

## **GE\_GERICHTE A/2918/2008 vom 26. November 2008**

GE Cour de justice, 2008-11-26, FR

Quelle: [https://mcp.opencaselaw.ch/entscheid/ge\\_gerichte\\_A\\_2918\\_2008](https://mcp.opencaselaw.ch/entscheid/ge_gerichte_A_2918_2008)

FR: GE\_GERICHTE A/2918/2008 du 26 novembre 2008

IT: GE\_GERICHTE A/2918/2008 del 26 novembre 2008

### **Volltext**

Genève Cour de justice (Cour de droit public) Chambre des assurances sociales 26.11.2008 A/2918/2008

A/2918/2008 ATAS/1422/2008 du 26.11.2008 ( AI ) , REJETE Recours TF déposé le 19.01.2009, rendu le 06.03.2009, REJETE, 9C\_36/2009 En fait En droit RÉPUBLIQUE ET CANTON DE GENÈVE POUVOIR JUDICIAIRE A/2918/2008 ATAS/1422/2008 ARRET DU TRIBUNAL CANTONAL DES ASSURANCES SOCIALES Chambre 5 du 26 novembre 2008 En la cause Monsieur A\_\_\_\_\_, domicilié à VERNIER recourant contre OFFICE CANTONAL DE L'ASSURANCE-INVALIDITE, sis rue de Lyon 97, GENEVE intimé EN FAIT Monsieur A\_\_\_\_\_, ressortissant yougoslave né en 1951, est arrivé en Suisse en 1987. Il y a travaillé comme monteur en échafaudages. Il a été victime d'un accident professionnel, glissant sur le pont d'un camion sur un tube métallique, en date du 26 août 1991. Depuis cette date, il a présenté une incapacité totale de travail. Le 22 décembre 1992, il a déposé une demande de prestations de l'assurance-invalidité en raison de problèmes de dos, de nuque et de bras, visant à un placement. A la fin de l'année 1993, il a été soumis à une expertise psychiatrique effectuée par le Dr L\_\_\_\_\_. Dans son expertise du 24 novembre 1993, ce médecin a formulé les remarques suivantes : « La situation est claire. Monsieur A\_\_\_\_\_ est engagé dans un processus sinistrosique important avec des éléments de manipulation et de simulation. Cela dit, la responsabilité est également médicale, car bien vite à partir d'un diagnostic simple et clair (contractures, lumbago), on a laissé se développer une surenchère d'examens et de traitements divers. La capacité de travail est entière, mais Monsieur A\_\_\_\_\_, en concordance avec le diagnostic de sinistrose est convaincu du contraire. (...) Etant donné l'âge du patient et le diagnostic de sinistrose, il n'y a aucune raison d'attribuer une rente de l'assurance-invalidité ». Le Dr L\_\_\_\_\_ a encore exposé : « Monsieur A\_\_\_\_\_ se tient assis très droit dans le fauteuil et donne une impression de collaboration. Son discours paraît cependant peu crédible, il est incapable de décrire ses douleurs, ce qui est étonnant pour quelqu'un qui dit avoir été instituteur dans son pays. Il a une attitude démonstrative et charmeuse. (...) A la fin de l'examen, Monsieur A\_\_\_\_\_ se lève d'une manière très démonstrative, avec beaucoup de peine, boîte, soupire à n'en plus finir, se rhabille. Suivi dans la rue à son insu, il s'avère qu'il marche normalement et relativement vite ». Suite à la décision de l'assurance-invalidité du 22 juin 1994, refusant l'octroi d'un placement, l'assuré a interjeté recours, concluant à l'octroi de mesures d'ordre professionnel. Par décision du 13 décembre 1995 en la cause 535/1994, la Commission cantonale de recours en matière d'assurance-invalidité, alors compétente, a admis le recours et renvoyé la cause à l'Office cantonal de l'assurance-invalidité (ci-après l'OCAI) pour examen de mesures de réadaptation. L'assuré a été soumis à un stage d'observation professionnelle du 26 août au 25 novembre 1996. Les experts ont formulé les conclusions suivantes : « Par son comportement très démonstratif et peu collaborant, A\_\_\_\_\_ a

cherché pendant le bilan CAM dans nos ateliers et lors de deux stages à l'extérieur à obtenir la reconnaissance d'une inaptitude au travail, bien qu'il dise « vouloir faire quelque chose ». L'observation objective des capacités résiduelles de cet assuré par les maîtres d'OSER permet de dire que hormis les limitations concernant le port de charges lourdes et la station statique debout, A\_\_\_\_\_ peut travailler à plein temps en position assise, avec un rendement normal pour autant qu'il veuille bien s'en donner la peine. Cet assuré peut être actif dans les domaines suivants : montage de composants électromécaniques, montage de petite mécanique, opérateur de machine, polissage, gainerie, après une mise au courant en entreprise. Deux stages dans les entreprises X\_\_\_\_\_ et Y\_\_\_\_\_ ont confirmé le manque de motivation de l'assuré (arrivées tardives, absences sans prévenir et sans excuses). Son médecin-traitant, le Dr M\_\_\_\_\_, que l'assuré a consulté après quatre jours de stage chez Y\_\_\_\_\_, confirme qu'il ne voit pas de contre-indication à ce que son patient travaille à plein temps dans le domaine du polissage, en position assise et debout, sans port de charge. Etant donné l'attitude du stagiaire, nous ne pouvons aller plus avant dans la mesure de réadaptation (...) ». En date du 14 mai 1999, l'assuré a déposé une deuxième demande de prestations de l'assurance-invalidité visant à l'octroi d'une rente, en raison de douleurs chroniques de la tête, du dos et d'épuisement. En date du 4 décembre 2000, son médecin-traitant, le Dr N\_\_\_\_\_ a écrit à l'OCAI l'informant que son patient avait été hospitalisé en division de rhumatologie du 17 au 26 mai 2000 en raison d'une aggravation de son état de santé dans le contexte d'un syndrome douloureux chronique. Ce médecin confirmait une progression de la maladie de l'assuré depuis 1997 et expliquait que son patient était suivi depuis par la consultation de la douleur, également à l'Hôpital cantonal de Genève. le Dr N\_\_\_\_\_ appuyait la demande de son patient, tendant à l'octroi d'une rente d'invalidité. L'assuré a été soumis à une expertise médicale conduite par le Dr O\_\_\_\_\_, spécialiste en médecine interne et en maladies rhumatismales. Cet expert a formulé, dans son rapport du 24 septembre 2001, les conclusions suivantes : « Pronostic : catastrophique. (...) Les limitations qualitatives et quantitatives au plan physique : cette question est sans objet. Considérant le cas de Monsieur A\_\_\_\_\_, nous sommes bien au-delà des mesures d'épargne du rachis. Les limitations au plan psychique et mental : comme je l'ai dit dans la discussion une expertise psychiatrique me semble absolument nécessaire. Je ne vois pas au plan social de limitations ». Répondant à des questions, cet expert a exposé que les troubles actuels motivaient une incapacité de travail totale. Il n'y avait pas de capacité résiduelle de travail. L'activité exercée jusqu'ici n'était plus exigible du tout. Il y avait une diminution totale du rendement. L'incapacité était de 100 % depuis la date de l'accident, le 26 août 1991. La possibilité d'améliorer la capacité de travail par une prise en charge psychiatrique, sous réserve de l'avis des experts psychiatres, demeurait faible mais restait la seule chance de réintégrer le patient dans la vie professionnelle. A la question de savoir s'il existait des éléments objectifs permettant d'admettre une aggravation notable par rapport à 1997, d'une part, et à mai 2000, d'autre part, l'expert a répondu : « Vu ce qui précède, je regrette de dire que cette question devient sans objet. Un patient comme Monsieur A\_\_\_\_\_, lorsqu'on lui demande de pratiquer une flexion antérieure, s'arrête où il veut. (...) Je ne peux donc pas répondre à cette question mais je pense qu'il n'y pas d'aggravation objective et notable depuis 1997 et depuis mai 2000. A la question « Y a-t-il une bonne concordance entre les plaintes et votre examen clinique et le comportement de l'assuré ? », l'expert a répondu : « Il y a en fait une très bonne concordance entre des plaintes extrêmement importantes et un examen clinique alarmant, car « parasité » par le comportement du patient. Quant au

