

REPUBLIQUE ET



CANTON DE GENEVE

POUVOIR JUDICIAIRE

A/3792/2006

ATAS/114/2008

ARRET

**DU TRIBUNAL CANTONAL DES
ASSURANCES SOCIALES**

Chambre 6

du 28 janvier 2008

En la cause

Monsieur V _____, domicilié c/o Mme W _____, chemin
à CHATELAINE, comparant avec élection de domicile en l'étude
de Maître VAN LOON J. Potter

recourant

contre

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

intimé

**Siégeant : Valérie MONTANI, Présidente; Teresa SOARES et Luis ARIAS, Juges
assesseurs**

EN FAIT

1. Monsieur V_____ (ci-après : l'assuré), d'origine portugaise et titulaire d'un permis C, divorcé, est père de deux enfants, A_____, dont la mère est Madame A_____ et B_____, né en 1994, dont la mère est Madame B_____.
2. Depuis sa naissance, l'assuré a vécu au Portugal où il a travaillé dès l'âge de 14 ans, avant de s'installer en Suisse en 1983.
3. En tant que saisonnier, il a d'abord travaillé en tant qu'aide-cuisinier puis comme cuisinier.
4. De sa propre initiative, l'assuré a séjourné à l'Hôpital psychiatrique Belle-Idée à Genève, dans la division d'alcoologie, du 30 janvier au 9 février 1996. Il y a été admis pour une dépendance à l'alcool associée à une thymie dépressive avec idées suicidaires. Dans leur rapport de sortie du 23 février 1996, le Dr L_____, chef de clinique et le Dr M_____, médecin assistant, ont posé le diagnostic de trouble d'adaptation avec humeur dépressive (309.00), dépendance à l'alcool associée à une thymie dépressive avec idées suicidaires.
5. Malgré un traitement d'Antabus, l'assuré a de nouveau été hospitalisé - de manière involontaire - dans la même institution du 15 juillet au 19 juillet 1996 en raison d'un risque auto-agressif dans le contexte d'une rechute à l'alcoolisme. Le rapport de sortie du 26 juillet 1996 des Dr N_____, chef de clinique adjoint, et Dr O_____, médecin assistant, faisait également état d'un trouble d'adaptation avec humeur dépressive (309.00) et d'une dépendance à l'alcool (303.90). Des anxiolytiques, antidépresseurs et benzodiazépines lui ont été prescrits à la sortie.
6. Le 15 juin 1997, l'assuré a été engagé au service de l'Etat de Genève en tant que nettoyeur à plein temps.
7. En 1999, il a été opéré d'une hernie cervicale.
8. Le 22 mai 2002, suite à la requête de son médecin traitant le Dr P_____, généraliste, l'assuré s'est soumis à un examen clinique neurologique auprès du Dr Q_____, spécialiste FMH en neurologie. Ce dernier a mis en évidence des tics au niveau de la face des deux côtés et au niveau des membres que l'on pouvait bien observer en phases de repos. Il a conclu que ces tics s'inscrivaient "vraisemblablement dans une maladie des tics ou éventuellement un syndrome de Gilles de la Tourette". Il a précisé que l'année précédente, l'assuré s'était soumis à un scanner cérébral qui avait été très difficile à effectuer en raison des mouvements incessants de la tête. Ce médecin a renoncé à réaliser de nouveau un tel examen étant donné l'inconfort que cela représentait pour l'assuré qui ne supportait pas la pose d'un casque ni que sa tête soit maintenue durant un certain temps dans une

telle position. Le neurologue lui a expliqué qu'il n'y avait pas de médicaments pour l'aider.

9. Dans son rapport du 27 août 2002, le Dr R_____, spécialiste FMH médecine interne et rhumatologue, chargé par le Dr P_____ d'évaluer un syndrome douloureux chronique, le rhumatologue a relevé : "Je pense, tout comme le Dr S_____ qui a examiné préalablement votre patient, qu'il ne s'agit pas véritablement d'une fibromyalgie, mais bien plutôt d'une importante asthénie bien compréhensible vu le rythme de travail que le patient s'est imposé pendant deux ans. Le bilan biologique déjà pratiqué est par ailleurs parfaitement normal. J'ai revu votre patient après ses vacances, il va beaucoup mieux, il continue de présenter des douleurs diffuses, mais l'asthénie s'est bien corrigée".
10. Toutefois, à partir du 12 septembre 2002, l'assuré a bénéficié d'une prise en charge auprès de son médecin traitant, le Dr T_____, spécialiste FMH, psychiatrie et psychothérapie qui le suit depuis de manière ambulatoire et bi-mensuelle. Dès cette date, il a également bénéficié d'un traitement quotidien d'antidépresseur (Remeron) et d'anxiolytique (1mg Xanax).
11. Dès octobre 2002, l'assuré s'est plaint d'une aggravation de ses douleurs auprès de son médecin traitant, le Dr P_____, qui a attesté d'une incapacité de travail totale et a fait procéder à différents examens.
12. Dans son courrier du 25 octobre 2002 adressé au Dr P_____, le Dr U_____, spécialiste FMH en neurochirurgie, a conclu à un début de discopathie L4-L5, mais à l'absence d'hernie discale ou de compression radiculaires susceptibles d'expliquer les douleurs lombaires.
13. Le 15 janvier 2003, le Dr LL_____, spécialiste FMH en urologie, a procédé à une opération d'excision de spermatozoïdes bilatéral.
14. Le 9 décembre 2003, suite à différentes périodes d'incapacité de travail totale médicalement attestées, l'assuré a requis des prestations d'invalidité de l'OFFICE CANTONAL DE L'ASSURANCE INVALIDITE (ci-après : OCAI).
15. Dans son rapport du 13 février 2004 adressé à l'OCAI, le Dr T_____ a posé le diagnostic de trouble dépressif récurrent, épisode actuel d'intensité moyenne depuis 2002, de trouble somatoforme douloureux persistant depuis 2002. Il a considéré que l'incapacité de travail reconnue médicalement dans l'activité exercée par ce dernier en tant que nettoyeur était de 100% depuis octobre 2002 à ce jour. Selon lui, l'état de santé était stationnaire et la capacité de travail ne pouvait pas être améliorée par des mesures médicales. Il a indiqué que l'assuré était sous traitement médicamenteux et qu'il suivait une psychothérapie. Selon ce rapport "du point de vue santé, à signaler un alcoolisme chronique dès l'âge de 25 ans. Il a eu deux hospitalisations à Belle-Idée à cause de l'alcoolisme et d'un état dépressif. Il a été

