulation de ladite décision, respectivement à l'octroi d'une rente AI entière sur la base d'une incapacité de gain de 100%. Préalablement, il a requis la mise en œuvre d'une expertise multidisciplinaire (psychiatrique, rhumatologique et ostéo-articulaire). En substance, il a repris son argumentation antérieure, reprochant principalement à l'expert P_____ de ne pas avoir tenu compte des troubles de la mémoire pouvant justifier son éventuel comportement d'évitement ou de non collaboration. Par ailleurs, si, « d'un strict point de vue protocolaire », le rapport d'expertise du Dr P_____ semblait remplir les conditions jurisprudentielles requises, tel n'était toutefois manifestement pas le cas de son contenu, compte tenu des divergences comportementales observées chez le patient par la Consultation de la Mémoire des HUG, le Dr M_____ ou le Dr L_____. Aussi, ledit rapport devait-il être complété par une surexpertise.

A l'appui de son recours, il a produit un certificat du Dr S_____ du 16 septembre 2009, précisant à son mandataire qu'en raison d'un syndrome douloureux chronique au niveau dorsolombaire, caractérisé par une multiple discopathie étagée, surtout au niveau lombaire, et d'une périarthrite au niveau de l'épaule gauche depuis environ 6 mois, le patient ne pouvait pas effectuer un travail physique et ne devrait pas soulever des charges dépassant 5 kg.

26. Le 6 octobre 2009, le recourant a versé au dossier un rapport complémentaire du Dr L_____ du 5 octobre 2009 (transmis à l'OAI le 7 octobre suivant), attestant un trouble anxieux et dépressif mixte, actuellement de degré de gravité élevé et jugé sévère (F 41.2). Ce trouble persistait malgré le traitement médicamenteux suivi et la poursuite d'une psychothérapie de soutien. Le patient présentait également un trouble mixte de la personnalité (dépendante et anxieuse). Ce trouble était un facteur aggravant du premier et pouvait entraver le traitement et se poser comme obstacle aux mesures thérapeutiques. Ce tableau entravait la capacité de travail du patient, dans n'importe quelle activité.
27. Dans sa réponse du 9 novembre 2009, l'OAI a conclu au rejet du recours. S'agissant des troubles mnésiques évoqués, les différents rapports spécialisés n'attestaient en aucun cas un réel déficit susceptible de diminuer la capacité de travail. En outre, le rapport d'expertise du Dr M_____ du 4 septembre 2006 avait essentiellement relaté les plaintes de l'expertisé, ce qui en relativisait la valeur

probante, si bien que l'on ne pouvait en aucun cas suivre ses conclusions. Dans son avis du 27 mai 2009, le SMR avait également relevé des contradictions et incohérences contenues dans ledit rapport : le traitement médicamenteux était très léger (sous forme de prise de millepertuis) face à une maladie qui serait grave selon le Dr M_____. De plus, l'observance thérapeutique était invérifiable puisqu'il n'y avait pas eu de dosage sanguin. De toute façon, dans son rapport complémentaire du 12 février 2007, le Dr M_____ avait relevé une nette amélioration de l'état de santé de l'expertisé. Pour le surplus, il ne se justifiait pas de procéder à une surexpertise car le fait que le médecin traitant conteste les conclusions de l'expertise du Dr P_____ ne permettait pas en soi de mettre en doute ces dernières, selon la jurisprudence. Enfin, concernant les atteintes physiques somatiques, le Dr S_____ n'avait nullement mentionné une périarthrite invalidante à l'épaule droite dans son rapport du 10 août 2009.