comportement de l'assuré, il est caricatural. Pour répondre à la question 2, il n'y a pas objectivement, si l'on ne tient pas compte du comportement de l'assuré, une bonne corrélation entre les plaintes, l'examen clinique et ce qui peut rester d'objectif cliniquement. Encore une fois, je pense que nous devons cesser de nous occuper des problèmes du rachis de Monsieur A \_\_\_\_\_ et ne considérer que le problème psychiatrique dont l'ampleur devra être déterminée par des experts psychiatres ». Cet expert a encore précisé qu'il existait 4 points de fibromyalgie sur 18 et qu'il n'y avait aucun argument clinique en faveur d'une fibromyalgie pure. L'assuré a été soumis à une expertise psychiatrique en date des 3 mai et 3 juin 2002, conduite par le Dr P \_\_\_\_\_. Ce dernier a exposé les remarques suivantes : « Il se présente ponctuellement à mes consultations, faisant mille efforts pour s'asseoir et se lever dans la salle d'attente. Il vient jusqu'à la salle de consultation en se tenant la crête iliaque droite et le bas du dos à droite, se contorsionnant au point que cela donne l'impression d'une attitude non physiologique et irréaliste. (...) Il se montre évasif dans des réponses orientées mais se montre plus précis et dans une position moins algique quand on parle du Kosovo. Son discours est cohérent mais focalisé sur ses douleurs. Son français est de très bonne facture, les mots bien choisis, mais il fait une rétention volontaire de l'information. (...) Il se montre très manipulateur dans la relation. Il présente une mimique algique quand je l'observe et dirige mes questions sur les douleurs. Sinon, il bouge peu sur la chaise de consultation. Par moment, j'ai l'impression qu'il ne se donne pas la peine d'être souffrant, « comme s'il était sûr d'obtenir ce qu'il souhaite et de le mériter à tout prix ». Sa thymie est normale, sa voix bien modulée. Pas de signes d'abattement, pas de sentiments de dévalorisation, de culpabilité ou d'inutilité. Il garde sa capacité à sourire et rit parfois lorsque je lui pose des questions. Il est intelligent, partage bien le focus d'attention, ne faisant rien pour déplaire à l'examineur, au point de devenir obséquieux. Je note une discrédence majeure entre l'évocation des douleurs et sa mimique souvent expressive et non algique, tout comme sa présentation. Je ne mets pas en évidence d'éléments de la lignée psychotique tels que délire, hallucination acoustico-visuelle ou kinesthésique. Le cours, le contenu et la forme de la pensée sont sans problème. Pas de désorganisation conceptuelle. Pas de barrage idéique, pas de coq à l'âne, pas de trouble dissociatif. L'assuré est orienté aux divers modes. » L'expert a posé les diagnostics suivants : névrose de compensation, simulation (probable) et a estimé la capacité de gain de l'assuré complète et ceci immédiatement. Il a indiqué que l'expertisé était un simulateur, manipulateur qui devait être mis au travail au plus vite, les bénéfices secondaires actuels jouant un rôle prépondérant dans son rôle d'invalidé. Le trouble somatoforme douloureux était à écarter, l'assuré marchant avec facilité, tout à fait normalement, sans boiterie et sans algie et avec un bon ballant des bras (observation de l'expert de la fenêtre et suivi dans la rue). Le pronostic était réservé car l'assuré présentait ce fonctionnement enkysté de longue date. Seule une remise au travail au plus vite pourrait rendre le pronostic meilleur. Par décision du 2 avril 2003, l'OCAI a rejeté la demande de prestations. Par courrier du 8 avril 2003, le Dr N \_\_\_\_\_ s'est adressé à l'OCAI, l'informant d'une hospitalisation récente du 12 au 21 mars 2003 qui confirmait une fibromyalgie décompensée avec un syndrome douloureux chronique de type fibromyalgie. Toutefois, le rapport d'hospitalisation des Hôpitaux Universitaires de Genève (HUG) du 27 mars 2003 annexé à ce courrier relevait que tous les examens effectués étaient strictement normaux. Le traitement à l'hôpital avait consisté essentiellement en une prise en charge physiothérapeutique associée à une pharmacothérapie antalgique et anti-inflammatoire qui au bout d'une semaine d'hospitalisation s'était traduite par une amélioration clinique notable. Par décision du 28 novembre 2003, l'OCAI a rejeté

