

RÉPUBLIQUE ET



CANTON DE GENÈVE

POUVOIR JUDICIAIRE

A/1814/2006

ATAS/258/2007

ARRET

**DU TRIBUNAL CANTONAL DES
ASSURANCES SOCIALES**

Chambre 5
du 7 mars 2007

En la cause

Monsieur O_____

recourant

contre

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

intimé

Siégeant : Maya CRAMER, Présidente; Juliana BALDE et Karine STECK, Juges

EN FAIT

1. Monsieur O _____, né en octobre 1960 et de nationalité suisse, a une formation d'employé de commerce. En raison de problèmes de toxicomanie et d'alcoolisme, il n'a cependant travaillé que très irrégulièrement depuis l'âge de 20 ans et est entretenu actuellement par l'Hospice Général.
2. Du 5 mai 1997 au 5 novembre 1998, il participe à un stage de réinsertion à l'Association Réalise à raison de six heures par jour. Dans le formulaire pour employeur daté du 2 novembre 2001, cette association mentionne dans les observations : "Le stage de réinsertion de M. O _____, malgré sa bonne volonté, a été très perturbé par de nombreuses absences dues à son état de santé".
3. Par demande reçue le 7 novembre 2000, l'assuré requiert des prestations d'assurance-invalidité en vue de l'obtention d'une rente.
4. Dans son rapport du 20 novembre 2000, le Dr A _____, spécialiste en gastroentérologie, indique les incapacités de travail suivantes : 100% du 16 au 30 mars 1998; 100% du 1^{er} au 4 décembre 1997 et 100% du 1^{er} au 11 octobre 1999. Son patient souffre de poussées pancréatites récidivantes depuis 1995 et son état est stationnaire. Il mentionne d'ailleurs qu'il s'agit d'un ancien toxicomane et alcoolique. Il ne l'a plus revu depuis le 21 janvier 2000.
5. Dans son rapport du 11 décembre 2000, le Pr B _____, médecin-chef du service de chirurgie viscérale et responsable au service de transplantation des hôpitaux universitaires de Genève (HUG), atteste une incapacité de travail de 100% dès 1996 à ce jour. L'assuré a besoin d'un traitement médical depuis 1995 et probablement à vie. L'état est stationnaire. Il diagnostique une pancréatite chronique avec pancréatectomie totale, une hépatite chronique et un diabète post-résection, lequel nécessite un réglage constant, en raison de l'instabilité des glycémies. Dans le status, il note une baisse de l'état général et une faiblesse. Dans l'annexe à ce rapport concernant les capacités professionnelles, il certifie que son patient est incapable de travailler dans n'importe quelle profession.
6. Le 11 août 2004, le Pr B _____ et le Dr C _____, chef de clinique scientifique, certifient un diabète insulino-requérant suite à une pancréatite totale (en deux temps), une hépatite C chronique et un état anxio-dépressif. L'état est stationnaire.
7. Le 2 février 2005, l'assuré est examiné au Centre d'Observation Médicale de l'Assurance-Invalidité (ci-après : COMAI) de Genolier. Les diagnostics des experts, avec répercussion sur la capacité de travail, sont trouble anxieux F41.9 (présent depuis jeune adulte) et personnalité émotionnellement labile type borderline F60.1 (présente depuis jeune adulte). Les diagnostics suivants n'ont pas de répercussion

sur la capacité de travail: hépatite C chronique, diabète insulino-dépendant, syndrome de dépendance aux opiacés, actuellement abstinent F11.20, et syndrome de dépendance à l'alcool, actuellement abstinent F10.20. A l'examen somatique, il est noté que l'état dentaire de l'expertisé est désastreux et qu'il présente également une limitation de longue date du mouvement de l'œil gauche vers l'extérieur, ainsi que d'une hypoacousie plus marquée à droite. Dans les données personnelles et familiales, il est notamment mentionné que l'expertisé a débuté la prise de drogue dure (héroïne) à l'âge de 24 ans et qu'il l'a consommée pendant environ 5 ans. Fin 1989, il a réussi à se sevrer de l'héroïne, en consommant de grandes quantités d'alcool. Depuis l'âge de 20 ans, il consommait du cannabis. Il a d'ailleurs fait plusieurs séjours en clinique pour des sevrages d'alcool, le dernier datant de septembre 2000. Depuis cette époque, l'assuré affirme ne plus avoir consommé d'alcool ni d'autres produits. Les poussées de pancréatites ont nécessité son hospitalisation en 1993, 1995 et 1997. De 1995 à 2000, l'expertisé dit avoir eu une trentaine de courtes hospitalisations aux Hôpitaux Universitaires de Genève (ci-après : HUG) pour cette atteinte. Début 2000, une pancréatectomie avec auto-greffe d'îlots de Langerhans et splénectomie a eu lieu.

