

REPUBLIQUE ET



CANTON DE GENEVE

POUVOIR JUDICIAIRE

A/1483/2002

ATAS/84/2008

**ARRET**

**DU TRIBUNAL CANTONAL DES  
ASSURANCES SOCIALES**

**Chambre 2**

**du 29 janvier 2008**

En la cause

Monsieur L\_\_\_\_\_, domicilié à Genève, comparant avec  
élection de domicile en l'étude de Maître BENOIT Gérald

recourant

contre

OFFICE CANTONAL DE L'ASSURANCE INVALIDITE, Rue de  
Lyon 97; Case postale 425, 1211 GENEVE 13

intimé

**Siégeant : Isabelle DUBOIS , Présidente; Christine BULLIARD-MANGILI et Bertrand  
REICH, Juges assesseurs**

---

### **EN FAIT**

1. Monsieur L\_\_\_\_\_ (ci-après le recourant), né en 1960, marié, originaire du Kenya, a déposé une demande de prestations d'assurance invalidité le 2 mai 2000, visant une orientation professionnelle ainsi qu'une rente, pour atteinte à la colonne cervicale (affection neurologique chronique) et opération d'une hernie discale en novembre 1994. À l'appui de cette demande, les médecins du recourant attestent d'une totale incapacité de travail depuis le mois d'avril 1999, dans son travail de manutentionnaire pour le journal « la Tribune de Genève ».
2. Une expertise multidisciplinaire effectuée par le CENTRE MULTIDISCIPLINAIRE DE LA DOULEUR, à Genolier, le 9 mai 2000 à la demande du médecin-conseil de l'assureur perte de gain du recourant, est produite au dossier de l'OFFICE CANTONAL DE L'ASSURANCE-INVALIDITE (ci-après OCAI). Outre la description de l'histoire médicale selon le dossier et selon le patient, l'expertise comprend un examen neurologique, un examen rhumatologique, une étude du dossier radiologique, et un examen psychiatrique. Les experts constatent n'avoir pas d'éléments cliniques et paracliniques pour évoquer l'existence d'une atteinte neurologique significative, en particulier pas d'atteinte compressive radiculaire ou médullaire. Il n'y a pas non plus d'éléments pour une autre pathologie majeure du système nerveux périphérique et central. Un syndrome algodysfonctionnel C6-C7 gauche et un point gâchette du muscle romboïde gauche existent et pourraient être partiellement à l'origine des symptômes, mais n'expliquent pas l'importance actuelle de la symptomatologie et sa répercussion sur la capacité de travail. L'examen psychiatrique ne laisse apparaître aucune pathologie psychiatrique majeure mais une dépendance à l'alcool est retenue. En l'absence d'éléments objectifs, les experts considèrent dès lors la capacité de travail comme entière dans toute activité.
3. Toutefois, le Dr A\_\_\_\_\_, médecin directeur au service de neurologie du CHUV, maintient, dans un courrier du 27 février 2001, que l'éthylisme compulsif et les douleurs ressenties par son patient sont liées à un problème à caractère cérébral, et que son patient n'est pas un simulateur.
4. Par deux décisions du 26 février 2002, l'OCAI a rejeté la demande de rente et la demande de mesures d'ordre professionnel, constatant l'absence de toute invalidité au sens de la loi sur l'assurance invalidité (ci-après LAI).
5. Dans son recours du 12 avril 2002, le recourant conclut à l'annulation des décisions litigieuses et au renvoi du dossier à l'administration pour instruction du dossier, avec expertise médicale. Il relève la présence de controverses médicales sur le cas concret, qui justifie une nouvelle instruction du dossier.