suivi à l'époque au CTB et ensuite par le médecin de famille." Le médecin relève en outre que "dès octobre 2002, il se sent de plus en plus fatigué et ne peut plus travailler. Il a des douleurs partout." En définitive, le médecin constate : "Le patient ne boit plus d'alcool depuis 6 ans. Il est un peu au ralenti, très centré sur ses relations avec les femmes qu'il vit comme des échecs. Découragement, sentiment de dévalorisation, parfois idées d'inutilité et idées de mort. Difficultés à démarrer la journée". Le pronostic était mauvais.

16. Dans le questionnaire complémentaire pour les troubles psychiques rempli par le Dr T_____ et daté du 18 février 2004 adressé à l'OCAI, le médecin a confirmé que l'assuré présentait un trouble psychique : "Trouble somatoforme douloureux persistant, trouble dépressif récurrent, épisode actuel d'intensité moyenne".
17. Dans son rapport du 2 mars 2004 adressé à l'OCAI, le Dr P_____ a signalé les diagnostics ayant des répercussions sur la capacité de travail suivants : syndrome somatoforme douloureux chronique; troubles du comportement liés à l'alcoolisme avec plusieurs hospitalisations à Belle Idée (sevrage alcoolique depuis 5 ans); status après opération d'une hernie cervicale; dépression chronique personnalité borderline; syndrome Gilles de la Tourette. Ce médecin a attesté d'une incapacité de travail de 100% à partir du 4 octobre 2002. Dans l'annexe audit rapport médical, datée du 2 mars 2004, le Dr P_____ a considéré qu'il y avait diminution du rendement et que son ancienne activité de nettoyeur n'était plus exigible. Sa capacité de travail ne pouvait être améliorée. Il a souligné que son patient était "extrêmement fatigué et revendicatif. Pour ses maladies, la prise en charge est toujours difficile".
18. Des diagnostics identiques ressortent du rapport du Dr P_____ destiné aux Communautés Européennes pour les Règlements de sécurité sociale (E213), daté du 3 mai 2004. Le médecin traitant y a précisé qu'en ce qui concerne le rachis, les dix-huit points du syndrome somatoforme douloureux étaient présents, qu'une IRM non datée avait révélé un status après cure d'hernie discale C5-C6 avec un blocage des vertèbres sans récurrence d'hernie et qu'une échographie également non datée faisait ressortir une image kystique de 4 mm dans la partie antérieure du testicule gauche.
19. Selon l'avis médical du Dr LM_____ du 31 août 2005 du Service médical régional AI (ci-après : SMR), il convenait de procéder à un examen psychiatrique de l'assuré au SMR afin d'en déterminer la capacité de travail exigible. Ce médecin indiquait : "Selon les pièces médicales au dossier, il est retenu un trouble du comportement lié à l'alcoolisme, avec hospitalisation pour sevrage à Belle-Idée en 1996 dans le cadre d'un conflit conjugal, un syndrome douloureux évalué par le Dr R_____, rhumatologue, qui conclut à l'absence de substrat anatomique, les examens radiologiques étant normaux, une maladie des tics selon le neurologue, le Dr Q_____, et selon le psychiatre traitant, le Dr T_____, un trouble dépressif récurrent, épisode actuel moyen, et un trouble somatoforme douloureux

persistant, pour lesquels se justifie une IT totale, mais dont le rapport ne donne que peu d'arguments en faveur de ces diagnostics."

20. Suite à un examen de l'assuré, la Dresse LN_____, psychiatre du SMR, a rendu son rapport le 21 mars 2006. En définitive, elle n'a retenu aucun diagnostic avec répercussion sur la capacité de travail. Selon cette psychiatre, sur la base du dossier médical de l'assuré, d'une anamnèse (familiale, professionnelle, psychosociale, et psychiatrique), d'une description de la vie quotidienne et d'un examen clinique de l'assuré du 19 décembre 2005, il y avait lieu d'écarter toute pathologie psychiatrique invalidante. Elle a qualifié l'assuré de collaborant, d'orienté, sans troubles de la mémoire ou de la concentration ou encore de l'attention, ni de ralentissement psychomoteur. Sa thymie était normale, sans anhédonie, adynamie, idéation suicidaire, ni retrait social. Aucun symptôme de la lignée dépressive n'a été relevé. Seuls des traits dépressifs discrets étaient présents, à l'évocation de ses deux divorces et les difficultés pour voir ses enfants. Selon elle, le diagnostic de trouble dépressif récurrent retenu par le Dr T_____ ne pouvait pas être retenu car l'assuré avait présenté une symptomatologie anxio-dépressive réactionnelle, qui n'avait pas d'incidence sur la capacité de travail, et était actuellement en rémission. Elle a également nié le diagnostic de trouble somatoforme douloureux persistant en l'absence de "véritable signe de détresse". Elle a indiqué : "l'assuré est démonstratif et dans un discours incomplet, il met en avant ses plaintes somatiques qu'il amplifie verbalement sans aucun signe de souffrance objectivable et sans attirer notre empathie. Nous avons objectivé une divergence entre les douleurs décrites et le comportement observé, l'absence de demande de soins, le fait que des plaintes démonstratives laissent insensible l'examineur, l'allégation de lourds handicaps malgré un environnement psychosocial intact, l'absence d'état psychique cristallisé, de prise en charge rhumatologique, de trouble de la personnalité morbide et de comorbidité psychiatrique invalidante. Les critères de sévérité dits de Mosimann ne sont pas remplis". Selon la psychiatre, seule une structure de personnalité émotionnellement labile, de type impulsif, avec des traits dépendants pouvait être mise en évidence, ce qui était insuffisant pour conclure à une invalidité. Enfin, s'agissant des tics observés chez l'assuré, ceux-ci n'étaient pas invalidants dès lors que, de l'avis de cette spécialiste, "selon la classification internationale des troubles mentaux et des troubles du comportement, le diagnostic de tic, sans précision, est une catégorie résiduelle dont l'utilisation n'est pas recommandée, permettant de classer un trouble qui répond aux critères diagnostiques d'un tic, mais dont la forme clinique n'est pas spécifiée, qui ne répond pas aux critères diagnostiques dans le cas de notre assuré au syndrome de Gilles de la Tourette". Elle en a déduit une capacité de travail exigible de l'assuré de 100%, car il n'y avait pas de maladie psychiatrique invalidante.
21. Se fondant sur cette appréciation, le rapport d'examen SMR établi par le Dr LM_____ du 12 avril 2006 conclut à l'absence de pathologie psychiatrique

