

GE_GERICHTE A/2009/2017 vom 26. März 2018

GE Cour de justice, 2018-03-26, FR

Quelle: https://mcp.opencaselaw.ch/entscheid/ge_gerichte_A_2009_2017

FR: GE_GERICHTE A/2009/2017 du 26 mars 2018

IT: GE_GERICHTE A/2009/2017 del 26 marzo 2018

Erwägungen

E. 10

ème Chambre En la cause Monsieur A_____, domicilié à MEYRIN, comparant avec élection de domicile en l'étude de Maître Olivier CRAMER recourant contre OFFICE DE L'ASSURANCE-INVALIDITÉ DU CANTON DE GENÈVE, sis rue des Gares 12, GENÈVE intimé EN FAIT 1. Monsieur A_____ (ci-après : l'assuré ou le recourant), ressortissant turc né le _____ 1960, marié, est domicilié à Genève au bénéfice d'un permis d'établissement.!

2. Le 21 août 2013, il a déposé une demande de prestations auprès de l'office de l'assurance-invalidité du canton de Genève (ci-après : l'OAI ou l'intimé), pour maladie (hernie discale opérée), l'atteinte existant depuis l'année 2000. Il était traité depuis 2005 par le docteur B_____, rhumatologue FMH (ci-après : le médecin traitant) ; il avait notamment été suivi aux HUG en 2007 pour son opération d'hernie discale par le docteur C_____, médecin adjoint au service de neurochirurgie. Il avait appris la profession de vendeur, sans formation professionnelle ni diplôme et se trouvait actuellement sans activité. Il émargeait ni à l'aide sociale ni au chômage.!

3. Le 2 septembre 2013, le service de neurochirurgie des HUG a transmis à l'OAI plusieurs rapports médicaux du Dr C_____, de 2007 à 2013, dont : - un résumé d'observation et compte-rendu opératoire relatif à un séjour du 7 au 9 février 2007 : diagnostic d'hernie discale L5-S1 droite ; sur le plan anamnestique : patient de 46 ans, souffrant depuis 2004 d'une lombosciatalgie droite ; une hernie discale L5-S1 droite avec fragment intra-foraminal à droite avait été diagnostiquée et traitée dans un premier temps par antalgiques et infiltrations foraminales soulageant temporairement les douleurs. En décembre 2006, suite à des étirements dorsaux à Lausanne, le patient avait ressenti une exacerbation aiguë des douleurs dans la jambe droite ainsi que dans le dos. Cette douleur irradiait tant dans un territoire radiculaire L5 que S1 avec des paresthésies sur la partie latérale de la jambe devenant de plus en plus importantes et réfractaires au traitement conservateur. A l'examen clinique : patient en bon état général ; syndrome vertébral: distance doigt-sol à 40 cm, Lasègue positif droite à 20 % et discret syndrome déficitaire (à 4/5 du releveur du gros orteil à droite et une hypoesthésie en S1 et L5 discrète à droite). L'IRM du 29 janvier 2007 montrait une volumineuse hernie discale luxée médiane et paramédiane L5-S1 occupant le tiers du canal vertébral avec fragment luxé crânialement en contact avec la racine L5. Indication claire à une herniectomy, pratiquée le 8 février 2007, les suites opératoires étant simples et sans complications ; nette amélioration de la douleur au niveau de la jambe droite ; aucun déficit à la sortie. L'incapacité de travail (ci-après : IT) était de 100 % jusqu'au prochain contrôle, prévu le 13 mars 2007. Le traitement à la sortie consistait dans la prise de médicaments (Dafalgan, Nexium 40 mg et Brufen 600mg en réserve) ; - un rapport de consultation de la polyclinique des HUG du 19 octobre 2009 : l'herniectomy de février 2007 avait montré une excellente évolution jusqu'au début 2009 ; le patient présente alors des douleurs localisées cette fois-ci dans le mollet

droit, plus constantes qu'auparavant mais moins intenses ; parfois présentes aussi dans le mollet gauche. Sensation de jambes sans repos, surtout la nuit. Examen clinique actuel normal. La dernière IRM effectuée a mis en évidence un status postopératoire L5-S1 droite avec une cicatrice non compressive sur le nerf S1 droit que l'on voit tout le long de son trajet. Absence d'autre hernie discale. Le patient aurait subi également des infiltrations, sans succès sur les douleurs, par le docteur D_____, spécialiste en radiologie et de la douleur. En l'état actuel, en l'absence de conflit discoradiculaire il n'est préconisé aucune prise en charge chirurgicale. Les crampes dans le mollet et les troubles de l'érection dont le patient parle ne sont certainement pas liés à une compression radiculaire.![endif]>![if> -

Rapport de consultation du 21 janvier 2013 : les suites opératoires (2007) étaient difficiles dans un premier temps avec persistance de sciatalgies qui se sont améliorées dans le temps. Depuis quelques mois, recrudescence des sciatalgies droites avec des lumbagos associés. Douleurs clairement irradiées dans la face postérieure de la cuisse et du mollet et associées à des paresthésies au niveau des orteils. Le patient n'avait pris que des AINS et du Dafalgan avec un effet partiel sur ses douleurs. Examen clinique : on retrouve un signe de Lasègue en fin de cours à droite sans déficit sensitivomoteur. L'examen du dos montre une raideur importante au niveau lombaire avec une distance doigt-sol à 60 cm et une aggravation de la sciatique droite en flexion antérieure du tronc. La palpation de la péri-hanche droite semble relativement douloureuse. Une IRM lombaire de novembre 2012 met en évidence un status post (ci-après : s/p) discectomie L5-S1 à droite avec une discopathie dégénérative associée à des signes de Modic de type II. Protrusion discale médiane latéralisée à droite qui pourrait rentrer en conflit avec la racine L5 droite. En l'état actuel il est prématuré de discuter d'une nouvelle opération (spondylodèse L5-S1) : il serait mieux d'épuiser tous les traitements conservateurs, raison pour laquelle il est adressé à la consultation du dos aux HUG (Dr E_____, rhumatologue) pour une prise en charge complémentaire de ses problèmes récurrents de lombosciatalgies.![endif]>![if> 4. Le Dr B_____ a adressé un courrier au médecin-conseil de l'OAI le 17 mars 2014 : la situation médicale n'étant pas stabilisée et des procédures chirurgicales étant en cours d'évaluation, une appréciation des capacités fonctionnelles et professionnelles reste inutile. Le patient est actuellement toujours handicapé par ses douleurs avec une IT complète. Diagnostics : discopathie sévère et érosive dans un contexte post discectomie L5-S1 ; nécrose aseptique des deux hanches stade II selon Ficat (rapport du Dr F_____, FMH en chirurgie orthopédique du 16 janvier 2014). Après discectomie en février 2007, le patient avait bénéficié d'une période asymptomatique jusqu'en début 2009 où il s'était plaint de la réapparition de douleurs face postérieure du membre inférieur droit jusque dans le talon, associées à des sensations de paresthésies et d'engourdissement. En raison de la persistance des douleurs malgré un traitement antalgique et de physiothérapie, il a reçu en septembre 2013 deux infiltrations latéro-épidurales et péri-discales au niveau L5-S1 sous contrôle scannographique, sans succès. Une nouvelle IRM lombaire (décembre 2013) montre une discopathie érosive L5-S1 avec petite récurrence de hernie discale foraminale droite (rapport de la Dresse G_____, radiologue FMH à l'Hôpital de La Tour). Nouvelle prise en charge par le Dr C_____ (HUG) avec investigations complémentaires. Devant la persistance de lombosciatalgies droite handicapantes, une intervention neurochirurgicale (spondylodèse L5-S1 par TLIF) est prévue pour avril 2014 (rapport du Dr C_____ du 12 mars 2014).![endif]>![if> 5. Dans un avis du 3 avril 2014, la doctoresse H_____ du Service médical régional de l'OAI (ci-après : SMR) a conclu, sur la base des documents médicaux à disposition, que le cas n'était pas stabilisé, recommandant au gestionnaire de solliciter des

rappports médicaux du médecin traitant et du service de neurochirurgie des HUG dans 3 mois.!

6. Le 28 août 2014, le Dr C_____ a communiqué à l'OAI trois rapports successifs établis suite à la dernière intervention chirurgicale du 24 avril 2014 :

- compte-rendu opératoire pour une récurrence de hernie discale L5-S1 à droite dans le contexte d'une discopathie sévère avec ostéochondrose ; TLIF L5-S1 à droite ;

- lettre de sortie (séjour du 24 au 29 avril 2014) : motif d'hospitalisation : lombosciatalgies S1 droite. Diagnostic principal : discopathie L5-S1 avec récurrence d'hernie discale récessale droite au contact de la racine S1 droite. Diagnostics secondaires : gastrite ; comorbidités actives : ostéoporose, hypertension artérielle (HTA), syndrome douloureux postopératoire suivi en rhumatologie. Évolution : la mobilisation se fait à J1, puis suivi physiothérapeutique avec une autonomie acquise très rapidement. Durant le séjour il ne présentera plus de douleurs ni de déficit sensitivomoteur aux membres inférieurs et le traitement antalgique est réadapté avec diminution des morphiniques et adaptation du traitement anti-inflammatoire et myorelaxant ; IT : 100 % pendant six semaines ;

- consultation spécialisée du rachis du 11 juin 2014 : diagnostics: s/p TLIF L5-S1 à droite ; évolution partiellement favorable avec persistance des douleurs sur territoire L5 droit, moins fortes qu'avant l'intervention chirurgicale. Selon le patient : persistance de douleurs irradiant au niveau de la fesse droite, la face postérieure de la cuisse, la face latérale du mollet, jusque sur le dos du pied, correspondant à un trajet radiculaire L5 droit. En cas de douleurs importantes, apparition de paresthésies au niveau du dos du pied, prenant les cinq orteils ; crampes au niveau du mollet, sommeil actuellement perturbé, mais symptomatologie beaucoup moins forte qu'avant l'intervention chirurgicale. Status clinique du jour dans la norme, sans syndrome irritatif L5 ou lomboveutébrial ; cicatrice calme. Radiographie du jour : le matériel d'ostéosynthèse est bien en place. Comparé aux radiographies préopératoires, la ligne de plomb est superposable et les valeurs de la balance sagittale sont globalement préservées. En résumé, évolution clinique lentement favorable, avec toujours un traitement antalgique conséquent. Néanmoins, amélioration par rapport à l'état préopératoire. Proposition : débiter maintenant les séances de physiothérapie en vue d'une rééducation musculaire, un renforcement de l'hygiène posturale ainsi que des séances de TENS du membre inférieur droit ; porter une ceinture lombaire lors de longs trajets prévus pour les vacances en juillet-août 2014.!

