

REPUBLIQUE ET



CANTON DE GENEVE

POUVOIR JUDICIAIRE

A/386/2009

ATAS/1671/2009

ARRET

**DU TRIBUNAL CANTONAL DES
ASSURANCES SOCIALES**

Chambre 1

du 22 décembre 2009

En la cause

Monsieur H_____, domicilié à Genève, comparant avec élection de domicile en l'étude de Maître PETITAT Pierre-Bernard recourant

contre

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

Siégeant : Doris WANGELER, Présidente; Evelyne BOUCHAARA et Christine TARRIT-DESHUSSES, Juges assesseurs

EN FAIT

1. Monsieur H_____ (ci-après : l'assuré ou le recourant), né en 1955 et originaire du Kosovo, a exercé l'activité de peintre en bâtiment dès son entrée en Suisse en 1977.
2. A partir du 8 novembre 1989, sa capacité de travail a été nulle en raison d'une lombosciatalgie gauche apparue en soulevant un sac de ciment de 50 kilos. Une hernie discale gauche au niveau L5-S1 a été diagnostiquée, puis opérée le 7 mars 1990. Par la suite, seules les lombalgies ont persisté, justifiant la poursuite de l'incapacité de travail.
3. Dans le cadre d'une expertise mise en œuvre par l'assurance-maladie perte de gain, le Dr L_____, chirurgien, a conclu, dans son rapport du 20 octobre 1990, que le patient était définitivement inapte pour son travail de peintre en bâtiment mais qu'il pouvait exercer une activité n'exigeant pas de travaux lourds sollicitant le rachis.
4. Le 25 octobre 1990, l'assuré a présenté une demande de prestations de l'assurance-invalidité tendant à l'octroi d'une rente.
5. Il a suivi un stage d'observation professionnelle au Centre de réadaptation professionnelle et d'occupation pour personnes handicapées physiques du 2 mai au 1^{er} septembre 1991 avec un taux de présence de 44 %. Dans le cadre d'un stage OSER, le maître socioprofessionnel a conclu à l'impossibilité pour l'assuré de travailler dans un poste nécessitant une position statique (debout ou assise). Il a considéré qu'il fallait exclure tous travaux tels que montage en série de pièces ainsi que devant une machine de conditionnement où la position debout était requise.
6. La Commission de l'assurance-invalidité a mis en œuvre une expertise auprès du Dr M_____, psychiatre, qui, dans un rapport du 5 décembre 1991, a diagnostiqué un syndrome lombosciatique S1 gauche et une évolution sinistrosique. Il a également mentionné que l'assuré avait une personnalité à traits phobo-abandonniques décompensés avec très peu de ressources psychologiques mobilisables. Il a retenu une capacité de travail entière dans un travail adapté. Dans le cadre de cette expertise, il a fait procéder à un examen neurologique par le Dr N_____, neurologue, qui a constaté un syndrome lombovertébral massif, un syndrome radiculaire S1 gauche se manifestant par une abolition du réflexe achilléen ainsi qu'une diminution de la sensibilité sur le bord latéral et externe du pied, enfin, la présence de fibrillation persistante dans le mollet gauche.
7. À la suite de la décision de l'assurance-invalidité du 10 avril 1992 refusant l'octroi d'une rente, l'assuré a recouru contre ladite décision, le 8 mai 1992, auprès de la Commission cantonale de recours en matière d'assurance-invalidité alors

compétente. Par jugement du 7 janvier 1993, ladite Commission a rejeté le recours, puis, en date du 15 mars 1993, l'assuré a recouru auprès du Tribunal fédéral des assurances qui, dans son arrêt du 3 septembre 1993, a également rejeté ledit recours. Il a considéré qu'ayant une capacité de travail entière dans une activité adaptée, le recourant ne subissait pas d'invalidité de nature à ouvrir le droit à une rente en raison d'une atteinte à la santé physique et que l'existence d'une incapacité de gain due à une atteinte à la santé mentale devait être niée en tant que son état ne revêtait pas le caractère d'un trouble psychogène assimilable à une maladie mentale.

8. En date du 10 février 1999, l'assuré a déposé une nouvelle demande de prestations auprès l'assurance-invalidité tendant à une orientation professionnelle et à un reclassement dans une nouvelle profession.
9. Dans un rapport du 9 juillet 2001, le Dr O_____, neurologue, a diagnostiqué un field back syndrome avec status post-discotomie L5-S1 gauche et un syndrome radiculaire S1 résiduel. Il a mentionné un état de santé stationnaire et a expliqué que l'assuré avait repris un travail léger dans une entreprise de peinture, de novembre 1993 jusqu'en août 1995, date à laquelle il avait subi un nouveau blocage du dos en transportant des charges importantes. Il a ajouté que, dans le cadre du chômage, en 1998, l'assuré avait travaillé sans port de charges aux Services Industriels, puis, en février 1999, l'assurance-chômage lui avait fait déposer une nouvelle demande auprès de l'assurance-invalidité. Enfin, le Dr O_____ a indiqué que, le 2 septembre 2000, après un séjour au Kosovo depuis mars 1999, le recourant avait repris un travail léger à plein temps dans une entreprise de peinture et avait été victime d'un nouveau blocage du dos, le 10 mai 2001. Il a rapporté les plaintes du patient consistant en des lombosciatalgies à gauche exacerbées par tout effort physique et des paresthésies du pied gauche ainsi que des crampes surtout dans le mollet gauche. Au status, il n'a pas constaté de déficit moteur, mais il a observé un réflexe achilléen gauche aboli et une hypoesthésie dans le dermatome S1. Il a confirmé que le patient n'était pas en mesure de reprendre un métier nécessitant le port de charges. Dans l'annexe au rapport médical concernant la réinsertion professionnelle, le Dr O_____ a précisé qu'on pouvait exiger de l'assuré qu'il exerçât une autre activité sans port de charges avec position variée dans une mesure de 50 % et sans diminution de rendement. Il a fait état de limitations des capacités fonctionnelles consistant en l'impossibilité du maintien de la position assise au-delà de deux heures par jour et debout au-delà d'une heure par jour, en l'impossibilité à marcher au-delà d'une heure, à rester en position statique, à incliner le buste, à lever, porter ou déplacer des charges, à se baisser, à effectuer des mouvements occasionnels des membres ou du dos, enfin à travailler en hauteur ou sur une échelle.
10. Afin d'évaluer la nécessité d'un reclassement vers un autre métier, l'OCAI a mis en place une nouvelle mesure d'observation professionnelle auprès du Centre d'intégration professionnelle (ci-après : le CIP) du 8 avril au 20 juin 2002. Dans

