

REPUBLIQUE ET



CANTON DE GENEVE

POUVOIR JUDICIAIRE

A/2284/2008

ATAS/1171/2010

**ARRET**

**DU TRIBUNAL CANTONAL DES  
ASSURANCES SOCIALES**

**Chambre 3**

**du 18 novembre 2010**

En la cause

Monsieur F \_\_\_\_\_, domicilié à Genève, comparant avec  
élection de domicile en l'étude de Maître Iana MOGOUTINE  
CASTIGLIONI

recourant

contre

OFFICE DE L'ASSURANCE-INVALIDITE DU CANTON DE  
GENEVE, sis rue de Lyon 97, Genève

intimé

**Siégeant : Karine STECK, Présidente; Christine LUZZATTO et Violaine LANDRY  
ORSAT, Juges assesseurs**

---

### **EN FAIT**

1. Monsieur I F \_\_\_\_\_ (ci-après l'assuré), ressortissant espagnol, a exercé la à d'architecte jusqu'à la résiliation de son contrat de travail en février 2005, intervenue suite à une restructuration de l'entreprise. Il a été indemnisé par l'assurance-chômage dès le 1<sup>er</sup> décembre 2005.
2. Le Dr L \_\_\_\_\_, spécialiste FMH en médecine interne et médecin-conseil de l'Office cantonal de l'emploi (OCE), a attesté d'une incapacité de travail totale de l'assuré dès le 15 mai 2006, en précisant que l'intéressé serait en mesure de reprendre son activité professionnelle après sa guérison.
3. Dans un rapport d'hospitalisation du 24 mai 2006, le Dr M \_\_\_\_\_, du Service de dermatologie des HÔPITAUX UNIVERSITAIRES DE GENEVE (HUG), a retenu à titre de diagnostic principal un érythème scarlatiniforme desquamatif récidivant (ESDR). Il a également mentionné : une hypertension artérielle avec rétinopathie hypertensive de stade I, kyste et angiome au segment II hépatique, un tabagisme actif avec broncho-pneumopathie chronique obstructive, une dyslipidémie, un status post opération pour kyste dermoïde sacral, une hernie cervicale et un status post probable infection urinaire en juillet 2004.
4. Le 30 juin 2006, l'assuré a déposé une demande de rente auprès de l'Office cantonal d'assurance-invalidité (ci-après OAI) en invoquant l'ESDR dont étaient affectés ses doigts de mains et de pieds et d'autres parties du corps depuis 2004. L'assuré a précisé que sa maladie avait entraîné plusieurs hospitalisations depuis janvier 2005 et nécessitait deux à trois consultations hebdomadaires auprès du Service de dermatologie des HUG. La maladie avait pour conséquences des problèmes au toucher et des douleurs permanentes.
5. Le Dr N \_\_\_\_\_, spécialiste FMH en rhumatologie, a relaté dans un rapport établi le 7 août 2006 que l'assuré avait déclaré souffrir depuis 2004 de dorso-lombalgies, de cervicalgies et de douleurs des poignets, des doigts et de la face interne du coude droit s'intensifiant la nuit. A l'examen clinique, le rhumatologue avait constaté l'existence d'un point de fibromyalgie douloureux (sur dix-huit) et une mobilité cervicale non limitée mais avec mobilisation sensible. Les apophyses épineuses C4 à C6 étaient douloureuses à la palpation. La musculature paracervicale gauche et droite en regard des vertèbres C4 à C6 était douloureuse, sans contracture. La mobilité dorso-lombaire n'était pas limitée. La mobilisation lombaire était sensible dans toutes les directions. Les apophyses épineuses de L5 et S1 et la charnière dorso-lombaire étaient douloureuses à la palpation. La musculature paravertébrale était souple et indolore. Les articulations sacro-iliaques n'étaient pas douloureuses, et il n'y avait pas de limitation de l'amplitude articulaire, ni de tuméfaction des articulations périphériques. Les poignets et les articulations interphalangiennes proximales et distales étaient douloureux à la palpation des deux

côtés. Tous les signes d'une épitrochléite du coude droit étant présents, le Dr N\_\_\_\_\_ avait procédé à son infiltration.

Le rapport d'interprétation d'une imagerie par résonance magnétique (IRM) dorso-lombaire effectuée le 18 avril 2006 décrivait de légères discopathies L4-L5 et L5-S1 avec une légère arthrose inter-apophysaire postérieure.

Les rapports d'interprétation des radiographies des mains et des pieds du 18 avril 2006 révélaient une arthrose interphalangienne distale, prédominant sur le 5<sup>ème</sup> rayon droit ainsi qu'un discret *hallux valgus* bilatéral, prédominant à droite.

L'électroneuromyographe des membres inférieur et supérieur gauches était normal, sans signe de polyneuropathie.

Le Dr N\_\_\_\_\_ a précisé qu'il ne pouvait proposer de diagnostic rhumatologique pour expliquer les douleurs de l'assuré, mais qu'il ne pouvait exclure un lien entre sa maladie dermatologique et les manifestations ostéoarticulaires. Il a relevé que l'ESDR était une maladie très rare ayant peu fait l'objet d'articles. Selon lui, il ne semblait pas y avoir d'association classique entre cette maladie et des polyarthralgies, bien qu'une publication en fasse état chez un sujet. Les douleurs étaient plutôt de caractéristique inflammatoire. Un syndrome somatoforme douloureux était possible, mais l'efficacité antalgique des patches de Durogesic® constatée chez l'assuré était atypique d'une telle pathologie, dans laquelle les traitements médicamenteux étaient habituellement inefficaces.

Le Dr N\_\_\_\_\_ a suggéré la mise sur pied d'un test à la Prednisone®, suivi d'un traitement d'immunomodulation en cas de succès.

6. Dans son rapport du 17 août 2006, le Dr O\_\_\_\_\_, spécialiste FMH en médecine interne et médecin traitant de l'assuré, a posé les diagnostics d'ESDR et de douleurs musculaires généralisées, en précisant que ces atteintes, présentes depuis 2004, avaient des répercussions sur la capacité de travail de son patient. L'étiologie, l'évolution et la symptomatologie de l'affection dermatologique dont ce dernier était atteint étant peu connues, le médecin préconisait un examen complémentaire afin d'en déterminer l'impact sur la capacité de travail de l'intéressé.

