REPUBLIQUE ET CANTON DE GENEVE

POST TENEBRAS LUX

POUVOIR JUDICIAIRE

A/4629/2006 **ATAS/1260/2007**

ARRET

DU TRIBUNAL CANTONAL DES ASSURANCES SOCIALES

Chambre 1

du 13 novembre 2007

En la cause

Monsieur A_____, domicilié 1286 SORAL recourant

contre

OFFICE CANTONAL DE L'ASSURANCE-INVALIDITE, sis rue de Lyon 97, GENEVE intimé

Siégeant : Doris WANGELER, Présidente; Evelyne BOUCHAARA et Christine TARRIT-DESHUSSES, Juges assesseurs

EN FAIT

1. Monsieur A_____, né le 1946, a déposé le 3 novembre 2003 auprès de l'OFFICE CANTONAL DE L'ASSURANCE-INVALIDITE (ci-après l'OCAI) une demande de rente ou de mesures professionnelles, alléguant souffrir de lombosciatalgies, de douleurs au niveau des genoux, des épaules et des articulations, ainsi que d'un problème rénal droit.

2. Titulaire d'un certificat fédéral de capacité de mécanicien sur automobiles, il exerçait une activité de chef d'entreprise du garage A_____ SA et a cessé toute activité depuis le 31 décembre 2002, date à laquelle il a remis son garage.

3. Dans un rapport du 19 novembre 2003 adressé à l'OCAI, le Dr A1_____, spécialiste FMH en urologie, a déclaré que son patient présentait un kyste rénal droit de 2 cm, bénin et un probable colon irritable, étant précisé que ces atteintes étaient sans répercussion sur la capacité de travail.

4. Le 20 février 2004, le Dr B_____, spécialiste FMH en maladies rhumatismales, a indiqué que l'assuré souffrait de lombalgies chroniques et cervico-dorsalgies depuis 1966, d'un status post-opératoire de la coiffe des rotateurs de l'épaule droite avec arthralgie à l'effort depuis 1993, de gonalgies chroniques sur syndrome fémoro-patellaire depuis 2000, d'un état anxieux et de dépression depuis 1999. Il a relevé plusieurs incapacités de travail à taux variables depuis février 1999, entre 50% et 75%. Il estime que l'activité exercée jusqu'ici n'est plus exigible qu'à raison de deux heures par jour depuis le 22 janvier 2003 ; il ne répond pas à la question de savoir si une autre activité pourrait être envisagée.

5. Par décision du 19 novembre 2004, l'Office cantonal de l'emploi a déclaré l'assuré inapte au placement et lui a nié tout droit aux indemnités de l'assurance-chômage à compter du 25 mars 2004.

6. Le Dr B_____ a adressé son patient au Dr C_____, spécialiste FMH en psychiatrie, pour une évaluation à une indication de traitement de psychothérapie cognitivo-comportementale. Dans un rapport du 20 novembre 2004, le Dr C_____ a relevé que le patient se plaignait de fatigue importante, de trouble du sommeil inconstant, de baisse de l'élan vital et de l'envie, de baisse de la concentration, de difficulté à prendre des décisions, et d'idées de découragement sans idées suicidaires. Selon le patient, les symptômes dépressifs sont apparus depuis l'âge de 20 ans et se sont accentués progressivement ces dix dernières années, et en particulier cette dernière année. Le médecin a retenu un diagnostic de trouble dysthymique. Il a souligné que le médecin traitant avait tenté à plusieurs reprises d'introduire un traitement médicamenteux par des antidépresseurs, mais que ceux-ci étaient mal supportés par le patient. Le Dr C_____ s'est

finalement dit incapable de poser une indication de traitement. Il a recommandé un examen complémentaire et indiqué que l'état s'aggravait.

7. Le Dr D_____, spécialiste FMH en psychiatrie, suit l'assuré depuis août 2005. Il a, dans un rapport du 21 avril 2006, retenu les diagnostics de trouble de l'humeur et de trouble dépressif persistant, épisode actuel moyen avec syndrome somatique, depuis décembre 2002, et un trouble obsessionnel compulsif forme mixte, avec idées obsédantes et comportements compulsifs au premier plan, vraisemblablement déjà présent dans l'enfance, exacerbé depuis décembre 2002. Le Dr D_____ a précisé que l'état de santé de l'assuré avait nécessité un arrêt de travail en décembre 2002 et que celui-ci n'avait pas pu reprendre son activité professionnelle depuis.