leur rapport du 19 juin 2002, les maîtres de réadaptation ont conclu à une capacité résiduelle de travail de 80 % dans une activité légère, sans port de charges et principalement en position assise, telle qu'ouvrier d'usine, polisseur ou contrôleur de fabrication. Ils ont estimé que ces activités nécessitaient théoriquement, à savoir, si l'assuré avait le comportement adéquat, une mise au courant pratique en entreprise de 6 à 12 mois et que dans une activité à plein temps le rendement escompté était de 80 %. Ils ont relevé que lorsqu'ils avaient indiqué au recourant qu'il avait encore des capacités de travail exploitables, la déception de l'assuré avait été notable et s'était transformée par la suite en colère car il espérait obtenir une reconnaissance de ses limitations. Ils ont précisé que, lors des stages de courte durée en entreprise, l'assuré avait mis tout en œuvre pour démontrer qu'il ne pouvait plus travailler, notamment en adoptant un comportement plaintif et démonstratif. Dans son rapport du 27 juin 2002, le responsable des programmes et méthodes du CIP a également mentionné que l'assuré avait tenté d'intimider les maîtres par son agressivité et des menaces verbales. Il a proposé que les services médicaux de l'assurance-invalidité examinent si une actualisation de l'expertise psychiatrique de 1991 était nécessaire.

11. L'assuré a séjourné du 21 juin au 19 juillet 2002 à la Clinique de médecine interne de réhabilitation des Hôpitaux Universitaires de Genève (ci-après : les HUG). Dans un rapport du 5 août 2002, le Dr P_____, chef de clinique, a fait état d'une exacerbation progressive des douleurs lombaires habituelles depuis la mi-juin 2002, sans déficit moteur ou sensitif nouveau et sans trouble sphinctérien. Durant son séjour, un bilan scanographie avait permis d'exclure une récurrence de hernie discale et avait montré une simple discarthrose multi-étagée.
12. En date du 16 mai 2003, l'assuré a été examiné par les Drs Q_____, psychiatre, et R_____, généraliste, tous deux médecins au Service médical régional de l'assurance-invalidité (ci-après : le SMR). Dans un rapport du 27 juillet 2003, le Dr Q_____ n'a pas constaté de troubles du cours de la pensée ou d'autres signes de la lignée psychotique. En revanche, il a mis en évidence une thymie légèrement dépressive, une fatigabilité marquée, liée à des insomnies. Il a diagnostiqué une dysthymie (F 34.1) chez une personne émotionnellement labile à traits abandonniques et caractériels passifs ainsi qu'un trouble douloureux chronique. Il a expliqué que cette dysthymie ne jouait en soi pas de rôle déterminant en termes de comorbidité psychiatrique et que sa personnalité ne pouvait pas constituer un caractère prémorbide au sens des critères de Mosimann. Il a ajouté que l'assuré gardait une vie sociale puisqu'il rencontrait non seulement sa sœur et son frère mais également des compatriotes. Les médecins ont considéré que la capacité de travail exigible dans une activité adaptée sur le plan biomécanique était de 80 %.
13. Par prononcé du 15 décembre 2003, puis décision du 9 mars 2004, l'Office de l'assurance-invalidité du canton de Genève (ci-après : l'OAI) a alloué à l'assuré un

quart de rente d'invalidité dès le 1^{er} mai 2002 en retenant un taux d'invalidité de 42,3 % après avoir procédé à une comparaison des revenus en considérant que l'assuré avait une capacité résiduelle de travail de 80 % dans une activité légère.

14. En date du 19 mars 2004, l'assuré a formé opposition à ladite décision. Il a contesté la date de naissance de la rente et le taux de capacité de travail reconnu. Il a précisé qu'il se trouvait en traitement chez un psychiatre.
15. Dans un rapport du 10 juin 2004, la Dresse S _____, médecin à la consultation psychiatrique des HUG, a diagnostiqué un épisode dépressif sévère sans caractéristique psychotique (F. 32.2) présent depuis janvier 2004. Elle a retenu une incapacité de travail de 100 % dès le 4 février 2004 pour une durée indéterminée. Elle a précisé que le patient lui avait été adressé par le médecin traitant en raison d'une symptomatologie dépressive sévère avec idées suicidaires et abus d'alcool depuis deux mois ainsi qu'un repli social avec refus de voir sa famille. Elle a constaté une thymie triste, de degré sévère avec repli social, des troubles de la concentration et de l'endormissement ainsi que l'absence d'idées suicidaires. Dans le questionnaire complémentaire pour les troubles psychiques, elle a précisé que ces derniers étaient réactionnels à des événements de vie adverse et qu'ils influençaient grandement l'affection actuelle.
16. Dans un rapport du 10 septembre 2004, la Dresse T _____, cheffe de clinique à l'unité psychiatrique des HUG, a confirmé le diagnostic psychiatrique déjà posé et a attesté d'une incapacité de travail 100 % du 4 février au 31 mars 2004. Elle a indiqué que l'état de santé s'améliorait. Elle a toutefois constaté que le patient était anxieux, triste et révolté par la décision de l'assurance-invalidité, sans idées délirantes ni hallucinations, mais avec des troubles de l'endormissement, des difficultés de concentration, un repli social, une anhédonie et une idéation suicidaire.
17. Dans un rapport du 9 février 2005, le Dr U _____, chef de clinique à l'unité psychiatrique des HUG, a également confirmé le diagnostic psychiatrique précédent et fait en outre état de troubles somatoformes douloureux (F. 45.4). Il a attesté une incapacité de travail de 100 % dès le 4 février 2004 et pour une durée indéterminée en indiquant que l'état de santé était stationnaire. Il a fait les mêmes constatations objectives que la Dresse S _____.
18. En date du 26 juillet 2005, l'OAI a confié un mandat d'expertise au Dr V _____, psychiatre et psychothérapeute.
19. Dans un rapport d'expertise du 10 octobre 2005, après avoir établi une anamnèse, tenu compte des plaintes du patient et procédé à un examen clinique, l'expert a diagnostiqué, sans répercussion sur la capacité de travail, des troubles mentaux et de comportement liés à l'utilisation d'éthyle - utilisation nocive pour la santé (F. 10.1), un syndrome douloureux somatoforme persistant (F. 45.4) présent depuis

