



### EN FAIT

1. Né en 1961, Monsieur S\_\_\_\_\_ (ci-après l'assuré ou le recourant) travaillait au service de X\_\_\_\_\_ SA en qualité de parqueteur.
2. Le 11 septembre 2000, l'assuré a fait une chute en portant une charge d'une trentaine de kilogrammes sur l'épaule gauche. Une imagerie par résonance magnétique (IRM) de son genou gauche, réalisée le 15 septembre suivant, a révélé un petit épanchement sous-quadricipital et intra-articulaire, une déchirure de degré III de la corne postérieure du ménisque interne gauche et la possible rupture partielle du ligament croisé antérieur, de faible importance.
3. Faisant état d'une allergie à la poussière de bois et à la colle depuis 1998, attestée par un certificat médical du docteur A\_\_\_\_\_, généraliste, le 7 février 2001, l'assuré a complété un formulaire de demande de prestations, sous formes d'une orientation professionnelle, d'un reclassement dans une nouvelle profession, d'une aide au placement et d'une rente, qui a été enregistrée par l'Office cantonal de l'assurance-invalidité (ci-après l'OCAI ou l'intimé) le 29 mars 2001.
4. Les examens médicaux pratiqués d'octobre 2001 à janvier 2002 par les docteurs B\_\_\_\_\_, interniste, C\_\_\_\_\_, ophtalmologue, et D\_\_\_\_\_, pneumologue, par l'Unité d'allergologie et par le Centre multidisciplinaire d'évaluation et de traitement de la douleur des Hôpitaux universitaires de Genève (HUG) ont notamment permis d'établir que l'assuré présentait des céphalées sur sinusite chronique maxillaire bilatérale, laquelle avait été confirmée par une scannographie cérébrale.  
De l'avis du docteur D\_\_\_\_\_, consulté à propos de sentiments d'oppression thoracique fugaces, le bilan respiratoire de l'assuré était rigoureusement normal. De plus, l'anamnèse évoquait fortement la présence de sentiments d'oppression de type bouffées d'angoisse. Au vu de la situation socio-professionnelle de l'assuré, qui était en arrêt de travail depuis le 23 août 2001, il était possible que sa symptomatologie ne soit que le reflet de cette situation socio-médicale difficile.
5. Selon le rapport d'observation professionnelle qu'il a établi le 27 mai 2002, le Centre d'intégration professionnelle (CIP) a conclu à la possibilité de réadapter l'assuré dans une activité sans effort violent et dans un environnement peu poussiéreux et à sa pleine capacité de travail dans une activité adaptée, de type tertiaire.

Le CIP précisait notamment que l'assuré devait débiter un stage en entreprise en qualité d'aide-magasinier, vendeur de pièces détachées de machines de jardin le 30 avril 2002 ; le 2 mai suivant, il avait téléphoné pour dire qu'il ne s'y était pas présenté parce qu'il était malade. Le 7 mai, il avait téléphoné pour dire qu'il entendait interrompre le stage débuté la veille en raison de la présence de courants d'air et de vapeurs de gaz sur le lieu de travail. Renseignements pris auprès du

patron, celui-ci avait déclaré que l'assuré n'avait pas envie de travailler et qu'il trouverait toujours « une excuse pour être malade ou un grain de poussière qui le fera tousser » ; le travail s'effectuait dans un grand entrepôt, où il pouvait effectivement y avoir quelques courants d'air occasionnels, auxquels l'assuré était cependant très rarement exposé puisqu'il travaillait à l'étage.

En conséquence, un projet de formation d'employé de bureau, option informatique, comprenant une mise à niveau en français (grammaire et orthographe) et des bases d'informatique, lui avait été proposé.

6. Par décisions des 20 et 27 juin 2002, l'OCAI a accordé à l'assuré la prise en charge d'une formation d'employé de bureau, option informatique d'une durée de deux ans, et lui a alloué des indemnités journalières durant la période de réadaptation. Ladite formation devant disparaître, l'OCAI a, par décision du 11 mai 2003, déclaré prendre en charge une formation en commerce informatique et gestion avec CFC, seule susceptible de sauvegarder la capacité de gain de l'assuré, formation qui devait s'étendre du 1<sup>er</sup> septembre 2003 au 30 juin 2006.
7. Selon un rapport médical établi le 2 octobre 2003 par le docteur A\_\_\_\_\_, l'état de santé de l'assuré, qui présentait des migraines et un début de dépression, s'était aggravé deux mois plus tôt. En incapacité totale de travailler, il lui était cependant possible « de continuer sa formation dans une branche moins stressante que l'informatique ».
8. Le 27 janvier 2004, l'assuré ne s'est pas présenté à l'entretien auquel l'OCAI l'avait convié. Renseignements pris par la suite, l'assuré avait séjourné à la prison de Champ-Dollon du 9 janvier au 4 février 2004, en détention préventive.
9. Selon un rapport médical établi le 3 juin 2004 par le docteur A\_\_\_\_\_, l'état de santé de l'assuré, qui souffrait alors de céphalées avec acouphènes et de vertiges, s'était aggravé au mois de janvier précédent. Exclue dans l'activité professionnelle qu'il exerçait auparavant, une reprise ultérieure du travail était possible « peut-être dans un autre métier », dans un local aéré et sans allergènes.