7. Par courrier du 25 septembre 2014, le rhumatologue traitant (Dr B_____) a adressé un rapport à l'OAI. Lors d'un contrôle neurochirurgical en juin 2014, il avait été retenu une évolution lentement favorable, le patient devant continuer un traitement antalgique conséquent. Le patient a estimé qu'il existait une amélioration par rapport à l'état préopératoire et les chirurgiens avaient préconisé des séances de physiothérapie, en vue d'une rééducation musculaire, renforcement d'hygiène posturale ainsi que des séances de tests du membre inférieur droit. Durant l'été 2013, des investigations (Dr F_____), en raison de douleurs de la hanche droite, avaient mis en évidence une ostéonécrose de la hanche droite ; le médecin avait proposé d'attendre de voir l'évolution de cette ostéonécrose. Actuellement le patient se plaint de lombosciatalgies à droite, prédominant au niveau de la fesse et de la face latérale de la cuisse avec quelques paresthésies du pied droit. Ses douleurs limitent les ports de charges modérées de plus de cinq à dix kg ainsi que les positions contraignantes pour le dos (par ex. les positions de flexion ou de rotation du tronc). Les positions assises prolongées (plus d'une heure) sont également mal supportées. De plus, le patient se plaint d'une douleur de la hanche droite prédominant au niveau du pli de l'aîne, s'aggravant lorsqu'il doit se relever d'une position assise, et limitant le périmètre

de marche à environ 100 m. Hanche droite : contrôle orthopédique et radiologique à organiser prochainement auprès du Dr F_____. Au niveau du dos, évaluation aux HUG prévue à l'automne. Le patient n'est pratiquement plus suivi à sa consultation pour ses problématiques handicapantes de lombosciatalgies droites et de hanche droite : se référer essentiellement aux Drs F_____ et C_____.!endif]>![if> 8. Le Dr F_____ a adressé un rapport à l'OAI le 9 décembre 2014 : diagnostic avec effet sur la capacité de travail (ci-après : CT) : nécrose aseptique hanche droite et gauche ; s/p spondylodèse (hernie discale). A vu le patient pour avis orthopédique à la demande du rhumatologue traitant; il n'a pas fait de traitement. Date du dernier contrôle : 09 janvier 2014. Pour le surplus il renvoie au rhumatologue traitant. Il a joint copie de son rapport du 16 octobre 2014 : une nouvelle IRM montre plutôt une régression des zones de nécrose. L'origine de ces douleurs semble toujours et encore être plutôt lombaire, malgré la spondylodèse effectuée en février (recte : avril) dernier. Le patient reverra prochainement le Dr C_____.!endif]>![if> 9. Au vu des documents susmentionnés, le SMR (Dresse H_____) a émis un nouvel avis le 2 février 2015 : l'état n'était pas encore stabilisé. Demander un rapport au Dr C_____, ainsi qu'au médecin qui établit les certificats d'IT, et un rapport médical au Dr E_____.!endif]>![if> Le 5 mars 2015, le service de neurochirurgie a fait tenir à l'OAI de nouveaux documents médicaux : - un rapport de consultation de la docteure I_____, médecin stagiaire en neurochirurgie, pour le Dr C_____ du 10 novembre 2014. Diagnostic : s/p TLIF L5-S1 à droite ; actuellement évolution défavorable avec recrudescence des douleurs sur un territoire L5 droite et des lombalgies sévères. Propose la réalisation d'une nouvelle IRM lombaire et des radiographies de la colonne entière EOS ;!endif]>![if> - un rapport de consultation du Dr C_____ du 7 février 2015 : diagnostic : Failed Back Surgery Syndrome avec douleurs lombaires résiduelles ; s/p résection d'hernie discale et TLIF L5-S1. Proposition : nouvelle évaluation au colloque multidisciplinaire du rachis, en présence du Dr J_____, spécialiste FMH en anesthésiologie aux HUG, pour discuter d'une éventuelle implantation d'un stimulateur médullaire. L'opération (TLIF), il y a dix mois, n'a pas eu l'effet escompté, avec une douleur résiduelle à la fois au niveau lombaire et du membre inférieur droit. Les différents examens entrepris ont mis en évidence une absence de complications liées au matériel d'ostéosynthèse, avec une fibrose péri-radulaire en l'absence de compression endocanalaire visible. Le patient a été suivi longtemps par le Dr J_____, qui a effectué dernièrement une infiltration épidurale de stéroïdes par le hiatus sacré, qui n'a pas amélioré les symptômes.!endif]>![if> 10. Interpellé par l'OAI, le Docteur K_____, neurochirurgien, a précisé, le 29 avril 2015, qu'il n'avait pas suivi ce patient mais ne l'avait vu que pour faire le diagnostic de pseudarthrose. Il a annexé à sa communication la copie de tous les documents médicaux en sa possession, parmi lesquels ses rapports de consultations des 31 octobre 2013, 10 mars 2015 et 26 mars 2015 : le dernier document relève que l'IRM du 4 décembre 2014 montre une réaction sous-chondrale assez importante de part et d'autre du disque L5-S1, et la scintigraphie du 12 mars 2015 montre une hypercaptation au niveau latéral droit du plateau de S1. À son avis, tous les éléments sont réunis pour évoquer le diagnostic d'une pseudarthrose. Il propose une reprise par voie antérieure rétro-péritonéale. Un rapport de consultation du Dr E_____ du 25 avril 2013 posait alors le diagnostic de possible récurrence de syndrome radiculaire S1 droit non déficitaire. Ce dernier proposait une adaptation de l'antalgie et de la physiothérapie, étirements neuroméningés et proprioception/stabilisation lombaire. Les symptômes décrits à l'époque étaient des lombosciatalgies droites persistantes à bas bruit depuis la discectomie de 2007, avec

probablement des exacerbations à répétition dont la dernière remontait à six mois. Le traitement médicamenteux avait eu un effet partiel mais il persistait des douleurs invalidantes, accompagnées de crampes nocturnes du mollet droit, de fourmillements de la plante du pied et de sensations de serrement à la face postérieure de la cuisse. La marche était limitée à environ 500 m. Ce médecin craignait certains facteurs de risque de chronicisation, soit une possible composante anxieuse avec quelques éléments de catastrophisme. Le patient était actuellement sans emploi, après avoir vendu son restaurant il y a six mois.

11. Le SMR (Dresse L_____) a sollicité, le 17 décembre 2015, du service de neurochirurgie des HUG les rapports de consultation d'octobre et de décembre 2015 : - rapport de consultation du 6 octobre 2015 du docteur M_____ chef de clinique du service de neurochirurgie des HUG : consulté pour un second avis, le Dr K_____ ayant proposé un ALIF. À l'IRM du 4 décembre 2015 (recte : 2014) on note un conflit radiculaire S1 ; au vu de la constatation clinico-radiologique, il n'y a pas d'indication pour une réintervention neurochirurgicale en urgence. La composante de la compression radiculaire S1 est plus importante, raison pour laquelle il n'est pas sûr que l'on puisse régler cette problématique avec un abord antérieur. Le praticien propose une nouvelle IRM lombaire pour compléter le diagnostic, des radiographies fonctionnelles et une radiographie de toute la colonne pour étudier la balance sagittale, ainsi qu'un ENMG ; - nouveau rapport de consultation du 1^{er} décembre 2015 par le Dr M_____ : l'ENMG ne montre pas de signe d'élévation aiguë ni chronique au niveau lombaire. Une nouvelle IRM lombaire montre un bon placement du matériel d'ostéosynthèse avec signes d'une fibrose périradiculaire L5 à droite et également une petite déviation de la racine S1 à droite mais sans signes de compression. Il n'y a dès lors aucune indication pour une reprise chirurgicale avec fixation par abord antérieur, car la pathologie est principalement postérieure. Une intervention par abord postérieur présente des risques de complications. Il convient d'abord de maximaliser le traitement : dans un premier temps une infiltration périradiculaire L5 diagnostique et thérapeutique, et l'instauration d'un traitement de Lyrica pour traiter la composante neuropathique.

12. Le 22 décembre 2015 le SMR (Dresses L_____ et N_____) ont émis un nouvel avis : l'assuré semble avoir des pathologies rhumatologiques qui sont stabilisées. Cependant aucun des médecins ne se prononce sur la CT dans une activité adaptée. Afin de déterminer les limitations fonctionnelles persistantes et l'exigibilité, demander un examen SMR ou une expertise rhumatologique.

13. Le 27 janvier 2016, l'assuré a fait l'objet d'un examen clinique rhumatologique auprès du SMR de Vevey, par le docteur O_____, spécialiste FMH en Médecine interne et en rhumatologie. L'examineur a rendu son rapport le 8 février 2016. Après avoir rappelé les motifs de l'examen et évoqué l'évolution de l'état de santé de l'assuré depuis 2007, à travers les documents médicaux réunis au dossier, il a établi une anamnèse très complète, tenant compte des plaintes de l'assuré ; il a procédé au status de l'intéressé, notamment sur le plan ostéoarticulaire et neurologique, relevant toutes ses constatations ; il a inventorié les éléments du dossier radiologique, résumant les rapports des divers examens. Il a ensuite énuméré ses diagnostics : avec répercussion durable sur la CT, il retient les lombosciatalgies droites dans le cadre de troubles statiques et dégénératifs du rachis avec s/p cure de hernie discale L5-S1 en 2007 et s/p spondylodèse de type TLIF L5-S1 droit en 2014 (M 54.4), douleurs et limitations fonctionnelles des deux hanches dans le cadre d'un s/p nécrose aseptique des deux têtes fémorales de stade II (M 87.9), cervicodorsalgies dans le cadre de troubles statiques et dégénératifs du rachis (M 54) ; et sans répercussion sur la CT : obésité avec BMI à 30, HTA