1989, des exagérations symptomatiques pour différents motifs notamment économiques (Z 76.2). Quant à la capacité résiduelle de travail, il l'a estimée à 100 % dans une activité adaptée pour autant que l'assuré en ait la motivation.

20. Le 2 février 2006, l'assuré a informé l'OAI qu'il n'était pas d'accord avec les conclusions du Dr V_____ et qu'il sollicitait une contre-expertise que le Dr U_____ serait prêt à effectuer.
21. Par décision sur opposition du 19 septembre 2005 (recte 2006), l'OAI a rejeté l'opposition. Il a considéré que le rapport d'expertise remplissait les conditions jurisprudentielles pour lui reconnaître une pleine valeur probante et qu'aucun examen complémentaire ne se justifiait.
22. Pas acte du 20 octobre 2006, l'assuré a recouru contre ladite décision sur opposition auprès du Tribunal de céans. Il a conclu, préalablement, à l'octroi d'un délai pour compléter son recours et à son audition par le Tribunal, principalement, à la fixation d'un taux d'invalidité supérieur à 43 % et à l'octroi d'une rente correspondante, subsidiairement, à la mise en œuvre d'une expertise. Il a allégué que les conditions dans lesquelles le Dr V_____ avait réalisé son expertise ne permettaient pas de conclure à un document médical établi de façon objective puisqu'il n'avait auditionné le recourant qu'à une seule reprise pendant 20 minutes et que les autres entretiens avaient été réalisés par une collaboratrice. Il a invoqué une violation de son droit d'être entendu dans la mesure où l'audition du Dr U_____ n'avait pas eu lieu alors qu'elle aurait permis de clarifier sa situation psychique.
23. Le 25 janvier 2007, le recourant a produit dans la procédure un rapport du Dr U_____ du 5 janvier 2007. Ce dernier a signalé que, le Dr V_____ ayant banalisé les atteintes à la santé psychiatrique et somatique du recourant, ce dernier présentait depuis lors une aggravation de son état dépressif. Il a relevé que le patient avait de plus en plus l'impression de ne pas être reconnu dans sa maladie dépressive chronique qui engendrait chez lui une détresse de plus en plus importante et dont il souffrait quotidiennement. Il a reproché à l'expert de n'avoir pas mentionné un diagnostic de dépression et d'avoir tout au plus retenu un trouble somatoforme douloureux ainsi que des troubles mentaux liés à l'utilisation de l'alcool, ce qui était complètement nié par le recourant. Il a relevé que l'assuré était incapable de reprendre une activité professionnelle et que l'octroi d'une rente complète de l'assurance-invalidité demeurait indispensable. Enfin, il a mentionné l'existence d'un diabète qui pouvait aggraver la symptomatologie dépressive selon les résultats de plusieurs études menées à ce jour.
24. Dans sa réponse du 15 février 2007, l'intimé a conclu au rejet du recours et a considéré que les arguments invoqués par le recourant ne lui permettaient pas de faire une appréciation différente du cas.

25. Par arrêt du 10 octobre 2007, le Tribunal de céans, constatant que l'expertise du Dr V _____ n'avait pas valeur probante, a renvoyé la cause à l'intimé afin qu'il mette en œuvre une expertise psychiatrique externe pour déterminer si les troubles psychiques du recourant entraînaient une incapacité de travail, et si oui, à quel taux et pour quelles activités.
26. L'OAI a confié cette expertise au Dr W _____, psychiatre, qui a rendu son rapport en date du 18 septembre 2008. Celui-ci a diagnostiqué un état dépressif majeur de gravité légère (dysthymie), un trouble somatoforme douloureux associé à des facteurs psychologiques et une affection médicale chronique, des traits de personnalité "sensitive", des difficultés socio-économiques, un problème de santé physique et une absence de qualification professionnelle. L'expert a relevé qu'il y avait une évolution dite sinistrosique qui ne prenait pas ses racines dans une histoire personnelle particulièrement douloureuse. Le Dr W _____ a précisé que l'on parlait de sinistrose sans tenir compte de la bonne ou de la mauvaise foi apparente du sujet, lorsque la contestation des décisions médicales et administratives ou bien la discussion des chiffres d'invalidité prenaient une place prédominante qui dépassait celle de la souffrance elle-même. L'expert a également relevé qu'il n'y avait pas d'indices en faveur de troubles majeurs antérieurs de la personnalité assimilables à une atteinte à la santé mentale, pas de comorbidité psychiatrique significative et les affections corporelles connues de longue date ne devaient pas justifier une diminution subséquente de la capacité de travail dans une activité adaptée. Il n'y avait pas de perte d'intégration sociale. Au contraire, l'assuré était très bien entouré par sa famille. Les profits tirés par la maladie semblaient bien perceptibles depuis 1989. L'échec des traitements ambulatoires et hospitaliers ne rentrait pas véritablement en ligne de compte puisque par définition, dans la sinistrose, la demande implicite du sujet vis-à-vis du corps médical n'était pas tant de soulager la souffrance que de trouver une solution à ses difficultés asséculo-logico-économiques. Enfin, de nombreux indices allaient dans le sens d'une amplification des symptômes, hypothèse qui avait été relevée par la plupart des intervenants extérieurs à la situation, qui avaient examiné l'assuré. L'on pouvait parler d'une "sursimulation" de nombreux symptômes, terme qui caractérisait l'existence d'un fond pathologique réel, exagérée pour les besoins de la cause. Les plaintes exprimées l'étaient sur un mode accusateur face aux médecins, ou aux assurances sociales. Le poids de la souffrance manifeste paraissait souvent flou et exprimé avec ambiguïté. On relevait une explication somatique des symptômes largement insuffisantes, et la description de ceux-ci se faisait sur un mode dramatique, démonstratif. Par ailleurs, la participation générale à l'examen et la coopération de l'assuré étaient insuffisantes, l'attitude revendicatrice. L'expertisé ne paraissait en outre pas tendu ni anxieux; il ne se plaignait pas spontanément d'une problématique émotionnelle, mais seulement à la demande. Les plaintes psychiques étaient exprimées sans grande émotion, parfois mécaniquement et donnaient un certain sentiment d'inauthenticité. L'assuré ne paraissait pas manifestement porter le