À ce rapport étaient annexés des documents dont il ressort notamment que, de l'avis du docteur E\_\_\_\_\_, spécialiste en neurologie, et du Service d'oto-rhino-laryngologie des HUG, l'origine des maux de tête de l'assuré semblait être multifactorielle. L'existence d'une composante de stress majeur, chez un patient en situation financière difficile, était cependant certaine. Pour le surplus, l'examen neurologique était dans les limites de la norme. De l'avis de la Policlinique de médecine des HUG, l'assuré présentait en effet, sous traitement hypertenseur, une hypertension artérielle de stade II, et il était dès lors impératif de majorer ce traitement.

10. Suite à un nouveau mandat de réadaptation, l'OCAI a, par décision du 8 décembre 2004, notamment pris en charge les frais de l'évaluation, à réaliser du 14 février au 15 mai 2005, dans le cadre d'une mesure d'orientation professionnelle.
11. Le rapport OSER établi le 1<sup>er</sup> juin 2005 fait notamment état des éléments suivants. D'emblée, l'assuré avait fait savoir qu'il avait très souvent, voire toujours, des maux de tête à partir de 11h00. Dès le début du stage, il avait été très démonstratif. Au cours du stage, alors que des assurés façonnaient le bois et faisaient usages de colles et de dissolvants en petites quantités, il n'avait jamais parlé de risques d'allergies. Pour le surplus, ses capacités physiques étaient compatibles avec toutes les activités professionnelles qui évitent les allergies et le stress, ses capacités d'adaptation et d'apprentissage compatibles avec une formation pratique en entreprise et ses capacités d'intégration sociale compatibles avec les exigences d'un milieu socioprofessionnel dans le circuit normal.

Au terme de l'évaluation, quatre orientations paraissaient pleinement exploitables : ouvrier à l'établi, opérateur sur machines CNC, chauffeur-livreur et employé de voirie. Les chances de succès d'une réadaptation réussie étaient cependant mitigées. La bonne tenue des positions de travail et des capacités d'apprentissage compatibles avec une formation pratique en entreprise laissaient en effet entrevoir de bonnes perspectives. Mais les deux stages en entreprise effectués lors du mandat n'avaient pas confirmé le pronostic : le premier s'était terminé par une altercation entre l'assuré et le maître de réadaptation du CIP, sous les yeux de la responsable de l'entreprise, ce qui avait mis un terme définitif aux possibilités de reclassement dans cet établissement ; le second n'était, selon l'assuré, pas compatible avec des allergies aux produits de nettoyage. De son point de vue également, les stages devaient en outre être compatibles avec ses céphalées, qui commençaient désormais à 15h00.

C'est encore le lieu de relever que le docteur A\_\_\_\_\_ a attesté une incapacité totale de travailler de son patient dès le 6 mai 2005 et pour dix jours, de sorte que, comme le relève le rapport final de réadaptation daté du 8 juin suivant, l'assuré n'avait pas pu faire d'autre stage en entreprise. Au vu des circonstances, les mesures devaient pour le surplus se limiter à une aide au placement.

12. Par décision du 3 octobre 2005, confirmée sur opposition le 2 juin 2006, l'OCAI a nié le droit de l'assuré au versement d'une rente, motif pris de l'insuffisance du taux d'invalidité, établi à 20%. Cette décision est entrée en force.
13. Sans nouvelles de l'assuré, le mandat de placement a été clôturé le 11 juillet 2006.
14. Du 21 au 30 novembre 2006, l'assuré a séjourné à la Clinique genevoise de Montana. Selon le rapport établi le 5 décembre suivant par le docteur F\_\_\_\_\_, spécialiste en médecine physique et réadaptation, il présentait principalement un trouble dépressif récurrent, épisode actuel moyen avec somatisation (F33.11 dans la

Classification internationale des troubles mentaux et des troubles du comportement [CIM-10]), auquel étaient associées les morbidités suivantes : céphalées de tension (G44.2), sinusite chronique (J32.9) et surcharge pondérale (BMI de 26.3 kg/m<sup>2</sup>).

Ce praticien relevait en particulier que, malgré l'intensité de ses plaintes, l'assuré n'avait jamais réclamé d'antalgie, et le non-verbal n'était pas corrélé à cette intensité, même lorsque les plaintes étaient paroxystiques. Sur le plan médicamenteux, l'introduction d'un antidépresseur avait été tentée, que l'assuré avait refusée.

15. Suite à une demande de rente en faveur de son patient, acheminée à l'OCAI le 4 janvier 2008, le docteur G\_\_\_\_\_, psychiatre, a, dans un rapport du 29 février suivant, diagnostiqué un trouble dépressif récurrent, épisode actuel moyen avec syndrome somatique (F33.11) et des céphalées de tension irréductibles et invalidantes (G44.2), présents depuis 1996. Sans répercussion sur la capacité de travail de l'assuré, ce praticien a en outre diagnostiqué une sinusite chronique (J32.9), présente depuis 1996 également.

Au chapitre de l'anamnèse, le docteur G\_\_\_\_\_ exposait que depuis la découverte de ses allergies graves et l'atteinte des sinus avec opération (en 1995), mais sans amélioration de la symptomatologie, l'assuré présentait des troubles de l'humeur liés à ses pathologies et à son incapacité de travail. Ayant trois enfants et une épouse à sa charge, il était très touché par sa situation et souffrait psychologiquement.