A l'examen psychiatrique, l'expertise fait état de ce qui suit :

"Pendant l'entretien, le contact est perturbé, M. O. _____ manque de tact, de distance, tout en se montrant collaborant. Il est logorrhéique, en partie séducteur et manipulateur et présente une réactivité caractérielle selon les sujets abordés.

Les affects sont pauvres, bien que la mimique et les gestes soient conservés.

Hormis une angoisse et une anxiété latente, pas de trouble thymique et affectif mis en évidence."

(P. 20 du rapport)

L'expert-psychiatre relève une faiblesse du Moi avec diminution de la tolérance à l'angoisse, diminution du contrôle pulsionnel et diminution de la capacité de sublimation (plaisir, créativité). Sur le plan psychique, les défenses de type clivage, projection, passage à l'acte, fuite dans l'agir et la réactivité caractérielle font poser aux experts le diagnostic d'une personnalité émotionnellement labile type borderline selon la Classification Internationale des Troubles Mentaux et des Troubles du Comportement (ci-après : CIM-10). La personnalité mal compensée de l'expertisé induit un fonctionnement pathologique et dysfonctionnel. Il présente également un trouble anxieux qui peut expliquer les nombreux contrôles de la glycémie effectués par l'expertisé. Les experts émettent l'hypothèse d'un milieu familial dysfonctionnel qui n'a pas permis à l'expertisé de développer un Moi suffisamment solide. Ils posent également l'hypothèse que la prise de toxiques représente une tentative d'automédication. Pour des raisons psychiques, ils ne l'estiment pas capable de travailler dans un circuit économique traditionnel. Seule

une occupation à temps partiel dans un environnement protégé pourrait être envisagée.

Concernant l'influence des troubles sur l'activité exercée jusqu'ici, l'expert mentionne une réactivité caractérielle, une instabilité relationnelle et une difficulté à accepter un cadre et des règles. Ainsi, "En raison de la personnalité émotionnellement labile type borderline mal compensée, associée à un trouble anxieux d'intensité moyenne, il paraît difficile que Monsieur O_____ puisse s'adapter à un environnement professionnel. En effet, il est probable que l'expertisé se mette rapidement en conflit avec ses employeurs et ne puisse respecter les limites fixées par une entreprise".

Des mesures de réadaptation professionnelle ne sont pas envisageables et la capacité de travail pourrait éventuellement être améliorée, sur le plan psychique, par une prise en charge de type psychothérapeutique et une augmentation du traitement médicamenteux.

8. Dans son avis du 25 avril 2005, le Service médical régional Rhône (ci-après : SMR), sous la plume du Dr D_____, s'étonne que des troubles anxieux puissent justifier une incapacité de travail totale, alors même que l'assuré n'est pas suivi sur le plan psychique et ne souffre ni d'un trouble dépressif, ni d'un trouble de la ligné psychotique. Il décide dès lors de mettre en œuvre une nouvelle expertise psychiatrique et de la confier au Pr E_____, psychiatre, afin qu'il détermine si une pleine capacité de travail médico-théorique est exigible dans une activité adaptée.
9. Dans son rapport du 26 mai 2005, le Dr E_____ ne décèle aucune affection mentale clairement authentifiable, en dehors de quelques traits caractériels. Il retient les diagnostics de F68.8 de la CIM-10 Autres troubles spécifiés de la personnalité et du comportement chez l'adulte (traits caractériels), F11.20 Syndrome de dépendance aux opiacés, actuellement abstinent, et F10.20 Syndrome de dépendance à l'alcool, actuellement abstinent. Dans l'appréciation du cas il relève :