28. Le 1^{er} décembre 2009, le recourant a requis l'audition des Drs S_____ et L_____.

EN DROIT

1. L'objet du recours ressortit à la loi fédérale sur l'assurance-invalidité du 19 juin 1959 (LAI), si bien que le Tribunal de céans est matériellement compétent pour statuer en l'espèce (art. 56 V al. 1 let. a ch. 2 de la loi genevoise sur l'organisation judiciaire).
2. Interjeté en temps utile auprès de l'autorité compétente et dans les formes prescrites par un assuré directement touché dans ses intérêts juridiquement protégés par la décision querellée, le présent recours est recevable (art. 56 ss de la loi fédérale sur la partie générale du droit des assurances sociales, du 6 octobre 2000 : LPGA).
3. Le litige porte sur le droit du recourant à une rente de l'assurance-invalidité.
4. L'invalidité, au sens de la LPGA et de la LAI, est l'incapacité de gain totale ou partielle qui est présumée permanente ou de longue durée, qui peut résulter d'une infirmité congénitale, d'une maladie ou d'un accident (art. 8 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 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.

Le taux d'invalidité d'une personne exerçant une activité lucrative est fixé d'après la comparaison des revenus prévue par l'art. 16 LPGA, c'est-à-dire essentiellement selon des considérations économiques. Ainsi, 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 exigé de lui après les traitements et les mesures de réadaptation, sur un marché du travail équilibré.

Aux termes des art. 8 LPGa et 4 al. 1 LAI, l'objet assuré n'est pas l'atteinte à la santé physique mais les conséquences économiques de celles-ci, à savoir une incapacité de gain probablement permanente ou de longue durée. Ainsi le taux d'invalidité ne se confond pas nécessairement avec le taux d'incapacité fonctionnelle déterminé par le médecin; ce sont les conséquences économiques objectives de l'incapacité fonctionnelle qu'il importe d'évaluer (ATF 110 V 273 consid. 4). Le Tribunal fédéral a néanmoins jugé que les données fournies par les médecins constituent un élément utile pour déterminer quels travaux peuvent encore être exigés de l'assuré (ATF 125 V 256 consid. 4).

5. Selon la jurisprudence, pour qu'une invalidité soit reconnue, il est nécessaire, dans chaque cas, qu'un substrat médical pertinent entravant la capacité de travail (et de gain) de manière importante soit mis en évidence par le médecin spécialisé (arrêt du Tribunal fédéral du 21 août 2007, I 797/06, consid. 4). En effet, bien que l'invalidité soit une notion juridique et économique, les données fournies par les médecins constituent un élément utile pour apprécier les conséquences de l'atteinte à la santé et pour déterminer quels travaux on peut encore raisonnablement exiger de l'assuré (ATF 115 V 133 consid. 2, 114 V 310 consid. 3c).

- 5.1 Conformément au principe inquisitoire qui régit la procédure dans le domaine des assurances sociales (art. 43 LPGa), l'administration est tenue de prendre d'office les mesures d'instruction nécessaires et de recueillir les renseignements dont elle a besoin. En particulier, elle doit mettre en oeuvre une expertise lorsqu'il apparaît nécessaire de clarifier les aspects médicaux du cas (ATF 117 V 283 consid. 4a).

Quant au juge cantonal, il dispose d'une large liberté dans le choix des preuves qu'il entend administrer. Cette liberté est le corollaire de l'obligation à sa charge d'établir les faits déterminants pour l'issue du litige (art. 61 let. c LPGa). S'agissant d'une expertise médicale, il a en principe la possibilité soit de commettre lui-même un expert soit de renvoyer la cause à l'administration pour qu'elle mette en oeuvre une expertise (ATFA du 7 août 2003, cause I 656/02, consid. 3.3 ; RAMA 1993 p. 136).

- 5.2 Si l'administration ou le juge, se fondant sur une appréciation consciencieuse des preuves fournies par les investigations auxquelles ils doivent procéder d'office, sont convaincus que certains faits présentent un degré de vraisemblance prépondérante et que d'autres mesures probatoires ne pourraient plus modifier cette appréciation, il est superflu d'administrer d'autres preuves (appréciation anticipée des preuves; Ueli Kieser, ATSG-Kommentar, 2ème éd., Zurich 2009, art. 42 n° 19 p. 536; ATF 130 II 425 consid. 2.1 et les références; arrêt du Tribunal fédéral 9C_859/2007 du 16 décembre 2008 consid. 5). Une telle manière de procéder ne viole pas le droit

d'être entendu selon l'art. 29 al. 2 Cst. (Sozialversicherungsrecht Rechtsprechung [SVR] 2001 IV n° 10 p. 28).