l'opposition de l'assuré contre sa décision du 2 avril 2003. Dans le cadre de la procédure de recours contre cette décision devant le Tribunal de céans, le médecin-traitant a expliqué, dans un courrier du 17 mars 2004, que son patient présentait une péjoration de son état général avec d'une part une hernie discale accompagnée d'une douleur résiduelle assez invalidante et d'autre part une rupture de la coiffe des rotateurs qui allait être probablement opérée prochainement. Par ailleurs, son patient avait développé récemment un diabète inaugural nécessitant un suivi plus approfondi et avec un traitement antidiabétique. Par arrêt du 25 août 2004, le Tribunal de céans a rejeté le recours. Ce jugement a été confirmé par arrêt du 25 novembre 2005 du Tribunal fédéral des assurances. Dans le rapport du 14 juin 2005 relatif à une hospitalisation de l'assuré du 5 au 6 mai 2005, les Drs Q\_\_\_\_\_ et R\_\_\_\_\_ du Service d'enseignement thérapeutique pour maladies chroniques des HUG ont mentionné à titre de diagnostic principal un diabète de type II, non insulino-requérant et sans complication connue, et à titre de diagnostics secondaires, un syndrome métabolique avec une obésité de stade I, une hypertension artérielle traitée et une dyslipidémie. Le patient souffrait en outre de lombosciatalgies chroniques sur hernie discale L4-L5, d'un syndrome douloureux chronique et d'une capsulite rétractile de l'épaule droite. Le patient avait demandé à être hospitalisé pour bénéficier d'un enseignement sur le diabète et la diététique. Auparavant, il avait suivi un programme de sevrage du tabac qui lui avait permis l'arrêt de toute consommation depuis huit mois. Pendant son séjour aux HUG, les lombosciatalgies sont restées stables sous traitement habituel. Il est par ailleurs indiqué dans ce rapport que l'assuré aimerait savoir davantage sur sa maladie et comment s'alimenter dans son contexte social. Il avait pu faire le lien entre l'alimentation et le diabète, ainsi qu'apprendre l'usage d'un nouvel appareil d'autocontrôle glycémique. Il gérait bien son carnet de glycémie. Selon le rapport du 20 mars 2006 du Dr S\_\_\_\_\_, l'assuré dépendait actuellement de l'Hospice général. Sa pensée était cohérente sans trouble ni de la forme ni du contenu et la relation avec l'interlocuteur était tout à fait adéquate. L'assuré avait interrompu plusieurs fois le récit de son histoire par des pleurs. Par ailleurs, il se plaignait de douleurs, surtout au niveau du membre inférieur droit. Il suivait un régime, prenait une médication pour son diabète et était content d'avoir arrêté de fumer en 2004. Il ressentait comme une injustice la non reconnaissance des séquelles de l'accident. Les symptômes de l'état dépressif étaient les suivants, selon le Dr S\_\_\_\_\_ : sommeil perturbé avec des cauchemars fréquents, mais appétit conservé, absence de sentiments de plaisir, irritabilité très présente qui perturbait aussi le contact avec ses petits-enfants, tristesse mêlée au désespoir, désir passif de mort et idéation suicidaire fréquente. Il prenait du Xanax et un somnifère contre ses atteintes psychiques. Le psychiatre a émis le diagnostic d'état dépressif majeur sévère, maintenu et aggravé par le sentiment d'injustice. L'état de l'assuré nécessitait un suivi régulier dans une approche d'écoute sur un mode cognitif et comportemental. Enfin, ce médecin a proposé une modification de la médication antidépresseur. Le 24 mars 2006, l'assuré a déposé une nouvelle demande de prestations d'invalidité, en vue d'un reclassement dans une nouvelle profession et de mesures médicales de réadaptation spéciales. Le 6 mars (recte avril) 2006, le Dr N\_\_\_\_\_ a informé l'OCAI que l'état dépressif de son patient s'était aggravé, en se fondant sur le rapport précité du Dr S\_\_\_\_\_. Le patient avait en outre souffert d'un nouvel épisode de lombalgies qui avait motivé une hospitalisation en juin 2005. A cela s'ajoutait un diabète de type II qui s'était également aggravé récemment. Le suivi avec régime et médication semblait stabiliser la situation. Cependant, l'ensemble de ces diagnostics méritait une nouvelle évaluation de la situation. Ce médecin a par ailleurs confirmé qu'il considérait toujours que le patient était en

incapacité de travail totale. Selon le rapport du 28 septembre 2006 du Dr T\_\_\_\_\_ du Service de psychiatrie adulte des HUG, le patient a fait l'objet d'enregistrements polysomnographiques en date des 25 et 26 septembre 2006. Cet examen avait mis en évidence une insomnie d'endormissement et de maintien. Ce praticien a par ailleurs été constaté la présence d'un syndrome d'apnées-hypopnée centrale du sommeil à net caractère positionnel, du fait que les anomalies respiratoires se produisaient en décubitus dorsal. L'application d'un BI-PAP avait été proposée au patient, ce que celui-ci avait refusé. Le Dr T\_\_\_\_\_ avait l'intention de montrer au patient les résultats du bilan et la présence d'une pathologie respiratoire relativement sévère, lors d'une nouvelle consultation, afin qu'il accepte la ventilation nocturne par l'appareil BI-PAP. Dans son courrier du 6 octobre 2006 au Dr U\_\_\_\_\_ du Service de pneumologie des HUG, le Dr T\_\_\_\_\_ a fait état de ce que le patient avait passé une période d'entraînement avec un appareil CPAP et qu'il avait gardé cet appareil pendant toute la période d'apprentissage, sans signaler aucune difficulté. Dans son rapport du 27 novembre 2006, le Dr V\_\_\_\_\_, spécialiste en médecine interne et pneumologie, a mentionné, à titre de diagnostics, un syndrome d'apnées centrales du sommeil, position dépendant (dorsale), une insomnie d'endormissement et de maintien, un tassement vertébral et une hernie discale, une dépression sévère, une hypertension artérielle, une hypercholestérolémie, un diabète non insulino-requérant et des arthralgies diffuses sur arthrose. Selon le rapport du 26 juin 2007 de la Dresse W\_\_\_\_\_, psychiatre, qui traite le patient depuis le 15 août 2006, l'assuré souffrait notamment d'un trouble thymique organique. Sa capacité de travail pourrait être améliorée par des mesures médicales, et des mesures professionnelles étaient indiquées. L'anamnèse psychiatrique pouvait remonter à 2004 où le patient avait développé une tristesse, un sentiment d'injustice, une irritabilité, une agressivité avec crises clastiques, cassant les objets et mettant la famille dehors. Le status psychiatrique montrait une asthénie majeure à prédominance matinale, une tristesse diffuse, une méfiance, une irritabilité, une impatience, des troubles de l'appétit avec une perte pondérale de sept kilos. L'énergie était réduite et il existait une hyperémotivité, une projectivité, un sentiment d'injustice, d'impuissance, d'insuffisance et de culpabilité. Des troubles de l'attention et de la concentration étaient difficiles à étayer. Quant au syndrome d'apnées, l'essai de l'appareil CPAP n'avait pas été concluant et les médecins avaient finalement opté pour le décubitus latéral (balle de tennis dans le dos). Le régime hypocalorique, préconisé pour lutter contre l'obésité, était mal appliqué. Sur le plan thymique, l'évolution était plus ou moins favorable avec une diminution de la tristesse et une augmentation de l'énergie. Le décubitus latéral diminuait le nombre d'apnées. La capacité de travail était de 50 % sur le plan psychiatrique. Répondant à des questions supplémentaires de l'OCAI, la Dresse W\_\_\_\_\_ a exposé, dans son courrier du 19 septembre 2007, que le diagnostic de trouble thymiques organique dépressif reposait sur l'existence d'un syndrome d'apnées du sommeil qui induisait en soi un certain nombre de symptômes, parmi lesquels un syndrome dépressif. Les répercussions sur la capacité de travail se traduisaient par l'impact d'une asthénie majeure, d'une somnolence diurne, des accès de sommeil incoercibles, des troubles de l'attention et de la concentration, ainsi que des céphalées. Le port du CPAP était mal toléré. Quant au biPAP, le patient l'avait refusé. S'agissant de la question de savoir si son état s'était éventuellement amélioré, la Dresse W\_\_\_\_\_ n'a pas pu se prononcer, tout en précisant que les rendez-vous avec le patient étaient très épisodiques et qu'elle ne l'avait vu au total que cinq fois depuis la première consultation en août 2006. Il était également extrêmement difficile d'évaluer sa capacité de travail d'un point de vue psychique. Le patient se montrait exaspéré, désabusé et son attitude