"B/ Tout le comportement de Mr O. est fondamentalement tourné vers l'obtention d'une rente de l'assurance-invalidité et le refus de toute reprise d'emploi. Mr O. se montre arrangeant et relativement agréable dans la mesure où il garde l'impression que les échanges qui se font à ce propos restent en sa faveur. Avec une perception inverse, son attitude devient distante. La relation que l'on a pu établir avec lui est entravée. Il devient démonstratif et vindicatif. Les traits caractériels ne sont toutefois pas suffisants pour entraver la reprise d'un emploi adapté à temps complet.

C/ Dans l'observation que nous avons pu faire de Mr O., nous n'avons constaté aucun des éléments qui, dans le ICD-10, sont censés caractériser la Personnalité émotionnellement labile (F60.3) type borderline (F60.31). L'affectivité de Mr O.

n'est pas labile. Mr O. conserve un certain contrôle de lui-même. Il ne présente pas d'éclats de colère conduisant à la violence ou à des comportements explosifs. Il a conscience de sa valeur. Le fait d'avoir pu par lui-même sortir de sa toxicomanie et de son alcoolisme ont contribué à entretenir chez lui une bonne image de lui-même. Il n'a pas de sentiment de vide intérieur. Il ne s'engage pas dans des relations instables. Le mode de vie qu'il a adopté ne fait pas apparaître chez lui des efforts particuliers pour éviter des abandons possibles. Il tient à la vie.

D/ L'équilibre existentiel, auquel est parvenu Mr O. après l'abandon de sa toxicomanie et de son alcoolisme, les interventions chirurgicales qu'il a subies et les séquelles somatiques qui en sont résultées légitiment chez Mr O. une préparation aux conditions actuelles du marché du travail. Mais cette préparation possible risque d'être difficile à mettre en place chez lui. Il ne s'y prêtera pas volontiers. Il n'est pas impossible qu'apparaissent alors des comportements propres à faire échouer les propositions que l'on pourrait lui offrir".

Ainsi, sur le plan psychique et mental, les limitations ne sont pas liées à une affection mentale précise, selon l'expert, mais à la motivation de l'assuré, au fait qu'il n'a plus travaillé depuis une dizaine d'années et à la correction malaisée de son style de vie pour le rendre compatible avec la reprise d'un emploi. La capacité de travail est totale dans un emploi adapté.

10. Par décision du 2 novembre 2005, l'OCAI refuse à l'assuré le droit aux prestations d'invalidité.
11. Par courrier du 23 novembre 2005, l'assuré forme opposition à cette décision. Il y joint copie d'une lettre du 17 novembre 2005 du Pr Ph. B_____. Ce médecin relève qu'il a attesté un arrêt de travail pratiquement constant entre 1996 et 2004 et qu'il résulte des pièces du dossier qu'il présente deux problèmes de santé extrêmement sévères. L'assuré est actuellement diabétique pancréatoprive dans une situation métabolique instable et a un risque majeur de faire des complications d'hypo- ou d'hyperglycémie sévères, dès lors que le diabète pancréatoprive est beaucoup plus instable que le diabète de type I juvénile. Ce fait limite déjà de manière très significative les capacités professionnelles de son patient. Il est également porteur du virus de l'hépatite C avec une atteinte chronique nécessitant un traitement médicamenteux. Les conséquences de ce traitement altèrent considérablement sa résistance physique et sa capacité de travailler. Au vu de ces "nouveaux éléments", le Pr Ph. B_____ demande la réévaluation de la situation de l'assuré.
12. Dans son rapport final du 13 mars 2006, le SMR constate que le Pr Ph. B_____ n'indique pas de nouvelle atteinte à la santé et que les experts du COMAI ont pratiqué une expertise pluridisciplinaire complète et tenu compte de

l'anamnèse chirurgicale de l'assuré. Par conséquent, le SMR estime que leur avis est probant.