masque de la souffrance. En définitive, on se retrouvait face à un tableau clinique de lombosciatalgies très localisées d'ailleurs, pour lequel on observait un sujet peu dolent et limité lors de l'expertise. L'expert a conclu que la capacité de travail au niveau psychiatrique de l'assuré était entière car le trouble somatoforme douloureux ne pouvait pas être assimilé à une atteinte à la santé mentale, sans l'existence d'une comorbidité psychiatrique ni troubles majeurs de la personnalité. L'assuré devait être considéré comme apte à travailler à 100 % et ce depuis toujours. Les limitations étaient les suivantes : au plan physique : plaintes lombaires et tendance à la majoration des plaintes; au plan psychique et mental : légères variations de l'humeur, anxiété, colère, irritation et au plan social : sujet assez rigide, implicitement revendicateur, sûr de son bon droit, qui n'entendait pas se remettre en question. Ainsi, toute activité compatible avec les limitations physiques objectives, les compétences et la motivation était possible. Il n'y avait pas de diminution de rendement. Si l'assuré en avait la motivation, il était capable de s'adapter à son environnement professionnel. Il n'y avait pas de demande de la part de l'assuré s'agissant de mesures de réadaptation. Il fallait éviter la surenchère médicale, exploratoire et chirurgicale devant toute nouvelle plainte, car le risque de l'iatrogenèse était important.

27. Dans son avis sans examen clinique du 24 septembre 2008, le SMR a relevé que pour tenir compte des limitations somatiques (lombaires, épaule), il avait admis une capacité de travail de 80 % dans un poste léger physiquement (octroi d'un quart de rente depuis 2002). Néanmoins, vu l'ancienneté des documents à ce sujet, il convenait de demander à l'assuré et à son médecin traitant si son état de santé physique s'était modifié notablement depuis de 2003.
28. Dans un rapport du 23 octobre 2008, le Dr A_____ a indiqué que l'état de santé s'était aggravé. L'assuré présentait des lombalgies, des douleurs aux épaules, une atteinte de l'état général depuis deux ans et un état dépressif depuis cinq ans. Il y avait des changements dans les diagnostics. L'assuré était totalement incapable de travailler. Le patient avait en outre séjourné à l'hôpital, du 1^{er} au 30 septembre 2008 en raison d'un syndrome inflammatoire persistant avec adénopathies hilaires hépatiques et œsophagiennes distales.
29. Dans son avis sans examen clinique du 12 novembre 2008, le Dr B_____, médecin-conseil de l'assurance-invalidité, a relevé que le rapport des HUG évoquait que l'évolution avait été spontanément favorable avec disparition de l'état fébrile et du syndrome inflammatoire. Le problème transitoire s'était ainsi résolu. L'atteinte lombaire et des épaules était connue ; il n'y avait rien de nouveau à signaler à ce sujet. Ces troubles avaient été pris en compte pour évaluer la capacité de travail résiduelle. Il n'y avait donc pas de modification notable, objective et durable depuis 2002 de l'état de santé, au regard des documents à disposition.

