

REPUBLIQUE ET



CANTON DE GENEVE

POUVOIR JUDICIAIRE

A/186/2015

ATAS/269/2015

COUR DE JUSTICE

Chambre des assurances sociales

Arrêt du 13 avril 2015

10^{ème} Chambre

En la cause

Monsieur A_____, domicilié à ONEX, comparant avec élection
de domicile en l'étude de Maître GABUS Pierre

recourant

contre

OFFICE DE L'ASSURANCE-INVALIDITE DU CANTON DE
GENEVE, sis rue des Gares 12, GENEVE

intimé

**Siégeant : Mario-Dominique TORELLO, Président, Willy KNÖPFEL et Jean-Pierre
WAVRE, Juges assesseurs**

EN FAIT

1. Monsieur A_____ (ci-après : l'assuré ou le recourant), né le _____ 1956, ressortissant espagnol, titulaire d'un permis d'établissement C, est arrivé en Suisse en 1981. Dès le 4 décembre 1989 il a été engagé par la Clinique de B_____ (ci-après : l'employeur), en qualité d'employé de cuisine (en hiver) et aide-horticulteur (en été), à 100 %.
2. Dès le 2 novembre 2009, il a été mis au bénéfice d'un arrêt de travail à 100 %, jusqu'au 5 avril 2010. Il a ensuite tenté de reprendre son activité à 50 %, du 6 avril au 26 août 2010. Toutefois, dès le 27 août 2010, il n'a plus travaillé.
3. Le 25 octobre 2010, l'employeur a déposé auprès de l'office cantonal genevois de l'assurance-invalidité (ci-après : OAI ou l'intimé) une formule de communication de détection précoce.
4. Le 19 novembre 2010, l'assuré a lui-même déposé une demande de prestations auprès de l'OAI, pour raison de maladie rhumatismale, hernie discale et arthrose.
5. Dans un rapport du 20 décembre 2010, le docteur C_____, spécialiste FMH en médecine interne et maladies rhumatismales, a posé le diagnostic de lombalgies chroniques sur canal étroit dégénératif existant depuis des années. Il avait vu le patient les 1^{er} et 8 mars 2010, à la demande de son médecin traitant, le docteur D_____, spécialiste FMH en médecine générale. À l'époque de cette consultation spécialisée, le Dr C_____, dans son rapport du 11 mars 2010, avait rappelé qu'à fin 2009 l'assuré souffrait de lombalgies persistantes et avait présenté un blocage lombaire aigu irradiant dans le membre inférieur droit. L'IRM avait montré la présence d'une spondylarthrose avec canal lombaire étroit et vraisemblable irritation radiculaire L4 droite. En mars 2010 sous traitement, la symptomatologie irradiante s'était estompée, et le patient se plaignait, à ce moment-là, de lombalgies exacerbées à l'effort. Au status, on relevait des contractures musculaires paralombaires avec discrète raideur segmentaire. Le status neurologique des membres inférieurs était non déficitaire ; la percussion rachidienne était par ailleurs indolore ; les articulations périphériques étaient toutes calmes. Les radiographies lombaires dynamiques effectuées à l'époque n'avaient pas montré d'arguments pour une instabilité. En conclusion le patient présentait des lombalgies d'allure commune dans le contexte d'une spondylarthrose avec canal lombaire relativement étroit mais sans anamnèse de claudication intermittente. Il indiquait alors que la situation semblait s'être stabilisée avec un retour à l'état chronique connu avant le blocage (2 novembre 2009). En décembre 2010, les symptômes étaient des lombalgies avec contractions musculaires. Il avait prescrit au patient le port d'une ceinture de soutien lombaire avec un renforcement baleiné pour tenter de soulager temporairement son rachis lombaire, ce support pouvant être porté lors des activités professionnelles, que le patient devrait pouvoir reprendre progressivement. Parallèlement, il était important que le patient renforce sa ceinture abdomino-lombaire par des exercices de tonification, en physiothérapie.

6. Le 3 janvier 2011, le Dr D_____, répondant au questionnaire de l'OAI, a posé, comme diagnostics avec effet sur la capacité de travail : lombalgies chroniques avec spondylarthrose et canal lombaire étroit (depuis 2005), ainsi que cervico-brachialgies gauches, et syndrome du défilé thoracique gauche (depuis 2010) ; et comme diagnostics sans effet sur la capacité travail : sigmoïdectomie sur polype sub-occlusif en 1995, et subileus (traitement conservateur) en 1996. Il indique dans l'anamnèse : patient souffrant de lombosciatalgies avec blocage de façon intermittente (une fois par an) depuis 2005. Aggravation brutale dès fin octobre 2009. Les symptômes actuels étaient des douleurs, contractions musculaires paralombaires et dans la région cervicale. Distance doigt-sol 50 cm, déficit neurologique du membre inférieur, paresthésies main et avant-bras gauche en abduction épaule gauche. Les indications subjectives du patient étaient des douleurs chroniques dans la région lombaire/cervicale, des douleurs à la marche, au port de charges et à la flexion du tronc. Le pronostic était réservé. S'agissant de l'exigibilité de l'activité exercée, elle était de 50 % dans une activité adaptée avec réduction du rendement en raison des douleurs lombaires chroniques limitant la vitesse d'exécution du travail en cuisine. Les limitations (port de charges, mouvement de torsion du torse, position en flexion du tronc, le patient travaillant comme jardinier pendant l'été et à la cuisine pendant l'hiver) pouvaient être réduites par le port d'une ceinture lombaire et par la prise d'anti-inflammatoires non stéroïdiens (AINS). Il a également rempli le questionnaire relatif aux activités encore possibles ou non, et produit divers documents médicaux plus ou moins récents, notamment :