Le médecin traitant a également mentionné, tout en précisant qu'ils étaient sans incidence sur la capacité de travail de son patient : un état dépressif réactionnel depuis mai 2006, une hypertension artérielle et de l'hypercholestérolémie.

Le Dr O\_\_\_\_\_ a attesté des incapacités de travail suivantes : 100% du 20 mai au 28 août 2005, 50% du 29 août au 31 décembre 2005, 100% du 1<sup>er</sup> janvier au 9 mai 2006, 50 % du 10 au 31 mai 2006 et à nouveau 100 % depuis le 1<sup>er</sup> juin 2006.

Le patient se plaignait de douleurs au niveau de la paume des mains et de la plante des pieds, avec une sensation de chaleur et une légère desquamation, ainsi que de douleurs musculo-squelettiques généralisées fluctuantes.

Objectivement, le médecin avait pu constater l'existence d'un point de fibromyalgie douloureux positif sur dix-huit, une mobilité cervicale conservée, des apophyses épineuses C4 à C6 douloureuses à la palpation et une musculature para-cervicale douloureuse mais sans nette contracture. La colonne lombaire était sensible, avec des apophyses épineuses L4-L5 douloureuses ainsi qu'une charnière dorso-lombaire sensible à la palpation. La palpation des articulations de tous les doigts était douloureuse des deux côtés.

Le médecin traitant a qualifié l'état de santé de son patient de stationnaire et précisé qu'à son avis, sa capacité de travail ne pouvait être améliorée par des mesures médicales et que des mesures professionnelles n'étaient pas indiquées.

Questionné sur une éventuelle réinsertion professionnelle, le Dr O\_\_\_\_\_ a précisé que les répercussions sur la capacité de travail de l'assuré fluctuaient. Selon lui, une diminution du rendement était prévisible en raison des douleurs. Le pronostic quant à la possibilité d'exercer une activité professionnelle dépendait de l'évolution de la maladie et était délicat. Le médecin a recommandé d'éviter de conserver la position debout plus de deux heures par jour, les positions à genoux ou accroupie, les inclinaisons du buste, le port ou déplacement de charges de plus de 10 kg, les mouvements des membres ou du dos et le travail en hauteur. Il a qualifié la motivation de son patient pour une reprise du travail de partielle, selon les douleurs, et le risque d'absentéisme de moyen.

7. Dans son rapport du 13 octobre 2006, le Pr P\_\_\_\_\_, du Service de dermatologie des HUG, a confirmé le diagnostic d'ESDR aux mains et aux pieds. Le médecin a émis l'avis que cette affection était sans répercussion sur la capacité de travail de l'assuré. Il a précisé que l'ESDR dont souffrait ce dernier était discret. Quant aux douleurs articulaires dont se plaignait l'assuré, le médecin a souligné la grande discrétion existant entre les plaintes subjectives du patient et les constatations objectives des médecins. Selon lui, le pronostic était délicat à poser.
8. Le 21 décembre 2006, l'assuré a été réexaminé par le Dr N\_\_\_\_\_. Ce dernier a indiqué que les radiographies des mains et des pieds apparaissaient normales et que celles du thorax montraient une réaction pleurale au niveau de la grande scissure sur le cliché de profil, qui devrait faire l'objet d'un nouveau contrôle. Le Dr N\_\_\_\_\_ a relevé que, devant l'intensité des douleurs articulaires et des sensations de brûlure cutanée dont se plaignait l'assuré, le traitement à la Prednisone® avait été augmenté, mais ne pourrait être maintenu sur le long terme. Le médecin a évoqué une possible connectivité de type lupus

érythémateux systémique. Selon lui, pouvait également se poser la question d'une atteinte para-néoplasique.

9. Le 23 janvier 2007, le Dr N\_\_\_\_\_ a indiqué que la modification du traitement médicamenteux administré au patient avait été plutôt favorable : Les douleurs au niveau des doigts avaient disparu et les douleurs neurogènes persistant sur la face externe de la cuisse droite et du genou droit étaient tolérables. Les lésions cutanées au niveau des orteils persistaient. Le patient se plaignait d'une importante asthénie.
10. Le dossier de l'assuré a été soumis au Dr Q\_\_\_\_\_, spécialiste FMH en médecine générale et médecin auprès du Service médical régional de l'assurance-invalidité (SMR) qui, le 6 mars 2007, se réfant au rapport du Prof. P\_\_\_\_\_, a émis l'avis qu'il n'existait aucun motif médical justifiant une incapacité de travail.
11. Le 28 mars 2007, l'OAI a adressé à l'assuré un projet de décision dont il ressortait qu'il se proposait de nier le droit de l'intéressé aux prestations de l'assurance-invalidité.
12. Par courrier du 12 avril 2007, l'assuré a contesté ce projet en alléguant que sa situation financière était extrêmement précaire puisque l'OCE ne lui versait plus d'indemnités depuis janvier 2007, que sa maladie entraînait l'obligation de subir des traitements et des séances aux HUG trois fois par semaine, et qu'il devait se soumettre à un traitement médicamenteux lourd.
13. Le 13 juin 2007, le Dr Q\_\_\_\_\_, se référant aux certificats du Dr N\_\_\_\_\_ des 21 décembre 2006 et 23 janvier 2007, a constaté que le rhumatologue avait exclu tout syndrome inflammatoire et noté l'effet favorable du traitement. Le Dr Q\_\_\_\_\_ a émis l'avis que si le problème rhumatologique avait certes pu entraîner une incapacité de travail transitoire, celle-ci n'avait duré que quelques mois tout au plus. Il a donc persisté dans ses conclusions précédentes, tout en demandant des éclaircissements sur les traitements tri-hebdomadaires de l'assuré aux HUG.
14. Le Dr R\_\_\_\_\_, médecin adjoint du Service de dermatologie des HUG, a expliqué à l'OAI que la nécessité pour l'assuré de se rendre aux HUG trois fois par semaine était dictée par un traitement photothérapeutique.
15. Le 4 juillet 2007, l'assuré a informé l'OAI que sa fille rencontrait elle-même de graves problèmes de santé et devait compter sur son assistance pendant sa convalescence. A l'appui de ses dires, il a produit des certificats médicaux attestant du fait que sa fille avait subi une intervention chirurgicale cardiaque en juin 2007 et qu'une réadaptation cardio-vasculaire de deux à trois semaines devrait être entreprise à sa sortie d'hôpital.