30. Par projet de décision du 13 novembre 2008, l'OAI a informé l'assuré qu'il refusait de revenir sur le degré d'invalidité précédemment fixé et rejetait la demande de l'assuré qui continuerait à bénéficier d'un quart de rente. En effet, le rapport d'expertise du Dr W _____ attestait d'un état dépressif de gravité légère qui permettait à l'assuré de conserver une capacité entière de travail, ce depuis toujours. Cependant, pour tenir compte des limitations somatiques, une capacité de travail de 80 % dans un poste léger était admise, qui avait entraîné l'octroi d'un quart de rente depuis 2002. Les atteintes physiques n'avaient pas subi d'aggravation notable, raison pour laquelle le quart de rente était maintenu sans modification.
31. Par courrier du 25 novembre 2008, l'assuré a contesté le projet de décision, sollicitant le dossier ainsi que le rapport d'expertise du Dr W _____.
32. Par courrier du 12 décembre 2008, l'assuré a formé "opposition" au projet de décision, faisant valoir qu'il n'était pas un acteur de cinéma et qu'il suivait actuellement un traitement aux HUG pour des séquelles post-tuberculose.
33. Par décision du 5 janvier 2009, l'OAI a confirmé son projet de décision du 13 novembre 2008.
34. Par courrier du 5 février 2009, l'assuré a recouru contre cette décision auprès du Tribunal de céans, concluant à l'octroi d'une rente entière d'invalidité ou de trois-quarts de rente ou plus subsidiairement d'une demi-rente. Il a fait valoir que le rapport du Dr W _____ n'emportait pas conviction et a transmis un avis de son psychiatre traitant, le Dr U _____. Il a par ailleurs mis en doute l'indépendance et l'objectivité du Dr W _____, qui selon lui aurait été choisi par l'OAI pour son opinion partisane. Au vu des opinions divergentes entre les psychiatres de l'assurance-invalidité et les psychiatres traitants du recourant, il fallait considérer que son taux d'invalidité était nettement supérieur à 42,3 % et que son état physiologique s'était par ailleurs aggravé, comme l'avait relevé le Dr C _____ dans son rapport du 24 octobre 2008. Dans son appréciation du 31 janvier 2009, le Dr U _____ a relevé que le Dr W _____ n'avait vu qu'à une seule reprise le recourant. Il ne lui avait fait passer qu'un test, celui de l'échelle d'Hamilton, ce qui était insuffisant. Par ailleurs, le diagnostic de traits de personnalité sensitive n'était décrit ni dans la CIM-10 ni dans le DSM-IV. Son patient n'était par ailleurs pas revendicateur, mais dépressif. Ses symptômes dépressifs s'étaient échelonnés entre la dépression légère et celle d'intensité modérée ces derniers mois. Par ailleurs, l'assuré aurait dû faire l'objet de tests supplémentaires, tels une IRM ou un PET-Scan qui auraient pu montrer un hypométabolisme au niveau du cortex préfrontal gauche, notamment. Enfin, son patient présentait une comorbidité psychiatrique, qui correspondait à un état dépressif de gravité légère, ce qui avait été occulté par l'expert psychiatre.

35. Dans sa réponse du 5 mars 2009, l'OAI, concluant au rejet du recours, a relevé qu'une expertise médicale même basée sur un dossier pouvait avoir pleine valeur probante. En l'occurrence, l'expertise du Dr W_____ avait cette valeur probante et il convenait de suivre ses conclusions. Les tests complémentaires devaient en outre être considérés comme une aide au diagnostic et au dépistage mais n'étaient pas indispensables et déterminants pour une expertise. De plus leur objectivité n'était que relative. En conclusion, les remarques soulevées par le psychiatre traitant ne remettaient pas en cause les conclusions de l'expert.
36. Sur ce, la cause a été gardée à juger.

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) qui sont 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 est entrée en vigueur le 1^{er} janvier 2003, entraînant des modifications législatives notamment dans le droit de l'assurance-accidents. 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 sur opposition litigieuse (ATF 129 V 4 consid. 1.2 ; 169 consid. 1 ; 356 consid. 1 et les arrêts cités). Dans la mesure où la nouvelle demande a été déposée en 1999, ces principes de droit intertemporel commandent l'examen du bien-fondé de la décision du 5 janvier 2009 à la lumière des anciennes dispositions de la LAI pour la période s'étendant jusqu'au 31 décembre 2002 et, le cas échéant, au regard des nouvelles dispositions de la LPGA pour la période postérieure (voir ATF 130 V 332 consid. 2.2 et 2.3). Enfin, en ce qui concerne la procédure et à défaut de règles transitoires contraires, le nouveau droit s'applique 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).
3. Interjeté dans les délai et formes prescrits par la loi, le recours est recevable (art. 56 ss LPGA).
4. La loi fédérale du 16 décembre 2005 modifiant la LAI est entrée en vigueur le 1er juillet 2006, apportant des modifications qui concernent notamment la procédure conduite devant le Tribunal fédéral des assurances (art. 132 al. 2 et 134 OJ). Le présent cas est soumis au nouveau droit, du moment que le recours de droit

administratif a été formé après le 1er juillet 2006 (ch. II let. c des dispositions transitoires relatives à la modification du 16 décembre 2005).

S'agissant des modifications de la LAI du 6 octobre 2006 (5ème révision de la LAI), entrées en vigueur le 1er janvier 2008, selon les principes de droit intertemporel, l'examen du bien-fondé de la décision du 5 janvier 2009 doit être opéré à la lumière des anciennes dispositions de la LAI pour la période s'étendant jusqu'au 31 décembre 2007 et, le cas échéant, au regard des nouvelles dispositions de la LAI pour la période postérieure.

5. a) Il convient en l'occurrence de déterminer le degré d'invalidité du recourant et son droit à des prestations de l'assurance-invalidité. Il y a lieu ici de rappeler que par décision du 9 mars 2004, l'OCAI a mis le recourant au bénéfice d'un quart de rente en tenant compte d'une capacité résiduelle de travail de 80% dans une activité légère et suite à une comparaison des revenus avant et après invalidité. Cette décision a été contestée par le recourant, ce qui a conduit à la présente procédure.

b) Lorsqu'elle est saisie d'une nouvelle demande, l'administration doit commencer par examiner si les allégations de l'assuré sont, d'une manière générale, plausibles. Si tel n'est pas le cas, l'affaire est liquidée d'entrée de cause et sans autres investigations par un refus d'entrée en matière. A cet égard, l'administration se montrera d'autant plus exigeante pour apprécier le caractère plausible des allégations de l'assuré que le laps de temps qui s'est écoulé depuis sa décision antérieure est bref. Elle jouit sur ce point d'un certain pouvoir d'appréciation que le juge doit en principe respecter. Ainsi, le juge ne doit examiner comment l'administration a tranché la question de l'entrée en matière que lorsque ce point est litigieux, c'est-à-dire quand l'administration a refusé d'entrer en matière en se fondant sur l'art. 87 al. 3 ou 4 RAI et que l'assuré a interjeté recours pour ce motif. Ce contrôle par l'autorité judiciaire n'est en revanche pas nécessaire lorsque l'administration est entrée en matière sur la nouvelle demande (ATF 109 V 114 consid. 2b).

c) Aux termes de l'art. 8 al. 1^{er} LPGA, est réputée invalidité l'incapacité de gain totale ou partielle qui est présumée permanente ou de longue durée. Selon l'art. 4 al. 1^{er} LAI, l'invalidité peut résulter d'une infirmité congénitale, d'une maladie ou d'un accident. Est réputée incapacité de gain toute diminution de l'ensemble ou d'une partie des possibilités de gain de l'assuré sur un marché du travail équilibré dans son domaine d'activité, si cette diminution résulte d'une atteinte à sa santé physique ou mentale et qu'elle persiste après les traitements et les mesures de réadaptation exigibles (art. 7 al. 1^{er} LPGA).