6. Dans sa réponse du 14 juin 2002, l'OCAI conclut au rejet du recours. Il relève en particulier la valeur probante de l'expertise pluridisciplinaire, et le fait que le spécialiste en neurologie ne se détermine pas sur la capacité de travail de son patient, qu'il n'a d'ailleurs vu qu'à une reprise.
7. Les parties ont été invitées à un deuxième échange d'écriture, par la COMMISSION CANTONALE DE RECOURS, alors compétente, puis le dossier a été transféré d'office au Tribunal de céans, à sa création le 1er août 2003.
8. Lors de l'audience de comparution personnelle des parties qui s'est tenue le 2 septembre 2003, les parties se sont déclarées d'accord avec la suspension de la cause en application de l'article 14 de la loi sur la procédure administrative (ci-après LPA), dans l'attente d'une nouvelle décision à rendre par l'OCAI dans le cadre d'une demande de révision pendante à l'office, étant précisé qu'une expertise complète, physique et psychique, était prévue. La cause a dès lors été suspendue par arrêt incident du 2 septembre 2003.
9. Par décision du 7 avril 2005, l'OCAI a refusé toute prestation au recourant, après avoir diligenté une expertise médicale pluridisciplinaire de type COMAI au CENTRE D'EXPERTISE MÉDICALE (ci-après CEMED) de Genève. L'expertise se base sur l'ensemble du dossier y compris des documents apportés par le recourant. Après l'anamnèse complète et la description des plaintes, les experts ont procédé à l'examen clinique général, puis à l'évaluation rhumatologique, au status ostéo-articulaire, à l'examen neurologique, enfin à l'expertise psychiatrique du recourant. Ils retiennent comme diagnostics un syndrome douloureux chronique avec hémisyndrome sensitif gauche, des troubles mentaux et troubles du comportement liés à l'utilisation d'alcool, des traits de personnalité histrionique, mais aucune incapacité de travail. En l'absence de lésion somatiquement connue ou reconnaissable, il n'y a pas de limitation autre que la douleur. Un changement net de comportement constaté entre l'absence et la présence de son épouse à l'expertise conduit les experts à considérer qu'il est exigible du recourant qui fournisse un effort pour surmonter sa douleur et accomplir une activité professionnelle. Toute activité professionnelle est possible, il n'y a aucun risque pour sa santé physique ou psychique, ceci à plein temps.
10. Par ordonnance du 14 avril 2005, le Tribunal a ordonné la reprise de l'instance, et ordonné une comparution des mandataires pour fixer la suite de la procédure.
11. Par courrier du 28 avril 2005, le mandataire du recourant a informé le Tribunal de ce que celui-ci retirait son recours du 12 avril 2002. Toutefois, par courrier du 4 mai 2005, le recourant a dit son désaccord avec ce courrier, et indiqué souhaiter poursuivre la procédure et faire le nécessaire pour être représenté par un autre mandataire.

12. Lors de l'audience du 14 juin 2005, la représentante de l'OCAI indiqué qu'il n'y avait pas eu d'opposition formelle à la décision du 7 avril 2005 mais qu'elle acceptait de considérer le courrier du recourant du 4 mai 2005 comme valant opposition. Le nouveau mandataire du recourant a par ailleurs produit une attestation de la Dresse B\_\_\_\_\_, et a indiqué solliciter une expertise ethno-psychiatrique, en raison de l'importance de l'aspect culturel vu l'origine MASAÏ de son client. La présente cause a dès lors à nouveau été suspendue, par arrêt incident du 21 juin 2005.
13. En date du 23 mars 2006, le recourant a produit une expertise du Dr C\_\_\_\_\_, médecin à l'unité de médecine des voyages d'immigration des HÔPITAUX UNIVERSITAIRES DE GENÈVE (ci-après HUG), qui retient comme diagnostics un syndrome douloureux chronique avec hémisindrome sensitif gauche, des troubles mentaux et troubles du comportement liés à l'utilisation d'alcool, des traits de personnalité histrionique. Consulté sur cette nouvelle pièce, le SERVICE MÉDICAL RÉGIONAL AI (ci-après SMR), relève que l'expert ne fait aucune allusion à la capacité de travail résiduelle du recourant, ni au traitement en cours ou à prévoir et qu'au surplus il retient les mêmes diagnostics que ceux retenus par les experts COMAI. La situation médicale du recourant n'est donc pas modifiée par rapport à celle existant lors de la précédente expertise pluridisciplinaire.
14. Par décision sur opposition du 21 avril 2006, l'OCAI a rejeté l'opposition, au vu de ces éléments.
15. Le recourant a déposé son recours le 24 mai 2006. Il a conclu préalablement à des mesures d'instruction, principalement à l'annulation de la décision litigieuse, et à ce qu'une rente entière d'invalidité lui soit accordée avec effet rétroactif au dépôt de la demande de prestations, avec suite de dépens. Par conséquent, l'instance a été reprise. Dans ses écritures du 12 juin 2006, l'OCAI conclut au rejet du recours.
16. Lors de l'audience de comparution personnelle des parties du 27 juin 2006, le recourant a indiqué souhaiter consulter le Pr D\_\_\_\_\_, dont les conclusions devront être communiquées au COMAI pour avis, à la demande de l'OCAI. Un délai a dès lors été fixé au recourant pour production d'un rapport circonstancié. Ce délai a dû être prolongé à plusieurs reprises en raison de l'indisponibilité du professeur il est absenté du recourant.
17. En date du 28 novembre 2006, le recourant a produit un rapport médical du Pr D\_\_\_\_\_, spécialiste de la colonne vertébrale, du 20 novembre 2006. Ce spécialiste constate que la symptomatologie du recourant reste malheureusement sans étiologie neuro-orthopédique au niveau de sa colonne vertébrale. Un bilan neurologique a été proposé pour tenter d'expliquer cette symptomatologie invalidante dans tous l'hémicorps gauche. Le docteur E\_\_\_\_\_, spécialiste en neurologie, a rendu son rapport le 28 novembre 2006. Il ne peut que constater