traitée, ancien tabagisme, discret status variqueux des membres inférieurs. Il a procédé ensuite à l'appréciation du cas, relevé les limitations fonctionnelles du rachis et des membres inférieurs, et retenu une IT depuis novembre 2012, restée complète jusqu'au 24 octobre 2014, soit jusqu'à six mois après l'intervention chirurgicale lombaire de spondylodèse. À partir de cette date la capacité de travail est de 50 % dans l'activité habituelle de cafetier-restaurateur indépendant, travaillant plutôt en position debout, mais pouvant alterner la position assise et debout et n'ayant pas de charges à lever. Par ailleurs dans une activité strictement adaptée aux limitations fonctionnelles requises par la pathologie ostéoarticulaire, la CT est nulle dès novembre 2012. Elle est de 70 % dès le 24 octobre 2014. Quant à l'évolution du degré d'IT, il a relevé qu'en cas d'octroi d'une rente, il n'y avait pas lieu d'effectuer une révision rapide, l'état de santé de l'assuré étant chronicisé. En conclusion il retient comme CT exigible dès le 24 octobre 2014 : 50 % dans l'activité habituelle de cafetier-restaurateur indépendant pouvant alterner les positions assise et debout et n'ayant pas de charges importantes à lever ; et 70 % dans une activité adaptée, à traduire en termes de métier par un spécialiste en réadaptation. 14. Sur le plan de l'activité professionnelle déployée avant la demande de prestations, il ressort du dossier que l'assuré était titulaire d'une raison individuelle, O _____, dont le but était l'exploitation d'un café-restaurant à l'enseigne « P _____ », inscrite au registre du commerce le 6 octobre 2003 et radiée le 22 octobre 2012 par suite de cessation de l'exploitation. L'intéressé a produit les bilans et comptes de résultats pour les années 2010 à 2012. 15. L'OAI a décerné un mandat d'enquête économique, lequel a abouti au rapport d'enquête pour activité professionnelle indépendante du 6 juillet 2016. Il décrit la situation médicale et l'évolution de la CT exigible de l'assuré, selon les documents médicaux et jusqu'au dernier avis médical du SMR fixant la CT exigible à 50 % dans l'activité habituelle de cafetier-restaurateur, respectivement de 70 % dans une activité adaptée, dès le 24 octobre 2014 (six mois après l'intervention chirurgicale du 24 avril 2014), définissant les limitations fonctionnelles et l'aptitude à la réadaptation dès cette dernière date. Ce rapport décrit ensuite la formation scolaire et professionnelle ainsi que les activités de l'assuré, jusqu'en 2003, époque où il a ouvert un café-restaurant exploité en raison individuelle jusqu'en octobre 2012. L'assuré pouvait alors alterner les positions assise et debout. Depuis 2007 il n'avait pas de charges lourdes à lever. Il lui arrivait de déplacer une chaise ou une demi-caisse de quatre à cinq kg. L'un de ses fils a racheté le café, après que celui-ci ait été vendu à un tiers (fonds de commerce : CHF 30'000.-), dans un premier temps. L'assuré se rendait souvent dans le café de son fils, et, de temps en temps, il aidait un peu au service. Il n'était toutefois pas rémunéré, cette tâche relevant plutôt d'une activité occupationnelle. L'assuré n'avait aucun autre revenu que la rente entière de sa femme et l'aide que pouvait leur apporter leur fils. Ce dernier a d'ailleurs revendu le restaurant en mars 2016. Sur le plan financier, l'assuré explique n'avoir aucun revenu et ne pas bénéficier de l'aide sociale. Il vit de la rente AI de son épouse (environ CHF 13'500.- par an), à quoi s'ajoutent les prestations complémentaires d'environ CHF 37'800.-, et ce que donne son fils pour aider ses parents. Selon les extraits de compte individuel (CI), le revenu déclaré le plus élevé, de CHF 39'200.- en 2006, a régulièrement baissé pour atteindre CHF 15'724.- en 2010, CHF 9'094.- en 2011, CHF 6'365.- en 2012 (au moment de la vente du commerce au 30 août 2012), puis CHF 4'667.- par année dès 2013. Le compte d'exploitation du restaurant a dégagé un bénéfice net de CHF 23'366.- en 2009 (CHF 1'947.- par mois), de CHF 33'737.- en 2010 (CHF 2'811.- par mois), et de CHF 28'471.- en 2011 (CHF 2'373.- par mois). La bonne visibilité des résultats d'exploitation des années 2010 à 2011 permet de fixer de manière fiable le revenu sans

invalidité : celui-ci a été établi selon la méthode ordinaire, basée sur le revenu moyen des deux années précédant l'atteinte à la santé, soit 2010 et 2011, à hauteur de CHF 31'104.-, revenu hypothétique sans invalidité. D'un point de vue médical, l'assuré aurait pu reprendre son activité de cafetier-restaurateur indépendant à 50 % le 24 octobre 2014. Selon le SMR il subsistait une capacité de travail de « 100 % » dans une activité adaptée dès le 24 octobre 2014. En conclusion, si une exigibilité dans une activité adaptée devait être retenue, il y aurait lieu de prendre en considération le revenu hypothétique sans invalidité de CHF 31'104.-.

16. Pour déterminer le degré d'invalidité, calculé le 16 septembre 2016, l'OAI s'est fondé sur les bases suivantes : - avec invalidité : selon les tableaux ESS 2014, TA1 pour un homme actif à 100 %, ligne « total », dans des activités de niveau 1 (tâches physiques ou manuelles simples), pour une durée hebdomadaire de travail de 41.7 heures, le salaire mensuel selon ESS est de CHF 5'538.-, soit annuellement (x 12) de CHF 66'453.- en 2014. Ramené à 70 %, avec une réduction supplémentaire admise de 15 % (limitations fonctionnelles, taux d'occupation et âge), le revenu annuel brut avec invalidité a été fixé à CHF 39'540.- ; sans invalidité, avant l'atteinte à la santé (en 2011) il était de CHF 31'104.- ; indexé selon l'indice suisse nominal des salaires (ISS), soit selon un taux de variation de l'indice de 0.0225702 (2171 avant l'atteinte à la santé à 2220 pour 2014), le revenu annuel brut sans invalidité réactualisé dans l'activité habituelle a été fixé à CHF 31'806.- ; la comparaison des revenus sans et avec invalidité étant négative, la perte de gain subie est nulle, déterminant un degré d'invalidité de 0 %.

17. Par courrier du 29 septembre 2016, l'OAI a fait parvenir à l'assuré un projet de décision refusant les mesures professionnelles et octroyant une rente entière d'invalidité d'une durée limitée, soit du 1^{er} février 2014 au 31 janvier 2015, basée sur un degré d'invalidité de 100 %. Selon les documents en possession de l'office il était en IT depuis le 1^{er} novembre 2012. Au vu de l'ensemble des documents médicaux versés au dossier, le SMR estime que la capacité de travail dans l'activité habituelle est nulle dès le 1^{er} novembre 2012 et de 50 % depuis le 24 octobre 2014. Dans une activité adaptée à ses limitations fonctionnelles, la capacité de travail de l'assuré est de 70 % depuis le 24 octobre 2014. A la fin du délai d'attente d'un an, soit en novembre 2013, il présente un degré d'invalidité de 100 %, ouvrant le droit à une rente entière. Vu la date du dépôt de la demande de prestations (22 août 2013), les prestations ne peuvent être versées qu'à partir du 1^{er} février 2014. Dès le 24 octobre 2014, la capacité de travail raisonnablement exigible étant de 70 %, la perte de gain se fondant sur la comparaison des revenus sans invalidité (CHF 31'806.-) et avec invalidité (CHF 39'540.-) est nulle, déterminant un taux d'invalidité de 0 %. Le revenu sans invalidité est fondé sur un revenu hypothétique, en fonction de l'évolution de l'entreprise sur la base du bouclage des comptes et de l'extrait du compte individuel (CI) sur les deux années précédant l'atteinte à la santé. Le revenu avec invalidité est basé sur les statistiques de l'Enquête suisse sur la structure des salaires (ESS) TA1 (CHF 66'453.-) à 70 %, et sous imputation d'une réduction de 15 % tenant compte des limitations fonctionnelles présentées, du taux d'occupation et de l'âge, le revenu annuel 2014 raisonnablement exigible avec invalidité est de CHF 39'540.-. Après une période d'amélioration de la capacité de gain de trois mois, soit dès le 1^{er} février 2015, le droit à la rente s'éteint, le degré d'invalidité étant nul, un tel degré n'ouvrant pas le droit aux mesures professionnelles.

18. Par courrier du 8 novembre 2016, l'assuré, représenté par son conseil, s'est opposé à ce projet. Son degré d'invalidité était toujours de 100 %, à compter du 1^{er} février 2015, sans perspective concrète d'amélioration. Sa situation n'avait nullement évolué, sinon s'était encore aggravée sur le plan de ses

douleurs. Il était totalement irréaliste de considérer que sa capacité de travail serait de 50 % dans l'activité de cafetier-restaurateur et de 70 % dans une activité adaptée à compter du 24 octobre 2014, respectivement du 1^{er} février 2015. Il a produit plusieurs documents médicaux récents à l'appui de sa contestation : [endif]>[if> - nouveau rapport de consultation du 1^{er} juin 2016 par le Dr M_____ : l'assuré présente une légère boiterie du côté droit ; selon le patient, l'infiltration périradiculaire du 11 décembre 2015 n'a pas eu d'effet thérapeutique : persistance de douleurs d'intensité variable ; il prend du Voltarène et du Tramal ; les douleurs ont une composante claire de neuropathie avec une sensation de coups de couteau ou de brûlures. Le patient a tenté de prendre du Lyrica, mais a dû arrêter après dix jours (crampes invalidantes). Pas de déficit sensitivomoteur aux deux membres inférieurs. L'IRM du 24 mai 2016 montrait une fibrose importante périradiculaire L5 à droite, mais un peu moins marquée au comparatif avec une claire compression foraminale L5 à droite. Pas d'indication opératoire ; proposition de traiter la composante neuropathique avec du Neurontin ;[endif]>[if> - rapport d'IRM colonne lombaire (neuro) du 13 octobre 2016, qui concluait à un examen globalement stable par rapport au comparatif, avec comblement du récessif droit au niveau L5-S1 venant en contact avec la racine S1 homolatérale et discret rétrécissement foraminal L5-S1 droit avec persistance de discrets signes de fibrose post-opératoire ;[endif]>[if> - certificat médical manuscrit de l'Hôpital de la Tour du 21 octobre 2016 (Dr Q_____, spécialiste FMH en médecine interne) : sur la base des douleurs neurochirurgicales et de l'anamnèse, le médecin pensait que le patient n'était actuellement pas capable de reprendre une activité professionnelle.[endif]>[if> 19. Par décision du 24 mars 2017, l'OAI a persisté dans les conclusions de son projet de décision du 29 septembre 2016, considérant qu'à lecture des rapports médicaux transmis à l'appui de la contestation de l'assuré, le SMR considère que l'office n'avait pas lieu de s'écarter des éléments sur lesquels il s'était basé pour évaluer le degré d'invalidité, ces documents ne permettant pas à l'OAI de modifier sa précédente appréciation.[endif]>[if> 20. Par mémoire du 9 mai 2017, le recourant, représenté par son conseil, a saisi la chambre des assurances sociales de la Cour de justice d'un recours contre la décision de l'OAI du 24 mars 2017. Il conclut à l'annulation de la décision entreprise et à l'octroi d'une rente pleine et entière à compter du 1^{er} février 2014, avec suite de frais et dépens, subsidiairement au renvoi de la cause à l'intimé pour nouvelle décision dans le sens des considérants. Il a produit deux nouveaux documents médicaux :[endif]>[if> - rapport (29 novembre 2016) relatif à une consultation du 14 novembre 2016 de la doctoresse R_____, privat docent spécialiste en neurochirurgie, (évaluation concernant la douleur chronique pour l'implantation d'un neuro-stimulateur antalgique) : ce médecin retient les diagnostics de s/p spondylodèse et TLIF L5-S1 D en avril 2014 ; persistance de lombosciatalgies droites résiduelles et s/p opération d'une hernie discale en 2007. Selon l'évolution radiologique, IRM lombaire du 13/10/2016 stable ; pas de maladie de segment adjacent, pas de compression radiculaire. Après avoir notamment relevé les douleurs décrites par le patient, et constaté à l'examen neurologique : marche ralentie mais fluide, et possible sur les talons, et noté les douleurs à la palpation, elle relève qu'il n'y a pas de déficit aux membres inférieurs, des deux côtés. En conclusion, elle a expliqué au patient le possible traitement avec un neuro-stimulateur dont l'indication doit être bien posée avec un traitement conservateur maximum. Comme il ne fait plus de physiothérapie, il va reprendre quelques séances avec une période d'observation d'environ six semaines. Nouvelle consultation prévue à six semaines, après reprise de la physiothérapie, pour voir l'évolution et discuter de la suite ;[endif]>[if> - attestation