Selon la jurisprudence, la notion d'invalidité, au sens du droit des assurances sociales, est une notion économique et non médicale ; ce sont les conséquences économiques objectives de l'incapacité fonctionnelle qu'il importe d'évaluer (ATF

110 V 275 consid. 4a). Lorsqu'en raison de l'inactivité de l'assuré, les données économiques font défaut, il y a lieu de se fonder sur les données d'ordre médical, dans la mesure où elles permettent d'évaluer la capacité de travail de l'intéressé dans des activités raisonnablement exigibles (ATF 115 V 133 consid. 2 ; ATFA non publié du 19 avril 2002, I 554/01).

Parmi les atteintes à la santé psychique, qui peuvent, comme les atteintes physiques, provoquer une invalidité au sens de l'art. 4 al. 1^{er} LAI en liaison avec l'art. 8 LPGA, on doit mentionner – à part les maladies mentales proprement dites – les anomalies psychiques qui équivalent à des maladies. On ne considère pas comme des conséquences d'un état psychique malade, donc pas comme des affections à prendre en charge par l'assurance-invalidité, les diminutions de la capacité de gain que l'assuré pourrait empêcher en faisant preuve de bonne volonté ; la mesure de ce qui est exigible doit être déterminée aussi objectivement que possible. Il faut donc établir si et dans quelle mesure un assuré peut, malgré son infirmité mentale, exercer une activité que le marché du travail lui offre, compte tenu de ses aptitudes. Le point déterminant est ici de savoir quelle activité peut raisonnablement être exigée dans son cas. Pour admettre l'existence d'une incapacité de gain causée par une atteinte à la santé mentale, il n'est donc pas décisif que l'assuré exerce une activité lucrative insuffisante ; il faut bien plutôt se demander s'il y a lieu d'admettre que la mise à profit de sa capacité de travail ne peut, pratiquement, plus être raisonnablement exigée de lui, ou qu'elle serait même insupportable pour la société (ATF 102 V 165 ; VSI 2001 p. 224 consid. 2b et les références ; cf. aussi ATF 127 V 294 consid. 4c *in fine*).

La reconnaissance de l'existence 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 396 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 malade 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). 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).

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

Par ailleurs, s'agissant des troubles dépressifs, il y a lieu d'observer que selon la doctrine médicale (cf. notamment DILLING/MOMBOUR/SCHMIDT [Hrsg.], *Internationale Klassifikation psychischer Störungen, ICD-10 Kapitel V [F]*, 4^e édition, p. 191) sur laquelle s'appuie le Tribunal fédéral, les états dépressifs ne constituent en principe pas une comorbidité psychiatrique grave et durable à un trouble somatoforme douloureux, dans la mesure où ils ne sont en règle générale qu'une manifestation réactive ne devant pas faire l'objet d'un diagnostic séparé (ATF 130 V 352 consid. 3.3.1 *in fine* ; MEYER/BLASER, *op. cit.* p. 81, note 135).

d) Selon l'art. 28 al. 1 LAI dans sa teneur en vigueur jusqu'au 31 décembre 2003, l'assuré a droit à une rente entière s'il est invalide à 66 2/3 % au moins, à une demi-rente s'il est invalide à 50 % au moins, ou à un quart de rente s'il est invalide à 40 % au moins. L'entrée en vigueur de la 4^{ème} révision de la LAI a modifié la teneur de l'art. 28 al. 1 LAI relatif à l'échelonnement des rentes selon le taux d'invalidité. Alors qu'une rente entière était accordée auparavant à un assuré dès que le degré d'invalidité atteignait 66 2/3 %, cette disposition prévoit désormais d'octroyer un trois-quarts de rente à un assuré présentant un degré d'invalidité d'au moins 60 % et une rente entière à celui dont le taux est supérieur à 70 %, les conditions relatives à l'octroi d'un quart ou d'une demi-rente demeurant inchangées. En revanche, les

principes développés jusqu'alors par la jurisprudence en matière d'évaluation de l'invalidité conservent leur validité, que ce soit sous l'empire de la LPGA ou de la 4ème révision de la LAI (ATF 130 V 348 consid. 3.4; ATFA non publiés du 17 mai 2005, I 7/05, consid. 2 et du 6 septembre 2004, I 249/04, consid. 4).

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

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

Le revenu de la personne valide se détermine en établissant au degré de la vraisemblance prépondérante ce qu'elle aurait effectivement pu réaliser au moment déterminant si elle était en bonne santé (ATF 129 V 224 consid. 4.3.1 et la référence). Il doit être évalué de manière aussi concrète que possible si bien qu'il convient, en règle générale, de se référer au dernier salaire que l'assuré a obtenu avant l'atteinte à la santé.

e) Pour pouvoir calculer le degré d'invalidité, l'administration (ou le juge, s'il y a eu un recours) a besoin de documents qu'un médecin, éventuellement 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 sont raisonnablement exigibles de la part de l'assuré (ATF 125 V 261 consid. 4; 115 V 134 consid. 2; 114 V 314 consid. 3c; 105 V 158 consid. 1).