l'absence de déficit objectif. Le syndrome d'origine fonctionnelle dont souffre le recourant est probablement l'expression d'une grande souffrance intérieure pour l'instant mal comprise.

18. Ces documents ont été transmis par le Tribunal au CEMED par courrier du 8 décembre 2006 pour détermination. En date du 14 décembre 2006, le médecin-chef du centre considère que les examens effectués confirment les observations faites par eux-mêmes mais conteste qu'il y ait un hémisyndrome moteur ainsi qu'une incapacité totale de travail. Il relève qu'un syndrome fonctionnel est compris en médecine comme non somatique.
19. Lors de l'audience de comparution des mandataires du 6 février 2007, le Tribunal a ordonné la jonction des deux causes ainsi que l'ouverture des enquêtes en vue de l'audition de la Dresse B\_\_\_\_\_, médecin psychiatre traitant du recourant, spécialisée dans les abus de substances.
20. Entendue à l'audience du 15 mai 2007, ce témoin a, en substance, relevé qu'à son avis l'aspect dépression avait été minimisé par les précédents examinateurs. Elle a indiqué que la dépendance à l'alcool est en rémission complète et que l'état dépressif ainsi qu'un trouble anxieux généralisé avec attaques de panique était secondaire à l'état physique.
21. En accord avec les parties, le Tribunal s'est adressé au Docteur E\_\_\_\_\_, par courrier du 22 mai 2007, pour connaître son avis sur l'opportunité d'une expertise neurologique judiciaire. Au vu de sa réponse du 24 mai 2007, indiquant qu'une souffrance psychiatrique est très vraisemblablement sous-jacente au syndrome douloureux du recourant et qu'une expertise neurologique n'était pas opportune au contraire d'une expertise psychiatrique, une telle expertise du recourant a été ordonnée le 30 juillet 2007.
22. Le docteur F\_\_\_\_\_, médecin adjoint en psychiatrie-psychothérapie au département de psychiatrie des HUG, a rendu son rapport d'expertise le 3 décembre 2007.

L'expert a tout d'abord procédé à une anamnèse détaillée (familiale, personnelle et professionnelle, médicale et psychiatrique), obtenue pour l'essentiel de l'épouse du recourant (cf. p. 5 expertise) ainsi que de l'ensemble du dossier, complété par le dossier médical des HUG. Après la description des données subjectives de la personne, l'expert a procédé aux constatations objectives, lors des quatre consultations qui ont eu lieu les 21, 23 et 27 août et 10 septembre 2007, toujours en présence de l'épouse (cf. p. 11). L'expert a également pris contact téléphoniquement avec la psychiatre traitant du recourant.

Les diagnostics psychiatriques posés sont un syndrome douloureux somatoforme persistant, un syndrome de dépendance à l'alcool, actuellement abstinent et un épisode dépressif moyen.