du 9 mai 2017 du Dr Q_____, rappelant que le patient est connu notamment pour des lombalgies et lombosciatalgies droites non déficitaires, mais extrêmement invalidantes depuis le début des années 2000, il relève la découverte en février 2017 d'un syndrome métabolique avec BMI à 30, un diabète Mellitus, non-insulino requérant, avec comme complications secondaires une polyneuropathie périphérique, une dyslipidémie sévère et une HTA. Le patient se plaint de longue date de lombalgies et lombosciatalgies droites extrêmement invalidantes, malgré des traitements chirurgicaux, médicamenteux et physiothérapeutiques maximaux. Le syndrome métabolique nécessite une hygiène de vie et un traitement médicamenteux très stricts. Il conclut que, de ce fait, il lui semble que le patient est dans l'impossibilité de reprendre une activité professionnelle active.!

Le recourant reproche à l'OAI une constatation erronée ou incomplète des faits retenus : ainsi l'intimé n'a pas pris en compte que la position assise soit limitée en raison des douleurs, au même titre que la position debout et la marche prolongée. Le recourant n'ayant par ailleurs aucune formation particulière, ne maîtrisant pas le français écrit et étant en IT depuis 2012, ces éléments de fait auraient dû amener l'office à considérer que la capacité de travail du recourant est nulle et ainsi lui accorder une rente entière basée sur un taux d'incapacité de 100 %. Dans la mesure où la situation de santé du recourant n'a subi aucune amélioration notable, comme en attestent les nouvelles pièces médicales produites, c'est à tort que l'office a supprimé la rente dès le 1^{er} février 2015. Dans un deuxième grief, il estime que dans le cadre de l'audition, l'OAI, respectivement le SMR, n'a pas apprécié conformément à son obligation d'instruire d'office, les éléments médicaux apportés à l'appui de la contestation : on ne comprend pas en effet sur quelle base les éléments produits ne permettraient pas de modifier l'appréciation de l'OAI ; les douleurs persistantes sont précisément décrites dans les documents concernés, et notamment le certificat médical de l'Hôpital de La Tour du 21 octobre 2016, constatant que sur la base des douleurs neurochirurgicales et de l'anamnèse le patient n'était actuellement pas capable de reprendre une activité professionnelle. L'intimé n'a en outre pas précisé quelles activités permettraient au recourant d'exploiter économiquement sa capacité de gain résiduelle et ce qui permettrait de retenir comme il l'a fait les taux de CT dans l'activité habituelle respectivement dans une activité adaptée dès le 24 octobre 2014. Dans un troisième grief, il reproche à l'intimé une violation du droit, en considérant, contrairement à la situation ressortant du dossier, confirmée par les pièces nouvelles produites à l'appui du recours, que le droit à la rente s'éteindrait dès le 1^{er} février 2015 en raison d'une prétendue amélioration de ses capacités de gain, alors que sa situation de santé n'a subi aucune amélioration notable. 21. L'intimé a répondu au recours par courrier du 13 juillet 2017. Il conclut à son rejet. Le recourant conteste principalement la CT retenue par l'office ainsi que l'existence dans le marché du travail d'un poste adapté à ses limitations fonctionnelles. L'assuré a fait l'objet d'un examen clinique rhumatologique effectué par le Dr O_____ (SMR) en date du 27 janvier 2016. Ce rapport remplit tous les critères jurisprudentiels pour se voir reconnaître une pleine valeur probante. Les nouveaux éléments médicaux produits à l'appui du recours ont été soumis au SMR qui s'est prononcé par avis du 31 mai 2017. Selon le service médical, le rapport de consultation de la Dresse R_____ du 29 novembre 2016 concerne une évaluation pour l'implantation d'un neurostimulateur antalgique. L'assuré est au bénéfice d'un traitement médicamenteux (décrit). Il ne fait plus de physiothérapie. Le médecin lui indique que le neurostimulateur est mis en place lors d'un traitement conservateur maximum. La Dresse R_____ propose donc de réévaluer l'assuré après six semaines de physiothérapie. L'examen clinique est superposable à celui du 27 janvier 2016

par le spécialiste du SMR ; l'indication pour la mise en place d'un neurostimulateur (objet de cette consultation) n'a pas été retenue, étant en cours d'évaluation. Ce rapport ne se prononce pas sur la question de la capacité de travail. L'attestation du Dr Q_____ du 9 mai 2017 rapporte l'atteinte lombaire connue et la mise en évidence d'un syndrome métabolique en février 2017. Ce médecin retient comme diagnostic incapacitant les lombalgies. Le syndrome métabolique nécessite une hygiène de vie et la prise d'un traitement médicamenteux, mais n'est pas incapacitant en soi. Le traitement médical décrit, diffère de celui de la Dresse R_____ et paraît plus adapté. Il est superposable à celui décrit par le Dr O_____. Le médecin traitant fait une évaluation différente d'un même état de fait, d'une situation qui a été évaluée par un examen rhumatologique au SMR qui a tenu compte de toutes les plaintes qui sont actuellement rapportées. Les nouveaux éléments versés au dossier ne sont donc pas susceptibles de modifier les conclusions du SMR du 17 février 2016. L'OAI observe encore que les simples plaintes subjectives ne sauraient suffire pour justifier une invalidité entière ou partielle. L'allégation de douleurs doit être confirmée par des observations médicales concluantes, à défaut de quoi une appréciation du droit aux prestations ne peut être assurée de manière conforme à l'égalité de traitement des assurés. S'agissant d'activités adaptées aux limitations fonctionnelles, un nombre significatif d'activités adaptées aux limitations de l'assuré sont accessibles sans aucune formation particulière. En effet l'assuré peut exercer sans restriction une activité d'épargne du dos, en alternant les positions assise/debout, telle que des activités de surveillance, de contrôle, et dans les activités légères, notamment à l'établi. Les limitations fonctionnelles retenues au niveau des membres inférieurs ne concernent que les travaux lourds à éviter. Se référant enfin à la jurisprudence, il observe encore que le salaire statistique est suffisamment représentatif dès lors qu'il recouvre un large éventail d'activités variées et non qualifiées, le recourant n'établissant pas non plus en quoi des activités simples ne seraient pas exigibles au regard des limitations retenues. L'abattement de 15 % retenu par l'intimé a d'ailleurs tenu compte des limitations fonctionnelles, du taux d'occupation et de l'âge. L'OAI n'a au demeurant pas à répondre des difficultés que le recourant aurait à trouver un travail approprié, en raison d'une formation insuffisante ou de difficultés linguistiques, ces raisons étant étrangères à l'invalidité. 22. Le recourant a répliqué par courrier du 18 août 2017. Il persiste dans ses conclusions. Les observations ressortant des certificats médicaux produits à l'appui du recours ont tout simplement été écartées par l'OAI. Les douleurs décrites par les médecins relèvent cependant d'observations médicales concluantes et non pas de «simples plaintes subjectives» comme le laisse entendre l'intimé (Drs M_____, R_____, Q_____ et l'Hôpital de La Tour) qui décrivent tous les douleurs importantes, les lombalgies et lombosciatalgies extrêmement invalidantes ; quant aux diagnostics avec répercussion durable sur la capacité de travail, l'examen rhumatologique du Dr O_____ retient les lombosciatalgies droites, des douleurs et limitations fonctionnelles des deux hanches, ainsi que des cervicodorsalgies. Ce rapport décrit en outre les douleurs de l'assuré notamment des brûlures et gênes suite à la prise de médicaments ainsi que des problèmes de mobilité. On peine à comprendre ce qui aurait changé et mené à un calcul différent, depuis le 24 octobre 2014. Indépendamment de cela, le calcul du revenu annuel professionnel raisonnablement exigible (2014) sans et avec invalidité, tel qu'effectué par l'intimé, est contestée. Le pourcentage retenu en tant que capacité de travail dans une activité adaptée raisonnablement exigible vise le temps de travail raisonnablement exigible, selon la pièce 57 du dossier intimé, et le tableau déterminant le degré d'invalidité n'indique aucune diminution de rendement constatée en pour cent. Or, le Dr O_____ retient une IT