passait de l'agacement à la résignation. Dans l'avis médical du 4 février 2008, "lu et approuvé" par le Dr B \_\_\_\_\_ du SMR, les Dr C \_\_\_\_\_ et le Dr D \_\_\_\_\_ ont constaté, en consilium, que l'état psychique de l'assuré s'était amélioré. Quant au fait que l'assuré se montrait exaspéré, désabusé et que son attitude passait de l'agacement à la résignation, il ne saurait justifier une incapacité de travail sur le plan médical. Une tristesse associée à un sentiment de perte d'espoir et à une irritabilité n'était pas non plus suffisante pour justifier un trouble dépressif selon la classification internationale. Les médecins ont en outre indiqué que le traitement optimal exigible du trouble du sommeil avait été mis en place au début de l'automne 2006 et que, dès juin 2007, la Dresse W \_\_\_\_\_ avait informé l'OCAI d'une amélioration de l'état de santé. Ainsi, les empêchements secondaires aux troubles rapportés avaient duré moins d'une année, de sorte que les conditions du droit à une rente n'étaient pas remplies. Le 8 février 2008, l'OCAI a informé l'assuré qu'il avait l'intention de lui refuser le droit aux prestations de l'assurance-invalidité. Ce faisant, il se référait à l'avis médical précité du SMR. Par lettre du 4 mars 2008, l'assuré s'est opposé à ce projet. Il a exposé que sa demande n'avait pas été faite uniquement en raison du trouble du sommeil, mais également des douleurs lombaires chroniques, de l'arthrose lombaire, de l'hernie discale, du diabète et de l'état dépressif sévère. Le 22 mai 2008, l'assuré a fait l'objet d'une expertise médicale, avec l'aide d'un traducteur, par le Dr E \_\_\_\_\_, spécialiste en rhumatologie, médecine interne et médecine manuelle SAMM. Dans son rapport du 16 juin 2008, l'expert a diagnostiqué, avec répercussion sur la capacité de travail, des lombopygalgies et cervico-brachialgies récurrentes chroniques sans signe radiculaire irritatif ou déficitaire, avec une minime discopathie L5-S1, une minime hernie discale L4-L5 non conflictuelle en 2003 et une spondylose antérieure C2 et C5-C6, ainsi qu'un syndrome polyinsertionnel douloureux récurrent. Dans les diagnostics sans répercussion sur la capacité de travail, il a mentionné un syndrome de fatigue chronique, des gonalgies bilatérales chroniques sans substrat organique, un syndrome métabolique (obésité, diabète, hypertension, dyslipidémie), des omalgies droites sans substrat organique et un syndrome d'apnées du sommeil. L'ensemble de la symptomatologie s'inscrivait en avant plan d'une nette diminution du seuil de déclenchement à la douleur avec présence de tous les points douloureux insertionnels fibromyalgiques et de tous les signes de non-organicité selon les critères de Wadell. L'assuré présentait également un probable syndrome anxio-dépressif sous-jacent traité, possiblement réactionnel à la longue durée d'inactivité et au syndrome douloureux chronique. Le syndrome de fatigue chronique était partiellement imputable à un syndrome d'apnées du sommeil. L'expert a en outre constaté une discordance entre les plaintes et l'impotence fonctionnelle alléguée par l'assuré dans ses activités quotidiennes et professionnelles, d'une part, et les examens cliniques et para-cliniques, d'autre part. Il a préconisé une prise en charge physiothérapeutique et un traitement médicamenteux. Compte tenu du syndrome douloureux chronique avec utilisation d'une canne à gauche, la capacité de travail de l'assuré comme monteur en échafaudage était évaluée à 10 % (recte 0%?). Dans une activité adaptée avec diminution des mouvements en porte-à-faux, des mouvements de préhension et de longs trajets de plus d'une heure, ainsi qu'évitant le port de charges de plus de cinq kilos et les mouvements au-dessus de l'horizontale, il n'y avait que peu d'arguments somatiques pouvant motiver une incapacité de travail. Il en allait de même pour les arguments somatiques sous-jacents afin d'expliquer l'ampleur de la symptomatologie douloureuse. Enfin, le status pourrait être superposable à celui du Dr O \_\_\_\_\_ effectué en 2001. Des mesures de réadaptation professionnelle étaient théoriquement envisageables, mais s'étaient auparavant déjà soldées par un échec. L'assuré