13. Par décision sur opposition du 21 avril 2006, l'OCAI rejette celle-ci et se rallie à l'expertise pluridisciplinaire du COMAI, en ce qui concerne l'évaluation de la capacité de travail sur le plan somatique. En revanche, sur le plan psychique, cette expertise ne leur paraît pas convaincante. En effet, les troubles psychiatriques de type anxieux n'ont jamais été traités et ne semblent pas suffisamment graves pour entraîner une incapacité totale de travail. Par ailleurs, l'évaluation psychiatrique par le COMAI est contredite par l'expertise du Pr E_____.
14. Par acte du 19 mai 2006, l'assuré recourt contre la décision sur opposition du 2 novembre 2005 de l'OCAI, en concluant implicitement à son annulation et l'octroi d'une rente. Il relève en premier lieu qu'aucune mention n'est faite dans la décision de la duodéno-pancréatectomie céphalique effectuée en 1996, suivie de multiples hospitalisations pour pancréatites récidivantes, ainsi que d'un état de dénutrition extrême. Par la suite, il a dû subir une pancréatectomie totale, soit une intervention très mutilante ayant des multiples conséquences sur la santé, avec entre autres un diabète insulino-requérant immédiat et une malabsorption. Ces deux pathologies graves nécessitent un traitement intense et vital. Il allègue également qu'il n'est pas mentionné dans le rapport qu'il est porteur d'une hépatite C chronique qui peut avoir pour conséquence un hépatocarcinome et une cirrhose. Ces trois pathologies entraînent un état de grande fatigue, ainsi que des hypoglycémies graves induites par un diabète instable. Il fait en outre valoir qu'il est en incapacité de travail depuis 10 ans. De l'avis du recourant, l'expertise du COMAI n'a pas été établie en pleine connaissance du dossier et l'anamnèse n'est pas complète. Sur le plan psychologique, il souligne qu'il suit un traitement médicamenteux, en raison du stress permanent qu'il vit dans le cadre de sa maladie et de l'impossibilité de travailler, ainsi que des difficultés à équilibrer son diabète. Il s'étonne en outre que l'intimé ait retenu le rapport du Pr E_____ et non pas celui du COMAI concernant son état psychique.
15. Dans sa réponse du 15 juin 2006, l'intimé conclut au rejet du recours tout en renvoyant pour la motivation à sa décision sur opposition.
16. A la demande du Tribunal de céans, le Pr Ph. B_____ a indiqué au Tribunal de céans que le diabète pancréaticoprive, le syndrome malabsorptif et l'hépatopathie chronique virale ont des répercussions fonctionnelles. Il relève qu'un diabète pancréaticoprive est plus difficilement gérable, s'agissant d'une absence totale de protection insulinique endogène. Par conséquent, l'assuré est sujet une à deux fois par semaine à des épisodes d'hypoglycémies potentiellement asymptomatiques, mais avec répercussions organiques certaines. De ce fait, il est également plus susceptible aux atteintes infectieuses dont les répercussions sont plus conséquentes par comparaison à la population générale. Le syndrome de malabsorption s'inscrit

dans le contexte d'un déficit enzymatique lié à l'ablation du pancréas. Des apports nutritifs supplémentaires en vue de l'obtention d'un équilibre difficile à maintenir sont dès lors nécessaires. Quant à l'hépatopathie virale chronique évolutive, elle s'accompagne d'un état d'asthénie, notamment à cause de la lourdeur des traitements médicamenteux. Ces pathologies contraignent à une discipline et une hygiène de vie strictes, suivies de manière quasi compulsive par le patient. Des contrôles glycémiques sont nécessaires jusqu'à 15 fois par jour et ont dès lors un impact certain sur la gestion du temps. En ce qui concerne la capacité de travail, le Pr Ph. B_____ estime que les atteintes somatiques pourraient être compatibles avec une activité légère, susceptible d'aménagements horaires et sans dangerosité pour sa personne ou autrui. Sur ce point, il partage l'avis du COMAI. Dans le cas du recourant, le Pr B_____ estime toutefois que le diagnostic doit être intégré au contexte général du patient. Il relève que l'expertise n'intègre pas le caractère d'instabilité tant somatique que psychique de celui-ci, à savoir l'instabilité somatique en relation avec un diabète pancréaticoprive plus difficilement gérable et, sur le plan psychique, une ancienne dépendance et traits obsessionnels. Sur le plan somatique, il dénie à l'expertise du COMAI une valeur probante, relevant que, selon les données de la littérature récente, la pancréatectomie totale a un impact négatif sur la qualité de la vie et que les malades au décours d'une chirurgie de ce type éprouvent une baisse de la capacité de vivre et travailler. Ce genre de malade présente des taux de mortalité tardive allant de 20 à 50%, en relation à des maladies hépatiques terminales, des suicides, des cancers pulmonaires et des problèmes liés à l'insuffisance endocrine. Enfin, le Pr Ph. B_____ relève que le recourant a développé un trouble quasi compulsif de contrôle, dans le contexte de son diabète pancréaticoprive et que cela avait un impact sur sa disponibilité qui ne pourrait être, en considération des complications somatiques potentielles, que très légère.