L'assuré se plaignait de tristesse, découragement, fatigue et fatigabilité, baisse de l'élan vital, aboulie, anhédonie et de retrait social. Il supportait mal le bruit dans le cadre familial, ce qui créait des tensions à la maison. Les céphalées étaient présentes en permanences et ne répondaient pas aux traitements, ce qui l'exaspérait.

Au chapitre des constatations objectives, le praticien notait que le patient était triste, sombre, la tête basse et le regard fuyant. La voix était à peine audible. On sentait le stress et la tension intérieure. Il n'arrivait pas à se tenir tranquille, était agité malgré son abattement. Désespéré, il ne voyait pas d'évolution et d'amélioration possible à son état.

16. Annexés au rapport du docteur G\_\_\_\_\_ figuraient le rapport établi par le docteur F\_\_\_\_\_ le 5 décembre 2006 et trois lettres du docteur H\_\_\_\_\_, consultante au Centre médical de Meyrin en matière de migraines et céphalées, adressées à des confrères neurologues et psychiatres les 8 mai, 23 juillet et 5 octobre 2007.
- Il ressort notamment de ces documents que l'assuré soignait ces céphalées par une douche tiède, la position allongée et parfois l'ingestion de thé noir ou la prise d'analgésiques simples tels que Dafalgan et Aspégic, qu'il s'administrait deux fois par semaine.

Le traitement médicamenteux prescrit comprenait alors de l'Atakon pour l'hypertension artérielle, vraisemblablement stabilisée, de la Claritine pour les allergies et du Nasacort en cas d'obstruction nasale. De tous les traitements qui lui avaient été proposés antérieurement (traitement médicamenteux, acupuncture et thérapie neurale), aucun ne semblait avoir apporté d'amélioration, et l'assuré se disait sceptique devant toute autre proposition.

À l'examen, aucune limitation dans les mouvements du cou ou anomalie neurologique n'avaient été constatées. Les céphalées chroniques, qui n'avaient strictement aucun caractère migraineux, n'avaient pas pu être réellement rattachées à une cause organique en-dehors du point d'appel au niveau des sinus maxillaires et peut-être des foyers dentaires. Dans l'état actuel de la recherche en la matière, un traitement de fond par antiépileptique pouvait être proposé, mais l'assuré n'était pas demandeur de nouvelles thérapeutiques, surtout médicamenteuses.

Enfin, après une longue explication sur les liens étroits entre psychologie et douleurs, l'assuré avait semblé accepter l'idée de suivre un traitement psychotrope sous la conduite du docteur G\_\_\_\_\_.

17. Par lettre du 4 avril 2008, le Service médical régional de l'assurance-invalidité (SMR) a requis un complément d'information de ce praticien.
18. Par lettre du 18 avril suivant, le docteur G\_\_\_\_\_ a répondu ce qui suit. Le diagnostic avait été posé sur la base de l'anamnèse du patient, lequel n'avait pas consulté d'autres psychiatres ou fait de séjour en milieu psychiatrique.

L'état de l'assuré était fluctuant sur le plan de l'humeur mais stable sur le plan des troubles somatomorphes, en particulier des céphalées toujours présentes, intenses et invalidantes, réfractaires à tout traitement. À cet égard, l'assuré donnait l'impression d'être sincère quand il déclarait être prêt à tout essayer pourvu que cessent les céphalées ; pour cette raison, des contrôles sanguins n'avaient pas été jugés nécessaires. L'état psychique était réactionnel tant à ses symptômes physiques qu'à la baisse et même à la disparition de l'estime de soi par rapport à ses capacités de travail et d'homme devant entretenir une famille, l'atteinte narcissique étant énorme.

Pour le surplus, l'assuré n'était pas intéressé par une psychothérapie, de sorte que la fréquence des consultations était variable et fixée à la demande. En tout état, il n'avait pas l'entendement requis. En conclusion, l'assuré ne disposait pas d'une capacité résiduelle de travail, dans quelque activité que ce soit et ce, depuis 1996.

19. Par avis médical du 5 juin 2008, le SMR a proposé la réalisation d'une expertise psychiatrique et neurologique, que l'OCAI a requise du Centre d'expertise médicale (CEMED) le 11 juin suivant.

20. Au vu d'une anamnèse détaillée, des indications fournies par l'assuré et du résultat des examens cliniques, lesquels comprenaient notamment des évaluations rhumatologique, orthopédique, neurologique et psychiatrique, le rapport d'expertise établi par le CEMED le 14 novembre 2008 faisait état, comme ayant des répercussions sur la capacité de travail de l'assuré, des diagnostics suivants : troubles dégénératifs cervicaux modérés, rhino-conjonctivite allergique saisonnière (pollen) et périarthrite scapulo-humérale. Sans répercussion sur la capacité de travail, les experts ont posé les diagnostics de trouble dépressif récurrent depuis 1996, actuellement en rémission (F33.4), de trouble somatomorphe indifférencié (F45.1) depuis 2001, de dysthymie (F34.1), depuis 2001 également, de sinusite chronique, d'hypertension artérielle, et de céphalées de tension.