n'était par ailleurs pas motivé à reprendre une quelconque activité professionnelle. Par décision du 9 juillet 2008, l'OCAI a confirmé son projet de décision, en se fondant notamment sur l'expertise du Dr E\_\_\_\_\_. Par acte posté le 8 août 2008, l'assuré recourt contre cette décision, en concluant à son annulation et à la mise en œuvre d'une expertise judiciaire. Il fait valoir que son état de santé s'est aggravé. Il relève par ailleurs que l'expert a indiqué qu'il avait, du point de vue médical, une incapacité de travail de 20 % depuis 1991 et que sa capacité de travail était restée nulle depuis cette date. Selon le recourant, l'expertise du Dr E\_\_\_\_\_ reconnaît ainsi qu'il existe une incapacité de travail, même s'il n'ose pas se prononcer catégoriquement. Dans son préavis du 15 septembre 2008, l'intimé conclut au rejet du recours. Il rappelle qu'il s'agit déjà de la troisième demande du recourant. Par ailleurs, les conclusions du Dr E\_\_\_\_\_ rejoignent celles du Dr O\_\_\_\_\_. Tout au plus, il ressort de l'expertise de ce médecin que le seuil de la douleur est abaissé et qu'il existe une forte discordance entre les plaintes émises et les résultats cliniques et para-cliniques objectifs. D'un point de vue psychique, il n'existe non plus aucun indice en faveur d'une atteinte psychiatrique grave. Sur ce, la cause a été gardée à juger. EN DROIT Conformément à l'art. 56V al. 1 let. a ch. 2 de la loi genevoise sur l'organisation judiciaire (LOJ), le Tribunal cantonal des assurances sociales connaît en instance unique des contestations prévues à l'article 56 de la loi fédérale sur la partie générale du droit des assurances sociales du 6 octobre 2000 (LPGA) qui sont relatives à la loi fédérale sur l'assurance-invalidité du 19 juin 1959 (LAI). Sa compétence pour juger du cas d'espèce est ainsi établie. La loi fédérale du 16 décembre 2005 modifiant la LAI est entrée en vigueur le 1 er juillet 2006 (RO 2006 2003), apportant des modifications qui concernent notamment la procédure conduite devant le Tribunal cantonal des assurances (art. 52, 58 et 61 let. a LPGA). Du point de vue temporel, sont en principe applicables les règles de droit en vigueur au moment où les faits juridiquement déterminants se sont produits et le juge des assurances sociales se fonde en principe, pour apprécier une cause, sur l'état de fait réalisé à la date déterminante de la décision litigieuse (ATF 129 V 1 consid. 1, 127 V 467 consid. 1 et les références). Les règles de procédure quant à elles s'appliquent sans réserve dès le jour de son entrée en vigueur (ATF 117 V 93 consid. 6b, 112 V 360 consid. 4a; RAMA 1998 KV 37 p. 316 consid. 3b). Le présent cas est soumis au nouveau droit, dès lors que le recours de droit administratif a été formé après le 1 er juillet 2006 (ch. II let. c des dispositions transitoires relatives à la modification du 16 décembre 2005). Les modifications de la LAI du 6 octobre 2006 (5 ème révision de la LAI), entrées en vigueur le 1er janvier 2008, sont également applicables dans le présent litige dès le 1 er janvier 2008. Jusqu'à cette date, le droit aux prestations doit être déterminé en applications des anciennes dispositions. Interjeté dans les délai et forme prescrits par la loi, le recours est recevable (56 ss LPGA). Selon l'art. 17 al. 1 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. Lorsqu'une demande de révision est déposée, celle-ci doit établir de façon plausible que l'invalidité ou l'étendue du besoins de soins découlant de l'invalidité de l'assuré s'est modifiée de manière à influencer ses droits (art. 87 al. 3 RAI, dans sa teneur en vigueur dès le 1 er mars 2004). Il en va de même lorsqu'une rente ou une allocation pour impotent a été refusée en raison d'un degré d'invalidité insuffisant ou de l'absence d'impotence et que l'assuré dépose une nouvelle demande (art. 87 al. 3 RAI). L'entrée en vigueur, le 1 er janvier 2003, de l'art. 17 LPGA sur les conditions d'une révision du droit à la rente n'a pas apporté de modification aux principes jurisprudentiels développés en ce domaine sous le régime du droit en vigueur

jusqu'au 31 décembre 2002, si bien que ceux-ci demeurent applicables (ATF 130 V 349 consid. 3.5). En particulier, savoir si l'on est en présence d'un motif de révision du droit à la rente suppose une modification notable du taux d'invalidité. Le point de savoir si un tel changement s'est produit doit être tranché en comparant les faits tels qu'ils se présentaient au moment de la décision initiale de rente et les circonstances existant à l'époque de la décision litigieuse (ATF 125 V 369 consid. 2; voir également ATF 112 V 372 consid. 2b et 390 consid. 1b). D'après la jurisprudence, 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 (ATF 113 V 275 consid. 1a et les arrêts cités; voir également ATF 120 V 131 consid. 3b, 119 V 478 consid. 1b/aa). Quand l'administration entre en matière sur la demande de révision, elle doit examiner l'affaire au fond, et vérifier que la modification du degré d'invalidité ou de l'impotence rendue plausible par l'assuré est réellement intervenue. Si elle constate que l'invalidité ou l'impotence ne s'est pas modifiée depuis la décision précédente, passée en force, elle rejette la demande. En cas de recours, le même devoir de contrôle quant au fond incombe au juge (voir ATF 117 V 198 consid. 3a et la référence). En l'espèce, l'intimé est entré en matière sur la nouvelle demande du recourant. Est ainsi litigieuse la question de savoir si l'état de santé du recourant s'est aggravé au point de lui ouvrir le droit aux prestations de l'assurance-invalidité. Est réputée incapacité de travail toute perte, totale ou partielle, de l'aptitude de l'assuré à accomplir dans sa profession ou son domaine d'activité le travail qui peut raisonnablement être exigé de lui, si cette perte résulte d'une atteinte à sa santé physique, mentale ou psychique. En cas d'incapacité de travail de longue durée, l'activité qui peut être exigée de lui peut aussi relever d'une autre profession ou d'un autre domaine d'activité (art. 6 LPGGA). Est réputée incapacité de gain toute diminution de l'ensemble ou d'une partie des possibilités de gain de l'assuré sur un marché du travail équilibré dans son domaine d'activité, si cette diminution résulte d'une atteinte à sa santé physique, mentale ou psychique et qu'elle persiste après les traitements et les mesures de réadaptation exigibles (art. 7 LPGGA). Est réputée invalidité l'incapacité de gain totale ou partielle qui est présumée permanente ou de longue durée (art. 8 al. 1 LPGGA). Depuis l'entrée en vigueur, le 1<sup>er</sup> janvier 2004, de la nouvelle du 21 mars 2003 modifiant la LAI (4<sup>ème</sup> révision) la teneur de l'art. 28 al. 1 LAI est la suivante : «1. L'assuré a droit à une rente s'il est invalide à 40 % au moins. La rente est échelonnée comme suit, selon le taux d'invalidité : 40 % au moins un quart, 50 % au moins une demie, 60 % au moins trois-quarts, 70 % au moins rente entière.». D'après la jurisprudence (ATF 131 V 49 consid. 1.2), la reconnaissance de l'existence d'une atteinte à la santé psychique, soit aussi de troubles somatoformes douloureux persistants, suppose d'abord la présence d'un diagnostic émanant d'un expert (psychiatre) et s'appuyant lege artis sur les critères d'un système de classification reconnu (ATF 130 V 398 ss consid. 5.3 et consid. 6). Comme pour toutes les autres atteintes à la santé psychique, le diagnostic de troubles somatoformes douloureux persistants ne constitue pas encore une base suffisante pour conclure à une invalidité. Au contraire, il existe une présomption que les troubles somatoformes douloureux ou leurs effets peuvent être surmontés par un effort de volonté raisonnablement exigible. Le caractère non exigible de la réintégration dans le processus de travail peut résulter de facteurs déterminés qui, par leur intensité et leur constance, rendent la personne incapable de fournir cet effort de volonté. Dans un tel cas, en effet, l'assuré ne dispose pas des ressources nécessaires pour vaincre ses douleurs. La question de savoir si ces circonstances exceptionnelles sont réunies doit être tranchée de cas en cas à la lumière de différents