En réponse aux questions posées par le Tribunal, l'expert répond comme suit : la dépendance à l'alcool n'a actuellement pas d'incidence sur la capacité de travail du recourant, mais elle a constitué pendant plus de 10 ans un trouble sévère, et la rémission est encore fragile. Le syndrome douloureux somatoforme représente le trouble majeur en regard à l'incapacité de travail, il est allé en s'intensifiant depuis 1994. L'état dépressif actuel est de degré de sévérité moyen, il contribue à l'incapacité de travail mais n'en constitue pas le facteur principal. Ces troubles sont trop intriqués les uns aux autres pour que l'on puisse fixer leur contribution respective sur la capacité de travail en pour-cent. L'incapacité de travail a été totale depuis le mois d'avril 1999, en raison des trois troubles susmentionnés, et elle est confirmée à ce jour par l'expert, en dépit de l'abstinence d'alcool, qui n'a en particulier pas modifié la thymie. Aujourd'hui le recourant n'a pas les ressources psychiques et physiques nécessaires à l'exercice d'une activité lucrative adaptée, qui ne paraît dès lors pas exigible à l'expert. À ce jour les chances de succès d'une réadaptation professionnelle sont nulles, à l'exception d'une activité protégée qui pourrait avoir un effet positif, et qui a été préconisée par la psychiatre traitante. Il n'y a aujourd'hui aucune mesure médicale susceptible d'améliorer la capacité de travail, le recourant ayant subi depuis plus de 10 ans de nombreux traitements médicaux sans aucun bénéfice thérapeutique, mais la poursuite du traitement psychiatrique est nécessaire ainsi que la consolidation de l'abstinence d'alcool. La question de la capacité de travail pourra dès lors être réexaminée ultérieurement, sous l'angle d'une activité compatible telle que gardien de parking, par exemple. Le pronostic est défavorable tant en ce qui concerne l'évolution du syndrome douloureux que du trouble thymique. Sur la question de savoir en quoi l'expert diverge, le cas échéant, des experts du CEMED, l'expert psychiatre explique pourquoi il ne retient pas de traits de personnalité histrionique et relève qu'une dépression récurrente avait été retenue par plusieurs médecins traitants et confirmée par la psychiatre traitante dans son audition. Enfin, les conséquences de la dépendance à l'alcool n'ont pas été prises en considération dans l'expertise précédente ni les graves troubles comportementaux auxquels elle a conduit. L'expert a également répondu aux questions complémentaires en cas de troubles somatoforme douloureux. Ses réponses seront reprises ultérieurement.

Comme remarque, l'expert relève qu'il est certain que des facteurs d'origine non médicale, déracinement, émigration et éloignement des siens, sentiments d'insuffisance, de culpabilité et de tristesse, ont participé à la survenue des troubles somatiques et psychiatriques de l'expertisé et qu'ils contribuent à leur pérennisation.

23. Dans ses écritures après expertise du 7 janvier 2008, le recourant persiste dans ses conclusions, sur la base de l'expertise psychiatrique, dont le juge n'a pas à s'écarter, au vu de sa valeur probante.
24. Par écriture du 7 janvier également, l'OCAI a contesté la valeur probante de l'expertise au motif qu'elle avait eu lieu sans interprète. Les conditions jurisprudentielles à reconnaître le caractère invalidant du trouble somatoforme feraient, par ailleurs, défaut. En particulier l'état dépressif ne peut être considéré comme une comorbidité, selon l'OCAI car elle est une manifestation d'accompagnement du trouble. L'état psychique ne saurait d'ailleurs être considéré comme cristallisé, au motif que l'expert préconise la poursuite de la recherche d'une nouvelle substance qui serait plus efficace que les nombreux traitements suivis. D'autres critères, non relevant pour l'assurance invalidité motive l'incapacité de travail. L'OCAI remet en annexe un avis du SMR sur l'expertise, selon lequel «l'expertise n'est pas du tout convaincante, puisqu'elle n'est pas neutre, les entretiens ayant eu chaque fois lieu avec l'épouse de l'assuré et non en présence d'un traducteur ».
25. Ces écritures ont été remises aux parties le 9 janvier 2008, et la cause gardée à juger.

### **EN DROIT**

1. La loi genevoise sur l'organisation judiciaire (LOJ) a été modifiée et a institué, dès le 1<sup>er</sup> août 2003, un Tribunal cantonal des assurances sociales statuant conformément à l'art. 56V al. 1 let. a ch. 2 LOJ en instance unique, sur les contestations prévues à l'art. 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 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 130 V 230 consid. 1.1; 335 consid. 1.2; ATF 129 V 4 consid. 1.2; ATF 127 V 467 consid. 1, 126 V 136 consid. 4b et les références). Les règles de procédure quant à elles s'appliquent sans réserve dès le jour de son entrée en vigueur (ATF 117 V 93 consid. 6b, 112 V 360 consid. 4a; RAMA 1998 KV 37 p. 316 consid. 3b). En l'espèce, la procédure porte tant sur une période antérieure à l'entrée en vigueur de la LPGA que sur une période postérieure. En vertu du principe général de droit transitoire selon lequel - même en cas de changement de bases légales - les règles applicables sont celles en vigueur au

moment où les faits juridiquement déterminants se sont produits, il y a lieu d'examiner le droit à des prestations au regard de l'ancien droit pour la période jusqu'au 31 décembre 2002 et en fonction de la nouvelle réglementation légale après cette date (ATF 130 V 455 et les références). La question ne revêt toutefois pas une grande importance car les principes développés jusqu'à ce jour par la jurisprudence en matière d'assurance-invalidité conservent, en règle générale, leur validité sous l'empire de la LPGA (ATF 130 V 345 consid. 3).