ou somatique invalidante et à une pleine capacité de travail de l'assuré dans toute activité. Ce médecin a retenu "Facteurs/diagnostics non du ressort de l'AI : dépression réactionnelle d'intensité moyenne en rémission, troubles mentaux et du comportement liés à l'utilisation de l'alcool, tics sans précisions, actuellement abstinent".

22. Sur la base de ces rapports, l'OCAI a refusé toute prestation d'invalidité à l'assuré, par décision du 18 avril 2006.
23. Par courrier du 23 mai 2006, l'assuré a fait opposition à la décision précitée. Il a relevé que l'avis de la Dresse LN_____ contredisait totalement ceux de ses médecins traitants. L'assuré a souligné que les conclusions du rapport du SMR étaient irréalistes car tirées d'une observation de courte durée (90 min.) alors qu'en réalité, selon une observation tirée d'un suivi régulier du patient sur le plan psychiatrique depuis octobre 2002 (soit depuis près de quatre ans), l'assuré bénéficiait d'un traitement médicamenteux caractérisé par la prise quotidienne d'antidépresseurs et d'anxiolytiques et d'un suivi régulier bi-mensuel auprès du Dr T_____ et du Dr P_____. Cela plaidait non seulement en faveur des diagnostics retenus par ses médecins traitants, mais le traitement médicamenteux avait pour effet d'atténuer ses tics faciaux qui s'aggravaient au fil du temps. A ce propos, il relevait que la Dresse LN_____ avait écarté toute pathologie résultant du syndrome Gilles de la Tourette sans pour autant le motiver. En outre, l'impression de la Dresse LN_____ quant à l'absence d'une véritable détresse ne pouvait être admise à défaut d'un examen médical physique investiguant l'origine de ses souffrances et de ses douleurs. Cette investigation se justifiait d'autant plus qu'un emphysème avait été récemment diagnostiqué. De fait, sur le plan physique, aucune expertise n'avait été effectuée pour déterminer l'état de sa santé actuelle. En définitive, la Dresse LN_____ s'était contenté de substituer sa propre appréciation physique à celle des médecins traitants. L'assuré concluait à la nécessité d'une expertise médicale multidisciplinaire neutre.
24. Par décision sur opposition du 15 mars 2006, l'OCAI a rejeté l'opposition. En substance, l'office a indiqué que les éléments recueillis dans le cadre de son instruction étaient suffisants pour nier l'existence d'une atteinte à la santé invalidante. Les différents médecins consultés par l'assuré n'avaient fait état d'aucune lésion objective suffisamment grave sur le plan somatique susceptible d'avoir une influence sur la capacité de travail de l'assuré et ce tant au niveau rhumatologique que neurologique. Un approfondissement du volet somatique par la mise en place d'une expertise multidisciplinaire était donc inutile car les atteintes somatiques - considérées comme objectivement modestes - et leurs conséquences sur la capacité de travail, étaient connues et ne faisaient l'objet d'aucune contestation sur le plan médical.
25. Par acte du 18 octobre 2006 l'assuré a recouru contre la décision précitée auprès du Tribunal cantonal des assurances sociales. Il conclut, sous suite de dépens,

préalablement à ce qu'une expertise médicale multidisciplinaire neutre soit ordonnée. Celle-ci avait pour objet de fixer son éventuelle capacité de travail résiduelle et de gain dans une activité adaptée, en tenant compte tant des pathologies physiques que psychiques. A cet effet, le Centre multidisciplinaire de la douleur de Genolier devrait être désigné. Ses conclusions principales portent sur l'annulation de la décision du 18 mai 2006, l'octroi d'une rente d'invalidité et des mesures de reclassement. La rente d'invalidité doit être fixée en fonction des termes de l'expertise multidisciplinaire. A l'appui de ses conclusions, il relève que c'est à tort que ses atteintes physiques n'ont pas été investiguées. A cela s'ajoute que l'expertise psychiatrique sur laquelle se fonde la décision de l'OCAI contredit des pièces importantes de son dossier médical, dont les avis de ses deux médecins traitants, les Drs T_____ et P_____. Or, ces derniers le suivent depuis octobre 2002 de manière bimensuelle. Enfin, le traitement médicamenteux dont il bénéficie depuis la même date ne se concilie guère avec les constatations et conclusions de l'avis psychiatrique du SMR.

26. Par courrier du 16 novembre 2006, l'OCAI a conclu au rejet du recours. S'agissant des faits, il renvoie aux pièces du dossier et estime qu'à ce titre l'expertise multidisciplinaire s'avère parfaitement inutile. Ni les pièces produites, ni les arguments développés dans le cadre de la présente procédure n'étaient susceptibles de le mener à une appréciation différente du cas.
27. Par courrier du 19 avril 2007, le Tribunal de céans a interpellé le Dr LO_____, pneumologue, et a requis des précisions quant à un éventuel impact professionnel de son emphysème.
28. Par courrier du 2 mai 2007, le médecin interpellé a indiqué que les anomalies du scanner (bulles d'emphysèmes) n'avaient pas de répercussions spirométriques et ne provoquaient de ce fait aucune limitation fonctionnelle hormis l'exposition au tabac.
29. Par courrier du lendemain, copie du courrier du Dr LO_____ a été communiqué aux parties qui n'ont formulé aucune observation.
30. Le 30 août 2007, le Tribunal de céans a informé les parties qu'il entendait confier une expertise au Dr LP_____, psychiatre.
31. Le 16 novembre 2007, l'expert a rendu son rapport fondé notamment sur deux examens du recourant des 22 octobre et 2 novembre 2007, ainsi que l'étude du dossier du département de psychiatrie des HUG et un contact téléphonique avec le Dr T_____.