17. Par courrier du 21 novembre 2006, le recourant persiste dans ses conclusions.
18. Le 1^{er} décembre 2006, l'intimé maintient également ses conclusions. Ce faisant, il se réfère au rapport final du SMR du 17 novembre 2006, dans lequel celui-ci se détermine sur les renseignements communiqués par le Pr Ph. B_____. Ce service, sous la plume du Dr P. D_____, constate que ce dernier reprend des diagnostics somatiques déjà connus et finit par convenir que les troubles somatiques permettent une capacité de travail médico-théorique dans une activité adaptée, comme l'ont constaté ses collègues du COMAI. En prenant en compte les troubles psychiques pour justifier une incapacité de travail, il sort de son champ de compétence et son avis n'est pas probant sur ce point. Le SMR relève par ailleurs que les deux expertises psychiatriques ne sont pas contradictoires au sujet de l'examen clinique, puisqu'elles ne mettent pas en évidence une psychopathologie grave. Seules les conclusions sont divergentes. Le SMR estime dès lors qu'une nouvelle expertise n'est pas nécessaire.
19. Sur ce, la cause est gardée à juger.

EN DROIT

1. La loi genevoise sur l'organisation judiciaire (LOJ) a été modifiée et a institué, dès le 1^{er} août 2003, un Tribunal cantonal des assurances sociales, composé de 5 juges, dont un président et un vice-président, 5 suppléants et 16 juges assesseurs (art. 1 let. r et 56 T LOJ).

Suite à l'annulation de l'élection des 16 juges assesseurs, par le Tribunal fédéral le 27 janvier 2004 (ATF 130 I 106), le Grand Conseil genevois a adopté, le 13 février, une disposition transitoire urgente permettant au Tribunal cantonal des assurances sociales de siéger sans assesseurs à trois juges titulaires, ce, dans l'attente de l'élection de nouveaux juges assesseurs.

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

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

3. La 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). La LPGA s'applique donc au cas d'espèce.

En l'occurrence, le droit aux prestations peut naître au plus tôt en 1999, compte tenu du dépôt de la demande en novembre 2000 (cf. art. 48 al. 2 LAI). Par conséquent, les dispositions légales s'appliquent dans leur ancienne teneur et seront ainsi citées dans celle-ci dans ce qui suit.

4. Interjeté dans les forme et délai légaux, le recours est recevable (art. 56, 59 et 60 LPGA).
5. Est litigieuse en l'occurrence, la question de savoir si le recourant présente une invalidité.

6. Selon l'art. 4 aLAI, l'invalidité est la diminution de la capacité de gain, présumée permanente ou de longue durée, qui résulte d'une atteinte à la santé physique ou mentale provenant d'une infirmité congénitale, d'une maladie ou d'un accident. L'atteinte à la santé n'est donc pas à elle seule déterminante et ne sera prise en considération que dans la mesure où elle entraîne une incapacité de travail ayant des effets sur la capacité de gain de l'assuré (MEYER-BLASER, Bundesgesetz über die Invalidenversicherung, Zurich 1997, p. 8).

En vertu de 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). Lorsqu'en raison de l'inactivité de l'assuré, les données économiques font défaut, il y a lieu de se fonder sur les données d'ordre médical, dans la mesure où elles permettent d'évaluer la capacité de travail de l'intéressé dans des activités raisonnablement exigibles (ATF 115 V 133 consid. 2, 105 V 158 consid.1).