3. Le recours, interjeté dans les formes et délais prévus par la loi, est recevable (art. 56 à 60 LPGA).
4. La question litigieuse est de savoir si le recourant souffre ou non d'une maladie invalidante annulant sa capacité de travail, si oui depuis quand et quelles prétentions d'assurance invalidité en découle, le cas échéant.
5. Se pose préalablement la question de l'appréciation des preuves et de la valeur probante des documents figurant au dossier.

À ce sujet, on rappellera que selon le principe de libre appréciation des preuves, pleinement valable en procédure judiciaire de recours dans le domaine des assurances sociales (cf. art. 61 let. c LPGA), le juge n'est pas lié par des règles formelles, mais doit examiner de manière objective tous les moyens de preuve, quelle qu'en soit la provenance, puis décider si les documents à disposition permettent de porter un jugement valable sur le droit litigieux. En cas de rapports médicaux contradictoires, le juge ne peut trancher l'affaire sans apprécier l'ensemble des preuves et sans indiquer les raisons pour lesquelles il se fonde sur une opinion médicale et non pas sur une autre. L'élément déterminant pour la valeur probante d'un rapport médical n'est ni son origine, ni sa désignation, mais son contenu. A cet égard, il importe que les points litigieux importants aient fait l'objet d'une étude fouillée, que le rapport se fonde sur des examens complets, qu'il prenne également en considération les plaintes exprimées, qu'il ait été établi en pleine connaissance du dossier (anamnèse), que la description des interférences médicales soit claire et enfin que les conclusions de l'expert soient bien motivées. 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 (ATF 125 V 352 ss consid. 3). Ainsi, lorsque, 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 353 consid. 3b/bb).

En l'espèce, figurent au dossier les expertises du CEMED (du type COMAI), du Dr C \_\_\_\_\_ et du Dr F \_\_\_\_\_. S'agissant de la première, sa valeur probante ne fait pas de doute, et n'est d'ailleurs pas contestée. La seconde ne revêt pas une pleine valeur probante car elle n'est pas complète et ne porte en particulier pas sur l'évaluation de la capacité de travail du recourant. Plutôt qu'une expertise, il s'agit en réalité d'un éclairage sous l'angle culturel, qui vient compléter le dossier. À noter que les diagnostics retenus dans cette analyse sont exactement les mêmes que ceux retenus par le CEMED.

S'agissant de l'expertise du Dr F \_\_\_\_\_, sa valeur probante paraît évidente au Tribunal. Non seulement elle comporte les éléments jurisprudentiels cités plus haut, mais l'expert se montre clair et convaincant. Il explique pourquoi il s'écarte de certains diagnostics ou de certains avis. Il renseigne le Tribunal sur tous les points importants. Tel n'est pas l'avis de l'OCAI, par la bouche du SMR, pour des motifs pour le moins étonnants qui sont le fait que l'expert ne s'est pas adjoint les services d'un interprète d'une part, et que d'autre part il ne serait pas neutre au motif que l'épouse du recourant était présente. On peut tout d'abord s'étonner de la soudaine inquiétude de l'OCAI pour la défense des intérêts du recourant. Cela étant on rappellera les règles jurisprudentielles s'agissant des interprètes: lorsqu'un assuré qui doit se soumettre à une expertise demande à l'office compétent de désigner un centre d'observation médicale où l'on s'exprime dans l'une des langues officielles de la Confédération qu'il maîtrise, il y a lieu, en principe, de donner suite à sa requête, à moins que des raisons objectives justifient une exception. S'il n'est pas donné suite à cette demande, l'assuré a le droit non seulement d'être assisté par un interprète lors des examens médicaux, mais encore d'obtenir gratuitement une traduction du rapport d'expertise (ATF 127 V 226-227 consid. 2b/bb). Ainsi donc, l'assuré dispose d'un droit -relatif- à la présence d'un interprète, qu'il doit toutefois solliciter. Or, s'il est exact que le recourant est illettré, il est faux d'en déduire qu'il ne comprend pas notre langue, confusion pour le moins fâcheuse. Le recourant n'ayant pas émis le désir d'être assisté d'un interprète, le Dr F \_\_\_\_\_ n'avait pas à s'en préoccuper. À noter par surabondance de moyens que cet argument est soulevé pour la première fois, et que les autres expertises d'examen n'ont pas non plus été effectuées en présence d'un interprète. Quant à la présence de l'épouse du recourant, rien ne s'y oppose, et seul le recourant aurait pu s'y opposer. Là encore l'OCAI commet une confusion car la neutralité doit s'attacher à l'expert, et l'on ne voit pas en quoi la présence de l'épouse serait de nature à entacher celle-ci. On rappellera que l'expert bénéficie d'une présomption d'impartialité, et qu'un expert passe pour prévenu lorsqu'il existe des circonstances propres à faire naître un doute sur son impartialité, la méfiance à l'égard de l'expert devant apparaître comme fondée sur des éléments objectifs (cf. ATF du 27 août 2004 I 752/03, ATF du 8 septembre 2000, U 291/99 et références citées).