Il pose les diagnostics de personnalité émotionnellement labile type impulsif (F60.30) avec traits dépendants. L'assuré présentait une vulnérabilité de la personnalité entraînant la prise de substances toxiques, un comportement dépendant, une mauvaise estime de soi, une fragilité de l'humeur et des

comportements impulsifs, violents, méfiants, persécutoires. Il présentait des tics moteurs chroniques (F 95.1) et un syndrome de dépendance à l'alcool, actuellement abstinent (F10.20). L'alcool avait été utilisé par l'assuré pour lui faciliter les contacts sociaux mais avait favorisé l'idéation persécutoire et les comportements violents. Il avait présenté au moins deux épisodes dépressifs francs, en 1996 permettant de poser le diagnostic de trouble dépressif récurrent, actuellement en rémission (F 33.4) et une dysthymie (F 34.1). Il relève que le diagnostic de "dépression réactionnelle d'intensité moyenne en rémission (F 33.4)" posé par la Dresse LN_____ était problématique car il ne figure pas dans la CIM-10 et le code cité correspondait à celui d'un trouble dépressif récurrent pourtant réfuté par la Dresse LN_____. Les plaintes douloureuses corroboraient, le diagnostic de syndrome douloureux somatoforme persistant (F 45.4) retenu par les médecins traitants. Il estima l'assuré authentique dans l'expression de sa souffrance, contrairement à la Dresse LN_____.

La dépendance à l'alcool et le trouble dépressif récurrent étaient en rémission et n'entraînaient pas de limitation de la capacité de travail. En revanche les tics et les troubles de la personnalité se conjugaient pour interférer de manière significative avec les capacités sociales de l'expertisé et se renforçaient, en limitant sa tolérance au stress social. Les tics diminuaient l'attention et la concentration. La diminution de la capacité de travail était de 30% et, en tenant compte de la dysthymie, plutôt de 40%. Il n'y avait pas de perspective réaliste d'amélioration car les pathologies étaient résistantes au traitement (tics) et structurelles (trouble de la personnalité).

S'agissant du syndrome douloureux somatoforme persistant, il existait une comorbidité psychiatrique significative apparue antérieurement et l'assuré était désinséré socialement et professionnellement et menait une vie sociale pauvre, l'état psychique était peu susceptible d'une évolution significative et les douleurs persistaient depuis des années, sans rémission significative.

L'ensemble des troubles psychiques était de gravité moyenne à sévère. Le traitement était adéquat et une aggravation était à craindre en cas de reprise d'activité professionnelle et/ou de relations sentimentales. Sa capacité d'exercer une activité était limitée de 40% par les troubles à proprement parler, indépendamment du trouble douloureux somatoforme. Une activité pourrait donc être exercée à 60%. Il était probable que les troubles psychiques diminuaient sa capacité de "surmonter les douleurs". Il n'existait pas de critères médicaux fiables permettant de chiffrer cette diminution. Les troubles ne limitaient pas spécifiquement certaines activités, car toute activité exposait au stress social.

Compte tenu des troubles psychiques à proprement parler, l'assuré pourrait actuellement exercer une activité lucrative à 60%, compte tenu des seuls troubles psychiques. Il était peu probable que les douleurs somatoformes entraînaient une limitation de la capacité supérieure à ce taux, mais cette appréciation relevait, à son avis, des critères juridiques du Tribunal fédéral des assurances. Il était probable que

les limitations constatées actuellement sur le plan psychique étaient présentes depuis octobre 2002. Depuis, lors, la seule modification de l'état clinique était une probable aggravation des tics.

32. Le 13 décembre 2007, l'OCAI a persisté dans sa position et conclu au rejet du recours en se fondant sur un avis de la Dresse LQ_____ du SMR du 7 décembre 2007.

Celle-ci, relève que le 19 décembre 2005, le SMR avait estimé que l'assuré ne présentait pas d'incapacité de travail durable. Elle estime que l'expertise ne comprend aucun status décrit sur le plan objectif, que l'expert n'explique pas pourquoi le trouble de la personnalité est invalidant ni pourquoi il retient un trouble dépressif récurrent et une dysthymie. Celle-ci retient une limitation de la capacité de travail de 40% sur la base d'arguments purement hypothétiques. Il relève une désinsertion sociale dans tous les domaines de la vie, en contradiction avec les relations familiales existantes. Il n'a pas fait d'évaluation psychodynamique précise afin de déterminer si l'assuré présente une résolution incomplète des conflits intrapsychiques. Il ne pouvait parler d'échec de traitement relativement aux syndromes somatoformes douloureux puisqu'il n'existait aucun traitement curatif.

Le trouble de la personnalité apparu à la fin de l'adolescence n'avait pas empêché l'assuré de travailler jusqu'en octobre 2002 et les tics n'étaient pas sévères. Elle estime que l'assuré n'aurait pas présenté de maladie psychiatrique incompatible sans la participation d'une dépendance à l'alcool.

Elle ne pouvait retenir les conclusions de l'expert, notamment, l'incapacité de travail de 40% qui ne tenait pas compte du syndrome somatoforme persistant, alors même que l'expert l'avait jugé invalidant. L'assuré présentait soit une pleine capacité de travail soit une capacité de travail nulle. Enfin, l'assuré ne présentait pas de maladie psychique d'une gravité et d'une durée suffisante pour limiter sa capacité de travail.

33. Le 17 décembre 2007, le recourant a estimé que l'OCAI ne pouvait se fonder sur le rapport de la Dresse LN_____, non probant, pour refuser toutes prestations et l'instruction était incomplète car il manquait une expertise somatique.