16. Le dossier de l'assuré a été soumis une nouvelle fois au SMR, plus particulièrement au Dr S \_\_\_\_\_, spécialiste FMH en médecine interne. Le 11 octobre 2007, celui-ci a souligné que les difficultés dont faisait état l'assuré dans ses derniers courriers, pour dramatiques qu'elles soient, ne relevaient pas de l'assurance-invalidité. Il a suggéré de demander au Dr N \_\_\_\_\_ d'évaluer la capacité de travail de l'assuré; l'avis de ce médecin était selon lui primordial puisqu'il suivait régulièrement l'assuré.
17. L'assuré a fait parvenir à l'OAI son carnet de suivi photothérapeutique par pli du 24 octobre 2007.
18. Le 4 novembre 2007, le Dr N \_\_\_\_\_ a établi à l'attention de l'OAI un rapport dans lequel il a retenu, à titre de diagnostics ayant une répercussion sur la capacité de travail de son patient : une connectivite indifférenciée/inclassable et un ESDR existant depuis 2004.

Le médecin a également mentionné, tout en précisant qu'elles étaient sans incidence sur la capacité de travail, une hyperlipidémie et une hypertension artérielle.

S'agissant la capacité de travail de l'assuré, le Dr N \_\_\_\_\_ a souligné que celui-ci ne travaillait plus depuis 2005. Il a également relevé que son état de santé s'améliorait. Selon lui, des mesures professionnelles étaient indiquées, et un examen médical complémentaire était nécessaire.

Le Dr N \_\_\_\_\_ a mentionné une récurrence de douleurs polyarticulaires affectant surtout les mains et les pieds avec démangeaison cutanée en 2005, mais sans tuméfaction articulaire. Il a expliqué que les douleurs avaient certaines caractéristiques de type inflammatoire et avaient disparu avec des doses moyennes de Prednisone®, ce qui avait conduit à un traitement de Methrotraxte®, lequel avait permis un meilleur contrôle des arthralgies. Émettre un pronostic était difficile mais l'évolution avait été en partie favorable grâce au traitement.

19. D'une note établie le 18 janvier 2009, par le Dr S \_\_\_\_\_ suite à un entretien téléphonique avec le Dr N \_\_\_\_\_, il ressort que ce dernier n'a pas souhaité se prononcer sur la capacité de travail de l'assuré afin de préserver l'alliance thérapeutique et qu'il a préconisé la mise en œuvre d'une expertise.
20. Le Dr O \_\_\_\_\_ a précisé au Dr S \_\_\_\_\_ par téléphone du même jour que l'assuré n'était pas suivi par un psychiatre et ne recevait aucun traitement psychotrope. Le médecin traitant de l'assuré a qualifié d'excellente l'évolution de ce dernier sur le plan psychique.
21. Le Dr T \_\_\_\_\_, spécialiste FMH en rhumatologie et médecine interne et médecin au SMR, a reçu l'assuré le 8 février 2008. Il a établi l'anamnèse de

l'intéressé, s'est entretenu avec lui, a analysé son dossier radiologique et a procédé à un examen clinique.

Le médecin a relaté que l'assuré se plaignait d'accès de rougeurs au niveau du visage (particulièrement au niveau des pommettes et de la région péri-oculaire, accompagnés de démangeaisons pouvant durer vingt à trente minutes), d'un gonflement des articulations (particulièrement aux pieds, gênant l'assuré au moment de se chausser), de douleurs articulaires migrantes (présentes notamment dans la région cervicale et au niveau dorsolombaire), de cervicalgies limitant la position assise à 1h30, de talalgies et douleurs généralisées limitant la position debout à 1h30 et le périmètre de marche à 1h30-2h00, de réveils nocturnes en raison de douleurs de la face externe du genou droit accompagnées d'une sensation de brûlure et d'une impression de cloque et d'un dérouillage matinal rachidien de quinze minutes. L'assuré qualifiait les douleurs de supportables mais alléguait être très fatigué, au point de ne pouvoir reprendre une activité.

Le Dr T\_\_\_\_\_ a constaté que le status de l'assuré était plutôt rassurant aux plans cutané et rhumatologique. Du point de vue dermatologique, le médecin a noté un léger érythème des mains, du visage et de la face antérieure du thorax, avec couperose du visage et télangiectasies du thorax, sans lésion desquamative. S'agissant des articulations périphériques, il n'a constaté la présence d'aucun signe de synovite. La mobilité articulaire était tout à fait conservée. L'assuré présentait de discrets troubles statiques du rachis, mais la mobilité cervicale et lombaire était satisfaisante. Le status neurologique était par ailleurs sans particularité. Les examens radiologiques ne mettaient pas en évidence de lésion inflammatoire des mains ou des pieds et il n'y avait pas de signe de spondyloarthropathie au niveau du rachis. Une IRM dorso-lombaire n'avait mis en évidence que de discrets troubles dégénératifs du rachis lombaire.

Le Dr T\_\_\_\_\_ en a conclu qu'il existait une très grande discordance entre les plaintes de l'assuré et les données objectives, mais qu'une fibromyalgie pouvait être exclue, l'assuré ne présentant que deux points typiques de fibromyalgie sur seize.

Il a finalement retenu à titre de diagnostic ayant une répercussions sur la capacité de travail une possible connectivite indifférenciée débutante (M 35.9). Quant aux autres (érythème scarlatiniforme desquamatif récidivant, hyperlipidémie, hypertension artérielle et discrets troubles statiques et dégénératifs du rachis), il a estimé qu'ils étaient sans incidence à cet égard.

Le Dr T\_\_\_\_\_ a conclu à une incapacité de travail de 30 % tout au plus depuis le 20 mai 2005, avant tout en raison de la fatigue alléguée par l'assuré et pouvant résulter de la connectivite indifférenciée, de la médication ou de l'affection cutanée. La capacité résiduelle de travail était donc de 70 % dans la profession

d'architecte ou d'agent technico-commercial ainsi que dans toute autre activité adaptée.