critères. Au premier plan figure la présence d'une comorbidité psychiatrique importante par sa gravité, son acuité et sa durée. D'autres critères peuvent être déterminants. Ce sera le cas des affections corporelles chroniques, d'un processus maladif s'étendant sur plusieurs années sans rémission durable (symptomatologie inchangée ou progressive), d'une perte d'intégration sociale dans toutes les manifestations de la vie, d'un état psychique cristallisé, sans évolution possible au plan thérapeutique, résultant d'un processus défectueux de résolution du conflit, mais apportant un soulagement du point de vue psychique (profit primaire tiré de la maladie, fuite dans la maladie), de l'échec de traitements ambulatoires ou stationnaires conformes aux règles de l'art (même avec différents types de traitement), cela en dépit de l'attitude coopérative de la personne assurée (ATF 130 V 352 consid. 2.2.3). Plus ces critères se manifestent et imprègnent les constatations médicales, moins on admettra l'exigibilité d'un effort de volonté (MEYER-BLASER, *Der Rechtsbegriff der Arbeitsunfähigkeit und seine Bedeutung in der Sozialversicherung*, in: *Schmerz und Arbeitsunfähigkeit*, St. Gall 2003, p. 77). Ces critères constituent un instrument, pour l'expert et l'administration (le cas échéant pour le juge), servant à qualifier la souffrance vécue par un assuré, afin de déterminer si celui-ci dispose ou non des ressources psychiques permettant de surmonter cet état; ces critères ne constituent pas une liste de vérification mais doivent être considérés comme une aide à l'appréciation globale de la situation douloureuse dans un cas concret. Si les limitations liées à l'exercice d'une activité résultent d'une exagération des symptômes ou d'une constellation semblable, on conclura, en règle ordinaire, à l'absence d'une atteinte à la santé ouvrant le droit à des prestations d'assurance. Au nombre des situations envisagées figurent la discordance entre les douleurs décrites et le comportement observé, l'allégation d'intenses douleurs dont les caractéristiques demeurent vagues, l'absence de demande de soins, les grandes divergences entre les informations fournies par le patient et celles ressortant de l'anamnèse, le fait que des plaintes très démonstratives laissent insensible l'expert, ainsi que l'allégation de lourds handicaps malgré un environnement psychosocial intact (voir KOPP/WILLI/KLIPSTEIN, *Im Graubereich zwischen Körper, Psyche und sozialen Schwierigkeiten*, in: *Schweizerische Medizinische Wochenschrift* 1997, p. 1434, avec référence à une étude approfondie de Winckler et Foerster). On ajoutera que dans un arrêt récent ayant trait à la fibromyalgie, le Tribunal fédéral des assurances est parvenu à la conclusion qu'il existait des caractéristiques communes entre cette atteinte à la santé et le trouble somatoforme douloureux. Celles-ci justifiaient, lorsqu'il s'agissait d'apprécier le caractère invalidant d'une fibromyalgie, d'appliquer par analogie les principes développés par la jurisprudence en matière de troubles somatoformes douloureux (ATF 132 V 65; ATFA du 17 juillet 2006, cause I 297/05). La fibromyalgie a été plus particulièrement assimilée au syndrome douloureux somatoforme persistant (ATFA du 20 avril 2006, cause I 805/04). Au sujet du critère de la comorbidité psychiatrique (qui se place au premier plan pour déterminer si l'assuré dispose ou non des ressources nécessaires pour vaincre ses douleurs), un diagnostic de trouble dépressif récurrent, épisode actuel moyen (F33.1), ne suffit pas à établir l'existence d'une comorbidité psychiatrique d'une acuité et d'une durée importante. En effet, les états dépressifs constituent généralement des manifestations (réactives) d'accompagnement des troubles somatoformes douloureux, de sorte qu'ils ne sauraient faire l'objet d'un diagnostic séparé (ATF 130 V 358 consid. 3.3.1 in fine), sauf à présenter les caractères de sévérité susceptibles de les distinguer sans conteste d'un tel trouble (arrêt D. du 20 avril 2006, I 805/04, consid. 5.2.1). Le TFA a également considéré qu'une personnalité à traits histrioniques ne constituait pas non plus, à côté du trouble dépressif récurrent, épisode

actuel moyen (F33.1) une comorbidité psychiatrique autonome du trouble fibromyalgique (ATFA du 17 juillet 2006, cause I 297/05). b) S'agissant des affections corporelles chroniques, il doit exister une limitation fonctionnelle sur le plan somatique (notamment ATFA du 12 juin 2006, cause I 317/05). c) Concernant l'état physique cristallisé, des éléments biographiques difficiles (relations conflictuelles au travail, divorce, possible traumatisme sexuel sans contact physique durant l'enfance) sont des indices plaçant en faveur d'un tel état, si tant est que l'assuré ne démontre pas en même temps une attitude théâtrale et revendicative et émette des déclarations discordantes au sujet de ses douleurs donnant à penser qu'il cherche une compensation de ses souffrances par l'AI. Le fait d'affirmer ne plus être en mesure d'exercer une quelconque activité tout en étant capable de s'occuper du ménage et d'un enfant sont des indices faisant plutôt apparaître un profit secondaire tiré de la maladie (ATFA du 20 mars 2006, cause I 644/04). Un tel état ne saurait être admis lorsque l'assuré n'a pas suivi de traitement psychiatrique durable et que, par ailleurs, il fait preuve d'une mauvaise compliance médicamenteuse (ATFA du 22 février 2006, cause I 506/04, voir aussi ATFA du 21 avril 2006, cause I 483/05), lorsqu'il a uniquement pris un traitement d'anxiolytiques et non pas d'antidépresseurs (ATFA du 4 février 2006, cause I 580/04), lorsque la poursuite du traitement est susceptible d'améliorer la symptomatologie d'anxiété (ATFA du 8 juillet 2004, cause I 380/03), lorsque l'épisode dépressif moyen est en rémission complète (ATFA du 17 juillet 2006, cause I 297/05), lorsqu'aucun élément psychotique, aucune souffrance ou dysfonctionnement personnel, professionnel et social, ni encore des traits d'une personnalité dissociée ne peuvent être retenus (ATFA du 25 novembre 2004, cause I 450/03), en l'absence d'une source de conflit intrapsychique ou situation conflictuelle externe (ATFA du 23 juin 2004, cause I 272/03) lorsque l'état de l'assuré est susceptible de s'améliorer grâce à la stabilisation de la vie familiale et à l'instauration d'un traitement antidépresseur (ATFA du 10 novembre 2005, cause I 638/04), lorsque l'état psychique est stabilisé grâce à une médication adéquate et qu'un suivi psychothérapeutique constituerait un traitement adéquat des troubles en cause (ATFA du 12 septembre 2005, cause I 497/04), lorsque l'assuré fait état d'une envie de travailler et d'une certaine ambition sociale (ATFA du 13 juillet 2005, cause I 626/04). d) Quant à la perte d'intégration sociale dans toutes les manifestations de la vie, elle n'est pas réalisée lorsque l'assuré effectue des promenades avec des amis qu'il voit fréquemment et maintient des contacts sociaux avec sa famille en Espagne (ATFA du 22 février 2006, cause I 506/04), qu'il bénéficie d'une vie familiale épanouie, reçoit des amis et se rend chez eux (ATFA du 4 février 2006, cause I 580/04), qu'il a une vie retirée, passant beaucoup de temps à la maison mais a gardé un certain réseau d'amis qui viennent le voir ou auxquels il rend visite (ATFA du 29 novembre 2005, cause I 665/04), qu'il se dit bien entouré sur le plan familial (ATFA du 16 août 2005, cause I 539/04), qu'il vit dans une situation de retrait mais qu'il a des contacts réguliers avec ses proches et qu'il retourne régulièrement dans son pays d'origine avec sa famille ou des amis (ATFA du 2 mars 2005, cause I 690/04), qu'il est à même d'entretenir des contacts sociaux, d'exercer des activités sportives (natation) et de loisir (promenade) (ATFA du 8 juin 2005, cause I 361/04). a) En ce qui concerne la preuve, le juge des assurances sociales fonde sa décision, sauf dispositions contraires de la loi, sur les faits qui, faute d'être établis de manière irréfutable, apparaissent comme les plus vraisemblables, c'est-à-dire qui présentent un degré de vraisemblance prépondérante. Il ne suffit donc pas qu'un fait puisse être considéré seulement comme une hypothèse possible. Parmi tous les éléments de fait allégués ou envisageables, le juge doit, le cas échéant, retenir ceux qui lui paraissent les plus probables (ATF 126 V 360 consid. 5b, 125 V 195