8. Un rapport d'examen neuropsychologique a été réalisé par le Dr E_____, spécialiste FMH en neurologie, à la demande du Dr B_____, en raison des troubles cognitifs présentés par son patient. Le Dr E_____ a constaté un tableau neuropsychologique de légers troubles exécutifs pouvant relever d'un état d'anxiété. Un questionnaire relatif à l'intolérance à l'incertitude a montré une tendance assez caractéristique et un questionnaire relatif aux domaines d'inquiétude a obtenu un score élevé manifestant une tendance à s'inquiéter. Le QI est légèrement au-dessus de la moyenne. Le médecin n'a pas relevé d'affect dépressif. Il a cependant considéré que le tableau décrit par le patient rentrait bien dans le cadre d'un état dépressif avec des somatisations ; il recommande une psychothérapie et le cas échéant une hospitalisation en milieu psychiatrique avec un traitement antidépresseur.

9. L'OCAI a mandaté le Dr F_____, spécialiste FMH en psychiatrie, pour expertise.

   Dans son rapport du 30 mai 2006, le Dr F_____ a retenu comme diagnostics un trouble dépressif majeur épisode isolé en rémission partielle d'intensité actuelle mineure, une personnalité histrionique, des traits obsessionnels-compulsifs, des traits limite-abandonniques et une structure psychosomatique. Il n'a pas noté de discordance majeure entre les éléments avancés au cours de l'entretien et lors de la passation des tests. Il a considéré que les limitations découlent principalement du tableau algique généralisé ainsi que la fatigabilité, des troubles cognitifs et dissociatifs, de la tristesse, de la nervosité, de l'irritabilité du repli sur soi, de l'aboulie et de l'anhédonie, des vertiges, des troubles de la vision et des pertes partielles de l'audition. Il a ainsi fixé l'incapacité de travail de l'assuré à 75% dès janvier 2003, quelle que soit l'activité envisagée, étant précisé que compte tenu de l'ampleur de ses troubles cognitifs d'allure dissociative, l'existence d'une capacité de travail de 25% durant cette période est plutôt spéculative. Il a constaté que l'assuré n'était plus au bénéfice d'un traitement antidépresseur depuis mi-avril 2006. Selon l'expert, on peut espérer le regain d'une capacité de travail de l'ordre de 50% sur le

plan médico-théorique, à condition que l'assuré adhère à un traitement antidépressif et qu'il soit aidé par des mesures professionnelles. La reprise d'un traitement antidépressif semble nécessaire, de même que le maintien du suivi psychothérapeutique avec le Dr D_____, qu'il voit à raison d'une fois par semaine. L'expert a ajouté que l'assuré se montrait motivé par un stage professionnel et des mesures réhabilitatives. Il se dit intéressé par la vente de voitures mais ne se sent actuellement pas prêt à assumer une telle tâche en raison de ses troubles cognitifs principalement.

10. Dans une note du 4 juillet 2006, le Dr G_____ du Service médical régional AI (ci-après SMR) relève que le tableau clinique décrit par le Dr F_____ évoque le trouble dysthymique rapporté par le Dr C_____ en novembre 2004, ce qui laisse penser que l'état clinique de l'assuré est similaire en novembre 2004 et en mai 2006. Il considère que l'épisode dépressif d'intensité mineure diagnostiqué par l'expert ne justifie pas une incapacité de travail durable, ce d'autant moins que l'assuré ne prend plus son traitement médicamenteux antidépresseur. Il n'y a dès lors pas, selon le Dr G_____, d'atteinte à la santé psychique au sens de la LAI.

11. L'OCAI a communiqué à l'assuré un projet de décision le 8 août 2006, aux termes duquel sa demande de prestations AI est rejetée.