Vu ce qui précède, le Tribunal constate qu'il y a lieu de se fonder sur l'expertise psychiatrique du Dr F \_\_\_\_\_. En effet, 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. 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 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).

6. La question à résoudre est maintenant celle de l'existence d'une maladie invalidante entraînant l'absence de toute capacité de travail, comme l'a retenu l'expert. Les diagnostics retenus sont un syndrome douloureux somatoforme persistant, un syndrome de dépendance à l'alcool, actuellement abstinent et un épisode dépressif moyen.

Aux termes de l'art. 8 al. 1 et 3 LPGA, est réputée invalidité l'incapacité de gain totale ou partielle qui est présumée permanente ou de longue durée. Selon l'art. 4 LAI, l'invalidité peut résulter d'une infirmité congénitale, d'une maladie ou d'un accident. L'invalidité est réputée survenue dès qu'elle est par sa nature et sa gravité, propre à ouvrir droit aux prestations entrant en considération.

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).

Parmi les atteintes à la santé psychique, qui peuvent, comme les atteintes physiques, provoquer une invalidité au sens de l'art. 4 al. 1 LAI en liaison avec l'art. 8 LPGA, on doit mentionner - à part les maladies mentales proprement dites - les anomalies psychiques qui équivalent à des maladies. 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).

La reconnaissance de l'existence de troubles somatoformes douloureux persistants suppose d'abord la présence d'un diagnostic émanant d'un expert (psychiatre) et s'appuyant légitimement sur les critères d'un système de classification reconnu (ATF 130 V 398 ss. consid. 5.3 et consid. 6). Comme pour toutes les autres atteintes à la santé psychique, le diagnostic de troubles somatoformes douloureux persistants ne constitue pas encore une base suffisante pour conclure à une invalidité. Au contraire, il existe une présomption que les troubles somatoformes douloureux ou leurs effets peuvent être surmontés par un effort de volonté raisonnablement exigible. Le caractère non exigible de la réintégration dans le processus de travail peut résulter de facteurs déterminés qui, par leur intensité et leur constance, rendent la personne incapable de fournir cet effort de volonté. Dans un tel cas, en effet, l'assuré ne dispose pas des ressources nécessaires pour vaincre ses douleurs. La question de savoir si ces circonstances exceptionnelles sont réunies doit être tranchée de cas en cas à la lumière de différents critères. Au premier plan figure la présence d'une comorbidité psychiatrique importante par sa gravité, son acuité et sa durée. D'autres critères peuvent être déterminants. Ce sera le cas des affections corporelles chroniques, d'un processus maladif s'étendant sur plusieurs années sans rémission durable (symptomatologie inchangée ou progressive), d'une perte d'intégration sociale dans toutes les manifestations de la vie, d'un état psychique cristallisé, sans évolution possible au plan thérapeutique, résultant d'un processus défectueux de résolution du conflit, mais apportant un soulagement du point de vue psychique (profit primaire tiré de la maladie, fuite dans la maladie), de l'échec de traitements ambulatoires ou stationnaires conformes aux règles de l'art (même avec différents types de traitement), cela en dépit de l'attitude coopérative de la personne assurée (ATF 130 V 352). Plus ces critères se manifestent et imprègnent les constatations médicales, moins on admettra l'exigibilité d'un effort de volonté (MEYER-BLASER, Der Rechtsbegriff der Arbeitsunfähigkeit und seine Bedeutung in der Sozialversicherung, in : Schmerz und Arbeitsunfähigkeit, St. Gall 2003, p. 77).