Selon le principe de libre appréciation des preuves, pleinement valable en procédure judiciaire de recours dans le domaine des assurances sociales (cf. art. 61 let. c LPG), le juge n'est pas lié par des règles formelles, mais doit examiner de manière objective tous les moyens de preuve, quelle qu'en soit la provenance, puis décider si les documents à disposition permettent de porter un jugement valable sur le droit litigieux. En cas de rapports médicaux contradictoires, le juge ne peut trancher l'affaire sans apprécier l'ensemble des preuves et sans indiquer les raisons pour lesquelles il se fonde sur une opinion médicale et non pas sur une autre. L'élément déterminant pour la valeur probante d'un rapport médical n'est ni son origine, ni sa désignation, mais son contenu. A cet égard, il importe que les points litigieux importants aient fait l'objet d'une étude fouillée, que le rapport se fonde sur des examens complets, qu'il prenne également en considération les plaintes exprimées, qu'il ait été établi en pleine connaissance du dossier (anamnèse), que la description des interférences médicales soit claire et enfin que les conclusions de l'expert soient bien motivées. Sans remettre en cause le principe de la libre appréciation des preuves, le Tribunal fédéral des assurances a ainsi 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).

L'on peut et doit attendre d'un expert médecin, dont la mission diffère ici clairement de celle du médecin traitant, notamment qu'il procède à un examen objectif de la situation médicale de la personne expertisée, qu'il rapporte les constatations qu'il a faites de façon neutre et circonstanciée, et que les conclusions auxquelles il aboutit s'appuient sur des considérations médicales et non des jugements de valeur. D'un point de vue formel, l'expert fera preuve d'une certaine retenue dans ses propos nonobstant les controverses qui peuvent exister dans le domaine médical sur tel ou tel sujet: par exemple, s'il est tenant de théories qui ne font pas l'objet d'un consensus, il est attendu de lui qu'il le signale et en tire toutes les conséquences quant à ses conclusions. Enfin, son rapport d'expertise sera rédigé de manière sobre et libre de toute qualification dépréciante ou, au contraire, de tournures à connotation subjective, en suivant une structure logique afin que le lecteur puisse comprendre le cheminement intellectuel et scientifique à la base de l'avis qu'il exprime (voir à ce sujet MEINE, L'expert et l'expertise - critères de validité de l'expertise médicale, p. 1 ss., ainsi que PAYCHÈRE, Le juge et l'expert - plaidoyer pour une meilleure compréhension, p. 133 ss., in : L'expertise médicale, éditions

Médecine & Hygiène, 2002; également ATF 125 V 352 consid. 3a, 122 V 160 consid. 1c et les références).

Le juge ne s'écarte en principe pas sans motifs impératifs des conclusions d'une expertise médicale, la tâche de l'expert étant précisément de mettre ses connaissances spéciales à la disposition de la justice afin de l'éclairer sur les aspects médicaux d'un état de fait donné. Selon la jurisprudence, peut constituer une raison de s'écarter d'une expertise le fait que celle-ci contient des contradictions, ou qu'une surexpertise ordonnée par le Tribunal en infirme les conclusions de manière convaincante. En outre, lorsque d'autres spécialistes émettent des opinions contraires aptes à mettre sérieusement en doute la pertinence des déductions de l'expert, on ne peut exclure, selon les cas, une interprétation divergente des conclusions de ce dernier par le juge ou, au besoin, une instruction complémentaire sous la forme d'une nouvelle expertise médicale (ATF 125 V 352 consid. 3b/aa et les références).

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 ; RJJ 1995, p. 44 ; RCC 1988 p. 504 consid. 2).

Le juge des assurances sociales 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. Selon la jurisprudence et la doctrine, l'autorité administrative ou le juge ne doit considérer un fait comme prouvé que lorsqu'ils sont convaincus de sa réalité (KUMMER, Grundriss des Zivilprozessrechts, 4ème édition Berne 1984, p. 136 ; GYGI, Bundesverwaltungsrechtspflege, 2ème édition, p. 278 ch. 5). Dans le domaine des assurances sociales, le juge 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. 5 let. b 125 V 195 consid. ch. 2 et les références). 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).

6. En l'occurrence se trouvent notamment au dossier des rapports des médecins traitants, particulièrement des Drs C _____ et U _____, un examen du

SMR du 16 mai 2003 et un rapport d'expertise du Dr W_____ du 18 septembre 2008.

Il y a tout d'abord lieu de déterminer la valeur probante de l'expertise du Dr W_____. Celle-ci est détaillée, comporte une anamnèse, tient compte des plaintes du recourant, pose des diagnostics précis et détermine clairement la capacité de travail de l'expertisé. L'expert livre de nombreuses remarques non dénuées de pertinence, ses conclusions sont dépourvues de contradiction et convaincantes. Par ailleurs, contrairement à ce que soutient le recourant, les constatations de l'expert apparaissent être neutres, circonstanciées et dépourvues de jugement de valeur. Le rapport d'expertise est rédigé de manière sobre et libre de toute qualification dépréciante gratuite qui ne correspondrait pas à la réalité de l'entretien.

Au vu de ce qui précède, il convient de suivre les conclusions convaincantes de l'expert. A cet égard, les remarques et critiques du Dr U_____, psychiatre traitant, ne permettent pas de remettre en cause les conclusions de l'expert. En effet, il reproche principalement au Dr W_____ de n'avoir fait passer qu'un test de dépression (l'échelle de Hamilton). Ces tests ne sont cependant pas décisifs dans une expertise et ne déterminent pas sa valeur probante selon la jurisprudence du Tribunal fédéral. En deuxième lieu, il estime que des examens tels une IRM ou un PET-Scan auraient pu montrer un hypométabolisme au niveau du cortex préfrontal gauche, notamment. Ces moyens d'investigation pour un trouble comme la dépression ne sont toutefois pas reconnus au plan scientifique pour diagnostiquer une dépression et ne sont utilisés ni par les experts ni par les HUG, par exemple. Par ailleurs, selon le Dr U_____, le diagnostic de traits de personnalité sensitive n'était décrit ni dans la CIM-10 ni dans le DSM-IV. Cette remarque est peut-être pertinente, mais le Dr W_____ a expliqué ce qu'il entendait par traits de personnalité "sensitive", et cette seule critique ne saurait remettre en question la valeur probante de son rapport. Enfin, le Dr U_____ a exposé que son patient présentait une comorbidité psychiatrique, qui correspondait à un état dépressif de gravité légère, ce qui avait été occulté par l'expert psychiatre. Il a expliqué que les symptômes dépressifs de son patient s'étaient échelonnés entre la dépression légère et celle d'intensité modérée ces derniers mois, ce qui rejoint justement les conclusions de l'expert qui diagnostique un état dépressif majeur de gravité légère (dysthymie)[et un trouble somatoforme douloureux associé à des facteurs psychologiques et une affection médicale chronique]. Au vu de ce qui précède, il convient de retenir les conclusions de l'expertise. Le Dr W_____ conclut sur le plan psychique à une capacité totale de travail sans diminution de rendement.