34. Sur quoi la cause a été gardée à juger.

EN DROIT

1. Par ordonnance du 30 août 2007, le Tribunal de céans a déclaré le recours recevable et la LGPA applicable au cas d'espèce.
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 raisonnablement être exigé de lui, si cette perte résulte d'une atteinte à sa santé physique, mentale ou psychique. 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 LPGGA). Est réputée incapacité de gain toute diminution de l'ensemble ou d'une partie des possibilités de gain de l'assuré sur un marché du travail équilibré dans son domaine d'activité, si cette diminution résulte d'une atteinte à sa santé physique, mentale ou psychique et qu'elle persiste après les traitements et les mesures de réadaptation exigibles (art. 7 LPGGA). Est réputée invalidité l'incapacité de gain totale ou partielle qui est présumée permanente ou de longue durée (art. 8 al. 1 LPGGA).
3. a) Depuis l'entrée en vigueur, le 1^{er} janvier 2004, de la nouvelle du 21 mars 2003 modifiant la LAI (4^{ème} révision) la teneur de l'art. 28 al. 1 LAI est la suivante :
«1. L'assuré a droit à une rente s'il est invalide à 40% au moins. La rente est échelonnée comme suit, selon le taux d'invalidité : 40% au moins un quart, 50% au moins une demie, 60% au moins trois quarts, 70% au moins rente entière.».

Le nouveau droit permet désormais d'octroyer trois quarts de rente à l'assuré dont le degré d'invalidité atteint 60%, alors que le taux ouvrant droit à une rente entière est passé de 66 2/3% à 70%.

Selon la lettre f des dispositions finales de la modification du 21 mars 2003, les rentes entières en cours perçues au titre d'un taux d'invalidité égal ou supérieur à 66 2/3% continuent d'être versées, après l'entrée en vigueur des nouvelles dispositions légales, à tous les rentiers qui, à ce moment là, ont atteint l'âge de 50 ans. Toutes les autres rentes entières perçues au titre d'une invalidité inférieure à 70% font l'objet d'une révision dans le délai d'un an dès l'entrée en vigueur des nouvelles dispositions.

b) 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).

L'existence d'une incapacité de gain durable (art. 29 al. 1 let. a LAI) doit être admise lorsque l'atteinte à la santé est largement stabilisée et essentiellement

irréversible et qu'elle affectera, selon toute vraisemblance, durablement la capacité de gain de l'assuré dans une mesure suffisamment grave pour justifier l'octroi d'une rente (art. 29 du règlement sur l'assurance-invalidité du 17 janvier 1961 - RAI). Une atteinte originellement labile peut être considérée comme relativement stabilisée seulement lorsque son caractère a clairement évolué de manière que l'on puisse prévoir que pratiquement aucun changement notable n'interviendra dans un avenir prévisible (ATF 119 V 102 consid. 4a et les références ; VSI 1999 p. 81 consid. 1a).

4. Chez les assurés actifs, le degré d'invalidité doit être évalué sur la base d'une comparaison des revenus. Pour cela, le revenu que l'assuré aurait pu obtenir s'il n'était pas invalide est comparé avec celui qu'il pourrait obtenir en exerçant l'activité qui peut raisonnablement être exigée de lui après les traitements et les mesures de réadaptation, sur un marché du travail équilibré. La comparaison des revenus s'effectue, en règle ordinaire, en chiffrant aussi exactement que possible les montants de ces deux revenus et en les confrontant l'un avec l'autre, la différence permettant de calculer le taux d'invalidité (méthode générale de comparaison des revenus; ATF 130 V 348 consid. 3.4, 128 V 30 consid. 1, 104 V 136 consid. 2a et 2b; jusqu'au 31 décembre 2002 : art. 28 al. 2 LAI; du 1^{er} janvier au 31 décembre 2003 : art. 1 al. 1 LAI en corrélation avec l'art. 16 LPGa; depuis le 1^{er} janvier 2004 : art. 28 al. 2 LAI en corrélation avec l'art. 16 LPGa). Pour procéder à la comparaison des revenus, il convient de se placer au moment de la naissance du droit à la rente; les revenus avec et sans invalidité doivent être déterminés par rapport à un même moment et les modifications de ces revenus susceptibles d'influencer le droit à la rente, survenues jusqu'au moment où la décision est rendue, doivent être prises en compte (ATF 129 V 223 consid. 4.1, 128 V 174).

Le revenu d'invalide doit être évalué avant tout en fonction de la situation professionnelle concrète de l'intéressé. En l'absence d'un revenu effectivement réalisé, il y a lieu de se référer aux données statistiques, telles qu'elles résultent des enquêtes sur la structure des salaires (ESS) de l'Office fédéral de la statistique (ATF 126 V 76 consid. 3b/aa et bb). La mesure dans laquelle les salaires ressortant des statistiques doivent être réduits, dépend de l'ensemble des circonstances personnelles et professionnelles du cas particulier (limitations liées au handicap, âge, années de service, nationalité/catégorie d'autorisation de séjour et taux d'occupation) et résulte d'une évaluation dans les limites du pouvoir d'appréciation. Une déduction globale maximum de 25% sur le salaire statistique permet de tenir compte des différents éléments qui peuvent influencer le revenu d'une activité lucrative (cf. ATF 126 V 78 consid. 5).

Le revenu de la personne valide se détermine en établissant au degré de la vraisemblance prépondérante ce qu'elle aurait effectivement pu réaliser au moment déterminant si elle était en bonne santé (ATF 129 V 224 consid. 4.3.1 et la référence). Il doit être évalué de manière aussi concrète que possible si bien qu'il

convient, en règle générale, de se référer au dernier salaire que l'assuré a obtenu avant l'atteinte à la santé, en tenant compte de l'évolution des salaires intervenue jusqu'au moment du prononcé de la décision. On ne saurait s'écarter d'un tel revenu pour le seul motif que l'assuré disposait, avant la survenance de son invalidité, de meilleures possibilités de gain que celles qu'il mettait en valeur et qui lui permettaient d'obtenir un revenu modeste (ATF 125 V 157 consid. 5c/bb et les arrêts cités); il convient toutefois de renoncer à s'y référer lorsqu'il ressort de l'ensemble des circonstances du cas que l'assuré, sans invalidité, ne se serait pas contenté d'une telle rémunération de manière durable (cf. AJP 2002 1487; RCC 1992 p. 96 consid. 4a).