Au chapitre de l'appréciation conjointe du cas et du pronostic, les docteurs I\_\_\_\_\_, rhumatologue, J\_\_\_\_\_, chirurgien orthopédique, K\_\_\_\_\_, neurologue, et L\_\_\_\_\_, psychiatre, précisaient que l'assuré présentait une rhino-conjonctivite saisonnière, qui est une maladie allergique contrôlable par des soins médicaux adéquats ; une évolution vers un asthme était possible. Il présentait également une sinusite chronique, pathologie non invalidante, susceptible de répondre aux traitements locaux ou chirurgicaux, ainsi qu'une hyperréactivité nasale non spécifique qui pouvait potentiellement se manifester pour toute exposition aux odeurs ou à la poussière ; il n'y avait cependant pas de risque de maladie et ces troubles n'étaient pas invalidants de manière significative dans la vie quotidienne.

L'expertisé présentait en outre des douleurs chroniques de l'épaule gauche, dans le cadre d'une péri-arthropathie scapulo-humérale, qui entraînaient une limitation du port de charges de ce côté. Pour le surplus, les analyses sanguines avaient permis de détecter la présence de Cymbalta (antidépresseur et anxiolytique), à l'exclusion de toute autre médication.

Sur le plan psychique, l'assuré rapportait essentiellement des douleurs, un épuisement psychique, des troubles cognitifs, une plus forte anxiété, une forte irritabilité qui le rendait parfois agressif physiquement, une fatigue et une tristesse, une anhédonie et des troubles du sommeil.

À l'examen clinique, on n'observait pas de rétrécissement du champ de la pensée sur les douleurs ni de comportement algique. L'assuré n'avait pas de trouble cognitif manifeste et ses compétences intellectuelles semblaient plutôt bonnes, tout comme les capacités d'élaboration psychique.

L'expertisé ne se souvenait pas d'un premier épisode de trouble dépressif en 1996, tel qu'il figurait dans le dossier médical ; pour lui, il était dans cet état depuis quatre ou cinq ans. Il décrivait une tristesse qui n'était pas manifeste et il n'y avait pas de ralentissement psychomoteur marqué. L'état était plutôt assimilable à une dysthymie qui entrait dans le cadre d'un trouble dépressif récurrent, avec une

rémission partielle. De plus, le traitement antidépresseur était relativement léger, le dosage du Cymbalta étant faible.

Pour le surplus, le trouble somatomorphe indifférencié s'inscrivait très probablement dans le contexte de la perte, durant le conflit armé qui avait sévi dans son pays, de la maison dans laquelle il avait placé ses économies, et de difficultés financières liées à la prise en charge de soins médicaux administrés en Suisse à sa maman. Enfin, il n'y avait pas d'élément psychopathologique manifeste, l'anamnèse ne mettait pas en évidence de diminution manifeste des relations sociales, et un état psychique cristallisé ne pouvait pas être évoqué.

Au chapitre des limitations en relation avec les troubles constatés, les experts ont exposé que, sur le plan physique, l'assuré devait éviter le contact avec les pollens, l'exécution de mouvements répétitifs, notamment avec la nécessité de surélever les bras au-dessus de l'horizontale de l'épaule, et le port de charges de plus de cinq kilogrammes avec le membre supérieur gauche. Aux plans psychique et mental comme au plan social, aucune limitation n'était à déplorer.

L'activité professionnelle exercée auparavant ne pouvait dès lors plus être exigée. L'assuré avait abandonné son travail en 2001 en raison d'une exacerbation de la sinusite chronique et de la rhinite ; en 2006, il avait été hospitalisé pour un état dépressif ; lors des multiples investigations faites à la suite de son arrêt de travail, il n'avait pas été constaté de maladie invalidante. Ainsi, il convenait d'admettre qu'une totale incapacité de travail était survenue avec la déclaration de l'état dépressif en 2006. Par la suite, alors que l'épisode dépressif était en rémission, la péri-arthropathie s'était déclarée, qui justifiait l'incapacité totale de l'expertisé d'exercer l'activité de parqueteur.

À cet égard, la capacité de travail ne pouvait pas être améliorée, dès lors que si une intervention chirurgicale pouvait atténuer la problématique algique, elle ne permettrait pas d'augmenter la tolérance aux sollicitations physiques. Dans la mesure où l'assuré était apte à mobiliser ses ressources, des mesures de réadaptation professionnelle étaient envisageables, une activité adaptée aux limitations constatées pouvant être exercée à plein temps sans diminution de rendement.

21. Invité par le SMR à préciser certains points de son expertise, le CEMED a, par lettre du 6 janvier 2009, exposé qu'il avait été admis que l'assuré présentait, depuis 2006, une incapacité totale d'exercer son activité professionnelle antérieure suite à une exacerbation de l'état dépressif évoluant dans le cadre d'un trouble dépressif récurrent connu depuis 1996. Par la suite, la pérennité de l'incapacité totale de travail dans cette activité s'expliquait par l'apparition la péri-arthropathie scapulo-humérale, l'épisode dépressif étant partiellement en rémission. Selon les indications à disposition, aucun argument médical n'expliquait l'échec de la réinsertion professionnelle tentée en 2005. Avec la disparition de l'épisode dépressif, courant

2007, une pleine capacité de travail pouvait dès lors être admise dans une activité adaptée.