5.3 Le juge des assurances sociales doit examiner de manière objective tous les moyens de preuve, quelle que soit leur provenance, puis décider si les documents à disposition permettent de porter un jugement valable sur le droit litigieux. Avant de conférer pleine valeur probante à un rapport médical, il s'assurera que les points litigieux ont fait l'objet d'une étude circonstanciée, que le rapport se fonde sur des examens complets, qu'il prend également en considération les plaintes exprimées par la personne examinée, qu'il a été établi en pleine connaissance de l'anamnèse, que la description du contexte médical et l'appréciation de la situation médicale sont claires et enfin que les conclusions de l'expert sont dûment motivées (ATF 125 V 351 consid. 3a et les références).

5.4 La jurisprudence a posé des lignes directrices en ce qui concerne la manière d'apprécier certains types d'expertise ou de rapports médicaux. Ainsi, le juge ne s'écarte en principe 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 (ATF 125 V 351 consid. 3b/aa). Au sujet 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 (ATF 125 V 351 consid. 3b/cc). Cette constatation s'applique de même aux médecins non traitants consultés par un patient en vue d'obtenir un moyen de preuve à l'appui de sa requête. Toutefois le simple fait qu'un certificat médical est établi à la demande d'une partie et produit pendant la procédure ne justifie pas en soi des doutes quant à sa valeur probante (ATF 125 V 351 consid. 3b/dd).

Quant aux documents produits par le service médical d'un assureur étant partie au procès, le Tribunal fédéral n'exclut pas que l'assureur ou le juge des assurances sociales statuent en grande partie, voire exclusivement sur la base de ceux-ci. Dans de telles constatations, il convient toutefois de poser des exigences sévères à l'appréciation des preuves. Une instruction complémentaire sera ainsi requise, s'il subsiste des doutes, même minimes, quant au bien-fondé des rapports et expertises médicaux versés au dossier par l'assureur (ATF 122 V 157, consid. 1d; ATF 123 V 175, 176 s consid. 3d; ATF 125 V 351, 353 s consid. 3b ee; cf. aussi arrêts du Tribunal fédéral I 143/07 du 14 septembre 2007 consid. 3.3 et 9C_55/2008 du 26 mai 2008 consid. 4.2 avec références, concernant les cas où le service médical n'examine pas l'assuré mais se limite à apprécier la documentation médicale déjà versée au dossier). Le simple fait qu'un avis médical divergent - même émanant d'un spécialiste - ait été produit ne suffit toutefois pas à lui seul à remettre en cause la valeur probante d'un rapport médical (arrêt du Tribunal fédéral du 26 janvier 2007, U 365/06, consid. 4.1).

Enfin, on rappellera 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 p. 175; SVR 2008 IV Nr. 15 p. 43 consid. 2.2.1 et les références [arrêt I 514/06 du 25 mai 2007]), 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 (arrêt du Tribunal fédéral du 20 novembre 2009, 9C_4/2009, consid. 2.2.).

6. En l'occurrence, l'OAI a nié le droit du recourant à toutes prestations, en se fondant essentiellement sur le rapport d'expertise du Dr P_____ du 20 avril 2009 concluant à l'absence de toute atteinte invalidante sur les plans psychiatrique et neurologique, dès août 2007.