22. Le 5 juin 2008, l'OAI a rendu une décision aux termes de laquelle il a nié le droit de l'assuré aux prestations de l'assurance-invalidité, le degré d'invalidité retenu - 30 % - étant insuffisant pour ouvrir droit à une rente et un reclassement n'étant pas nécessaire pour améliorer la capacité de gain, évaluée à 70 % dans tous les domaines. L'OAI a cependant indiqué à l'assuré qu'il pourrait, sur demande, bénéficier d'une aide au placement.
23. Par acte du 24 juin 2008, l'assuré (ci-après le recourant) a interjeté recours contre la décision de l'OAI (ci-après l'intimé).

Il allègue que son état de santé ne peut être amélioré malgré le traitement intensif auquel il se soumet, que l'atteinte et le traitement engendrent une fatigue telle qu'il a dû renoncer à la conduite, qu'il souffre de démangeaisons, de douleurs, de gonflement des paupières et de larmoiement, qu'on lui a récemment découvert un kyste au niveau du poignet droit et une tache sur le pied droit avec une bosse douloureuse sous la peau.

Il produit à l'appui de son recours un certificat du Dr N\_\_\_\_\_ daté du 19 juin 2008, attestant de douleurs mécaniques au poignet droit et d'un kyste mucoïde polybé. Le Dr N\_\_\_\_\_ y précise que s'il n'a pas d'explication très claire sur l'importante asthénie dont souffre le recourant, la réponse spectaculaire des douleurs au traitement par corticostéroïdes puis au traitement de fond plaide pour une atteinte inflammatoire, mise sur le compte d'une connectivite inclassable.

24. Invité à se déterminer, l'intimé, dans sa réponse du 4 août 2007, a conclu au rejet du recours en se référant à l'avis de la Dresse U\_\_\_\_\_, du SMR.

Cette dernière a émis l'opinion que le certificat du Dr N\_\_\_\_\_ n'amenait pas d'élément nouveau. Elle a par ailleurs souligné que l'atteinte à la santé n'était pas contestée en elle-même, contrairement à la capacité de travail de l'assuré, dont elle a relevé qu'il ne rencontrait aucune limitation fonctionnelle ostéoarticulaire mais uniquement une asthénie diminuant la capacité de travail de 30 %, conformément aux conclusions du Dr T\_\_\_\_\_.

25. Une audience s'est tenue en date du 23 octobre 2008.

A cette occasion, le recourant a expliqué que l'administration de cortisone en 2006 avait atténué ses douleurs et ses problèmes dermatologiques.

Il s'est déclaré incapable d'exercer la moindre activité lucrative en raison de démangeaisons continuelles et terribles sur tout le corps, à l'exception du dos, du fait qu'il lui faut éviter tout contact avec l'eau (qui exacerbe les douleurs) et des

effets secondaires du traitement (tremblement des mains et difficulté à tenir debout).

Le recourant a ajouté qu'il est très affaibli et fatigué et doit souvent recourir aux antidouleurs, le moindre effort étant difficile.

Il a ajouté que, malgré la proposition de son médecin traitant, il a souhaité éviter de prendre des antidépresseurs en raison de la lourdeur de son traitement médicamenteux.

Estimant que l'intimé avait négligé l'aspect dermatologique de son atteinte, le recourant a sollicité l'audition du Prof. P \_\_\_\_\_, dont l'intimé a relevé qu'il avait nié toute incidence du problème dermatologique du recourant sur sa capacité de travail.

26. Une nouvelle audience a eu lieu le 26 mars 2009, lors de laquelle la Dresse V \_\_\_\_\_, médecin au Service de dermatologie des HUG, a été entendue.

Le témoin a expliqué que le recourant a fréquenté le service de dermatologie en 2004 et 2005 pour de multiples symptômes apparus en 2003 et 2004 : brûlures oculaires, photosensibilité, douleurs articulaires, perte de poids, fatigue. Une première hospitalisation a eu lieu au début de l'année 2005.

Le diagnostic de connectivite (inflammation des organes) a été envisagé puis écarté. Le diagnostic de lupus a également été retenu un temps, avant d'être écarté lors d'une deuxième hospitalisation, au profit de celui de dermatose, écarté également par la suite. Une troisième hospitalisation a permis d'arriver à la conclusion que les multiples symptômes présentés par le recourant étaient indépendants les uns des autres et que son cas était très complexe. Les hypothèses étaient les suivantes : les brûlures oculaires seraient le symptôme d'une blépharite dans le cadre d'une rosacée, qui devrait bien répondre au traitement antibiotique. Les douleurs articulaires investiguées par les rhumatologues n'ayant pas révélé d'inflammation des articulations ou de processus dégénératif, les spécialistes ont finalement conclu à un syndrome douloureux chronique qu'ils ont préconisé de traiter par antidépresseurs. Les neurologues et les psychiatres n'ont retenu aucun diagnostic. La photosensibilité dont se plaignait le patient n'avait pu être objectivée lors d'une exposition à des rayons ultraviolets. Une hypotension orthostatique avait été mise en évidence, qui pouvait expliquer les malaises.

En définitive, les symptômes du patient relevaient plus du trouble douloureux chronique et les signes objectifs dermatologiques étaient mineurs par rapport aux douleurs décrites. Le seuil de la douleur du recourant était très abaissé.

S'agissant de la capacité de travail, la dermatologue a précisé que ce point avait été évoqué avec les rhumatologues, plus particulièrement concernés. Dans la mesure où

les articulations étaient mobilisables et indolores à la mobilisation, ils avaient conclu à l'absence de restrictions sur le plan fonctionnel pour l'instant. La divergence entre les plaintes du patient et les constatations objectives restait importante et la douleur difficilement objectivable. Des antidépresseurs venaient d'être introduits, de sorte qu'il était trop tôt pour juger de leur effet. Le traitement instauré par le Dr N\_\_\_\_\_ afin de traiter la suspicion de connectivite avait par ailleurs été modifié, ce diagnostic n'étant finalement pas retenu.