Les notions d'invalidité et d'incapacité de gain, telles que définies dans la LAI dans son ancienne teneur, sont reprises aujourd'hui par les art. 7 et 8 LPGA sans modifications essentielles.

7. En vertu de l'art. 28 al. 1 LAI (dans sa version antérieure au 1^{er} janvier 2004), 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. Dès le 1^{er} janvier 2004, l'assuré a droit à une rente entière s'il est invalide à 70 % au moins, à un trois-quarts de rente s'il est invalide à 60 % au moins, à une demi rente s'il est invalide à 50 % au moins, ou à un quart de rente s'il est invalide à 40 % au moins.
8. 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).

En ce qui concerne les rapports établis par les médecins traitants, le juge peut et doit tenir compte du fait que, selon l'expérience, le médecin traitant est généralement enclin, en cas de doute, à prendre parti pour son patient en raison de la relation de confiance qui l'unit à ce dernier (ATF 125 V 351 consid. 3b/bb et cc).

9. 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).
10. En l'occurrence, l'intimé a procédé à une expertise multidisciplinaire par le COMAI. Puis, il a mis en œuvre une expertise psychiatrique qui a été effectuée par le Pr E_____. Le COMAI, dans ses conclusions prises en consilium par les Drs M. F_____, spécialiste en médecine interne, et C. G_____, spécialiste en psychiatrie-psychothérapie, considère que, pour des raisons essentiellement psychiques, le recourant n'est pas en mesure de travailler dans un circuit économique traditionnel. Ils retiennent à titre de diagnostic ayant une répercussion sur la capacité de travail un trouble anxieux F41.9 et une personnalité émotionnellement labile type borderline F60.31. L'expert spécialiste en médecine interne estime que, sur le plan somatique, le recourant ne présente pas une pathologie invalidante. Toutefois, l'expertise ne donne pas d'informations et explications sur la gravité des affections dont souffre l'expertisé ni sur leurs répercussions sur la qualité de vie et la résistance physique de manière générale. Elle ne relève pas non plus la difficulté de traiter l'hépatite C dont est atteint le

recourant. Concernant le diabète et l'hépatite C, elle se contente en substance de faire état des données subjectives fournies par le recourant.

Le Dr E_____ conteste les diagnostics psychiatriques des experts du COMAI et ne retient que les diagnostics de F68.8 Autres troubles spécifiés de la personnalité et du comportement chez l'adulte, F11.20 Syndrome de dépendance aux opiacés, actuellement abstinent, et F10.20 Syndrome de dépendance à l'alcool, actuellement abstinent. Ces diagnostics n'ont pas d'incidence sur la capacité de travail, de l'avis de ce médecin.

Quant au Pr Ph. B_____, il insiste sur la gravité objective des atteintes somatiques dont souffre le recourant. Il souligne que le diabète pancréatoprive a pour conséquence une situation métabolique instable et entraîne des risques majeurs de faire des complications d'hypo- ou d'hyperglycémie, ce qui limite de façon significative les capacités professionnelles. Cette atteinte expose le malade également aux atteintes infectieuses. De surcroît, les répercussions de celles-ci sont plus conséquentes par rapport à la population générale. Il faut s'attendre par ailleurs à des complications liées au caractère chronique et évolutif d'un diabète mal contrôlé. Il explique également la difficulté de traiter l'hépatite C, dès lors que le traitement, commencé en 2003, a été très mal toléré et a entraîné une asthénie majeure et un amaigrissement important. En 2004, ce traitement a ainsi dû être interrompu. Cependant, pour continuer à soigner l'atteinte hépatique, le Pr B_____ indique, dans sa lettre du 17 novembre 2005, qu'il est prévu de reprendre ce traitement. Celui-ci altère considérablement la résistance physique et par conséquent la capacité de travailler. Le Pr B_____ rejoint cependant l'expert spécialiste en médecine interne du COMAI, en ce qu'il considère qu'une capacité de travail peut néanmoins exister dans une activité légère. En effet, ce n'est qu'en prenant également en compte les troubles psychiques, qu'il estime que le recourant ne peut pas travailler.