D'autre part, la relation entre la pathologie psychiatrique et la situation sociale de l'assuré n'était pas déterminante puisque l'état dépressif s'était déclaré en 1996 déjà, bien avant que les difficultés socioprofessionnelles se fussent installées. On pouvait néanmoins admettre une fragilisation de l'assuré du fait de ces circonstances.

22. Dans un rapport médical établi le 14 janvier 2009, le SMR a déclaré considérer que l'assuré était dans l'incapacité totale d'exercer la profession de parqueteur depuis 2001. Sa capacité d'exercer une activité adaptée à ses limitations, savoir l'exposition aux pollens, aux poussières et aux colles, le port de charges de plus de cinq kilogrammes avec le membre supérieur gauche, l'élévation et l'abduction de l'épaule au-dessus de l'horizontale, était cependant entière depuis lors.
23. Selon l'avis émis par la Permanence de réadaptation le 24 février 2009, les orientations retenues le 1<sup>er</sup> juin 2005 qui ne nécessitaient pas de formation particulière étaient toujours valables, de sorte que des mesures d'orientation professionnelles ne se justifiaient pas.
24. Suite à un projet du 2 mars 2009 demeuré incontesté, l'OCAI a, par décision du 23 avril, notifiée le 28 avril 2009, nié le droit de l'assuré au versement d'une rente, motif pris de l'insuffisance du taux d'invalidité, établi à 20%.
25. Par acte déposé à l'office postal le 28 mai 2009, l'assuré a interjeté recours contre ladite décision et conclu, avec suite de dépens, à son annulation et à ce qu'il soit dit qu'il a droit à une rente entière d'invalidité.

À l'appui de ses conclusions, le recourant fait en substance valoir qu'il souffre de divers troubles, tant sur le plan physique que sur le plan psychique, et notamment d'un état dépressif dont l'épisode est actuellement grave. À cet égard, l'appréciation du docteur L\_\_\_\_\_, selon laquelle il s'agirait d'une simple dysthymie, trouble sans sévérité, ne saurait être suivie, comme le montraient les observations que le docteur G\_\_\_\_\_ avait faites à ce propos le 20 mai 2009, ainsi libellées :

« 1) Diagnostics : Je ne suis pas d'accord avec les conclusions de l'expert, à savoir qu'actuellement le trouble dépressif est en rémission et ce depuis 1996. Je connais ce patient depuis septembre 2006 et j'ai d[e]puis constaté et diagnostiqué le trouble de l'humeur dont il est atteint, à savoir une dépression récurrente liée aux problèmes de santé, essentiellement les céphalées et de la sphère ORL. J'ai décrit tout cel[a] dans mon rapport initial à l'AI le 29.2.08. À l'époque, l'épisode me paraissait moyen mais l'évolution ne fut pas favorable et actuellement l'on peut parler d'épisode grave.

En effet, j'ai constaté encore tout récemment le tableau typique de la dépression, à savoir de la tristesse, du découragement, de la fatigue avec fatigabilité, il est incapable

de produire un effort continu, genre activité professionnelle. Ce qui explique aisément les problèmes rencontrés lors de l'essai de réadaptation professionnelle et non pas une quel[ ]conque altercation avec un chef, comme le prétend l'expert.

Les céphalées inc[e]ssantes le torturent. Il est devenu très sensible aux bruits. Il ne les supporte pas. Il devient irritable, intolérant, cherche à fuir[ ]. Impossible donc de pouvoir travailler dans ces conditions, dans n'importe quelle profession.

L'on remarque aussi aisément cette baisse de l'élan vital qui caract[é]rise la dépression, de même que l'aboulie, ce dont l'expert ne fait nullement mention. Ce tableau clinique a aussi été constaté par les médecins de la clinique de Montana, en novembre 2006.

Pour ces raisons, je maintiens mon diagnostic de trouble dépressif récurrent, épisode act[uel] sévère. Ce trouble résiste aux traitements de même que la pathologie ORL et [les] céphalées (constaté aussi par les spécialistes consultés).

2) Pronostic et capacité de travail. Je ne suis pas d'accord avec l'expert qui prétend que la capacité de travail est totale. C'est un non[-]sens qui ne tient pas compte de la réalité clinique du patient.

Le pronostic est défavorable compte tenu de la résistance des maladies aux traitements et leur évolution défavorable. Par conséquent, en l'état actuel de nos connaissances et capacités médicales, l'on ne peut améliorer l'état de santé de ce patient, ni même le soulager valablement. Le déclarer apte au travail totalement et inconditionnellement est un non[-]sens et en plus une injustice face à quel[qu']un qui souffre. »

26. Par lettre du 25 juin 2009, l'intimé a déclaré conclure au rejet du recours. Son argumentation sera reprise plus avant dans la mesure utile.

L'OCAI a en outre produit un avis médical établi le 15 juin 2009 par le SMR, dont il ressort notamment que l'avis discordant du médecin traitant en ce qui concerne le diagnostic, la persistance et l'intensité du trouble psychiatrique étaient connues de l'expert puisque celui-ci avait à disposition les rapports établis antérieurement par le docteur G\_\_\_\_\_ et en avait tenu compte dans son appréciation. Partant, l'avis du 20 mai 2009 ne remettait pas en question l'évaluation réalisée précédemment.