de 30 % « [...] au vu des limitations fonctionnelles qui se surajoutent et conduisent fatalement à une baisse de rendement [...] » ; le rapport SMR du 17 février 2016 constate « une IT de 30 % en raison du s/p, deux interventions lombaires avec fibrose périradiculaire L5 à droite. Par ailleurs les LF se surajoutent et conduisent fatalement à une baisse de rendement ». Malgré cela la baisse de rendement n'a pas été retenue et/ou chiffrée par l'OAI dans le cadre de son calcul. Une diminution de rendement aurait dû être prise en compte dans ce calcul, par une réduction du salaire statistique, notamment en raison des douleurs du recourant et de la prise de médicaments, et pas uniquement un abattement de 15 % en raison des limitations fonctionnelles, du taux d'occupation et de l'âge. » 23. L'intimé a dupliqué par courrier du 15 septembre 2017. Il persiste dans ses conclusions. La réplique du recourant appelle les remarques suivantes : l'amélioration de l'état de santé du recourant en 2014 est liée à une intervention chirurgicale. En effet, le Dr O_____ a retenu que l'IT était totale de novembre 2012 à octobre 2014, « soit six mois après l'intervention chirurgicale lombaire de spondylodèse ». Il a retenu une IT de 30 % « au vu des limitations fonctionnelles qui se surajoutent et qui conduisent fatalement à une baisse de rendement. Nous ne retenons cependant pas d'incapacité de travail de plus de 30 % dans une activité adaptée » (page 8 de son rapport). Si la tournure de phrase du médecin peut prêter à confusion, ce dernier n'étant pas juriste, on ne saurait toutefois en déduire la reconnaissance de facto d'une baisse de rendement supplémentaire. La réduction supplémentaire du salaire statistique au taux de 15 %, telle que retenue par l'intimé, est conforme au droit. » 24. Sur quoi, les parties ont été informées que la cause était gardée à juger. » EN DROIT 1. Conformément à l'art. 134 al. 1 let. a ch. 2 de la loi sur l'organisation judiciaire, du 26 septembre 2010 (LOJ - E 2 05) en vigueur dès le 1^{er} janvier 2011, la chambre des assurances sociales de la Cour de justice connaît, en instance unique, des contestations prévues à l'art. 56 de la loi fédérale sur la partie générale du droit des assurances sociales, du 6 octobre 2000 (LPGA - RS 830.1) relatives à la loi fédérale sur l'assurance-invalidité du 19 juin 1959 (LAI - RS 831.20). Sa compétence pour juger du cas d'espèce est ainsi établie. 2. A teneur de l'art. 1 al. 1 LAI, les dispositions de la LPGA s'appliquent à l'assurance-invalidité, à moins que la loi n'y déroge expressément. Toutefois, les modifications légales contenues dans la LPGA constituent, en règle générale, une version formalisée dans la loi de la jurisprudence relative aux notions correspondantes avant l'entrée en vigueur de la LPGA; il n'en découle aucune modification du point de vue de leur contenu, de sorte que la jurisprudence développée à leur propos peut être reprise et appliquée (ATF 130 V 343 consid. 3). 3. Les modifications de la loi fédérale sur l'assurance-invalidité du 21 mars 2003 (4^{ème} révision), du 6 octobre 2006 (5^{ème} révision) et du 18 mars 2011 (révision 6a), entrées en vigueur le 1^{er} janvier 2004, respectivement, le 1^{er} janvier 2008 et le 1^{er} janvier 2012, entraînent la modification de nombreuses dispositions légales dans le domaine de l'assurance-invalidité. Sur le plan matériel, sont en principe applicables les règles de droit en vigueur au moment où les faits juridiquement déterminants se sont produits (ATF 129 V 1 consid. 1; ATF 127 V 467 consid. 1 et les références). En ce qui concerne en revanche 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; ATF 112 V 360 consid. 4a; RAMA 1998 KV 37 p. 316 consid. 3b). 4. Selon l'art. 60 LPGA le recours doit être déposé dans les trente jours suivant la notification de la décision sujette à recours. Les art. 38 à 41 sont applicables par analogie (Art. 62 LPA sur le plan cantonal). Selon l'art. 38 al. 4 LPGA (et sur le plan cantonal l'art. 63 al. 1 LPA) les délais en jours ou en mois fixés par la loi ou

par l'autorité ne courent pas: a. du 7^e jour avant Pâques au 7^e jour après Pâques inclusivement; b. du 15 juillet au 15 août inclusivement; c. du 18 décembre au 2 janvier inclusivement (al. 4). !endif>!!if> Interjeté dans la forme et le délai prévus par la loi, le recours est recevable, en vertu des art. 56ss LPGA. 5. Le litige porte sur le droit du recourant à une rente d'invalidité au-delà du 31 janvier 2015, singulièrement sur le bien-fondé ou non de la suppression de la rente d'invalidité entière mais limitée dans le temps trois mois après la détermination de sa capacité de travail dans l'activité habituelle, respectivement dans une activité adaptée à ses limitations fonctionnelles à dater du 24 octobre 2014.!endif>!!if> 6. Selon la jurisprudence, une décision par laquelle l'assurance-invalidité accorde une rente d'invalidité avec effet rétroactif et, en même temps, prévoit l'augmentation, la réduction ou la suppression de cette rente, correspond à une décision de révision au sens de l'art. 17 LPGA (ATF 130 V 343 consid. 3.5.2; ATF 125 V 413 consid. 2d et les références; VSI 2001 p. 157 consid. 2). Tout changement important des circonstances propre à influencer le degré d'invalidité, et donc le droit à la rente, peut motiver une révision selon l'article 17 LPGA. La rente peut être révisée non seulement en cas de modification sensible de l'état de santé, mais aussi lorsque celui-ci est resté en soi le même, mais que ses conséquences sur la capacité de gain ont subi un changement important (ATF 130 V 343 consid. 3.5; ATF 113 V 273 consid. 1a; arrêt du Tribunal fédéral 9C_1006/2010 du 22 mars 2011 consid. 2.2).!endif>!!if> 7. On peut envisager quatre cas dans lesquels un conflit peut surgir entre une situation juridique actuelle et une décision de prestations, assortie d'effets durables, entrée en force formelle: une constatation inexacte des faits (inexactitude initiale sur les faits) peut, à certaines conditions, être corrigée par une révision procédurale conformément à l'art. 53 al. 1 LPGA. Lorsqu'une modification de l'état de fait déterminante sous l'angle du droit à la prestation (inexactitude ultérieure sur les faits) survient après le prononcé d'une décision initiale exempte d'erreur, une adaptation peut, le cas échéant, être effectuée dans le cadre d'une révision de la rente au sens de l'art. 17 al. 1 LPGA. Si la décision est fondée sur une application erronée du droit (application initiale erronée), il y a lieu d'envisager une révocation sous l'angle de la reconsidération (art. 53 al. 2 LPGA). Enfin, il est des cas où une modification des fondements juridiques déterminants intervient après le prononcé de la décision (ATF 135 V 215 consid. 4.1; ATF 127 V 10 consid. 4b). !endif>!!if> L'art. 17 al. 1 er LPGA dispose que 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. Il convient ici de relever que l'entrée en vigueur de l'art. 17 LPGA, le 1^{er} janvier 2003, n'a pas apporté de modification aux principes jurisprudentiels développés sous le régime de l'ancien art. 41 LAI, de sorte que ceux-ci demeurent applicables par analogie (ATF 130 V 343 consid. 3.5). Tout changement important des circonstances propre à influencer le degré d'invalidité, et donc le droit à la rente, peut motiver une révision selon l'art. 17 LPGA. La rente peut être révisée non seulement en cas de modification sensible de l'état de santé, mais aussi lorsque celui-ci est resté en soi le même, mais que ses conséquences sur la capacité de gain ont subi un changement important (ATF 134 V 131 consid. 3; ATF 130 V 343 consid. 3.5). Tel est le cas lorsque la capacité de travail s'améliore grâce à une accoutumance ou à une adaptation au handicap (ATF 141 V 9 consid. 2.3; arrêt du Tribunal fédéral 9C_622/2015 consid. 4.1). Il n'y a pas matière à révision lorsque les circonstances sont demeurées inchangées et que le motif de la suppression ou de la diminution de la rente réside uniquement dans une nouvelle appréciation du cas (ATF 141 V 9 consid. 2.3; ATF 112 V 371 consid. 2b; ATF 112 V 387 consid. 1b). Un motif de révision au sens de l'art. 17

LPGA doit clairement ressortir du dossier (arrêt du Tribunal fédéral des assurances I 559/02 du 31 janvier 2003 consid. 3.2 et les références). La réglementation sur la révision ne saurait en effet constituer un fondement juridique à un réexamen sans condition du droit à la rente (arrêt du Tribunal fédéral des assurances I 406/05 du 13 juillet 2006 consid. 4.1). Un changement de jurisprudence n'est pas un motif de révision (ATF 129 V 200 consid. 1.2). Le point de savoir si un changement notable des circonstances s'est produit doit être tranché en comparant les faits tels qu'ils se présentaient au moment de la dernière révision de la rente entrée en force et les circonstances qui régnaient à l'époque de la décision litigieuse. C'est en effet la dernière décision qui repose sur un examen matériel du droit à la rente avec une constatation des faits pertinents, une appréciation des preuves et une comparaison des revenus conformes au droit qui constitue le point de départ temporel pour l'examen d'une modification du degré d'invalidité lors d'une nouvelle révision de la rente (ATF 133 V 108 consid. 5.4; ATF 130 V 343 consid. 3.5.2). 8. Est réputée invalidité, l'incapacité de gain totale ou partielle présumée permanente ou de longue durée, résultant d'une infirmité congénitale, d'une maladie ou d'un accident (art. 8 al. 1 LPGA et 4 al. 1 LAI). Selon l'art. 7 LPGA, est réputée incapacité de gain toute diminution de l'ensemble ou d'une partie des possibilités de gain de l'assuré sur le marché du travail équilibré qui entre en considération, si cette diminution résulte d'une atteinte à la santé physique ou mentale et qu'elle persiste après les traitements et les mesures de réadaptation exigibles (al 1). Seules les conséquences de l'atteinte à la santé sont prises en compte pour juger de la présence d'une incapacité de gain. De plus, il n'y a incapacité de gain que si celle-ci n'est pas objectivement surmontable (al. 2 en vigueur dès le 1^{er} janvier 2008). 9. En vertu de l'art. 28 al. 2 LAI, l'assuré a droit à une rente entière s'il est invalide à 70% au moins, à un trois-quarts de rente s'il est invalide à 60% au moins, à une demi-rente s'il est invalide à 50% au moins, ou à un quart de rente s'il est invalide à 40% au moins. Pour évaluer le taux d'invalidité, 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 (art. 16 LPGA et art. 28a al. 1 LAI). Il y a lieu de préciser que 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 273 consid. 4a). L'atteinte à la santé n'est donc pas à elle seule déterminante et ne sera prise en considération que dans la mesure où elle entraîne une IT ayant des effets sur la capacité de gain de l'assuré (arrêt du Tribunal fédéral des assurances I 654/00 du 9 avril 2001 consid. 1). 10. 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, à ce motif, incapable de travailler. En outre, les données médicales constituent un élément utile pour déterminer quels travaux on peut encore, raisonnablement, exiger de l'assuré (ATF 125 V 256 consid. 4 et les références). 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 (ATF 134 V 231 consid. 5.1; ATF 133 V 450 consid. 11.1.3; ATF 125 V 351 consid. 3). 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. Le juge peut accorder pleine valeur probante aux rapports et expertises établis par les médecins d'un assureur social aussi longtemps que ceux-ci aboutissent à des résultats convaincants, que leurs conclusions sont sérieusement motivées, que ces avis ne contiennent pas de contradictions et qu'aucun indice concret ne permet 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 351 consid. 3b/ee). Dans une procédure portant sur l'octroi ou le refus de prestations d'assurances sociales, lorsqu'une décision administrative s'appuie exclusivement sur l'appréciation d'un médecin interne à l'assureur social et que l'avis d'un médecin traitant ou d'un expert privé auquel on peut également attribuer un caractère probant laisse subsister des doutes même faibles quant à la fiabilité et la pertinence de cette appréciation, la cause ne saurait être tranchée en se fondant sur l'un ou sur l'autre de ces avis et il y a lieu de mettre en œuvre une expertise par un médecin indépendant selon la procédure de l'art. 44 LPGA ou une expertise judiciaire (ATF 135 V 465 consid. 4.6; arrêt du Tribunal fédéral 9C_301/2013 du 4 septembre 2013 consid. 3). Un rapport au sens de l'art. 59 al. 2bis LAI (en corrélation avec l'art. 49 al. 1 RAI) a pour fonction d'opérer la synthèse des renseignements médicaux versés au dossier et de prodiguer des recommandations quant à la suite à donner au dossier sur le plan médical. En tant qu'il ne contient aucune observation clinique, il se distingue d'une expertise médicale (art. 44 LPGA) ou d'un examen médical auquel il arrive au SMR de procéder (art. 49 al. 2 RAI; arrêt du Tribunal fédéral 9C_542/2011 du 26 janvier 2012 consid. 4.1). Ces rapports ne posent pas de nouvelles conclusions médicales mais portent une appréciation sur celles déjà existantes. Au vu de ces différences, ils ne doivent pas remplir les mêmes exigences au niveau de leur contenu que les expertises médicales. On ne saurait en revanche leur dénier toute valeur probante. Ils ont notamment pour but de résumer et de porter une appréciation sur la situation médicale d'un assuré, ce qui implique aussi, en présence de pièces médicales contradictoires, de dire s'il y a lieu de se fonder sur l'une ou l'autre ou s'il y a lieu de procéder à une instruction complémentaire (arrêt du Tribunal fédéral 9C_518/2007 du 14 juillet 2008 consid. 3.2 et les références citées). 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/cc). S'il est vrai que la relation particulière de confiance