12. Le 23 août 2006, l'assuré a fait savoir à l'OCAI qu'il s'opposait à cette décision.

    Par courrier du 1er septembre 2006, le Dr B_____ a exprimé sa surprise à la lecture des conclusions du Dr G_____ "qui vont à l'inverse de celles du Dr F_____". Selon lui, "le Dr G_____ se contredit lui-même et en un tour de passe-passe arrive aux conclusions qu'il désire. Tout ceci n'est pas sérieux et je fais opposition à cette décision, je demande des éclaircissements motivés de manière scientifique".

13. Invité à se déterminer, le Dr G_____, dans une note du 27 octobre 2006, a à nouveau commenté l'expertise du Dr F_____ en consilium avec le Dr. H_____, psychiatre. Il confirme que l'assuré ne présente aucune limitation fonctionnelle psychique, et dresse en revanche la liste des limitations fonctionnelles somatiques, à savoir : pas de station debout prolongée sans changement de position et possibilité de changer de position chaque heure, pas de port de charges lourdes supérieures à 10 kg, pas de travail à genoux et/ou en station accroupie, pas de position du tronc tenue en porte-à-faux, pas de flexion-rotation répétée du tronc et pas d'usage d'instrument vibrant ou à percussion de façon prolongée. Relevant que l'assuré avait toujours travaillé à plein temps comme chef d'entreprise - administrateur du garage A_____ SA, il considère que les atteintes à la santé ne justifient aucun empêchement professionnel dans cette activité. En revanche, comme mécanicien automobile, profession dans laquelle l'assuré s'est

inscrit à l'Office régional de placement (ORP) suite à la remise de son garage, il admet que la capacité de travail est nulle depuis 1993. Il a ainsi précisé que "c'est comme profession d'administrateur de garage et non comme mécanicien automobile que nous instruisons ce dossier".

14. Par décision du 10 novembre 2006, l'OCAI a confirmé sa position. Il a en effet constaté que selon les éléments médicaux recueillis durant l'instruction du dossier, l'incapacité de travail attestée résultait d'une maladie psychique, raison pour laquelle une expertise psychiatrique avait été mise en œuvre. Selon le Dr G_____ du SMR, il s'avère que le tableau clinique relevé par l'expert n'est pas différent de celui décrit par le Dr C_____ dans son rapport du 20 novembre 2004, ce qui permet de conclure que l'état de santé entre ces deux rapports n'a subi aucune modification. L'expert a relevé que l'assuré avait cessé le traitement antidépresseur dès avril 2006. Or, l'intensité de l'état dépressif lors de l'expertise en mai 2006 est qualifiée de mineure. L'OCAI en conclut que l'état dépressif n'a pas récidivé à l'arrêt du traitement médicamenteux qui a duré moins d'une année. La durée d'incapacité de travail est ainsi insuffisante pour ouvrir le droit à la rente.

    L'OCAI s'est également fondé sur le fait que son psychiatre-conseil n'a pas retenu le diagnostic de trouble de la somatisation, que la personnalité histrionique existant depuis l'adolescence n'avait pas empêché l'assuré de travailler, que l'état dépressif qualifié de moyen par le Dr D_____ s'était amélioré entre août 2005 et avril 2006 et enfin que sur le plan neuropsychologique, les éléments recueillis ne permettaient pas de mettre en évidence un trouble entrainant une quelconque incapacité de travail.

15. L'assuré a interjeté recours le 7 décembre 2006 contre ladite décision. Le 12 décembre 2006, le Dr D_____ a fait part de quelques réflexions à l'appui du recours. Il estime que le Dr F_____ fait une confusion entre une évaluation diagnostic et une évaluation avec indication de traitement cognitivo-comportemental. Le Dr C_____ n'a certes pas retenu de diagnostic de trouble obsessionnel compulsif (TOC) alors qu'il en décrit les symptômes, le but de son évaluation se bornait toutefois à l'indication d'une thérapie. Le Dr D_____ confirme quant à lui que son patient souffre de TOC, lequel conduit immanquablement à la dépression par épuisement (besoin de vérification, et de contrôle, rituels divers). Il rappelle qu'il suit l'assuré depuis le 13 juin 2005 en psychothérapie individuelle ainsi qu'en thérapie de groupe et que son traitement n'a jamais été interrompu. Selon lui, le Dr F_____ se contredit lorsque d'une part, il ne diagnostique ni maladie, ni dépression, ni trouble anxieux et que d'autre part, il préconise un traitement psychiatrique. Il explique enfin que différents traitements médicamenteux ont été entrepris et n'ont pas été supportés ou n'ont pas été efficaces. Il précise encore que comme chez tous les obsessionnels graves, l'effet de la médication antidépressive diminue la capacité de contrôler et induit

chez le sujet un état de changement des perceptions entrainant des phénomènes de dépersonnalisation.