5. a) En ce qui concerne la preuve, le juge des assurances sociales fonde sa décision, sauf dispositions contraires de la loi, sur les faits qui, faute d'être établis de manière irréfutable, apparaissent comme les plus vraisemblables, c'est-à-dire qui présentent un degré de vraisemblance prépondérante. Il ne suffit donc pas qu'un fait puisse être considéré seulement comme une hypothèse possible. Parmi tous les éléments de fait allégués ou envisageables, le juge doit, le cas échéant, retenir ceux qui lui paraissent les plus probables (ATF 126 V 360 consid. 5b, 125 V 195 consid. 2 et les références; cf. ATF 130 III 324 consid. 3.2 et 3.3). Aussi n'existe-t-il pas, en droit des assurances sociales, un principe selon lequel l'administration ou le juge devrait statuer, dans le doute, en faveur de l'assuré (ATF 126 V 322 consid. 5a).

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 LPG), 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).

- b) 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).

c) Le juge peut accorder pleine valeur probante aux rapports et expertises établis par les médecins des assureurs aussi longtemps que ceux-ci aboutissent à des résultats convaincants, que leurs conclusions soient sérieusement motivées, que ces avis ne contiennent pas de contradictions et qu'aucun indice concret ne permette de mettre en cause leur bien-fondé. Le simple fait que le médecin consulté est lié à l'assureur par un rapport de travail ne permet pas encore de douter de l'objectivité de son appréciation ni de soupçonner une prévention à l'égard de l'assuré. Ce n'est qu'en présence de circonstances particulières que les doutes au sujet de l'impartialité d'une appréciation peuvent être considérés comme objectivement fondés. Etant donné l'importance conférée aux rapports médicaux dans le droit des assurances sociales, il y a lieu toutefois de poser des exigences sévères quant à l'impartialité de l'expert (ATF 125 V 353 consid. 3b/ee, ATFA non publié du 13 mars 2000, I 592/99, consid. b/ee).

d) 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).

e) 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).

f) Si l'administration ou le juge, se fondant sur une appréciation consciencieuse des preuves fournies par les investigations auxquelles ils doivent procéder d'office, sont convaincus que certains faits présentent un degré de vraisemblance prépondérante et que d'autres mesures probatoires ne pourraient plus modifier cette appréciation, il est superflu d'administrer d'autres preuves (appréciation anticipée des preuves; KIESER, *Das Verwaltungsverfahren in der Sozialversicherung*, p. 212, n° 450; KÖLZ/HÄNER, *Verwaltungsverfahren und Verwaltungsrechtspflege des Bundes*, 2e éd., p. 39, n° 111 et p. 117, n° 320; GYGI, *Bundesverwaltungsrechtspflege*, 2° éd., p. 274; cf. aussi ATF 122 II 469 consid. 4a, 122 III 223 consid. 3c,

120 Ib 229 consid. 2b, 119 V 344 consid. 3c et la référence). Une telle manière de procéder ne viole pas le droit d'être entendu selon l'art. 29 al. 2 Cst. (SVR 2001 IV n° 10 p. 28 consid. 4b), la jurisprudence rendue sous l'empire de l'art. 4 aCst. étant toujours valable (ATF 124 V 94 consid. 4b, 122 V 162 consid. 1d et l'arrêt cité).

6. D'après la jurisprudence (ATF 131 V 49 consid. 1.2), la reconnaissance de l'existence d'une atteinte à la santé psychique, soit aussi de troubles somatoformes douloureux persistants, suppose d'abord la présence d'un diagnostic émanant d'un expert (psychiatre) et s'appuyant *lege artis* 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 consid. 2.2.3). 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). Ces critères constituent un instrument, pour l'expert et l'administration (le cas échéant pour le juge), servant à qualifier la souffrance vécue par un assuré, afin de déterminer si celui-ci dispose ou non des ressources psychiques permettant de surmonter cet état; ces critères ne constituent pas une liste de vérification mais doivent être considérés comme une aide à l'appréciation globale de la situation douloureuse dans un cas concret.

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).

On ajoutera que dans un arrêt récent ayant trait à la fibromyalgie, le Tribunal fédéral des assurances est parvenu à la conclusion qu'il existait des caractéristiques communes entre cette atteinte à la santé et le trouble somatoforme douloureux. Celles-ci justifiaient, lorsqu'il s'agissait d'apprécier le caractère invalidant d'une fibromyalgie, d'appliquer par analogie les principes développés par la jurisprudence en matière de troubles somatoformes douloureux (ATF 132 V 65; ATFA du 17 juillet 2006, cause I 297/05). La fibromyalgie a été plus particulièrement assimilée au syndrome douloureux somatoforme persistant (ATFA du 20 avril 2006, cause I 805/04).

Dans ce contexte, on rappellera encore que la reconnaissance du caractère invalidant de troubles somatoformes douloureux chez de jeunes assurés doit rester exceptionnelle en l'absence de comorbidité psychiatrique (ATFA non publié du 31 janvier 2006, I 488/04 et les références).