unissant un patient et son médecin traitant peut influencer l'objectivité ou l'impartialité de celui-ci (cf. ATF 125 V 351 consid. 3a 52; ATF 122 V 157 consid. 1c et les références), ces relations ne justifient cependant pas en elles-mêmes l'éviction de tous les avis émanant des médecins traitants. Encore faut-il démontrer l'existence d'éléments pouvant jeter un doute sur la valeur probante du rapport du médecin concerné et, par conséquent, la violation du principe mentionné (arrêt du Tribunal fédéral 9C/973/2011 du 4 mai 2012 consid. 3.2.1). On ajoutera qu'en cas de divergence d'opinion entre experts et médecins traitants, il n'est pas, de manière générale, nécessaire de mettre en œuvre une nouvelle expertise. La valeur probante des rapports médicaux des uns et des autres doit bien plutôt s'apprécier au regard des critères jurisprudentiels (ATF 125 V 351 consid. 3a) qui permettent de leur reconnaître pleine valeur probante. A cet égard, il convient de rappeler qu'au vu de la divergence consacrée par la jurisprudence entre un mandat thérapeutique et un mandat d'expertise (ATF 124 I 170 consid. 4; arrêt du Tribunal fédéral I 514/06 du 25 mai 2007 consid. 2.2.1, in SVR 2008 IV Nr. 15 p. 43), on ne saurait remettre en cause une expertise ordonnée par l'administration ou le juge et procéder à de nouvelles investigations du seul fait qu'un ou plusieurs médecins traitants ont une opinion contradictoire. Il n'en va différemment que si ces médecins traitants font état d'éléments objectivement vérifiables ayant été ignorés dans le cadre de l'expertise et qui sont suffisamment pertinents pour remettre en cause les conclusions de l'expert (arrêt du Tribunal fédéral 9C_369/2008 du 5 mars 2009 consid. 2.2). En ce qui concerne les facteurs psychosociaux ou socioculturels et leur rôle en matière d'invalidité, ils ne figurent pas au nombre des atteintes à la santé susceptibles d'entraîner une incapacité de gain au sens de l'art. 4 al. 1 LAI. Pour qu'une invalidité soit reconnue, il est nécessaire, dans chaque cas, qu'un substrat médical pertinent, entravant la capacité de travail (et de gain) de manière importante, soit mis en évidence par le médecin spécialisé.

11. 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 130 III 321 consid. 3.2 et 3.3; ATF 126 V 353 consid. 5b; ATF 125 V 193 consid. 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 319 consid. 5a).! [endif] > ! [if > Si l'administration ou le juge, se fondant sur une appréciation consciencieuse des preuves fournies par les investigations auxquelles ils doivent procéder d'office, sont convaincus que certains faits présentent un degré de vraisemblance prépondérante et que d'autres mesures probatoires ne pourraient plus modifier cette appréciation, il est superflu d'administrer d'autres preuves (appréciation anticipée des preuves ; ATF 122 II 464 consid. 4a; ATF 122 III 219 consid. 3c). Une telle manière de procéder ne viole pas le droit d'être entendu selon l'art. 29 al. 2 de la Constitution fédérale de la Confédération suisse du 18 avril 1999 (RS 101 - Cst; SVR 2001 IV n. 10 p. 28 consid. 4b), la jurisprudence rendue sous l'empire de l'art. 4 aCst. étant toujours valable (ATF 124 V 90 consid. 4b; ATF 122 V 157 consid. 1d).

12. En vertu des art. 28 al. 1 et 29 al. 1 LAI (dans sa teneur en vigueur depuis le 1^{er} janvier 2008), le droit à la rente prend naissance au plus tôt à la date dès laquelle l'assuré a présenté une incapacité de travail (art. 6 LPGA) d'au moins 40% en moyenne pendant une année sans interruption notable et qu'au terme de cette année, il est invalide (art. 8 LPGA) à 40% au moins, mais au plus tôt à l'échéance d'une période de six mois à compter de la date

à laquelle l'assuré a fait valoir son droit aux prestations conformément à l'art. 29 al. 1 LPGA. 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 128 V 29 consid. 1; ATF 104 V 135 consid. 2a et 2b). 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 222 et ATF 128 V 174). Pour fixer le revenu sans invalidité, il faut établir ce que l'assuré aurait, au degré de la vraisemblance prépondérante, réellement pu obtenir au moment déterminant s'il n'était pas invalide (RAMA 2000 n°U 400 p. 381 consid. 2a). Ce revenu 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 sa santé, en tenant compte de l'évolution des salaires (ATF 129 V 222 consid. 4.3.1). Ce n'est qu'en présence de circonstances particulières qu'il peut se justifier qu'on s'en écarte et qu'on recoure aux données statistiques résultant des ESS édité par l'Office fédéral de la statistique. Tel sera le cas lorsqu'on ne dispose d'aucun renseignement au sujet de la dernière activité professionnelle de l'assuré ou si le dernier salaire que celui-ci a perçu ne correspond manifestement pas à ce qu'il aurait été en mesure de réaliser, selon toute vraisemblance, en tant que personne valide; par exemple, lorsqu'avant d'être reconnu définitivement incapable de travailler, l'assuré était au chômage ou rencontrait d'ores et déjà des difficultés professionnelles en raison d'une dégradation progressive de son état de santé ou encore percevait une rémunération inférieure aux normes de salaire usuelles. On peut également songer à la situation dans laquelle le poste de travail de l'assuré avant la survenance de l'atteinte à la santé n'existe plus au moment déterminant de l'évaluation de l'invalidité (arrêts du Tribunal fédéral des assurances I 168/05 du 24 avril 2006 consid. 3.3 et B 80/01 du 17 octobre 2003 consid. 5.2.2). Quant au revenu d'invalidité, il doit être évalué avant tout en fonction de la situation professionnelle concrète de l'intéressé (ATF 135 V 297 consid. 5.2). Lorsque l'assuré n'a pas repris d'activité, ou aucune activité adaptée lui permettant de mettre pleinement en valeur sa capacité de travail résiduelle, contrairement à ce qui serait raisonnablement exigible de sa part, le revenu d'invalidité peut être évalué sur la base de données statistiques, telles qu'elles résultent de l'ESS (ATF 126 V 75 consid. 3b/aa et bb). Dans ce cas, il convient de se fonder, en règle générale, sur les salaires mensuels indiqués dans la table ESS TA1, à la ligne «total secteur privé» (ATF 124 V 321 consid. 3b/aa). On se réfère alors à la statistique des salaires bruts standardisés, en se fondant toujours sur la médiane ou valeur centrale (ATF 124 V 321 consid. 3b/bb). La valeur statistique - médiane - s'applique alors, en principe, à tous les assurés qui ne peuvent plus accomplir leur ancienne activité parce qu'elle est physiquement trop astreignante pour leur état de santé, mais qui conservent néanmoins une capacité de travail importante dans des travaux légers. Pour ces assurés, ce salaire statistique est suffisamment représentatif de ce qu'ils seraient en mesure de réaliser en tant qu'invalides dès lors qu'il recouvre un large éventail d'activités variées et non qualifiées (branche d'activités), n'impliquant pas de formation particulière, et compatibles avec des limitations fonctionnelles peu contraignantes (cf. arrêts du Tribunal fédéral 9C_603/2015 du 25 avril 2016 consid. 8.1 et 9C_242/2012 du 13 août 2012 consid. 3). Toutefois, lorsque cela apparaît indiqué dans un cas concret pour permettre à l'assuré de mettre pleinement à profit sa capacité résiduelle de travail, il y a lieu parfois de