consid. 2 et les références; cf. ATF 130 III 324 consid. 3.2 et 3.3). Aussi n'existe-t-il pas, en droit des assurances sociales, un principe selon lequel l'administration ou le juge devrait statuer, dans le doute, en faveur de l'assuré (ATF 126 V 322 consid. 5a). Selon le principe de libre appréciation des preuves, pleinement valable en procédure judiciaire de recours dans le domaine des assurances sociales (cf. art. 61 let. c LPGA), le juge n'est pas lié par des règles formelles, mais doit examiner de manière objective tous les moyens de preuve, quelle qu'en soit la provenance, puis décider si les documents à disposition permettent de porter un jugement valable sur le droit litigieux. En cas de rapports médicaux contradictoires, le juge ne peut trancher l'affaire sans apprécier l'ensemble des preuves et sans indiquer les raisons pour lesquelles il se fonde sur une opinion médicale et non pas sur une autre. L'élément déterminant pour la valeur probante d'un rapport médical n'est ni son origine, ni sa désignation, mais son contenu. A cet égard, il importe que les points litigieux importants aient fait l'objet d'une étude fouillée, que le rapport se fonde sur des examens complets, qu'il prenne également en considération les plaintes exprimées, qu'il ait été établi en pleine connaissance du dossier (anamnèse), que la description des interférences médicales soit claire et enfin que les conclusions de l'expert soient bien motivées. Sans remettre en cause le principe de la libre appréciation des preuves, le Tribunal fédéral des assurances a posé des lignes directrices en ce qui concerne la manière d'apprécier certains types d'expertises ou de rapports médicaux (ATF 125 V 352 ss consid. 3). b) Lorsque, au stade de la procédure administrative, une expertise confiée à un médecin indépendant est établie par un spécialiste reconnu, sur la base d'observations approfondies et d'investigations complètes, ainsi qu'en pleine connaissance du dossier, et que l'expert aboutit à des résultats convaincants, le juge ne saurait les écarter aussi longtemps qu'aucun indice concret ne permet de douter de leur bien-fondé (ATF 125 V 353 consid. 3b/bb). c) Le juge peut accorder pleine valeur probante aux rapports et expertises établis par les médecins des assureurs aussi longtemps que ceux-ci aboutissent à des résultats convaincants, que leurs conclusions soient sérieusement motivées, que ces avis ne contiennent pas de contradictions et qu'aucun indice concret ne permette de mettre en cause leur bien-fondé. Le simple fait que le médecin consulté est lié à l'assureur par un rapport de travail ne permet pas encore de douter de l'objectivité de son appréciation ni de soupçonner une prévention à l'égard de l'assuré. Ce n'est qu'en présence de circonstances particulières que les doutes au sujet de l'impartialité d'une appréciation peuvent être considérés comme objectivement fondés. Etant donné l'importance conférée aux rapports médicaux dans le droit des assurances sociales, il y a lieu toutefois de poser des exigences sévères quant à l'impartialité de l'expert (ATF 125 V 353 consid. 3b/ee, ATFA non publié du 13 mars 2000, I 592/99, consid. b/ee). e) En ce qui concerne les rapports établis par les médecins traitants, le juge peut et doit tenir compte du fait que, selon l'expérience, le médecin traitant est généralement enclin, en cas de doute, à prendre parti pour son patient en raison de la relation de confiance qui l'unit à ce dernier (ATF 125 V 351 consid. 3b/bb et cc). a) Dans le cadre de sa nouvelle demande, le recourant a été soumis à une expertise par le Dr E\_\_\_\_\_. Celle-ci remplit tous les critères jurisprudentiels précités pour lui reconnaître une pleine valeur probante. En effet, elle a été effectuée en pleine connaissance du dossier médical du recourant, est fondée sur des examens cliniques très détaillés et approfondis et tient compte des plaintes. Les conclusions de l'expertise sont par ailleurs claires et convaincantes. Selon le Dr E\_\_\_\_\_, l'examen médical est superposable à celui effectué en 2001 par le Dr O\_\_\_\_\_. Il n'y a ainsi peu d'arguments somatiques sous-jacents pour expliquer l'ampleur de la symptomatologie douloureuse. Il est à noter également qu'il n'y a pas d'amyotrophie, que les