Force est toutefois de constater que ce rapport n'est pas entièrement probant. D'une part, il ne mentionne pas – et, partant, ne discute aucunement – les conclusions du rapport de la Consultation de la Mémoire du 24 juillet 2006, confirmées, près de 18 mois plus tard, dans un second rapport du 18 décembre 2007, conclusions selon lesquelles l'évaluation neuropsychologique mettait en évidence au premier plan un important ralentissement, ainsi que des difficultés attentionnelles et mnésiques associées à une problématique anxio-dépressive significative (échelle de 14/21 pour l'anxiété et 16/21 pour la dépression. Le rapport neuropsychologique du 6 avril 2009, qui fait partie intégrante de l'expertise du Dr P_____, relève même, curieusement, l'absence « d'examen neuropsychologique antérieur », et cela en contradiction manifeste avec les pièces du dossier. Or, les conclusions des deux rapports précités de la Consultation de la Mémoire, établis par deux médecins spécialisés (dont l'un est également neuropsychologue), et dont la valeur probante n'est ni contestée, ni d'ailleurs contestable, sont en contradiction avec les conclusions du neuropsychologue (Monsieur Q_____, lequel n'est d'ailleurs pas médecin de formation), sur lesquelles le Dr P_____ s'est appuyé pour minimiser, sinon mettre en doute les difficultés neuropsychologiques de l'expertisé, retenant tout au plus que la capacité de travail, d'un point de vue cognitif, n'était probablement altérée que modestement. A cela s'ajoute un certain manque de clarté concernant les aptitudes neurologiques de l'expertisé, et en particulier l'intensité du ralentissement constaté, tantôt qualifié d'important (rapport, p. 15), tantôt qualifié de modeste du point de vue de l'incidence sur la capacité de travail (rapport, p. 15). On notera aussi que la majoration des symptômes mnésiques a été considérée comme seulement « probable » par le Dr P_____. De surcroît, le neuropsychologue Q_____ a expressément admis que son examen n'avait pas permis d'évaluer précisément la capacité de travail de l'intéressé du point de vue cognitif, respectivement ses difficultés neuropsychologiques éventuelles, alors même que les fonctions exécutives n'avaient pas toute été testées, mais paraissaient

« grosso modo » (sic) néanmoins conservées. Par surabondance, on relèvera que l'outil utilisé par ce neuropsychologue pour déceler l'existence d'un biais d'effort (les 15 items de Rey) fait l'objet de critiques psychométriques et n'apparaît dès lors pas entièrement fiable

(http://www.neuropsychologie.fr/index.php?option=com_content&view=article&id=314:pratiques-des-neuropsychologues-dans-lexpertise-medico-legale&catid=46).

De surcroît, le Dr P_____ ne motive pas à satisfaction les raisons pour lesquelles il a estimé que l'expertisé avait recouvré une capacité de travail entière dès août 2007 dans une activité adaptée (sans responsabilités). A cet égard, les arguments retenus par cet expert (et le SMR avec lui) pour relativiser les conclusions des expertises du Dr M_____ des 4 septembre 2006 et 12 février 2007 ne sont pas convaincants. En effet, si, malgré les discordances effectivement observées par lui, le Dr M_____ a pu néanmoins admettre, sur le plan psychique, une incapacité de travail complète, c'est parce que ces discordances n'étaient que légères. Il n'a par ailleurs pas imputé lesdites discordances à une prétendue majoration des symptômes mnésiques (majoration au demeurant qualifiée de seulement « probable » par le Dr P_____), mais, en partie du moins, aux troubles de la mémoire, sinon à l'existence d'éléments pathologiques faisant partie de la structure de la personnalité de l'expertisé. A cela s'ajoute que, contrairement à ce qu'a indiqué le Dr P_____ (« nous proposons de suivre exactement les indications de l'expert précédent, à savoir de stipuler une exigence professionnelle entière 6 mois après la deuxième évaluation de février 2007 », rapport du 20 avril 2009, p. 22), le Dr M_____ ne s'est pas prononcé pour une reprise du travail à 100% dès le mois d'août 2007. Ce dernier a, au contraire, considéré qu'il était « difficile d'indiquer chronologiquement avec précision quand se fera le retour à une capacité de travail à 100%. On peut prévoir en conséquence une incapacité de travail à 100% pour les prochains 4-6 mois et une reprise partielle ensuite pour passer enfin au 100% » (rapport du 12 février 2007, p. 5). En cela, le Dr M_____ a d'ailleurs repris et confirmé les indications du psychiatre traitant selon lequel il fallait « attendre encore quelques mois (par ex. 4-6 mois ?) pour une *restitutio ad integrum* de ses capacités intellectuelles qui lui permettront une reprise du travail au moins partielle » (rapport du 12 février 2007, p. 4).