27. Sur quoi, la cause a été gardée à juger, ce dont les parties ont été informées par lettres du 6 juillet 2009.

### **EN DROIT**

1. Conformément à l'art. 56V al. 1<sup>er</sup> let. a ch. 2 de la loi genevoise du 22 novembre 1941 sur l'organisation judiciaire, le Tribunal cantonal des assurances sociales connaît en instance unique des contestations prévues à l'art. 56 de la loi fédérale du 6 octobre 2000 sur la partie générale du droit des assurances sociales (LPGA ; RS 830.1) qui sont relatives à la loi fédérale du 19 juin 1959 sur l'assurance-invalidité (LAI ; RS 831.20).

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

2. La LPGA, entrée en vigueur le 1<sup>er</sup> janvier 2003, est applicable à la présente procédure.

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, 129 V 4 consid. 1.2, 127 V 467 consid. 1, 126 V 136 consid. 4b et les références citées). En particulier, les dispositions de la nouvelle du 21 mars 2003 modifiant la LAI (4<sup>e</sup> révision), entrées en vigueur le 1<sup>er</sup> janvier 2004 (RO 2003 3852), et celles de la nouvelle du 6 octobre 2006 (5<sup>e</sup> révision), entrées en vigueur le 1<sup>er</sup> janvier 2008, sont régies par ce principe.

3. Interjeté dans les forme et délai prévus par la loi (art. 38 et 56 ss LPGA), le recours déposé à l'office postal le 28 mai 2009 conformément à l'art. 39 al. 1<sup>er</sup> LPGA est recevable.
4. Le litige porte sur le droit du recourant au versement d'une rente d'invalidité, motif pris de l'aggravation de son état de santé.
5. En vertu de l'art. 28 al. 2 LAI, dans sa teneur en vigueur depuis le 1<sup>er</sup> janvier 2008, l'assuré a droit à une rente entière s'il est invalide à 70% au moins, à 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.

Selon l'art. 17 al. 1<sup>er</sup> LPGA, si le taux d'invalidité du bénéficiaire de la rente subit une modification notable, la rente est, d'office ou sur demande, révisée pour l'avenir, à savoir augmentée ou réduite en conséquence, ou encore supprimée.

Le point de savoir si un changement notable des circonstances s'est produit doit être tranché en comparant les faits tels qu'ils se présentaient au moment de la dernière révision de la rente entrée en force et les circonstances qui régnaient à l'époque de la décision litigieuse. C'est en effet la dernière décision qui repose sur un examen matériel du droit à la rente avec une constatation des faits pertinents, une appréciation des preuves et une comparaison des revenus conformes au droit qui constitue le point de départ temporel pour l'examen d'une modification du degré d'invalidité lors d'une nouvelle révision de la rente (ATF 133 V 108 consid. 5).

Tout changement important des circonstances propre à influencer le degré d'invalidité, et donc le droit à la rente, peut motiver une révision selon l'art. 17 LPGA. La rente peut être révisée non seulement en cas de modification sensible de l'état de santé, mais aussi lorsque celui-ci est resté en soi le même, mais que ses conséquences sur la capacité de gain ont subi un changement important (cf. ATF 130 V 343 consid. 3.5).

Pour le surplus, un motif de révision au sens de l'art. 17 LPGA doit clairement ressortir du dossier ; la réglementation sur la révision ne saurait en effet constituer un fondement juridique à un réexamen sans condition du droit à la rente (ATFA non publié du 13 juillet 2006, I 406/05, consid. 4.1 et les références).

En l'espèce, la dernière décision qui reposait sur un examen matériel du droit à la rente conforme aux prescriptions qui viennent d'être rappelées a été rendue par l'OCAI le 2 juin 2006, de sorte qu'il convient d'examiner la question de savoir si un changement notable des circonstances s'est produit entre cette date et le 23 avril 2009, les faits survenus postérieurement devant cependant être pris en considération s'ils sont étroitement liés à l'objet du litige et de nature à influencer l'appréciation au moment où la décision attaquée a été rendue.

À cet égard, il apparaît que les avis exprimés par les docteurs L\_\_\_\_\_ et G\_\_\_\_\_ diffèrent quant à la nature et aux conséquences des troubles psychiques constatés, de sorte qu'il convient d'en examiner brièvement les mérites respectifs.

6. En cas de rapports médicaux contradictoires, le juge ne peut en effet 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. À cet égard, il convient 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 du médecin 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 351 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 lui (ATF 125 V 351 consid. 3b/bb et cc).

Le juge peut en outre accorder pleine valeur probante aux rapports et expertises établis par les médecins des assureurs (ou de l'administration) 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 (ou à l'administration) 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 (ATF 125 V 351 consid. 3b/ee ; ATFA non publié du 13 mars 2000, I 592/99, consid. b/ee).

Dans le cas d'espèce, il apparaît qu'au regard des principes qui viennent d'être rappelés seul le rapport d'expertise établi par les docteurs I\_\_\_\_\_, J\_\_\_\_\_, K\_\_\_\_\_ et L\_\_\_\_\_ le 14 novembre 2008 remplit les conditions de forme et de fond posées par la jurisprudence pour en admettre la pleine valeur probante.