Il convient à ce stade de déterminer si les troubles somatoformes du recourant sont invalidants selon la LAI. A défaut d'une comorbidité psychiatrique grave - une dépression légère ne constitue pas une comorbidité que l'on peut qualifier de grave

selon la jurisprudence -, il convient d'examiner les critères qui permettent de juger du caractère invalidant des troubles somatoformes douloureux. Il n'apparaît pas que le recourant souffre d'une perte d'intégration sociale dans toutes les manifestations, comme l'a relevé à plusieurs reprises l'expert puisqu'il a maintenu une certaine vie sociale et qu'il est entouré de sa famille. Aucun médecin n'a parlé de l'échec des traitements ambulatoires ou stationnaires conformes aux règles de l'art. Quant au critère de l'état psychique cristallisé, les médecins traitants - au contraire des experts qui n'ont jamais diagnostiqué de dépression sévère - constatent une amélioration de l'état psychique puisque, le recourant ne souffre plus que d'une dépression modérée et non plus d'une dépression sévère. Enfin, seul le critère des affections corporelles chroniques pourrait être retenu, mais il ne suffit pas, à lui seul, à qualifier le trouble somatoforme d'invalidant.

Sur le plan physique, le Dr C _____, interrogé en octobre 2008, a indiqué que l'état de santé s'était péjoré. Il retient cependant les mêmes diagnostics que dans ses précédents rapports et n'explique en rien en quoi consisterait cette péjoration de l'état de santé. Partant cet avis ne peut être retenu. Enfin, le syndrome inflammatoire pour lequel l'assuré avait été hospitalisé en septembre 2008 était une atteinte aigüe qui a été traitée et qui n'a à ce jour plus de répercussion sur la capacité de travail.

Du reste, dans son avis de septembre 2008, le SMR a admis une capacité de travail de 80 % dans un poste physiquement léger pour tenir compte des limitations somatiques (lombaires, épaule), se basant sur l'examen du SMR du Dr R _____.

Au vu de ce qui précède, il y a lieu de reconnaître au recourant une capacité de travail de 80% dans une activité adaptée à ses limitations fonctionnelles.

7. Il convient dès lors de procéder à une comparaison des revenus avant et après invalidité pour déterminer le degré d'invalidité du recourant et son droit à une rente.

L'année déterminante pour la comparaison des revenus est l'année 2002, qui correspond à l'année de naissance de la rente d'invalidité.

Pour le revenu sans invalidité, il y a lieu de se référer au questionnaire pour l'employeur du 29 mars 2001 de Monsieur I _____ (peinture). Le recourant gagnait en 2001 un salaire horaire de 28 fr. 85 pendant 8 heures 30 par jour, 5 jours par semaine, ce qui correspond à un revenu de 63'758 fr. 50 par an (28,85 fr. x 8,5 heures x 5 jours x 52 semaines) + 5'313 fr. 20 à titre de treizième salaire. Le gain avant invalidité s'élève ainsi à 69'071 fr. 70. Il convient encore de réévaluer ce chiffre à l'année 2002, ce qui représente un revenu de 70'197 fr. 45 (cf. La Vie économique, tableau B10.3).

Quant au salaire d'invalidé, il y a lieu de se référer aux salaires auxquels peuvent prétendre en 2002 les hommes effectuant des activités simples et répétitives dans le secteur privé, à savoir 4'557 fr. par mois ou 54'684 fr. par an (cf. Office fédéral de la statistique, Enquête suisse sur la structure des salaires 2002, TA1, niveau de qualification 4). En effet, le recourant serait à même d'effectuer nombre d'activités non qualifiées, respectant ses limitations. En outre, comme les salaires bruts standardisés tiennent compte d'un horaire de 40 heures, soit d'une durée hebdomadaire inférieure à la moyenne usuelle dans les entreprises en 2002 (41,7 ; cf. La Vie économique, tableau B9.2), ce montant doit être porté à 57'508 fr. 05. Comme le recourant ne peut travailler qu'à 80% en raison de ses limitations, le revenu correspond après calcul à 46'006 fr. 45. Un abattement de 10% tenant compte des limitations et de la nationalité peut se justifier, ce qui porte le revenu avec invalidité à 41'405 fr. 80.

La comparaison des revenus déterminants avant et après invalidité conduit ainsi à retenir un taux d'invalidité de 41,01%, qui n'ouvre droit qu'à un quart de rente d'invalidité ($(70'197 \text{ fr. } 45 - 41'405 \text{ fr. } 80) \times 100 : 70'197 \text{ fr. } 45 = 41,01$). Ainsi, la décision ne peut être que confirmée.

8. Au vu de ce qui précède, le recours, mal fondé, doit être rejeté. Le recourant, qui succombe, n'aura pas droit à des dépens.

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

Statuant

A la forme :

1. Déclare le recours recevable.

Au fond :

2. Le rejette.
3. Dit que la procédure est gratuite.
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

Nathalie LOCHER

Doris WANGELER

La secrétaire-juriste : Frédérique GLAUSER

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