Quant aux difficultés de communication relevées par le Dr P_____, l'expertise de ce dernier ne permet pas de les imputer, au degré de la vraisemblance prépondérante, à un évitement ou à un défaut de collaboration, plutôt qu'à un trouble cognitif (sinon à un trouble métabolique, apparemment non encore investigué à ce jour, cf. rapport de la Consultation de la Mémoire du 24 juillet 2006, p. 5), ce d'autant que le Dr P_____, à l'instar des spécialistes consultés, a lui-même admis l'existence d'un ralentissement psychique important chez l'expertisé. A cet égard, on notera encore une certaine contradiction entre les constatations du Dr M_____ et du Dr P_____, le premier ayant relevé que l'expertisé avait une connaissance limitée du français (tout comme du reste le neuropsychologue Q_____, lequel a qualifié de « pauvre » le niveau de

langage en français), alors que le second a indiqué que celui-ci maîtrisait relativement bien le français. Il s'ensuit que l'on ne saurait d'emblée nier toute influence des troubles cognitifs sur la capacité de travail du recourant, en l'état.

De plus, le Dr P_____ ne s'est pas déterminé sur le diagnostic de clinophilie posé par le Dr L_____ dans son rapport du 12 décembre 2007 destiné à la NATIONALE SUISSE. Il s'est en effet limité à relever à cet égard que l'expertisé « se lève toujours tard » (rapport p. 5), sans vérifier plus avant l'existence d'une telle pathologie.

D'un autre côté, il apparaît pour le moins contradictoire de dénier toute valeur probante aux deux expertises du Dr M_____ (dont on rappellera qu'il a été mandaté par la NATIONALE SUISSE, et non par l'assuré lui-même), comme l'a fait l'OAI dans sa réponse au recours, alors que le SMR, dans un avis du 16 juillet 2009, a expressément admis qu'il y avait eu une « décompensation psychique sévère dans le parcours de l'assuré ». Ce dernier avis est d'ailleurs lui-même en contradiction avec l'avis du SMR du 27 mai 2009, estimant que l'assuré avait eu une capacité de travail entière « depuis toujours, sans baisse de rendement justifiée ». Dans ce contexte, on peut également relever que le médecin-conseil de la NATIONALE SUISSE a, de son côté, non seulement estimé probantes les conclusions du Dr M_____ (retenant une incapacité de travail complète jusqu'en juin-août 2007, puis une reprise partielle), mais qu'il a encore, selon toute vraisemblance, estimé que l'assuré présentait une incapacité de gain complète jusqu'en mars 2008 en tout cas, puisque l'assurance perte de gains a entièrement pris en charge le cas jusqu'à cette date (laquelle correspond par ailleurs au délai maximum de deux ans usuellement appliqué par les assureurs perte de gain en cas de maladie : cf. art. 72 LAMal).