Si les limitations liées à l'exercice d'une activité résultent d'une exagération des symptômes ou d'une constellation semblable, on conclura, en règle ordinaire, à l'absence d'une atteinte à la santé ouvrant le droit à des prestations d'assurance. Au nombre des situations envisagées figurent la discordance entre les douleurs décrites

et le comportement observé, l'allégation d'intenses douleurs dont les caractéristiques demeurent vagues, l'absence de demande de soins, les grandes divergences entre les informations fournies par le patient et celles ressortant de l'anamnèse, le fait que des plaintes très démonstratives laissent insensible l'expert, ainsi que l'allégation de lourds handicaps malgré un environnement psychosocial intact (voir KOPP/WILLI/KLIPSTEIN, Im Graubereich zwischen Körper, Psyche und sozialen Schwierigkeiten, in : Schweizerische Medizinische Wochenschrift 1997, p. 1434, avec référence à une étude approfondie de WINCKLER et FOERSTER; voir sur l'ensemble du sujet ATF 131 V 49).

Par ailleurs, s'agissant des troubles dépressifs, il y a lieu d'observer que selon la doctrine médicale (cf. notamment DILLING/MOMBOUR/SCHMIDT [Hrsg.], Internationale Klassifikation psychischer Störungen, ICD-10 Kapitel V [F], 4ème édition, p. 191) sur laquelle s'appuie le Tribunal fédéral des assurances, les états dépressifs ne constituent en principe pas une comorbidité psychiatrique grave et durable à un trouble somatoforme douloureux, dans la mesure où ils ne sont en règle générale qu'une manifestation réactive ne devant pas faire l'objet d'un diagnostic séparé (ATF 130 V 356 consid. 3.3.1 in fine; MEYER/BLASER, op. cit. p. 81, note 135).

7. En l'espèce, aux questions complémentaires posées en cas de troubles somatoforme douloureux, l'expert retient comme comorbidités la dépendance à l'alcool et l'état dépressif chronique, car ils ne peuvent pas être tenus pour des manifestations communes d'accompagnement des syndromes douloureux. Le critère des affections corporelles chroniques n'est pas retenu par l'expert. Les troubles somatiques et psychiatriques dont ils souffrent depuis 1994 ont entraîné la perte des contacts sociaux qu'il avait pu établir, même s'il bénéficie toujours du soutien de sa femme et de ses enfants. L'état psychique peut être qualifié de cristallisé, dans la mesure où l'expertisé est focalisé sur ses douleurs, ne possède pas les capacités psychiques qui lui permettraient de s'en distancer ni celles qui pourraient l'amener à concevoir que des facteurs psychiques contribuent à la pérennisation et/ou à la sévérité du syndrome douloureux. Il y a échec des traitements ambulatoires, malgré la motivation du recourant à se soigner. Il n'y a pas de divergences entre les douleurs décrites et le comportement observé. En particulier le recourant n'a pas eu de comportement démonstratif lors des entretiens. Enfin, le recourant ne dispose pas des ressources psychiques nécessaires à la reprise d'une quelconque activité lucrative.

Par conséquent, l'expert retient quatre critères jurisprudentiels, et nie toute divergence entre les douleurs décrites et le comportement observé. C'est dire que les conditions à la reconnaissance du caractère invalidant du trouble somatoforme douloureux diagnostiqué sont remplies. On relèvera en particulier s'agissant des comorbidités que l'expert a précisément écarté la possibilité qu'en l'espèce l'état dépressif ne soit qu'une manifestation d'accompagnement du trouble douloureux, et

a retenu dès lors un état dépressif en l'occurrence moyen comme deuxième diagnostic. Par ailleurs, l'expert considère que l'état psychique est cristallisé, au motif que de multiples traitements ont été tentés sans aucun effet. À ce jour donc la situation est bloquée, l'état psychique n'évolue pas. Peu importe que l'expert préconise de poursuivre la recherche d'un traitement adapté. Cela fait, en effet, partie du serment d'Hippocrate et ne remet pas en cause la cristallisation constatée aujourd'hui. Enfin et surtout le critère fondamental aux yeux du Tribunal est celui de l'absence de ressources psychiques permettant d'exiger du recourant, même au prix d'un effort important, qu'il mette en œuvre sa capacité de travail. À noter que la grande souffrance du recourant avait déjà été mise en exergue par d'autres médecins, et manifestement minimisée par les experts du CEMED. Il en est de même de l'état dépressif, dont l'expert F\_\_\_\_\_ relève à juste titre qu'il avait été mentionné par d'autres médecins également mais ignoré par les précédents experts.