16. Le Dr B_____ a également établi à l'appui du recours un certificat daté du 9 mars 2007. Il a confirmé que l'assuré le consulte depuis janvier 1999 et a précisé que "Les divers traitements mis en route n'ont pas permis d'améliorer la symptomatologie douloureuse. Par ailleurs, le patient présentait un épisode de fatigue très intense de type "burn out", ce que j'interprétais alors comme un état dépressivo-anxieux important. Peu à peu, l'état s'est dégradé essentiellement du point de vue psychologique avec bien sûr des répercussions physiques sous forme d'une augmentation de la douleur. Il était alors totalement incapable de prendre une décision quant à la bonne marche de son entreprise et passait des heures dans son bureau à essayer de trouver des solutions pour des problèmes qui a priori semblaient assez simples, son état anxieux augmentait de plus en plus. (…). Au fil des mois, il est apparu raisonnable que le patient se retire de cette affaire car il n'arrivait plus du tout à gérer".

17. Le dossier a été soumis au Service médical régional AI (ci-après SMR) pour appréciation. Le Dr I_____, dans une note du 23 avril 2007, a relevé que le Dr B_____ se bornait à rappeler les pathologies déjà connues et que le Dr D_____ reprenait les éléments déjà développés dans son précédent rapport d'avril 2006. Il a constaté que les psychiatres ayant examiné l'assuré, soit le Dr C_____ en 2004 et le Dr F_____ en 2006 parvenaient quasiment aux mêmes diagnostics et conclusions. L'OCAI a dès lors considéré que les attestations établies par les Drs D_____ et B_____ ne pouvaient remettre en cause les conclusions de l'expertise du Dr F_____, dès lors qu'elles relevaient bien plutôt d'une appréciation différente de la situation. Il a ainsi conclu au rejet du recours.

18. Ce courrier de l'OCAI du 24 avril 2007 a été transmis à l'assuré et la cause gardée à juger.

EN DROIT

1. Conformément à l'art. 56V al. 1 let. a ch. 2 de la loi genevoise sur l'organisation judiciaire (LOJ), le Tribunal cantonal des assurances sociales connaît en instance unique des contestations prévues à l'article 56 de la loi fédérale sur la partie générale du droit des assurances sociales du 6 octobre 2000 (LPGA) qui sont relatives à la loi fédérale sur l'assurance-invalidité du 19 juin 1959 (LAI).

   Sa compétence pour juger du cas d'espèce est ainsi établie.

2. La loi fédérale sur la partie générale du droit des assurances sociales du 6 octobre 2000 (LPGA) est entrée en vigueur le 1er janvier 2003, entraînant la modification de nombreuses dispositions légales dans le domaine des assurances sociales. Sur le

plan matériel, le point de savoir quel droit s'applique doit être tranché à la lumière du principe selon lequel les règles applicables sont celles en vigueur au moment où les faits juridiquement déterminants se sont produits (ATF 127 V 467 consid. 1, 126 V 136 consid. 4b et les références). Le présent litige est dès lors régi par les nouvelles dispositions de la LPGA.

3. Le Tribunal de céans constate que le recours, interjeté dans les formes et délai légaux prévus par l'art. 60 LPGA est recevable.

4. Le litige porte sur la question de savoir si l'assuré présente une atteinte à la santé ouvrant droit à des prestations de l'assurance-invalidité, plus particulièrement une rente.

5. En vertu des art. 8 al. 1 LPGA et 4 al. 1 LAI, est réputée invalidité l'incapacité de gain totale ou partielle présumée permanente ou de longue durée et résultant d'une infirmité congénitale, d'une maladie ou d'un accident. Quant à l'incapacité de gain, elle est définie à l'art. 7 LPGA comme la diminution de l'ensemble ou d'une partie des possibilités de gain de l'assuré sur le marché du travail équilibré, si cette diminution résulte d'une atteinte à la santé physique ou mentale et qu'elle persiste après les traitements et les mesures de réadaptation exigibles. Il y a lieu de préciser que selon la jurisprudence, la notion d'invalidité, au sens du droit des assurances sociales, est une notion économique et non médicale; ce sont les conséquences économiques objectives de l'incapacité fonctionnelle qu'il importe d'évaluer (ATF 110 V 275 consid. 4a ; 105 V 207 consid. 2).