7. a) Au sujet du critère de la comorbidité psychiatrique (qui se place au premier plan pour déterminer si l'assuré dispose ou non des ressources nécessaires pour vaincre ses douleurs), un diagnostic de trouble dépressif récurrent, épisode actuel moyen (F33.1), ne suffit pas à établir l'existence d'une comorbidité psychiatrique d'une acuité et d'une durée importante. En effet, les états dépressifs constituent généralement des manifestations (réactives) d'accompagnement des troubles somatoformes douloureux, de sorte qu'ils ne sauraient faire l'objet d'un diagnostic séparé (ATF 130 V 358 consid. 3.3.1 in fine), sauf à présenter les caractères de sévérité susceptibles de les distinguer sans conteste d'un tel trouble (arrêt D. du 20 avril 2006, I 805/04, consid. 5.2.1). Le TFA a également considéré qu'une personnalité à traits histrioniques ne constituait pas non plus, à côté du trouble dépressif récurrent, épisode actuel moyen (F33.1) une comorbidité psychiatrique autonome du trouble fibromyalgique (ATFA du 17 juillet 2006, cause I 297/05).
- b) S'agissant des affections corporelles chroniques, il doit exister une limitation fonctionnelle sur le plan somatique (notamment ATFA du 12 juin 2006, cause I 317/05).

c) Concernant l'état physique cristallisé, des éléments biographiques difficiles (relations conflictuelles au travail, divorce, possible traumatisme sexuel sans contact physique durant l'enfance) sont des indices plaidant en faveur d'un tel état, si tant est que l'assuré ne démontre pas en même temps une attitude théâtrale et revendicative et émette des déclarations discordantes au sujet de ses douleurs donnant à penser qu'il cherche une compensation de ses souffrances par l'AI. Le fait d'affirmer ne plus être en mesure d'exercer une quelconque activité tout en étant capable de s'occuper du ménage et d'un enfant sont des indices faisant plutôt apparaître un profit secondaire tiré de la maladie (ATFA du 20 mars 2006, cause I 644/04). Un tel état ne saurait être admis lorsque l'assuré n'a pas suivi de traitement psychiatrique durable et que, par ailleurs, il fait preuve d'une mauvaise compliance médicamenteuse (ATFA du 22 février 2006, cause I 506/04, voir aussi ATFA du 21 avril 2006, cause I 483/05), lorsqu'il a uniquement pris un traitement d'anxiolytiques et non pas d'antidépresseurs (ATFA du 4 février 2006, cause I 580/04), lorsque la poursuite du traitement est susceptible d'améliorer la symptomatologie d'anxiété (ATFA du 8 juillet 2004, cause I 380/03), lorsque l'épisode dépressif moyen est en rémission complète (ATFA du 17 juillet 2006, cause I 297/05), lorsqu'aucun élément psychotique, aucune souffrance ou dysfonctionnement personnel, professionnel et social, ni encore des traits d'une personnalité dissociée ne peuvent être retenus (ATFA du 25 novembre 2004, cause I 450/03), en l'absence d'une source de conflit intrapsychique ou situation conflictuelle externe (ATFA du 23 juin 2004, cause I 272/03) lorsque l'état de l'assuré est susceptible de s'améliorer grâce à la stabilisation de la vie familiale et à l'instauration d'un traitement antidépresseur (ATFA du 10 novembre 2005, cause I 638/04), lorsque l'état psychique est stabilisé grâce à une médication adéquate et qu'un suivi psychothérapeutique constituerait un traitement adéquat des troubles en cause (ATFA du 12 septembre 2005, cause I 497/04), lorsque l'assuré fait état d'une envie de travailler et d'une certaine ambition sociale (ATFA du 13 juillet 2005, cause I 626/04).

d) S'agissant de la perte d'intégration sociale dans toutes les manifestations de la vie, elle n'est pas réalisée dès lors que l'assuré effectue des promenades avec des amis qu'il voit fréquemment et maintient des contacts sociaux avec sa famille en Espagne (ATFA du 22 février 2006, cause I 506/04), qu'il bénéficie d'une vie familiale épanouie, reçoit des amis et se rend chez eux (ATFA du 4 février 2006, cause I 580/04), qu'il a une vie retirée, passant beaucoup de temps à la maison mais a gardé un certain réseau d'amis qui viennent le voir ou auxquels il rend visite (ATFA du 29 novembre 2005, cause I 665/04), qu'il se dit bien entouré sur le plan familial (ATFA du 16 août 2005, cause I 539/04), qu'il vit dans une situation de retrait mais qu'il a des contacts réguliers avec ses proches et qu'il retourne régulièrement dans son pays d'origine avec sa famille ou des amis (ATFA du 2 mars 2005, cause I 690/04), qu'il est à même d'entretenir des contacts sociaux, d'exercer des activités sportives (natation) et de loisir (promenade) (ATFA du 8 juin 2005, cause I 361/04).

8. a) Préalablement, il est à relever que peu après l'ordonnance du 30 août 2007 du Tribunal de céans, soit dans un arrêt du 31 août 2007 (I 65/07), le Tribunal fédéral a jugé que dans un rapport SMR du 13 septembre 2004, la Dresse LN_____, s'était prévalu du titre de psychiatre FMH auquel elle ne pouvait prétendre dès lors que le titre post-grade de spécialiste ne lui avait pas été délivré par la FMH car elle ne disposait pas d'un diplôme fédéral de médecine ou d'un diplôme de médecine étranger reconnu en Suisse. Au moment de son expertise, elle ne disposait pas d'une autorisation d'exercer une activité à titre de médecin dépendant puisque celle-ci lui avait été délivrée le 24 novembre 2006 par le département vaudois de la santé et de l'action sociale. Le Tribunal fédéral a estimé qu'indépendamment des compétences professionnelles propres de la Dresse LN_____, les irrégularités d'ordre formel liées à sa personne et à l'exercice de son activité au sein du SMR entachaient la fiabilité du rapport médical établi sur mandat de l'administration. Dès lors, on ne pouvait accorder une pleine valeur probante à l'appréciation médicale du 13 septembre 2004 ni, partant, en tirer des conclusions absolues sur l'évolution de l'état de santé de la recourante depuis l'octroi initial de la rente. Aussi, la juridiction cantonale n'était-elle pas en droit de fonder son appréciation sur ce seul avis médical d'une valeur probante affaiblie.

b) Dans le cas d'espèce, la Dresse LN_____ a rendu un rapport médical le 21 mars 2006 signé "psychiatre FMH" alors qu'elle n'en avait pas le titre et qu'elle n'était pas autorisée à travailler en tant que médecin dépendant. La situation étant similaire au cas précité, il convient d'en conclure que la valeur probante de l'appréciation faite par la Dresse LN_____ est affaiblie et que l'OCAI ne saurait se fonder sur cette appréciation médicale pour fonder sa décision de refus.