S'agissant de l'aspect somatique, il appert, au vu des explications détaillées données par le Pr B_____, que l'expertise du COMAI est lacunaire et sommaire. Celle-ci n'est toutefois pas en contradiction avec l'avis du Pr B_____ sur ce point, dès lors que, d'une part, elle ne se prononce pas sur la gravité objective des atteintes et le risque de complications majeur et que, d'autre part, le Pr B_____ admet que le diabète pancréatoprive et l'hépatite C ne sont néanmoins pas incompatibles avec l'exercice d'une activité lucrative très légère. Aussi, le Tribunal de céans n'estime pas nécessaire d'élucider par une expertise judiciaire les répercussion de ces maladies somatiques sur la capacité de travail du recourant, les diagnostics n'étant pas contestés.

Toutefois, avec le Pr B_____, il doit être retenu que le recourant est, d'un point de vue objectif, considérablement diminué dans sa santé physique. Le Tribunal de céans n'a en effet aucune raison de mettre en doute les explications de

ce médecin et celles-ci ne sont pas non plus mises en cause par l'intimé. Au vu des nombreuses pancréatites avec hospitalisations depuis 1996, qui ont finalement abouti à une pancréatectomie totale en 2000, et du traitement de l'hépatite C qui a entraîné un amaigrissement et une asthénie importantes, il appert en outre qu'une incapacité de travail totale en raison des affections physiques doit être retenue jusqu'à l'interruption du traitement de l'hépatite C en 2004 et la fin du temps de récupération nécessaire, soit jusqu'à décembre 2004.

Reste à examiner la capacité de travail du recourant dès 2005, notamment si les troubles psychiques associés à des atteintes somatiques notables ne permettent plus d'exiger de sa part la reprise d'une activité lucrative.

Sur le plan psychique, les expertises du Pr E_____ et du COMAI sont contradictoires. Toutes deux reposent néanmoins sur une anamnèse et des examens complets. Il sied cependant de relever que le Pr E_____ ne discute nulle part le diagnostic de trouble anxieux pourtant retenu par le COMAI. Il n'explique notamment pas pourquoi il n'a pas posé ce diagnostic. Sur ce point, son expertise doit dès lors être considérée comme incomplète. Les explications à ce sujet de l'expertise du COMAI paraissent par ailleurs convaincantes, en présence d'un contrôle quasi obsessionnel de la glycémie par le recourant et de son passé de toxicomanie pendant des années, qui a probablement constitué une tentative d'auto-médication.

La divergence entre les deux appréciations psychiatriques précitées porte en outre sur le diagnostic de personnalité émotionnellement labile, type borderline. Le Pr E_____ l'exclut en considérant que le recourant réserve un certain contrôle sur lui-même, ne présente pas d'éclats de colère conduisant à la violence ou à des comportements explosifs. Il relève également qu'il a une certaine conscience de sa valeur, n'a pas de sentiment de vide intérieur, ne s'engage pas dans des relations instables, ne fait pas des efforts particuliers pour éviter des abandons possibles et tient à la vie. Il ne retient ainsi que des traits caractériels. Quant au COMAI, il pose le diagnostic de personnalité labile de type borderline sur la base des défenses de type clivage, projection, passage à l'acte, fuite dans l'agir et la réactivité caractérielle. Il explique que ce type de personnalité peine à gérer les crises émotionnellement existentielles, se met fréquemment en conflit avec autrui et se montre difficilement cadrable. L'anamnèse du recourant met bien en évidence ce type de fonctionnement dès l'âge adulte, dès lors qu'il n'a pu maintenir une place professionnelle stable et ne paraît guère en mesure de se conformer aux exigences du circuit économique normal. Le COMAI constate ainsi que la personnalité mal compensée de l'expertisée induit un fonctionnement pathologique et dysfonctionnel.