   Est réputée incapacité de travail toute perte, totale ou partielle, de l'aptitude de l'assuré à accomplir dans sa profession ou son domaine d'activité le travail qui peut être raisonnablement être exigé de lui, si cette perte résulte de sa santé physique ou mentale. En cas d'incapacité de travail de longue durée, l'activité qui peut être exigée de lui peut aussi relever d'une autre profession ou d'un autre domaine d'activité (art. 6 LPGA). Est réputée incapacité de gain toute diminution de l'ensemble ou d'une partie des possibilités de gain de l'assuré sur le marché du travail équilibré qui entre en considération, si cette diminution résulte d'une atteinte à sa santé physique ou mentale et qu'elle persiste après les traitements et les mesures de réadaptation exigibles (art. 7 LPGA).

   Selon l'art. 28 al. 1 LAI dans sa teneur en vigueur jusqu'au 31 décembre 2003, l'assuré a droit à une rente entière s'il est invalide à 66 2/3% 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 ; dans les cas pénibles, l'assuré peut, d'après l'art. 28 al. 1bis LAI, prétendre à une demi-rente s'il est invalide à 40% au moins. L'entrée en vigueur, le 1er janvier 2004, de la 4ème révision de la LAI a modifié la teneur de l'art. 28 al. 1 LAI relatif à l'échelonnement des rentes selon le taux d'invalidité. Alors qu'une rente entière était accordée auparavant à un assuré dès que le degré d'invalidité

atteignait 66 2/3%, cette disposition prévoit désormais d'octroyer un trois-quarts de rente à un assuré présentant un degré d'invalidité d'au moins 60% et une rente entière à celui dont le taux est supérieur à 70 %, les conditions relatives à l'octroi d'un quart ou d'une demi-rente demeurant inchangées. En revanche, les principes développés jusqu'alors par la jurisprudence en matière d'évaluation de l'invalidité conservent leur validité, que ce soit sous l'empire de la LPGA ou de la 4ème révision de la LAI (ATF 130 V 348 consid. 3.4; ATFA non publiés du 17 mai 2005, I 7/05, consid. 2, du 6 septembre 2004, I 249/04, consid. 4).

6. Les atteintes à la santé psychique peuvent, comme les atteintes physiques, provoquer une invalidité au sens de l'art. 4 al. 1 LAI. On ne considère pas comme des conséquences d'un état psychique maladif, donc pas comme des affections à prendre en charge par l'assurance-invalidité, les diminutions de la capacité de gain que l'assuré pourrait empêcher en faisant preuve de bonne volonté ; la mesure de ce qui est exigible doit être déterminée aussi objectivement que possible. Il faut donc établir si et dans quelle mesure un assuré peut, malgré son infirmité mentale, exercer une activité que le marché du travail lui offre, compte tenu de ses aptitudes. Le point déterminant est ici de savoir quelle activité peut raisonnablement être exigée dans son cas. Pour admettre l'existence d'une incapacité de gain causée par une atteinte à la santé mentale, il n'est donc pas décisif que l'assuré exerce une activité lucrative insuffisante ; il faut bien plutôt se demander s'il y a lieu d'admettre que la mise à profit de sa capacité de travail ne peut, pratiquement, plus être raisonnablement exigée de lui, ou qu'elle serait même insupportable pour la société (ATF 102 V 165 ; VSI 2001 p. 224 consid. 2b et les références; cf. aussi ATF 127 V 298 consid. 4c in fine).