9. Le Tribunal de céans constate ensuite que l'expertise judiciaire du Dr LP_____ remplit toutes les exigences pour qu'il lui soit reconnu une pleine valeur probante. Elle repose en effet sur deux examens du recourant, un entretien avec le Dr T_____ et l'étude de l'ensemble du dossier médical. Elle tient compte des plaintes de l'intéressé, est complète et bien motivée. En particulier, chaque diagnostic posé a fait l'objet d'une motivation spécifique de l'expert.

Le Tribunal de céans, n'a dès lors aucune raison de s'écarter des conclusions de cette expertise médicale, ce d'autant que, comme il a été exposé ci-dessus, l'appréciation de la Dresse LN_____ ne saurait être retenue et les critiques de la Dresse LQ_____, laquelle n'est d'ailleurs pas spécialiste en psychiatrie, ne résistent pas à l'examen, comme il sera exposé ci-après.

S'agissant de celles-ci en effet, l'expert, contrairement à l'avis de la Dresse LQ_____ a motivé le caractère invalidant du trouble de la personnalité en expliquant que la fragilité de la personnalité du recourant s'est traduite par le recours à des substances toxiques et par un manque d'estime de soi, une fragilité de l'humeur et des comportements impulsifs, violents, méfiants, persécutatoires. Conjugué avec les tics, le trouble entraîne une limitation de la tolérance au stress

social, soit le fait de contrôler son comportement vis-à-vis des autres, de faire son travail en interaction avec autrui et sous le regard d'autrui, ainsi qu'une diminution de la concentration et de l'attention (expertise p. 12 et 15).

L'expert a estimé que la désignation clinique des médecins et infirmières des HUG lors des séjours du recourant à Belle-Idée était suggestive d'épisodes dépressifs francs, ce qui justifiait le diagnostic de trouble dépressif récurrent et de dysthymie en raison d'un état sub-dépressif chronique.

Contrairement à l'avis de la Dresse LQ_____, l'expert n'affirme pas que le recourant vit une désinsertion sociale dans tous les domaines de la vie mais qu'il est désinséré socialement pour ce qui est de la vie professionnelle (expertise p.15) qu'hormis les contacts avec ses proches, il a une vie sociale pauvre (expertise p.16) et qu'il subit en partie une perte d'intégration sociale (expertise p.17).

Par ailleurs, la limitation de la capacité de travail de 40% ne tient pas compte du trouble somatoforme douloureux, de telle manière qu'il est inutile d'examiner si l'expert a retenu à tort ou à raison les critères jurisprudentiels exigés par la jurisprudence pour reconnaître un caractère invalidant à un tel trouble. L'expert a en effet considéré que la capacité de travail n'était limitée que par le trouble de la personnalité et les tics et qu'il était peu probable que les douleurs somatoformes entraînent une limitation de la capacité supérieure au taux de 40% (expertise p.18). En concluant de cette manière, l'expert a considéré que, du point de vue des troubles somatoformes douloureux, le recourant était en mesure de surmonter ses douleurs et de réintégrer une activité professionnelle limitée à un taux de 60%.

Enfin, l'expert a souligné que les limitations constatées sur le plan psychique étaient présentes depuis octobre 2002, avec aggravation des tics depuis lors, ce qui explique que le recourant ait pu travailler antérieurement à cette date.

10. Le recourant estime cependant qu'une expertise somatique est encore nécessaire.

Or, il ressort du dossier que, du point de vue physique, le recourant a été vu par le Dr R_____, en août 2002, lequel a estimé qu'il présentait une asthénie et des douleurs diffuses, par le Dr U_____ en octobre 2002, lequel a exclu une atteinte somatique pouvant expliquer les douleurs et que les Drs T_____, P_____ et l'expert LP_____ ont posé le diagnostic de trouble somatoforme persistant, ce dernier médecin précisant que le dossier médical ne mentionnait pas d'atteintes somatiques justifiant l'étendue des plaintes douloureuses, diffuses et multiples. Enfin, le recourant se contente dans ses dernières observations de se référer à un avis du Dr P_____ du 6 octobre 2006 selon lequel il souffrirait de différentes maladies organiques et psychiques sans préciser quelles affections ou problèmes n'auraient pas été investigués. Or, le Dr P_____ mentionne dans son rapport du 2 mars 2004 à l'OCAI un syndrome somatoforme douloureux chronique, des troubles comportementaux liés à

l'alcoolisme, un status après opération d'une hernie cervicale, une dépression chronique et un syndrome Gilles de la Tourette, affections qui ont été prises en compte dans le rapport d'expertise. Il n'y a ainsi pas lieu d'ordonner une expertise visant d'éventuelles affections somatiques.

11. Au vu de ce qui précède, il convient de retenir les conclusions de l'expert, soit une incapacité de travail du recourant de 40% depuis le 1^{er} octobre 2002 dans toutes activités, entraînant ainsi un taux d'invalidité de 60%. En conséquence, le recourant a droit à une demi-rente d'invalidité du 1^{er} octobre au 31 décembre 2003 et dès le 1^{er} avril 2004, en raison de la modification législative précitée, à un trois quarts de rente d'invalidité.
12. Le recours sera donc partiellement admis, la décision litigieuse annulée et il sera dit que le recourant a droit à une demi-rente d'invalidité du 1^{er} octobre au 31 décembre 2003 et à un trois quarts de rente d'invalidité depuis le 1^{er} janvier 2004.

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

Statuant

A la forme :

1. Admet partiellement le recours.

Au fond :

2. Annule la décision sur opposition de l'OCAI du 15 septembre 2006.
3. Dit que Monsieur V_____ a droit à une demi-rente d'invalidité du 1^{er} octobre au 31 décembre 2003 et à un trois quarts de rente dès le 1^{er} janvier 2004.
4. Condamne l'intimé à verser au recourant une indemnité de 2'500 fr.
5. Condamne l'intimé à payer un émolument de 200 fr.
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

Florence SCHMUTZ

Valérie MONTANI

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