L'assuré a quant à lui réaffirmé être dans l'incapacité d'exercer la moindre activité. Il a précisé que si son travail était consacré à raison de 30% à des tâches administratives et à l'établissement de croquis, il impliquait aussi de se rendre chez les entrepreneurs ou sur les chantiers et de monter sur des échafaudages. En raison de ses problèmes oculaires, il éprouvait de plus des difficultés à lire des plans ou à travailler sur écran, bien que la situation s'améliore un peu sur le plan ophtalmologique.

A l'issue de l'audience, un délai a été imparti à l'intimé afin que celui-ci se détermine sur l'opportunité d'une mesure de reclassement eu égard à l'hypotension orthostatique et aux problèmes oculaires rencontrés par l'assuré.

27. Le 11 mai 2009, l'intimé a relevé que de nombreux architectes sont employés à des tâches purement administratives, que le recourant exerçait avant d'être atteint dans sa santé une activité d'agent technico-commercial compatible avec son état et que la Dresse V\_\_\_\_\_ ayant indiqué que les problèmes ophtalmologiques devraient bien répondre au traitement antibiotique, ceux-ci ne pouvaient être considérés comme invalidants.

Pour le surplus, l'intimé a rappelé qu'il avait proposé à l'assuré de bénéficier de l'aide de son service de placement.

28. Par courrier du 19 juin 2009, l'assuré a persisté dans ses conclusions.

Il fait valoir que ses problèmes oculaires rendent la lecture d'un plan et le travail à l'écran impossibles et que le traitement antibiotique n'a amené aucune amélioration sur ce plan, contrairement au pronostic de la Dresse V\_\_\_\_\_.

Le recourant se dit désireux de réintégrer le monde professionnel, mais ne pouvoir l'envisager en raison de son état de santé et plus particulièrement des vertiges, des nausées et de l'épuisement général qui en sont la conséquence.

A l'appui de ses dires, le recourant a joint un récapitulatif de ses consultations médicales, recensant entre deux et quatre rendez-vous par mois entre janvier et juillet 2009.

29. Par écriture du 29 juin 2009, l'intimé a persisté dans ses conclusions.

30. Le Tribunal de céans a requis du recourant la production d'un certificat médical attestant de l'échec du traitement antibiotique.
31. Par courrier du 10 décembre 2009, le recourant a informé le Tribunal qu'ayant perdu connaissance à la suite d'un malaise à son domicile, il avait subi une fracture de l'humérus. Le recourant a produit un relevé des différentes consultations médicales auxquelles il s'était rendu durant l'année et le certificat établi par le Service des urgences des HUG suite à sa fracture, faisant état d'une fracture fermée de l'humérus consécutive à une chute accidentelle sous l'emprise de l'alcool.
32. Le 8 janvier 2010, le recourant a précisé que de nouveaux rendez-vous étaient prévus au Service d'ophtalmologie des HUG afin de tenter un nouveau traitement par cellules souches; il devait s'administrer des gouttes oculaires dix fois par jour et des compresses chaudes. Le recourant a affirmé que son état s'était sensiblement détérioré et s'est plaint de troubles oculaires, d'hypertension, de douleurs aux mains et poignets, de douleurs aux articulations des pieds et des genoux ainsi qu'au bras gauche, de perte de sensibilité au niveau de la jambe droite, de douleurs vertébrales et cervicales, de douleurs aux côtes ainsi qu'à la cage thoracique accompagnées de quintes de toux, de douleurs au niveau de la lèvre inférieure, des dents et de la mâchoire inférieure, de vertiges avec céphalées et d'une fatigue extrême en permanence.

Le recourant a également transmis au Tribunal de céans plusieurs rapports médicaux le concernant:

- le rapport établi suite à une IRM de la main gauche pratiquée le 2 décembre 2009 par le Dr W\_\_\_\_\_, spécialiste FMH en radiologie, concluant à des signes IRM compatibles avec de discrets signes de ténosynovite localisée touchant les tendons fléchisseurs profond et superficiel du 4<sup>ème</sup> rayon à hauteur de la base de la phalange proximale et de la tête du 4<sup>ème</sup> métacarpien, et discrets signes de synovite au niveau de la 5<sup>ème</sup> articulation métacarpo-phalangienne avec épanchement intra-articulaire associé;
- un certificat de la Dresse A\_\_\_\_\_, du Département de chirurgie de la main des HUG, posant les diagnostics de suspicion de syndrome du canal cubital gauche et de suspicion de maladie de Dupuytren palmaire gauche;
- un rapport d'électroneuromyographie établi par le Dr B\_\_\_\_\_, chef de clinique au Service d'électroneuromyographie et affections neuromusculaires des HUG, révélant des anomalies très modérées suggestives de séquelles d'atteinte axonale sensitivomotrice du nerf cubital gauche au coude, ayant bien récupéré par réinnervation collatérale, et témoignant d'une évolution spontanément favorable;

- un rapport d'hospitalisation du 5 au 25 mars 2009 au Service de dermatologie des HUG rédigé par les Drs C\_\_\_\_\_ et D\_\_\_\_\_, posant les diagnostics de syndrome douloureux chronique, de blépharite chronique, de rosacée oculaire et de sialadénite chronique;
  - un rapport de consultation du service d'ophtalmologie des HUG signé des Drs E\_\_\_\_\_ et H\_\_\_\_\_, faisant état d'une blépharite chronique avec sécheresse secondaire sur possible rosacée oculaire, précisant que les nombreux traitements topiques et systémiques n'en avaient pas amélioré les symptômes.
33. Le 25 février 2010, la Dresse U\_\_\_\_\_ a émis l'avis que ces documents n'amenaient aucun élément nouveau sur le plan médical et a relevé que le possible diagnostic de connectivite indifférenciée débutante ne semblait plus retenu. Elle en a tiré la conclusion qu'il n'y avait donc pas d'aggravation de l'état de santé du recourant ni de nouvelle atteinte susceptible de modifier les résultats de l'examen réalisé par le Dr T\_\_\_\_\_ en février 2008.
34. Par écriture du 2 mars 2010, l'intimé s'est référé à l'avis de la Dresse U\_\_\_\_\_ et a persisté dans ses conclusions.
35. Par courrier du 3 mars 2010, le recourant a informé le Tribunal de céans que l'aggravation de ses vertiges avait conduit à son hospitalisation.
36. Le 17 mars 2010, le recourant a transmis au Tribunal de céans un certificat attestant de l'incapacité de travail consécutive à sa fracture de l'humérus. Il a allégué qu'il ne consommait pas d'alcool. Selon lui, l'alcoolisation précédant sa fracture était exceptionnelle et visait à alléger ses souffrances. Le recourant a par ailleurs indiqué qu'un problème au niveau de l'audition interne avait été révélé, qui ferait l'objet de nouvelles investigations.
37. Par courrier du 14 avril 2010, le recourant a indiqué que ses vertiges faisaient encore l'objet d'investigations. Il a produit la liste de ses médicaments et un certificat d'analyses médicales attestant du fait que sa consommation d'alcool était dans les normes.
38. L'intimé s'est déterminé sur les documents produits par le recourant en se référant à un avis émis le 11 mai 2010 par le Dr I\_\_\_\_\_, médecin du SMR, concluant que les différents documents produits ne démontraient pas de détérioration durable de l'état de santé du recourant par rapport à l'examen rhumatologique effectué le 8 février 2008 et n'amenaient pas d'élément justifiant de modifier les conclusions du rapport du 5 mai 2008.