On relèvera également que, contrairement à ce qu'a retenu le SMR dans son avis du 16 juillet 2009, ce n'est pas seulement à partir de son installation en tant qu'indépendant (au printemps 2005), mais déjà en tant que salarié, que l'assuré souffrait de fatigue, de difficultés à s'organiser, de stress et d'énervement (cf. déclarations de sa compagne, consignées par le Dr M_____ dans son rapport du 12 février 2007 ; voir aussi rapport de la Consultation de la Mémoire du 24 juillet 2006, mentionnant que ces troubles seraient apparus voici plusieurs années et fluctueraient selon les jours, indépendamment des efforts demandés par le travail de l'assuré : rapport, p.2). De son côté, le Dr T_____ a également constaté que depuis 5 ans, son patient présentait des capacités limitées de concentration, de compréhension et d'adaptation. On peut d'ailleurs se demander si cet état n'expliquerait pas, en partie du moins, que l'assuré n'ait été en mesure d'exercer, depuis son entrée en Suisse en 1996, que des emplois temporaires, avant de se mettre à son compte en mars 2005 – situation qui n'a pas non plus été investiguée plus avant sur le plan médical. En effet, le Dr M_____ laisse clairement entendre que l'équilibre psychique de l'expertisé était précaire avant

même que celui-ci ne devienne indépendant, la décompensation psychique étant survenue sur « le terrain fragile » d'un probable trouble de la personnalité préexistant (rapport du 12 février 2007, p. 4). Enfin, l'OAI ne s'est nullement déterminé sur le rapport médical complémentaire du Dr L_____ du 5 octobre 2009.

Sur le plan rhumatologique, l'instruction de l'OAI apparaît également lacunaire puisque cet Office a renoncé, sans motivation valable, à se déterminer sur la périarthrite au niveau de l'épaule droite dont souffre l'assuré depuis mars 2009 environ (cf. courrier du Dr S_____ du 16 septembre 2009) – soit antérieurement à la décision litigieuse du 19 août 2009, dont la date marque la limite dans le temps du pouvoir d'examen du Tribunal de céans (ATF 129 V 1 consid. 2.1 et ATF 121 V 362 consid. 1b). En effet, que le Dr S_____ n'ait fait « nulle mention » d'une telle affection dans son rapport reçu le 10 août 2009 n'autorisait pas pour autant l'Office intimé à déroger au principe inquisitoire, qui s'impose à lui en vertu de l'art. 43 LPGa. A cela s'ajoute que, dans son avis du 13 août 2009, le SMR a écarté toute atteinte incapacitante sur le plan rhumatologique dans la mesure où, à son avis, la posologie du traitement anti-inflammatoire était insuffisante et où il n'y avait pas d'autres traitements en cours, en particulier de « méthode de physiothérapie ». Or, il semble avoir échappé au SMR que le Dr S_____ avait dûment attesté que le traitement prodigué consistait également en séances de physiothérapie (et d'antidépresseurs).

Cela étant, compte tenu des divergences d'estimation entre les Drs P_____ et L_____ concernant la capacité de travail du recourant (divergences qu'il n'est pas possible de lever sans autre en l'occurrence) et de l'absence d'appréciation globale quant à la répercussion des atteintes neurologiques, rhumatologiques et psychiques sur ladite capacité, il s'impose de renvoyer la cause à l'Office intimé en vue de la mise en œuvre d'une expertise multidisciplinaire auprès d'un Centre d'observation médicale de l'AI ou du Bureau romand d'expertise médicale.

7. Le recourant, qui obtient partiellement gain de cause, a droit à des dépens (art. 61 let. g LPGa); fixés en l'espèce à Fr. 2'000.-.
8. Conformément à l'art. 69 al. 1bis LAI, un émolument de 500 fr. est mis à la charge de l'OAI qui succombe.

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

Statuant

A la forme :

1. Déclare recevable le recours ;

Au fond :

2. L'admet partiellement et annule la décision de l'OAI du 19 août 2009 ;
3. Renvoie la cause audit office pour instruction complémentaire au sens des considérants et nouvelle décision ;
4. Dit que l'intimé versera au recourant 2'000 fr. à titre de dépens ;
5. Met un émolument de 500 fr. à la charge de l'OAI ;
6. 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 ; RS 173.110); 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

Le Président suppléant

Aline MARC PELLANDA

Jean-Louis BERARDI

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