se référer aux salaires mensuels de secteurs particuliers (secteur 2 [production] ou 3 [services]), voire à des branches particulières. Tel est notamment le cas lorsqu'avant l'atteinte à la santé, l'assuré a travaillé dans un domaine pendant de nombreuses années et qu'une activité dans un autre domaine n'entre pas en ligne de compte. En outre, lorsque les circonstances du cas concret le justifient, on peut s'écarter de la table TA1 (secteur privé) pour se référer à la table TA7 (secteur privé et secteur public [Confédération] ensemble), si cela permet de fixer plus précisément le revenu d'invalidé et que le secteur en question est adapté et exigible (ATF 133 V 545, et les références citées). 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 (ATF 126 V 75 consid. 5b/aa-cc). L'étendue de l'abattement justifié dans un cas concret relève du pouvoir d'appréciation (ATF 132 V 393 consid. 3.3). Cette évaluation ressortit en premier lieu à l'administration, qui dispose pour cela d'un large pouvoir d'appréciation. Le juge doit faire preuve de retenue lorsqu'il est amené à vérifier le bien-fondé d'une telle appréciation. L'examen porte alors sur le point de savoir si une autre solution que celle que l'autorité, dans le cas concret, a adoptée dans le cadre de son pouvoir d'appréciation et en respectant les principes généraux du droit, n'aurait pas été plus judicieuse quant à son résultat. Pour autant, le juge ne peut, sans motif pertinent, substituer son appréciation à celle de l'administration; il doit s'appuyer sur des circonstances de nature à faire apparaître sa propre appréciation comme la mieux appropriée (ATF 126 V 75 consid. 6; ATF 123 V 150 consid. 2 et les références; arrêt du Tribunal fédéral 8C_337/2009 du 18 février 2010 consid. 7.5). En cas d'absence de désignation des activités compatibles avec les limitations du recourant, le Tribunal fédéral a jugé qu'il eût été certainement judicieux que l'office AI donnât au recourant, à titre d'information, des exemples d'activités adaptées qu'il peut encore exercer, mais qu'il convient néanmoins d'admettre que le marché du travail offre un éventail suffisamment large d'activités légères, dont on doit convenir qu'un nombre significatif sont adaptées aux limitations du recourant et accessibles sans aucune formation particulière (arrêt du Tribunal fédéral 9C_279/2008 du 16 décembre 2008 consid. 4). Lorsqu'il s'agit d'examiner dans quelle mesure un assuré peut encore exploiter économiquement sa capacité de gain résiduelle sur le marché du travail entrant en considération pour lui (art. 16 LPG), on ne saurait subordonner la concrétisation des possibilités de travail et des perspectives de gain à des exigences excessives. Il s'ensuit que pour évaluer l'invalidité, il n'y a pas lieu d'examiner la question de savoir si un invalide peut être placé eu égard aux conditions concrètes du marché du travail, mais uniquement de se demander s'il pourrait encore exploiter économiquement sa capacité résiduelle de travail lorsque les places de travail disponibles correspondent à l'offre de la main d'œuvre (VSI 1998 p. 293). On ne saurait toutefois se fonder sur des possibilités de travail irréalistes. Il est certes possible de s'écarter de la notion de marché équilibré du travail lorsque, notamment l'activité exigible au sens de l'art. 16 LPG, ne peut être exercée que sous une forme tellement restreinte qu'elle n'existe quasiment pas sur le marché général du travail ou que son exercice impliquerait de l'employeur des concessions irréalistes et que, de ce fait, il semble exclu de trouver un emploi correspondant (cf. RCC 1991 p. 329; RCC 1989 p. 328; arrêts du Tribunal fédéral 9C_286/2015 du 12 janvier 2016 consid. 4.2 et 9C_659/2014 du 13 mars 2015 consid.

5.3.2). Cependant, là encore, le caractère irréaliste des possibilités de travail doit découler de l'atteinte à la santé - puisqu'une telle atteinte est indispensable à la reconnaissance d'une invalidité (cf. art. 7 et 8 LPGA) - et non de facteurs psychosociaux ou socioculturels totalement étrangers à l'invalidité (cf. arrêts du Tribunal fédéral 9C_286/2015, op. cit., consid. 4.2 et 9C_602/2015, op. cit., consid. 6.1). D'après ces critères, il y a lieu de déterminer dans chaque cas et de manière individuelle si l'assuré est encore en mesure d'exploiter une capacité de travail résiduelle sur le plan économique et de réaliser un salaire suffisant pour exclure une rente. Ni sous l'angle de l'obligation de diminuer le dommage, ni sous celui des possibilités qu'offre un marché du travail équilibré aux assurés pour mettre en valeur leur capacité de travail résiduelle, on ne saurait exiger d'eux qu'ils prennent des mesures incompatibles avec l'ensemble des circonstances objectives et subjectives (arrêt du Tribunal fédéral 9C_1066/2009 du 22 septembre 2010 consid. 4.1 et la référence). 13.

Aux termes de l'art. 88 a al. 1 du règlement sur l'assurance-invalidité du 17 janvier 1961 (RS 831.201 ; RAI), si la capacité de gain s'améliore, il y a lieu de considérer que ce changement supprime, le cas échéant, tout ou partie de son droit aux prestations dès qu'on peut s'attendre à ce que l'amélioration constatée se maintienne durant une assez longue période. Il en va de même lorsqu'un tel changement déterminant a duré trois mois déjà, sans interruption notable et sans qu'une complication prochaine soit à craindre.!

14. a. En l'espèce, le recourant reproche tout d'abord à l'intimé, respectivement au SMR, d'avoir retenu que sa capacité de travail dans son activité habituelle serait de 50 % depuis le 24 octobre 2014 et qu'il serait en mesure d'exercer, dès cette même date, toute activité lucrative à 70 % sur le marché équilibré du travail, dans une activité adaptée à ses limitations fonctionnelles, qui ne nécessite pas de formation complémentaire. Dans la mesure où cette appréciation résulte des conclusions de l'examen du recourant par le Dr O_____, médecin interne de l'intimé, il convient de déterminer si son rapport peut se voir reconnaître une pleine valeur probante.!

La chambre de céans est d'avis que l'on doit reconnaître au rapport du Dr O_____ une pleine valeur probante au sens de la jurisprudence rappelée précédemment. L'examineur est un spécialiste reconnu en rhumatologie. Son examen avait pour but de préciser les diagnostics, l'évolution de l'état de santé de l'assuré, les limitations fonctionnelles et la capacité de travail dans l'activité habituelle ainsi que dans une activité adaptée. Les points litigieux ont fait l'objet d'une étude circonstanciée ; ce rapport a été établi en pleine connaissance de l'anamnèse très complète établie par l'examineur, et en particulier par rapport à l'origine des douleurs dont se plaint l'assuré, l'évolution de celles-ci, en particulier depuis l'an 2000, avec leur aggravation dès 2006, au point qu'en 2007 il a été opéré en urgence d'une hernie discale L5-S1. L'examineur note après cette opération, une amélioration mais pas une disparition de ces douleurs. De temps en temps le patient devait tout de même bénéficier d'infiltrations et prenait régulièrement des médicaments. Il a également relevé une nouvelle accentuation de ses douleurs en 2014, qui ont conduit, le 24 avril de cette année-là à une spondylodèse de type TLIF. L'examineur a clairement rapporté les plaintes actuelles du patient, et la description des douleurs par l'assuré. Ce rapport se fonde sur des examens complets: l'examineur a relevé en détail les constatations qu'il a faites lors de l'examen sur le plan neurologique, rachidien, et des membres supérieurs et inférieurs. Il a également étudié attentivement le dossier radiologique, décrivant les rapports d'examen, se référant également aux rapports des médecins traitants ou des spécialistes consultés. La description du contexte médical et l'appréciation de la situation médicale sont claires. Le Dr O_____ a posé des diagnostics précis, avec répercussion durable respectivement sans répercussion sur

la capacité de travail. Ceux-ci ne font d'ailleurs guère débat, tous les médecins ayant eu à connaître de ce cas, y compris l'examineur, retenant pour l'essentiel les mêmes diagnostics. Il a également exclu le diagnostic de fibromyalgie, relevant que l'assuré ne présente des douleurs à la palpation que pour un point typique de la fibromyalgie sur dix-huit, nombre bien insuffisant pour poser ce diagnostic selon les anciens critères que selon les nouveaux critères de la fibromyalgie. Ce diagnostic n'a d'ailleurs jamais été évoqué par les médecins traitants ou les spécialistes consultés. Il a relevé que l'assuré est tout à fait sobre dans ses plaintes, ne présente pas de majoration des symptômes ni de signes de non-organicité. Il a cependant relevé que malgré le maintien d'une bonne intégration sociale, communiquant bien en français pendant l'entretien, n'ayant presque plus d'accent, sachant bien lire le français mais ayant de la peine à l'écrire, l'assuré désire que l'assurance-invalidité lui octroie une rente pour qu'il puisse juste vivre. Il ne se voit pas reprendre une activité professionnelle, même légère ou à temps partiel. L'examineur remarque que des mesures professionnelles étaient tout à fait envisageables, au vu du tableau clinique et de la personnalité de l'assuré, remarquant toutefois qu'il était à craindre que l'assuré mette ces mesures en échec, n'étant pas motivé par une reprise d'activité professionnelle et ne pensant pas être capable de reprendre même une activité légère à temps partiel. Il a décrit avec précision les limitations fonctionnelles à retenir soit : pour le rachis, la nécessité de pouvoir alterner, deux fois par heure, la position assise et la position debout, pas de soulèvement régulier de charges d'un poids excédant cinq kg, pas de port régulier de charges d'un poids excédant huit kg. Pas de travail en porte-à-faux statique prolongé du tronc, pas d'exposition à des vibrations. Pas de mouvements répétés de flexion-extension de la nuque, pas de rotation rapide de la tête, pas de position prolongée en flexion ou extension de la nuque ; pour les membres inférieurs, pas de genuflexions répétées, pas de franchissement d'escalier, échelle, pas de travail en hauteur, de marche en terrain irrégulier, de franchissement régulier d'escaliers, pas de position debout de plus de dix minutes, pas de marche de plus de quinze minutes. S'agissant de l'IT et de son évolution, l'expert a indiqué que dès novembre 2012 elle était restée complète, et ce jusqu'au 24 octobre 2014. Contrairement à ce que soutient le recourant, l'examineur a justifié la date qu'il retient pour le retour à une CT de 50 % dans l'activité habituelle de cafetier-restaurateur indépendant, travaillant plutôt en position debout, mais pouvant alterner la position assise et debout n'ayant pas de charges à lever ; et de 70 % dans une activité strictement adaptée aux limitations fonctionnelles requises par la pathologie et ostéoarticulaire : la date du 24 octobre 2014 est fixée à six mois de l'intervention chirurgicale lombaire de spondylodèse. Il ajoute, répondant à la question suivante, qu'en cas d'octroi d'une rente, il n'y a pas lieu d'effectuer une révision rapide, l'état de santé de l'assuré étant chronicisé. Et enfin les conclusions de l'expert sont dûment motivées : elles apparaissent cohérentes, et l'on ne décèle en particulier aucune contradiction dans les développements de l'examineur. b. Le recourant reproche à l'intimé de ne pas avoir pris en compte sa situation effective, et d'avoir à cet égard ignoré les nouvelles pièces médicales produites, soit les attestations et autres certificats de ses médecins traitants, tant dans le cadre de l'audition que dans le cadre du présent recours. Force est toutefois de constater que les pièces médicales produites à l'appui de l'opposition au projet de décision ne sauraient remettre en cause les conclusions du Dr O_____, ni susciter le moindre doute à leur sujet. Il convient d'une part de garder à l'esprit, conformément à la jurisprudence rappelée précédemment, que 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/cc). Mais faut-il encore qu'à tout le moins les pièces médicales nouvelles ainsi produites permettent de jeter un doute au sujet des conclusions de l'examinateur susmentionné, ce qui n'est pas le cas des documents produits. Le rapport de consultation du 1^{er} juin 2016 du Dr M_____ - qui avait précédemment vu le patient en octobre 2015, soit avant l'examen par le spécialiste du SMR - a essentiellement rapporté les plaintes du patient, qui décrit la persistance de douleurs, mais d'intensité variable. Il relève que la cicatrice est propre et calme sans signe d'inflammation et non douloureuse à la palpation. Il n'y a pas de déficit sensitivomoteur aux deux membres inférieurs. Les points de Valleix ne sont pas douloureux, des deux côtés ; le Lasègue est positif à droite à partir de 60° (ce qui paraît d'ailleurs constituer une certaine amélioration par rapport aux comparatifs précédents) ; la nouvelle IRM lombaire (24 mai 2016) montre certes une fibrose importante périradiculaire L5 à droite, mais un peu moins marquée qu'au comparatif. Il conclut qu'au vu de la constatation clinico-radiologique, on ne peut pas poser une indication opératoire. Il propose d'instaurer un traitement médicamenteux avec du Neurontin. Il constate que le patient ne travaille plus, mais il ne se prononce absolument pas sur sa capacité de travail, ni sur les conséquences des douleurs décrites sur celle-ci, respectivement sur le rendement. Tout au plus peut-on en déduire que ce médecin confirme globalement la chronicisation des douleurs ressenties par le recourant. Le rapport d'IRM colonne lombaire (neuro) du (13 octobre 2016) compare la situation par rapport à l'examen précédent (24 mai 2016), et conclut que le nouvel examen est globalement stable par rapport au comparatif, évoquant la persistance de « discrets » signes de fibrose postopératoire. Il est évident que vu sa nature, ce rapport n'aborde pas du tout les questions de capacité de travail et de baisse de rendement éventuel. Quant au bref certificat du Centre Médical de Meyrin (Hôpital de La Tour réseau de soins) du 21 octobre 2016, la chambre de céans observe préalablement que ce document émane très vraisemblablement du Dr Q_____, si l'on compare la signature de ce document et celle figurant sur celui produit en procédure de recours [pièce 7 recourant du 9 mai 2017]). Ce document, extrêmement sommaire, ne saurait se voir reconnaître de valeur probante au sens de la jurisprudence. Il ne pose aucun diagnostic, se borne finalement à se référer aux douleurs signalées par le patient, et concluant ainsi : « sur la base des douleurs neurochirurgicales et de l'anamnèse, « je pense » que (le patient) n'est actuellement pas capable de reprendre une activité professionnelle ». De tels documents n'étaient évidemment pas de nature à remettre en cause le rapport du Dr O_____. Il en va du reste de même des nouveaux documents produits en procédure de recours : le rapport de consultation spécialisée du 14 novembre 2016 de la Dresse R_____ avait pour but, comme l'a justement relevé l'intimé, de procéder à une évaluation concernant la « douleur chronique » pour l'implantation d'un neuro-stimulateur antalgique. Ce médecin confirme, sur le plan radiologique, une situation stable, et remarque qu'il n'y a pas de maladie de segment adjacent, ni de compression radiculaire. Elle rapporte effectivement les douleurs décrites par le patient, constate à l'examen neurologique que la marche est ralentie mais fluide, qu'elle est possible sur les talons. Elle relève des douleurs à la palpation au niveau lombaire bas et surtout au niveau de l'articulation sacroiliaque droite, mais observe qu'il n'y a pas de déficit aux membres inférieurs, des deux côtés. En définitive, elle ne retiendra pas, à ce stade, l'indication d'un traitement avec un neurostimulateur, dans la mesure où elle estime que le maximum n'a pas encore été fait avec un traitement conservateur. Elle observe en particulier que le patient a cessé la physiothérapie, et lui propose ainsi de reprendre une série de séances pendant six semaines, et de revoir la situation et son évolution, à l'issue de