8. Au vu des conclusions de l'expert, la capacité de travail du recourant est nulle depuis le courant de l'année 1999 (avril 1999 selon pièces au dossier) et encore nulle à ce jour. Le pronostic est défavorable, les chances de succès d'une réadaptation professionnelle sont aujourd'hui nulles, mais l'expert encourage le projet d'une activité en atelier protégé, et suggère une réévaluation de la capacité de travail ultérieurement.

Par conséquent, le recourant doit être mis au bénéfice d'une rente entière d'invalidité, avec effet au 1er avril 2000 puisque selon l'art. 29 al. 1 LAI, le droit à la rente au sens de l'art. 28 LAI prend naissance au plus tôt à la date à partir de laquelle l'assuré présente une incapacité de gain durable de 40 % au moins (let. a) ou à partir de laquelle il a présenté, en moyenne, une incapacité de travail de 40 % au moins pendant une année sans interruption notable (let. b).

Par ailleurs, conformément à l'art. 8 al. 1 LAI, les assurés invalides ou menacés d'une invalidité imminente ont droit aux mesures de réadaptation qui sont nécessaires et de nature à rétablir leur capacité de gain, à l'améliorer, à la sauvegarder ou à en favoriser l'usage, ce droit étant déterminé en fonction de toute la durée d'activité probable. (ATF 124 V 269 consid. 4 et les références; VSI 2000 p. 300 consid. 4; RCC 1980 p. 252; ZAK 1980 p. 270). Une réadaptation proprement dite est vouée à l'échec en l'occurrence, mais l'OCAI devra accompagner le recourant dans sa démarche visant l'intégration d'un atelier protégé. De même, l'OCAI devra prévoir la révision du dossier à moyen terme.

9. En conclusion, les décisions litigieuses, des 26 et 27 février 2002 d'une part et du 7 avril 2005 et 21 avril 2006 d'autre part, sont annulées. Le recourant, qui obtient gain de cause, a droit à des dépens. La juridiction fixe le montant des dépens en fonction du nombre et de la pertinence des écritures, de la complexité de l'affaire, du nombre d'audiences et d'actes d'instruction. Les dépens sont en principe fixés entre 500 fr. et 3000 fr. En cas d'affaire particulièrement complexe ou une longue le montant des

dépens peut-être augmenté. Tel est le cas en l'espèce puisque que deux procédures ont été jointes, plusieurs audiences ont eu lieu, plusieurs échanges d'écritures, que l'affaire est particulièrement complexe et les écritures du recourant parfaitement pertinentes. Par conséquent, le montant des dépens est fixé en l'espèce à 4'500 fr.

Il est en revanche renoncé à tout émolument, qui serait exigible pour la deuxième cause uniquement, mais qui a été jointe à la précédente sur la base d'un accord de procédure avec l'OCAI.

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

**Statuant**

**A la forme :**

1. Déclare les recours recevables.

**Au fond :**

2. Les admet, et annule les décisions des 26 et 27 février 2002, 7 avril 2005 et 21 avril 2006.
3. Dit que le recourant doit être mis au bénéfice d'une rente entière d'invalidité depuis le 1er avril 2000.
4. Invite l'OCAI à mettre toute mesure utile en place pour accompagner le recourant dans un projet d'atelier protégé.
5. Invite l'OCAI à prévoir la révision du dossier à moyen terme.
6. Renonce à la perception de l'émolument.
7. Condamne l'OCAI au versement d'une indemnité de procédure en faveur du recourant de 4'500 fr.
8. Informe les parties de ce qu'elles peuvent former recours contre le présent arrêt dans un délai de 30 jours dès sa notification auprès du Tribunal fédéral

(Schweizerhofquai 6, 6004 LUCERNE), par la voie du recours en matière de droit public, conformément aux art. 82 ss de la loi fédérale sur le Tribunal fédéral du 17 juin 2005 (LTF); le mémoire de recours doit indiquer les conclusions, motifs et moyens de preuve et porter la signature du recourant ou de son mandataire ; il doit être adressé au Tribunal fédéral par voie postale ou par voie électronique aux conditions de l'art. 42 LTF. Le présent arrêt et les pièces en possession du recourant, invoquées comme moyens de preuve, doivent être joints à l'envoi.

Le greffier

La présidente

Isabelle DUBOIS

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