**EN DROIT**

1. Conformément à l'art. 56V al. 1 let. a ch. 2 de la loi sur l'organisation judiciaire, du 22 novembre 1941 (LOJ ; RS E 2 05), le Tribunal cantonal des assurances sociales connaît en instance unique des contestations prévues à l'art. 56 de la loi fédérale sur la partie générale du droit des assurances sociales du 6 octobre 2000 (LPGA ; RS 830.1) relatives à la loi fédérale sur l'assurance-invalidité du 19 juin 1959 (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 229 consid. 1.1, ATF 129 V 1 consid. 1.2, ATF 127 V 466 consid. 1). Les règles de procédure s'appliquent quant à elles sans réserve dès le jour de leur entrée en vigueur (ATF 117 V 71 consid. 6b).

S'agissant des modifications de la LAI du 6 octobre 2006 (5<sup>ème</sup> révision de l'AI), entrées en vigueur le 1<sup>er</sup> janvier 2008, elles sont à prendre en considération pour déterminer les prestations dès cette date, eu égard au principe rappelé ci-dessus. Cela étant, cette nouvelle n'a pas amené de modifications substantielles en matière d'évaluation de l'invalidité (Message concernant la modification de la loi fédérale sur l'assurance-invalidité du 22 juin 2005, FF 2005 4215, p. 4322).

3. Interjeté dans les forme et délai prévus par la loi, le recours est recevable (art. 56 ss LPGA).
4. Le litige porte sur le droit du recourant aux prestations de l'assurance-invalidité et donc sur la question de savoir à combien doit être fixé son degré d'invalidité.
5. En vertu de l'art. 28 al. 1<sup>er</sup> LAI, dans sa teneur dès 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 être rétablie, maintenue ou améliorée par des mesures de réadaptation raisonnablement exigibles (let. a); il a présenté une incapacité de travail d'au moins 40 % en moyenne durant une année sans interruption notable (let. b); au terme de cette année, il est invalide à 40 % au moins (let. c).

L'art. 28 al. 2 LAI prévoit que 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.

Est réputée invalidité, l'incapacité de gain totale ou partielle présumée permanente ou de longue durée, résultant d'une infirmité congénitale, d'une maladie ou d'un

---

accident (art. 8 al. 1<sup>er</sup> LPGA et 4 al. 1<sup>er</sup> LAI). L'incapacité de gain est définie comme 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. L'atteinte à la santé n'est donc pas à elle seule déterminante et ne sera prise en considération que dans la mesure où elle entraîne une incapacité de travail ayant des effets sur la capacité de gain de l'assuré (ATF du 9 avril 2001, I 654/00, consid. 1; MEYER-BLASER, Bundesgesetz über die Invalidenversicherung, Zurich 1997, p. 8).

6. a) Pour pouvoir calculer le degré d'invalidité, l'administration ou l'instance de recours a besoin de documents que le médecin ou d'autres spécialistes doivent lui fournir. La tâche du médecin consiste à porter un jugement sur l'état de santé et à indiquer dans quelle mesure et pour quelles activités l'assuré est incapable de travailler. En outre, les données médicales constituent un élément utile pour déterminer quels travaux on peut encore, raisonnablement, exiger de l'assuré (ATF 125 V 256 consid. 4; ATF 115 V 133 consid. 2).

b) Selon le principe de libre appréciation des preuves, pleinement valable en procédure judiciaire de recours dans le domaine des assurances sociales (cf. art. 61 let. c LPGA), le juge n'est pas lié par des règles formelles, mais doit examiner de manière objective tous les moyens de preuve, quelle qu'en soit la provenance, puis décider si les documents à disposition permettent de porter un jugement valable sur le droit litigieux. En cas de rapports médicaux contradictoires, le juge ne peut trancher l'affaire sans apprécier l'ensemble des preuves et sans indiquer les raisons pour lesquelles il se fonde sur une opinion médicale et non pas sur une autre. L'élément déterminant pour la valeur probante d'un rapport médical n'est ni son origine, ni sa désignation, mais son contenu. 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 de l'expert soient bien motivées (ATF 125 V 351 consid. 3; ATF 122 V 157 consid. 1c).

c) Sans remettre en cause le principe de la libre appréciation des preuves, le Tribunal fédéral a posé des lignes directrices en ce qui concerne la manière d'apprécier certains types d'expertises ou de rapports médicaux. Ainsi, lorsqu'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 351, consid. 3b/bb).

d) S'agissant de la valeur probante des rapports établis par les médecins traitants, le juge peut et doit tenir compte du fait que, selon l'expérience, le médecin traitant est généralement enclin, en cas de doute, à prendre parti pour son patient en raison de la relation de confiance qui l'unit à ce dernier. Ainsi, la jurisprudence accorde plus de poids aux constatations faites par un spécialiste qu'à l'appréciation de l'incapacité de travail par le médecin de famille (ATF 125 V 351 consid. 3b/cc et les références). Au surplus, on ne saurait remettre en cause une expertise ordonnée par l'administration ou un juge et procéder à de nouvelles investigations du seul fait qu'un ou plusieurs médecins traitants ont une opinion contradictoire. Il n'en va différemment que si ces médecins font état d'éléments objectivement vérifiables ayant été ignorés dans le cadre de l'expertise et qui sont suffisamment pertinents pour remettre en cause les conclusions de l'expert (ATF du 29 septembre 2008, 9C\_405/2008, consid. 3.2).