7. La plupart des éventualités assurées (par exemple la maladie, l'accident, l'incapacité de travail, l'invalidité, l'atteinte à l'intégrité physique ou mentale) supposent l'instruction de faits d'ordre médical. Or, pour pouvoir établir le droit de l'assuré à des prestations, l'administration ou le juge a besoin de documents que le médecin doit lui fournir. L'appréciation des données médicales revêt ainsi une importance d'autant plus grande dans ce contexte. Lors de l'évaluation de l'invalidité, la tâche du médecin consiste à porter un jugement sur l'état de santé et à indiquer dans quelle mesure et pour quelles activités l'assuré est incapable de travailler. En outre, les données médicales constituent un élément utile pour déterminer quels travaux on peut encore, raisonnablement, exiger de l'assuré (ATF 125 V 261, consid. 4, et la jurisprudence citée).

   Selon le principe de la libre appréciation des preuves, qui s'applique aussi bien en procédure administrative qu'en procédure de recours de droit administratif, l'administration ou le juge apprécie librement les preuves, sans être lié par des règles formelles, en procédant à une appréciation complète et rigoureuse de celles-ci. Le juge doit examiner de manière objective tous les documents à disposition, quelle qu'en soit la provenance, puis décider si ceux-ci permettent de porter un

jugement valable sur le droit litigieux (ATFA non publié du 21 mars 2006, I 247/05, consid. 1.2).

En ce qui concerne la valeur probante d'un rapport médical, ce qui est déterminant c'est que les points litigieux aient fait l'objet d'une étude circonstanciée, que le rapport se fonde sur des examens complets, qu'il prenne également en considération les plaintes exprimées par la personne examinée, qu'il ait été établi en pleine connaissance de l'anamnèse, que la description du contexte médical et l'appréciation de la situation médicale soient claires et enfin que les conclusions de l'expert soient dûment motivées. Au demeurant, l'élément déterminant pour la valeur probante n'est ni l'origine du moyen de preuve ni sa désignation comme rapport ou comme expertise, mais bel et bien son contenu (ATF 125 V 352 consid. 3a, 122 V 160 consid. 1c et les références).

En principe, le juge ne s'écarte pas sans motifs impératifs des conclusions d'une expertise médicale, la tâche de l'expert étant précisément de mettre ses connaissances spéciales à la disposition de la justice ou de l'administration 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 le fait que celle-ci contienne des contradictions, ou qu'une surexpertise ordonnée par le tribunal en infirme les conclusions de 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 352 consid. 3b/aa et les références).

S'agissant de la valeur probante des rapports établis par les médecins traitants, le juge peut et doit tenir compte du fait que, selon l'expérience, le médecin traitant est généralement enclin, en cas de doute, à prendre parti pour son patient en raison de la relation de confiance qui l'unit à ce dernier. Ainsi, la jurisprudence accorde plus de poids aux constatations faites par un spécialiste qu'à l'appréciation de l'incapacité de travail par le médecin de famille (ATF 125 V 353 consid. 3b/cc et les références, RJJ 1995, p. 44 ; RCC 1988 p. 504 consid. 2).

8. En l'espèce, il n'est pas contesté que l'assuré ne peut pas exercer un travail de mécanicien sur automobiles au vu des limitations fonctionnelles somatiques relevées, soit pas de station debout prolongée sans changement de position et possibilité de changer de position chaque heure, pas de port de charges lourdes supérieures à 10 kg, pas de travail à genoux et/ou en station accroupie, pas de position du tronc tenue en porte-à-faux, pas de flexion-rotation répétée du tronc et pas d'usage d'instrument vibrant ou à percussion de façon prolongée.

9. l'OCAI a néanmoins refusé de reconnaître à l'assuré un droit à des prestations AI, considérant que s'il était incapable de travailler comme mécanicien, l'activité de responsable de garage était elle parfaitement exigible. Il a en effet constaté que l'assuré souffre, selon le rapport d'expertise psychiatrique établi en mai 2006, d'un épisode dépressif d'intensité mineure, en voie de rémission partielle, ce quand bien même le traitement antidépresseur a été arrêté en avril 2006 déjà. Il en conclut que l'état dépressif n'a pas récidivé et qu'il y a eu une amélioration de son état de santé entre août 2005, date à compter de laquelle il est suivi par le Dr D_____ et avril 2006, date à laquelle il n'a plus pris ses médicaments. L'état dépressif ayant duré, selon l'OCAI, d'août 2005 à avril 2006, soit moins d'une année, le droit à des prestations AI ne peut être envisagé. L'OCAI se fonde également sur le rapport du Dr C_____ du 20 novembre 2004, dont le diagnostic est celui de trouble disthymique, estimant que la situation est similaire en novembre 2004 et mai 2006, date de l'expertise. Il relève enfin que la personnalité histrionique existant depuis l'adolescence n'avait pas empêché l'assuré de travailler jusque-là.