L'expertise conduite par ces praticiens se fonde notamment sur des examens physiques et psychiques étendus, sur une anamnèse personnelle, professionnelle et sociale détaillée, sur les plaintes exprimées par le recourant et sur une description soigneuse des interférences médicales. En particulier, il apparaît que le docteur L\_\_\_\_\_ a fondé son appréciation en prenant en considération l'ensemble des avis médicaux exprimés jusqu'alors par ses confrères, notamment ceux des autres experts et du docteur G\_\_\_\_\_, et qu'il a rassemblé des informations anamnestiques nouvelles, pertinentes et convaincantes. Le rapport d'expertise interdisciplinaire offre ainsi une appréciation d'ensemble cohérente et digne de foi.

En revanche, les rapports médicaux établis les 29 février et 18 avril 2008, de même que les explications fournies le 20 mai 2009 par le docteur G\_\_\_\_\_ ne présentent pas les mêmes garanties. En particulier, ce praticien s'est borné à déclarer que l'incapacité de travail de son patient était totale depuis 1996 et que l'état de santé de celui-ci s'était encore aggravé en 2008, sans expliquer à aucun moment en quoi ses constatations devraient avoir de telles conséquences.

C'est en effet en vain que l'on chercherait, dans l'appréciation de ce praticien, le résultat de constatations qui déborderaient le cadre étroit d'une brève anamnèse ou du comportement de son patient, dont le dossier médical fournit pourtant de nombreux exemples d'attitudes démonstratives. On peine également à comprendre pourquoi le docteur G\_\_\_\_\_ semble s'être satisfait, au vu des plaintes constantes du recourant et d'une pathologie qui, à son avis, est totalement invalidante depuis treize ans, d'un suivi thérapeutique pour le moins sommaire et de prescriptions médicamenteuses dont il reconnaît n'avoir même jamais contrôlé le respect.

Au vu de ce qui précède, il convient de retenir que, faute d'une motivation convaincante, les avis du docteur G\_\_\_\_\_ doivent se voir accorder une moindre valeur probante. En conséquence, le Tribunal fera siennes les conclusions d'ordre médical établies par les experts en cas de contestation.

7. En vertu de l'art. 28 al. 1<sup>er</sup> LAI, dans sa teneur en vigueur depuis le 1<sup>er</sup> janvier 2008, l'assuré a droit à une rente d'invalidité aux conditions suivantes : sa capacité de gain ou sa capacité d'accomplir ses travaux habituels ne peut pas être rétablie, maintenue ou améliorée par des mesures de réadaptation raisonnablement exigibles (let. a) ; il a présenté une incapacité de travail (art. 6 LPGA) d'au moins 40% en

---

moyenne durant une année sans interruption notable (let. b) ; au terme de cette année, il est invalide (art. 8 LPGA) à 40% au moins (let. c).

Aux termes de l'art. 8 al. 1<sup>er</sup> LPGA, est réputée invalidité l'incapacité de gain totale ou partielle qui est présumée permanente ou de longue durée. Selon l'art. 4 al. 1<sup>er</sup> LAI, l'invalidité peut résulter d'une infirmité congénitale, d'une maladie ou d'un accident.

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 ou mentale et qu'elle persiste après les traitements et les mesures de réadaptation exigibles (art. 7 al. 1<sup>er</sup> LPGA).

La notion d'invalidité, au sens du droit des assurances sociales, est donc 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).

Cela étant, les atteintes à la santé psychique peuvent, comme les atteintes physiques, entraîner une invalidité au sens de l'art. 4 al. 1<sup>er</sup> LAI. On ne considère cependant 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 (ATF 102 V 165 ; VSI 2001 p. 224 consid. 2b et les références ; cf. aussi ATF 127 V 294 consid. 4c *in fine*).

De même, si les limitations liées à l'exercice d'une activité résultent d'une exagération des symptômes ou d'une constellation semblable, on conclura, en règle ordinaire, à l'absence d'une atteinte à la santé ouvrant le droit à des prestations d'assurance. Au nombre des situations envisagées figurent la discordance entre les douleurs décrites et le comportement observé, l'allégation d'intenses douleurs dont les caractéristiques demeurent vagues, l'absence de demande de soins, les grandes divergences entre les informations fournies par le patient et celles ressortant de l'anamnèse, le fait que des plaintes très démonstratives laissent insensible l'expert, ainsi que l'allégation de lourds handicaps malgré un environnement psychosocial intact (voir KOPP/WILLI/KLIPSTEIN, Im Graubereich zwischen Körper, Psyche und sozialen Schwierigkeiten, *in* : Schweizerische Medizinische Wochenschrift 1997, p. 1434, avec référence à une étude approfondie de WINCKLER et FOERSTER ; voir sur l'ensemble du sujet ATF 131 V 49).

Par ailleurs, s'agissant des troubles dépressifs, il y a lieu d'observer que selon la doctrine médicale (cf. notamment DILLING/MOMBOUR/SCHMIDT [Hrsg.], Internationale Klassifikation psychischer Störungen, ICD-10 Kapitel V [F], 4<sup>e</sup> édition, p. 191) sur laquelle s'appuie le Tribunal fédéral, les états dépressifs ne

constituent en principe pas une comorbidité psychiatrique grave et durable à un trouble somatomorphe douloureux, dans la mesure où ils ne sont en règle générale qu'une manifestation réactive ne devant pas faire l'objet d'un diagnostic séparé (ATF 130 V 352 consid. 3.3.1 *in fine* ; MEYER/BLASER, *op. cit.* p. 81, note 135).