7. 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 353 consid. 5b, ATF 125 V 193 consid. 2). 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 et le défaut de preuve va au détriment de la partie qui entendait tirer un droit du fait non prouvé (ATF du 19 novembre 2003, I 339/03, consid. 2; ATF 126 V 319, consid. 5a).
8. Compte tenu des difficultés, en matière de preuve, à établir l'existence de douleurs, les simples plaintes subjectives de l'assuré ne sauraient suffire pour justifier une invalidité (entière ou partielle). Dans le cadre de l'examen du droit aux prestations de l'assurance sociale, l'allégation de douleurs doit être confirmée par des observations médicales concluantes, à défaut de quoi une appréciation du droit aux prestations ne peut être assurée de manière conforme à l'égalité de traitement des assurés. Demeurent réservés les cas où un syndrome douloureux sans étiologie claire et fiable est associé à une affection psychique qui, en elle-même ou en corrélation avec l'état douloureux, est propre à entraîner une limitation de longue durée de la capacité de travail pouvant conduire à une invalidité (ATF du 6 novembre 2007, I 421/06, consid. 3.1; ATF du 9 octobre 2001, I 382/00, consid. 2b; ATF 130 V 352 consid. 2.2.2).
9. En l'espèce, les atteintes invoquées par le recourant à l'appui de sa demande de rente consistent en un ESDR et en des douleurs articulaires. Dans son acte de

recours, le recourant a de plus allégué souffrir de troubles ophtalmologiques. Il a par la suite ajouté qu'il ressentait également des vertiges et peiner à rester debout.

a) En premier lieu, il convient de rappeler que, de jurisprudence constante, le juge des assurances sociales apprécie la légalité des décisions entreprises d'après l'état de fait existant au moment où la décision litigieuse a été rendue (ATF 121 V 362, consid. 1b, ATF 116 V 246, consid. 1a). Les faits survenus postérieurement et qui modifient la situation doivent en principe faire l'objet d'une nouvelle décision administrative (ATF 117 V 287, consid. 4).

Or, en l'occurrence, les troubles ophtalmologiques et les vertiges invoqués par le recourant sont postérieurs à la décision querellée : ils n'ont été évoqués que sur le tard par le recourant et n'ont jamais été mentionnés auparavant par les nombreux médecins qui l'ont examiné. En conséquence, le Tribunal de céans n'a pas à tenir compte de leur éventuelle incidence - qui n'a au demeurant pas été établie par les différents certificats médicaux produits - sur la capacité de travail et de gain du recourant dans le cadre du présent litige.

Conformément à l'art. 87 al. 3 du règlement sur l'assurance-invalidité du 17 janvier 1961 (RAI; RS 831.201), il appartiendra, cas échéant, à l'assuré de déposer une nouvelle demande en établissant que son degré d'invalidité s'est modifié en raison de ces atteintes de manière à influencer ses droits depuis la décision querellée.

b) Quant à la maladie dermatologique du recourant, elle n'a, selon les constatations des dermatologues, aucune répercussion sur sa capacité de travail. A cet égard, les conclusions du Pr J\_\_\_\_\_ sont sans équivoque et l'audition de la Dresse V\_\_\_\_\_ a permis de les confirmer. Par ailleurs, l'examen effectué par le Dr T\_\_\_\_\_ n'a pas mis en évidence de limitations particulières liées à cette pathologie. S'il est vrai que le Dr O\_\_\_\_\_ a émis l'avis que l'ESDR diagnostiqué chez son patient avait une incidence sur la capacité de travail de ce dernier, il convient aussi de relever que le médecin préconisait à cet égard un examen complémentaire par des spécialistes en rappelant que la symptomatologie de cette maladie rare était peu connue. Il convient dès lors, ainsi qu'il le suggérait, de se référer à l'avis des spécialistes qui se sont prononcés et de conclure avec eux que l'ESDR dont souffre le recourant n'a pas de répercussion sur sa capacité de travail.

c) Le recourant se plaint également de douleurs articulaires, pour lesquelles il a consulté le Dr N\_\_\_\_\_. Celui-ci n'a cependant pas trouvé de substrat organique pouvant expliquer l'intensité des douleurs alléguées. S'il a évoqué une possible connectivite, ce diagnostic a été écarté par la suite, ainsi que l'a indiqué la Dresse V\_\_\_\_\_.

Le Dr N\_\_\_\_\_ a mentionné que la littérature médicale recensait le cas d'une patiente atteinte d'un ESDR en relation avec des polyarthrites et en a tiré la

conclusion qu'il n'était pas exclu que certains des troubles associés à cette maladie restent méconnus. Il s'agit cependant là d'une hypothèse non vérifiée. Une éventuelle corrélation entre la maladie dermatologique et les douleurs alléguées par le recourant n'est donc pas établie au degré de preuve requis en droit des assurances sociales.

Le Dr T\_\_\_\_\_ a également établi un rapport auquel il y a lieu de reconnaître pleine valeur probante puisqu'il comprend une anamnèse fouillée, tient compte des plaintes subjectives du recourant, se fonde sur un examen clinique complet et sur l'analyse du dossier radiologique et contient des conclusions motivées. Certes, à l'issue de cet examen, le Dr T\_\_\_\_\_, à l'instar du Dr N\_\_\_\_\_, a retenu un diagnostic de possible connectivite, dont on a vu qu'il a par la suite été écarté. Il n'en reste pas moins que le Dr T\_\_\_\_\_, lui non plus, n'a pu mettre en évidence de cause organique expliquant l'intensité des douleurs du recourant et n'a pas retenu de limitations fonctionnelles particulières.