troubles sensitifs sont diffus et que les douleurs ubiquitaires touchent toutes les articulations et le rachis sans que l'on puisse expliquer leur origine. Ainsi, le Dr E\_\_\_\_\_ arrive à la conclusion qu'il n'y a pas de contre-indication médico-théorique à une reprise totale du travail dans une activité adaptée, tout en admettant une incapacité de travail totale dans l'activité de monteur d'échafaudage. Il est vrai que l'expert répond, à la question de savoir depuis quand il y a une incapacité de travail de 20 % au moins, que cela est le cas depuis 1991, date à partir de laquelle l'assuré n'a plus repris d'activité professionnelle (question 5, p. 14 de l'expertise). A la question de savoir comment le degré d'incapacité du travail a évolué, il a déclaré qu'"Elle est restée nulle jusqu'à ce jour vu que l'assuré a mal partout" (question 6, p. 14 de l'expertise). Cependant, à l'évidence, l'expert a tenu compte de la situation de fait et non pas de la capacité de travail médico-théorique. Au contraire, comme relevé ci-dessus, il a considéré que celle-ci était totale (question 4, p. 14 de l'expertise). Il n'y a dès lors pas lieu de considérer que l'expertise contient une contradiction, voire qu'elle admet une incapacité de travail sur le plan somatique. Ainsi, sur le plan rhumatologique, il convient de considérer que l'état de santé du recourant ne s'est pas notablement détérioré depuis la précédente décision de l'intimé du 28 novembre 2003. b) Cependant, le recourant souffre également d'un diabète de stade II, atteinte qui n'était pas présente en 2003. Cette affection ne saurait toutefois être considérée comme étant invalidante, d'autant plus qu'elle n'est pas insulino-dépendante et ne présente pour l'instant aucune complication. c) Sur le plan psychique, le Dr S\_\_\_\_\_ a certes diagnostiqué, dans son rapport du 20 mars 2006, un état dépressif majeur sévère. Cependant, ce diagnostic n'est pas repris par la Dresse W\_\_\_\_\_, qui retient un trouble thymique organique dépressif depuis 2004. Cette atteinte est en relation directe avec le syndrome d'apnées-hypopnée du sommeil à net caractère positionnel, dès lors que les anomalies respiratoires se produisent en décubitus dorsal, selon le rapport du 28 septembre 2006 du Dr T\_\_\_\_\_. Par ailleurs, la Dresse W\_\_\_\_\_ a constaté une évolution plus ou moins favorable, dans son rapport du 26 juin 2007, après l'adoption du décubitus latéral, grâce à une balle de tennis dans le dos. Cette praticienne a ainsi relevé une diminution de la tristesse et une augmentation de l'énergie, même si les sentiments de perte d'espoir et d'irritabilité persistaient. Selon ce médecin, il y a une incapacité de travail due à l'atteinte psychiatrique depuis 2004. A la date de son rapport, l'incapacité de travail était de 50 % "en tous les cas" sur le plan psychiatrique. Dans l'annexe à son rapport médical relatif à la réinsertion professionnelle, elle a mentionné, à la question de savoir à quoi il faudrait être particulièrement attentif lors d'une reprise de travail, l'impatience et l'irritabilité, tout en ajoutant (et/ou mauvaise foi). Par ailleurs, la Dresse W\_\_\_\_\_ a admis que la capacité de travail était difficile à évaluer. Il résulte cependant de l'anamnèse que le recourant a réussi d'arrêter de fumer en 2004, ce dont il faut certes le féliciter, mais ce qui démontre qu'il a une certaine énergie et volonté. Or, cela est tout à fait incompatible avec un trouble dépressif sévère retenu par les psychiatres précités. Il sied également de relever que ce diagnostic n'est pas retenu dans le rapport du 14 juin 2005 du Service d'enseignement thérapeutique pour maladies chroniques des HUG. Il ressort au contraire de ce rapport que le recourant a montré une certaine curiosité et fait preuve d'une capacité de se prendre en charge. Pendant son séjour à l'hôpital en mai 2005, il a ainsi exprimé le désir de connaître davantage sa maladie et de savoir comment s'alimenter correctement, compte tenu de son diabète. Il a fait l'apprentissage d'un nouvel appareil d'autocontrôle glycémique et gérait bien son carnet de glycémie. Ces éléments sont en contradiction avec un épisode dépressif majeur caractérisé par une perte de l'espoir. Au contraire, un tel comportement dénote une attitude volontariste, alors qu'une personne en

dépression majeure resterait indifférente et passive, ne trouvant pas les ressources pour se prendre en main. A cela s'ajoute que le recourant ne consulte que sporadiquement sa psychiatre et que son traitement antidépresseur ne semble pas être optimal, dès lors que le Dr S \_\_\_\_\_ a fait des propositions d'amélioration dont on ignore si elles ont été suivies. La compliance n'a en outre pas été contrôlée. De surcroît, un trouble thymique organique consécutif à un syndrome d'apnées du sommeil devrait en principe totalement guérir avec la disparition dudit syndrome grâce à l'adoption d'une position adéquate, en décubitus dorsal, ou avec un appareil de ventilation. Compte tenu de ce qui précède, le Tribunal de céans n'estime pas vraisemblable que le recourant soit atteint d'un trouble dépressif sévère réduisant, voire anéantissant sa capacité de travail. d) Quant à l'éventuelle existence d'un trouble somatoforme douloureux persistant ou d'une fibromyalgie, le recourant ne fait pas valoir que le syndrome douloureux se serait aggravé. En tout état de cause, une comorbidité psychiatrique importante ne peut être retenue, dès lors que même un état dépressif moyen n'est pas considéré comme une atteinte indépendante, mais comme une affection d'accompagnement d'un trouble somatoforme douloureux persistant ou d'une fibromyalgie, selon la jurisprudence précitée. Le Dr E \_\_\_\_\_ a également indiqué que le syndrome anxio-dépressif, qu'il soupçonnait, était possiblement réactionnel à la longue durée d'inactivité et au syndrome douloureux chronique. Il n'y a pas non plus d'éléments anamnétiques pour un état psychique cristallisé. En tout état de cause, en présence d'une exagération des symptômes, telle que mise en évidence dans les expertises, le caractère invalidant d'une telle affection ne saurait être retenu, en application de la jurisprudence. Au vu de ce qui précède, il appert que l'état de santé du recourant ne s'est pas notablement péjoré. Cela étant, le recours sera rejeté. Dans la mesure où le recourant est entretenu par l'Hospice général, le Tribunal de céans renonce à percevoir un émolument de justice. **PAR CES MOTIFS, LE TRIBUNAL CANTONAL DES ASSURANCES SOCIALES** : Statuant A la forme : Déclare le recours recevable. Au fond : Le rejette. Renonce à percevoir un émolument de justice. Informe les parties de ce qu'elles peuvent former recours contre le présent arrêt dans un délai de 30 jours dès sa notification auprès du Tribunal fédéral (Schweizerhofquai 6, 6004 LUCERNE), par la voie du recours en matière de droit public, conformément aux art. 82 ss de la loi fédérale sur le Tribunal fédéral du 17 juin 2005 (LTF); le mémoire de recours doit indiquer les conclusions, motifs et moyens de preuve et porter la signature du recourant ou de son mandataire ; il doit être adressé au Tribunal fédéral par voie postale ou par voie électronique aux conditions de l'art. 42 LTF. Le présent arrêt et les pièces en possession du recourant, invoquées comme moyens de preuve, doivent être joints à l'envoi. La greffière Claire CHAVANNES La présidente Maya CRAMER Une copie conforme du présent arrêt est notifiée aux parties ainsi qu'à l'Office fédéral des assurances sociales par le greffe le

Export aus OpenCaseLaw (CC0). Verbindlich ist allein der vom erlassenden Gericht veröffentlichte Originaltext. Quellen-URL siehe oben.