cette période. Quant à l'attestation du Dr Q _____ du 9 mai 2017, il confirme les diagnostics unanimement retenus jusqu'ici, y compris par le Dr O _____, rappelle que le patient se plaint de longue date de lombalgies et lombosciatalgies droites, confirmant ainsi implicitement la chronicisation de ces douleurs. Il évoque l'apparition en février 2017 d'un syndrome métabolique, évidemment postérieur à la décision entreprise, mais dont il ne prétend pas qu'il aurait une influence sur la capacité de travail, se bornant à relever que ce syndrome nécessite une hygiène de vie et un traitement médicamenteux très strict. On relèvera d'ailleurs que certains éléments accompagnant la description de ce syndrome avaient déjà été observés et prise en compte par le Dr O _____ (notamment la BMI à 30). Le Dr Q _____ conclut, comme il l'avait fait dans son précédent certificat médical, qu'il lui « semble » que le patient est dans l'impossibilité de reprendre une activité professionnelle « active ». Cette attestation - qui n'évoque pas même les constatations et conclusions du Dr O _____ - ne remet pas en cause de manière objectivement démontrable les éléments ayant conduit l'intimé à rendre la décision entreprise. On rappellera enfin que selon la jurisprudence, compte tenu des difficultés, en matière de preuve, à établir l'existence de douleurs (en l'absence d'observation médicale concluante sur le plan somatique ou psychiatrique), les plaintes subjectives d'un assuré ne sauraient suffire pour justifier une invalidité entière ou partielle. Dans le cadre de l'examen du droit aux prestations de l'assurance sociale, l'allégation de douleurs doit être confirmée par des observations médicales concluantes, à défaut de quoi une appréciation du droit aux prestations ne peut être assurée de manière conforme à l'égalité de traitement des assurés 9C_271/2011 arrêt du 26 octobre 2011 consid. 4.2 et références citées). Ainsi, les avis successifs du SMR, rapports au sens de l'art. 59 al. 2bis LAI (en corrélation avec l'art. 49 al. 1 RAI), dont la nature et les conditions nécessaires pour que l'on puisse également leur accorder une valeur probante ont été rappelées précédemment, échappent à toute critique : celui du 17 février 2016 a en effet expliqué les raisons pour lesquelles le SMR proposait à l'OAI de suivre aux conclusions du Dr O _____ ; celui du 4 janvier 2017 expose en quoi, au stade de l'audition, les pièces médicales produites ne remettent pas en cause les conclusions du médecin susnommé ; il en est du reste de même de l'avis du 31 mai 2017 dans la présente procédure. Ce grief est infondé. 15. Le recourant reproche encore à l'OAI de n'avoir pas correctement apprécié le rapport du Dr O _____, pour déterminer le taux d'invalidité. Au sujet de la détermination du degré d'invalidité, il y a tout d'abord lieu d'observer que le recourant ne remet pas en cause le rapport d'enquête économique et la manière dont l'enquêteur a déterminé le revenu sans invalidité, ce rapport étant au demeurant convaincant. Le recourant remet toutefois en cause la manière dont le revenu avec invalidité a été déterminé, reprochant en substance à l'intimé de ne pas avoir tiré les conséquences du fait que le Dr O _____ aurait évoqué la notion de « baisse de rendement » qui, selon le recourant, viendrait s'ajouter à l'IT de 30 % retenue par l'examineur, et aurait ainsi dû conduire l'intimé à augmenter le taux de réduction du salaire ESS (15 % retenus par l'OAI). Ce reproche ne résiste pas à l'examen : il convient tout d'abord d'observer que le recourant ne tire du rapport de l'examineur que l'extrait qu'il estime favorable à son argumentation. Or, de façon parfaitement claire, et remis dans son contexte, le Dr O _____ explique : « Dans une activité strictement adaptée aux limitations fonctionnelles requises par la pathologie ostéoarticulaire, la capacité de travail est par contre de 70 %. Effectivement, nous retenons tout de même une incapacité de travail de 30 % dans une activité strictement adaptée, soit sédentaire, plutôt en position assise, avec possibilité d'alternance des positions assises et debout, au vu du status après deux opérations

lombaires avec fibrose périarticulaire L5 à droite. Nous retenons également cette incapacité de travail de 30 %, au vu des limitations fonctionnelles qui se surajoutent et qui conduisent fatalement à une baisse de rendement. Nous ne retenons cependant pas une incapacité de travail de plus de 30 % dans une activité adaptée, car il n'y a aucune raison biomécanique à le faire. D'ailleurs, la tolérance à la position assise en cours d'entretien a été bonne. » . On ne saurait ainsi soutenir que l'examinateur ait suggéré que la baisse de rendement viendrait se surajouter aux 30 % d'IT retenue. Cela étant, l'argumentation du recourant ignore les principes dégagés de la jurisprudence - et rappelés ci-dessus - au sujet des critères à retenir pour justifier d'une réduction supplémentaire lorsqu'est pris en compte le salaire statistique de l'ESS. La doctrine, se référant d'ailleurs à ces principes, rappelle en outre que lors de la réduction du montant des salaires ressortant des statistiques, il n'y a pas lieu de procéder à des déductions distinctes pour chacun des facteurs entrant en considération car on perdrait de vue leurs effets réciproques. Ainsi, par exemple, l'âge ne représente qu'un facteur parmi d'autres qui légitiment une réduction ; une réduction maximale n'est dès lors justifiée que lorsque plusieurs éléments retenus par la jurisprudence se trouvent réunis. Il incombe donc à l'administration d'évaluer globalement l'influence de tous les facteurs sur le revenu postérieur à l'invalidité. Elle doit également motiver brièvement les raisons qui l'ont amené à accorder une réduction et plus particulièrement les facteurs dont elle a tenu compte dans son appréciation (Michel Valterio Droit de l'assurance-vieillesse et survivants (AVS) et de l'assurance-invalidité (AI) 2011 ch., 2133). Dans le cas d'espèce, l'OAI - qui dispose d'un large pouvoir d'appréciation que le juge n'envisagera de contrôler qu'avec retenue - a indiqué que le taux de réduction de 15 % qu'il pouvait accorder, tenait compte des limitations fonctionnelles présentées (ce qui inclut déjà la notion de rendement tel qu'évoqué par le Dr O _____), le taux d'occupation (70 %) et l'âge. Les autres critères que le recourant souhaiterait en plus voir pris en compte (notamment l'absence de formation particulière et le fait qu'il ne maîtrise pas le français écrit) ne sauraient entrer en ligne de compte dans le cas particulier. Ceci dit, et quoi qu'il en soit, à supposer même - ce que ne retient pas la chambre de céans -, que l'on puisse envisager une réduction supplémentaire, cette réduction, même maximale (25 %) qui, selon la jurisprudence, ne peut être appliquée qu'avec circonspection, ne changerait rien quant aux résultats des calculs : même avec une telle réduction le revenu annuel brut avec invalidité, qui serait ainsi ramené de CHF 39'540.- à CHF 34'890.- (arrondi) serait de toute manière encore supérieur au revenu sans invalidité, déterminant toujours une perte économique nulle, soit un taux d'invalidité de 0 %. 16. Ainsi, le recours est totalement mal fondé.!

17. Au vu de ce qui précède, le recours sera rejeté. Etant donné que depuis le 1^{er} juillet 2006, la procédure n'est plus gratuite (art. 69 al. 1 bis LAI), il y a lieu de condamner le recourant au paiement d'un émolument de CHF 200.-.!

PAR CES MOTIFS, LA CHAMBRE DES ASSURANCES SOCIALES : Statuant À la forme :

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