10. Il est vrai que l'assuré a cessé son traitement médicamenteux mi-avril 2006. Son médecin traitant, psychiatre, qui le suit à raison d'une fois par semaine, tant en psychothérapie individuelle qu'en thérapie de groupe, a cependant expliqué pour quelle raison il y avait eu cette interruption. On ne saurait dès lors en tirer la conclusion ni que les soins prodigués par le Dr D_____ à son patient ne sont pas adéquats, ni que l'arrêt des médicaments était du à une amélioration de l'état de santé psychique.

    Le Dr D_____ a considéré, dans son rapport du 21 avril 2006, que son patient souffrait d'un trouble dépressif persistant depuis décembre 2002, "épisode actuel moyen". L'expert F_____ a diagnostiqué un épisode dépressif majeur, d'intensité mineure au moment de l'examen, soit en mai 2006. L'OCAI n'est dès lors pas fondé à soutenir que l'état dépressif a duré moins d'une année.

    L'OCAI considère que le Dr C_____ décrit un tableau clinique correspondant à celui constaté par l'expert. Il y a lieu de rappeler à cet égard que le Dr C_____, uniquement chargé par le Dr B_____ de procéder à une évaluation à une indication de traitement de psychothérapie cognitivo-comportementale, a précisément suggéré qu'un examen complémentaire devait être effectué du fait que l'état de l'assuré s'aggravait.

11. Le Tribunal de céans constate que le Dr F_____ fait également état d'une personnalité histrionique, de traits obsessionnels-compulsifs et limite-abandonniques, ainsi que d'une structure psychosomatique. Ces diagnostics sont confirmés par le Dr D_____, qui qualifie le TOC dont est atteint son patient de grave, et précise que ce TOC conduit immanquablement à la dépression par épuisement. Le Dr B_____ a témoigné, dans son certificat du 9 mars 2007, de ce qu'il a assisté au désarroi de son patient "totalement incapable de prendre une

décision quant à la bonne marche de son entreprise, (…), à essayer de trouver des solutions pour des problèmes qui a priori semblaient assez simples."

12. Le Tribunal de céans relève que le Dr F_____, dont l'expertise a au demeurant pleine valeur probante au sens de la jurisprudence du TFA, a retenu une incapacité de travail de 75% tout au plus dès janvier 2003, quelle que soit l'activité envisagée, et de 50% sur le plan médico-théorique, pour autant que l'assuré adhère à un traitement antidépressif et qu'il soit aidé par des mesures professionnelles. Il est en conséquence d'avis, au vu de ce qui précède, que si l'assuré présente une capacité résiduelle de travail, ce n'est ni comme mécanicien sur automobiles, ni comme responsable de garage.

13. Aussi la cause doit-elle être renvoyée à l'OCAI pour instruction complémentaire. L'intimé devra déterminer quel type d'activité l'assuré pourrait exercer, avec quelle capacité de travail et envisager, le cas échéant, des mesures de réadaptation professionnelle.

PAR CES MOTIFS,
LE TRIBUNAL CANTONAL DES ASSURANCES SOCIALES :

Statuant

A la forme :

1. Déclare le recours recevable.

Au fond :

2. L'admet.

3. Annule la décision sur opposition du 10 novembre 2006.

4. Renvoie la cause à l'OCAI pour instruction complémentaire dans le sens des considérants et nouvelle décision.

5. Met un émolument de 200 fr. à la charge de l'intimé.

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); le mémoire de recours doit indiquer les conclusions, motifs et moyens de preuve et porter la signature du recourant ou de son mandataire ; il doit être adressé au Tribunal fédéral par voie postale ou par voie électronique aux conditions de l'art. 42 LTF. Le présent arrêt et les pièces en possession du recourant, invoquées comme moyens de preuve, doivent être joints à l'envoi.

La greffière	La Présidente
Marie-Louise QUELOZ	Doris WANGELER

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