Il sied encore de rappeler que l'art. 7 al. 1<sup>er</sup> LAI, dans sa teneur en vigueur depuis le 1<sup>er</sup> janvier 2008, prévoit notamment que l'assuré doit entreprendre tout ce qui peut être raisonnablement exigé de lui pour réduire la durée et l'étendue de l'incapacité de travail. De ce devoir général découle en particulier le principe de la primauté de la réadaptation sur la rente, ancré à l'art. 28 al. 1<sup>er</sup> let. a LAI précité, selon lequel un assuré n'a pas droit à tout ou partie d'une rente lorsqu'il serait en mesure, au besoin en changeant de profession, d'obtenir un revenu en mettant à profit sa capacité résiduelle de travail (sur le principe général du droit des assurances sociales, voir ATF 117 V 275 consid. 2 et les références).

8. En l'espèce, les diagnostics de troubles dégénératifs cervicaux modérés, de rhino-conjonctivite allergique saisonnière, de périarthrite scapulo-humérale, de sinusite chronique, d'hypertension artérielle et de céphalées de tension ne sont pas contestés, pas plus que l'absence de répercussion de ces troubles sur la capacité de travail du recourant dans une activité adaptée. Il n'y a donc pas lieu d'y revenir.

S'agissant des troubles psychiques, force est de constater que rien n'indique que, depuis le 2 juin 2006, l'état de santé du recourant ait connu une aggravation significative telle que celui-ci serait désormais privé des ressources nécessaires pour vaincre les douleurs dont il se plaint.

En particulier, les experts ont constaté, comme leurs confrères quelques années plus tôt et comme les docteurs F\_\_\_\_\_ et H\_\_\_\_\_ par la suite, une discordance manifeste entre les douleurs décrites et le comportement observé. Comme évoqué plus haut en effet, il apparaît que le recourant, tout en se plaignant de céphalées chroniques dont l'intensité ne fait que croître jusqu'au paroxysme en fin de journée (la douleur étant alors évaluée à 10/10), n'est demandeur ni d'antalgiques plus puissants que le Dafalgan ou l'Aspégic, qu'il s'administre deux fois par semaine, ni de traitements alternatifs à ceux qu'il prétend avoir vu échouer, psychothérapeutiques ou médicamenteux. L'on relèvera en outre que les examens sanguins conduits par les experts n'ont pas confirmé la prise de tous les médicaments prescrits, loin s'en faut.

Dans ces conditions, même à admettre l'existence d'affections corporelles chroniques, d'un processus maladif s'étendant sur plusieurs années ou d'un état psychique cristallisé résultant par exemple d'un profit tiré de la maladie, rien n'indique que les traitements préconisés par les différents médecins consultés ont été prodigués conformément aux règles de l'art, et encore moins qu'ils auraient échoué.

On ne doit pas non plus perdre de vue que l'échec des mesures de réadaptation entreprises en 2002 et abandonnées en 2003 n'avait pas été mis sur le compte d'une dégradation de l'état de santé du recourant mais, selon l'explication fournie alors par le docteur A\_\_\_\_\_, du caractère anxiogène de l'informatique.

De même, les mesures d'orientation professionnelle, mises en œuvre en 2005 et dont les résultats sont encore partiellement valables aujourd'hui, n'ont pas été concrétisées en raison de considérations largement étrangères aux limitations fonctionnelles constatées depuis lors.

Au vu de ce qui précède, il apparaît qu'un changement notable des circonstances susceptibles d'influer sur le degré d'invalidité du recourant entre le mois de juin 2006 et le mois d'avril 2009 ne ressort pas clairement du dossier et qu'il ne pourrait guère être établi par d'autres mesures d'instruction. Pour le surplus, il n'a nullement été établi, au degré de vraisemblance exigé en matière d'assurances sociales, que le recourant a présenté une incapacité de travail d'au moins 40% en moyenne durant une année sans interruption notable, et que sa capacité de gain ne peut pas être rétablie, maintenue ou améliorée par des mesures de réadaptation telles que celles qui lui ont déjà été proposées.

Les conditions d'une révision pour l'avenir de la décision du 2 juin 2006 et les conditions de l'art. 28 al. 1<sup>er</sup> LAI précité ne sont donc pas réalisées. Partant, c'est à bon droit que l'OCAI a, par sa décision du 23 avril 2009, nié le droit du recourant au versement d'une rente d'invalidité.

Le recours devra par conséquent être rejeté.

9. Enfin, le recourant n'ayant pas obtenu gain de cause, il n'a pas droit au remboursement de ses dépens (art. 61 let. g LPGA, *a contrario*).

Pour le surplus, l'émolument prévu par l'art. 69 al. 1<sup>bis</sup> LAI, arrêté à 200 fr. sera mis à sa charge.

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

**Statuant**

**À la forme :**

1. Déclare le recours recevable.

**Au fond :**

2. Le rejette.
3. Met un émolument de 200 fr. à la charge du recourant.
4. Informe les parties 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 du 17 juin 2005 sur le Tribunal fédéral (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

Brigitte BABEL

Isabelle DUBOIS

Le secrétaire-juriste :            Olivier TSCHERRIG

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