En l'absence d'objectivation médicale des douleurs articulaires alléguées par l'assuré, il n'y a pas lieu de reconnaître à celle-ci une influence sur sa capacité de travail. A cet égard, on relèvera que l'incapacité de travail de 30 % finalement retenue par le Dr T\_\_\_\_\_ ne l'a été qu'en raison du diagnostic de possible connectivite, dont il a été relevé qu'il a finalement été écarté par la suite. Dans la mesure où aucun autre diagnostic expliquant les douleurs articulaires du recourant n'a été retenu en lieu et place, cette conclusion même peut être sujette à caution. Cette question peut cependant rester ouverte en l'espèce puisqu'en tout état de cause, la capacité résiduelle de travail reconnue à l'assurée (70%) s'avère trop importante pour lui ouvrir droit à une rente.

d) Enfin, le recourant se plaint également d'une importante asthénie, dont il soutient qu'elle entrave sa capacité de travail.

Or, ce trouble n'a pas non plus pu être expliqué par des raisons organiques, comme l'a indiqué le Dr N\_\_\_\_\_. Il s'agit ainsi ici aussi d'une plainte purement subjective du recourant, dont on ne saurait admettre le caractère incapacitant en l'absence d'un substrat somatique, conformément à la jurisprudence précitée.

Eu égard aux considérations qui précèdent, le droit à une rente doit être nié.

10. Reste à examiner si le recourant peut se voir reconnaître le droit à des mesures de réadaptation.

a) Aux termes de l'art. 8 al. 1<sup>er</sup> LAI, les assurés invalides ou menacés d'une invalidité ont droit à des mesures de réadaptation pour autant que ces mesures soient nécessaires et de nature à rétablir, maintenir ou améliorer leur capacité de gain ou leur capacité d'accomplir leurs travaux habituels, et que les conditions d'octroi des différentes mesures soient remplies.

Selon l'art. 17 LAI, l'assuré a droit au reclassement dans une nouvelle profession lorsque son invalidité rend cette mesure nécessaire, et que sa capacité de gain peut ainsi, selon toute vraisemblance, être sauvegardée ou améliorée de manière notable. L'art. 6 al. 1 RAI définit les mesures de reclassement comme les mesures de formation destinées à des assurés qui en ont besoin, en raison de leur invalidité, après achèvement d'une formation professionnelle initiale ou après le début de l'exercice d'une activité lucrative sans formation préalable, pour maintenir ou pour améliorer leur capacité de gain. La jurisprudence a apporté une précision à cette définition en indiquant que le concept de reclassement recouvre l'ensemble des mesures de réadaptation de nature professionnelle qui sont nécessaires et suffisantes pour procurer à l'assuré une possibilité de gain à peu près équivalente à celle que lui offrait son ancienne activité (ATF 124 V 108, consid. 2a). Dès lors, en règle générale, l'assuré ne peut pas prétendre à la meilleure formation possible dans son cas, la loi ne visant en effet qu'à assurer les mesures de réadaptation qui sont nécessaires et suffisantes compte tenu du cas d'espèce (ATF 121 V 258 consid. 2c).

De plus, il faut que l'invalidité soit d'une certaine gravité pour que le droit à des mesures de réadaptation soit ouvert. La jurisprudence a ainsi fixé le seuil d'invalidité à partir duquel des mesures de réadaptation doivent être octroyées à 20 % (ATF 130 V 488 consid. 4.2; ATF 124 V 108, consid. 3a).

Pour déterminer si une mesure de réadaptation d'ordre professionnel est de nature à rétablir, améliorer, sauvegarder ou favoriser l'usage de la capacité de gain de l'assuré, il y a lieu d'effectuer un pronostic sur les chances de succès des mesures demandées (ATF 132 V 215, consid. 3.2.2). Le but poursuivi par la mesure doit donc s'inscrire dans une certaine durée, et son succès doit être proportionné à son coût. Enfin, la mesure concrète doit être raisonnablement exigible de l'assuré (ATF 130 V 488, consid. 4.3.2; VSI 2002 p. 112 consid. 2). En effet, une mesure de reclassement ne saurait être efficace que si la personne à laquelle elle est destinée est susceptible, au moins partiellement, d'être réadaptée (ATF du 16 février 2007, I 170/06, consid. 3.4). Les mesures ne seront donc pas allouées si elles semblent d'emblée vouées à l'échec (ATF du 2 décembre 2002, I 660/02, consid. 2.1).

b) Si l'on se fonde sur le taux d'incapacité admis par le Dr T\_\_\_\_\_ (30%), le recourant a théoriquement droit à une mesure de reclassement. Les autres conditions pour la mise en œuvre d'une telle mesure ne sont cependant pas réunies en l'espèce. En effet, sur le plan médical et objectif, aucune limitation fonctionnelle incompatible avec les professions d'architecte ou d'agent technico-commercial précédemment exercées par le recourant n'a été mise en évidence - à tout le moins au moment de la décision litigieuse -, de sorte que l'on peut attendre de ce dernier qu'il mette en valeur sa capacité de travail résiduelle dans ces activités, adaptées à ses atteintes.

En conséquence, compte tenu de l'état de fait existant au moment de la décision litigieuse, c'est également à juste titre que l'intimé a nié la nécessité de mettre sur pied des mesures de réadaptation professionnelle.

11. Au vu de ce qui précède, le recours est rejeté.

Bien que la procédure ne soit pas gratuite en matière d'assurance-invalidité (art. 69 al. 1<sup>bis</sup> LAI), il y a lieu en l'espèce de renoncer à la perception d'un émolument, le recourant étant au bénéfice de l'assistance juridique (art. 12 al. 1 du règlement sur les frais, émoluments et indemnités en procédure administrative du 30 juillet 1986, RSG E 510.03).

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

**Statuant**

**A la forme :**

1. Déclare le recours recevable.

**Au fond :**

2. Le rejette.
3. Renonce à la perception d'un émolument.
4. 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 ; RS 173.110); le mémoire de recours doit indiquer les conclusions, motifs et moyens de preuve et porter la signature du recourant ou de son mandataire ; il doit être adressé au Tribunal fédéral par voie postale ou par voie électronique aux conditions de l'art. 42 LTF. Le présent arrêt et les pièces en possession du recourant, invoquées comme moyens de preuve, doivent être joints à l'envoi.

La greffière

La présidente

Marie-Catherine SECHAUD

Karine STECK

La secrétaire-juriste : Christine PITTELOUD

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