Il n'appartient par au Tribunal de prendre parti sur le diagnostic précis à retenir dans cette controverse entre spécialistes. Il convient toutefois de relever que le COMAI constate, à l'examen clinique, que le contact avec le recourant est perturbé, qu'il

manque de tact et de distance, tout en se montrant collaborant. Ces traits caractérisés sont également relevés par le Pr E_____. Celui-ci a constaté l'instabilité émotionnelle du recourant lors des entretiens, même s'il estime qu'il ne s'agit pas d'une vraie labilité émotionnelle, mais de simples changements d'humeur. L'attitude de ce dernier était en effet très différente lors du second entretien avec le Pr E_____. Alors qu'il s'était montré euthymique au premier rendez-vous, il était particulièrement tendu et fermé sur lui-même la deuxième fois. Il s'est dit cafardeux et triste, avait un sentiment de découragement au sujet de l'avenir, l'impression d'avoir échoué dans la vie, était déçu de lui-même, ne tirait plus satisfaction de quoi que ce soit, se sentait coupable, avait perdu tout intérêt pour les autres, devait faire un effort pour entreprendre quoi que ce soit et était fatigable.

Le passé de toxicomane et l'instabilité professionnelle totale du recourant dénotent par ailleurs un dysfonctionnement psychosocial manifeste. Le Pr E_____ n'entre cependant pas en matière sur cette anamnèse catastrophique, afin de tenter de l'expliquer sur un plan psychiatrique. Il semble totalement faire abstraction de cette anamnèse et se fonder uniquement sur l'examen clinique.

La description des interférences médicales dans l'expertise du Pr E_____ ne peut dès lors être considérée comme claire. Partant, cette expertise n'emporte pas la conviction du Tribunal de céans.

Quant à l'expertise du COMAI, il sied de souligner qu'elle est pluridisciplinaire, contrairement à celle du Dr E_____. Il est à cet égard à rappeler que le but d'une expertise pluridisciplinaire est de permettre une collaboration entre différents praticiens et d'éviter les contradictions que pourraient entraîner des examens trop spécialisés, menés indépendamment les uns des autres. Ainsi, lorsqu'il s'agit d'apprécier les conclusions d'une telle expertise, il convient de s'attacher à la discussion globale menée par les experts plutôt qu'aux rapports sectoriels limités des différents spécialistes consultés en cours d'expertise (ATFA non publié du 4 juillet 2005, cause I 228/04, consid. 3). L'appréciation et les conclusions ne procèdent donc pas de la juxtaposition de plusieurs expertises médicales et le taux de l'incapacité de travail ne correspond pas à la simple addition de deux taux d'incapacité de travail, d'origine somatique et psychique (Jean PIRROTTA, expertise médicale de l'assurance-invalidité suisse, dans CGSS n° 35/2005, p. 52).

Les experts du COMAI ont précisément pris en considération l'ensemble des affections physiques et psychiques du recourant pour arriver à la conclusion que le recourant n'est pas apte de travailler dans le circuit de travail normal. Compte tenu des atteintes somatiques importantes et instables qui ont une incidence notable sur le bien-être et l'organisation de la vie du recourant, même si elles ne sont pas invalidantes à elles seules, selon les explications du Pr B_____, et de leur association à des troubles psychiques avec des répercussions indéniables sur le fonctionnement psychosocial, le Tribunal de céans estime que le recourant ne

présente pas les ressources psychiques pour faire face à la fois à ses handicaps somatiques et son insertion dans le marché du travail. Une incapacité de travail totale, même dans une activité adaptée, doit dès lors être admise.

11. Partant, le recourant remplit les conditions pour bénéficier d'une rente d'invalidité entière.

L'invalidité existe depuis 1996, selon le Pr B_____. Toutefois, dès lors que la demande est tardive, les prestations rétroactives ne peuvent être allouées que pour les douze mois précédant le dépôt de la demande en novembre 2000, soit dès novembre 1999, en application de l'art. 48 al. 2 LAI.

12. Au vu de ce qui précède, le recours sera admis.

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

Statuant

(conformément à la disposition transitoire de l'art. 162 LOJ)

A la forme :

1. Déclare le recours recevable.

Au fond :

2. L'admet.
3. Annule la décision sur opposition du 21 avril 2006 et celle du 2 novembre 2005 de l'intimé.
4. Octroie au recourant une rente d'invalidité entière à compter du 1^{er} novembre 1999.
5. Dit que la procédure est gratuite.
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

Claire CHAVANNES

Maya CRAMER

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