- un rapport d'IRM lombaire du 23 décembre 2009, concluant que les données IRM lombaires illustraient un rétrécissement du canal rachidien sur une combinaison de critères osseux, une arthrose des articulations interapophysaires postérieures et nettement aggravée au niveau L4-L5 par une discopathie protrusive s'accompagnant d'une petite hernie discale postéro-latérale et foraminale droite responsable d'une image de striction du fourreau dural en regard de l'espace intersomatique L4-L5, et réalisant également un comblement du trou de conjugaison L4-L5 droit et pouvant parfaitement expliquer une symptomatologie radiculaire L4 et L5 droite. Discopathie L5-S1 discrètement protrusive à légère prédominance foraminale droite.
- un rapport de consultation du service de neurochirurgie des HUG du 4 février 2010, qui, au vu du tableau clinique, constatait que l'on était loin de toute urgence chirurgicale, cette indication n'étant pas retenue, le problème principal du patient étant celui des douleurs lombaires vraisemblablement d'origine multifactorielle ; sa radiculopathie était extrêmement discrète. Une intervention de discectomie aurait un effet bénéfique très modéré, voire nul.
- Un rapport d'IRM cervicale du 7 septembre 2010, portant sur l'étude du rachis cervical de la charnière cervico-occipitale jusqu'en regard de la 5^e vertèbre dorsale, qui concluait que les données d'IRM cervicale étaient sans anomalie

notable hormis la mise en évidence d'hémangiomes au niveau des corps vertébraux des 2^e et 4^e vertèbres dorsales.

7. Le 18 janvier 2011 l'OAI a procédé à un rapport d'évaluation, dans le cadre de l'annonce de détection précoce. Il était retenu en conclusion que l'assuré est un employé polyvalent travaillant à la clinique de B_____ depuis 1989. Il souffre d'hernie discale et d'arthrose, cette dernière étant selon lui plus problématique que la première. L'assuré s'exprime peu et son français était difficilement compréhensible. Il n'a pas réfléchi à la suite de sa carrière professionnelle, et pense pouvoir reprendre son métier antérieur, dans un délai qui n'est pas encore fixé. Durant l'entretien il reste debout car il ne peut pas s'asseoir actuellement. Il est proposé, en raison de la situation médicale de l'assuré, et de son incertitude professionnelle, de ne pas mettre en place de mesures d'intégration professionnelle dans l'immédiat.
8. Par décision du 16 mai 2011, l'OAI a communiqué à l'assuré qu'en l'état il n'était pas possible de mettre en place des mesures de réadaptation, en raison de son état de santé. L'instruction de son dossier continuait, par rapport à l'examen du droit aux prestations.
9. Le 17 juin 2011, l'OAI a reçu le rapport intermédiaire du Dr D_____ : les diagnostics précédents étaient confirmés ; l'état de santé était resté stationnaire. Le traitement par physiothérapie se poursuivait, sans amélioration notable. La prescription d'anti-inflammatoires était toujours actuelle. Le pronostic était mauvais car il n'y avait pas eu d'amélioration notoire depuis plus de 6 mois. L'état du patient était chronique. S'agissant de la capacité de travail dans le poste occupé jusque-là, un essai de reprise à 50 % était tenté dès le 1^{er} juin 2011 en qualité d'aide-jardinier. S'agissant d'une autre activité adaptée, le médecin-traitant a répondu : « ? ? Activité de manœuvre (patient sans formation) sans port de charges, avec possibilité de changer de position régulièrement, sans marche prolongée ». Les dernières consultations remontaient au 16 respectivement au 23 mai 2011 : elles avaient un rythme d'environ 3 à 4 semaines. Le patient ne souffrait d'aucun trouble psychique.

Il joignait au questionnaire des documents médicaux complémentaires :

- un rapport de consultation spécialisée du 28 mars 2011, de la doctoresse E_____, spécialiste FMH en neurologie et électroneuromyographie : elle avait procédé à un examen électroneuromyographique du membre supérieur gauche dans le cadre de cervicobrachialgies gauches chroniques depuis plusieurs mois associées à une perte de la force du membre supérieur gauche. L'examen clinique et neurologique montrait une nuque calme à la palpation et à la mobilisation, et des douleurs dans la région sous-acromiale gauche de l'épaule gauche. Dans le cadre de la recherche d'un syndrome du défilé thoracique, lors des manœuvres de provocation à gauche, déclenchement d'une douleur dans l'épaule gauche, mais pas de diminution du pouls radial de façon significative, pas de souffle, et pas d'endormissement de la main gauche. Manœuvre de

provocation négative à droite. À noter que la clavicule gauche est saillante. Ces anomalies pourraient faire suspecter une atteinte ancienne du tronc inférieur du plexus brachial gauche possiblement en relation avec le cal de la clavicule gauche. En l'absence d'explications claires au niveau de l'IRM cervicale et l'absence d'atteinte nerveuse périphérique du nerf cubital gauche au coude ou au poignet, l'examen électroneuromyographique oriente en premier lieu une lésion ancienne plexulaire gauche touchant surtout le tronc inférieur gauche ou une lésion haute du nerf cubital gauche.

- un nouveau rapport de consultation spécialisée du Dr C_____, du 20 mai 2011 : le patient était en arrêt de travail depuis plus d'une année et avait bénéficié de nombreuses séances de physiothérapie. Les neurochirurgiens consultés n'avaient pas posé une indication opératoire. L'IRM de 2009 avait montré la présence d'une spondylarthrose avec canal lombaire étroit. Plus récemment il avait bénéficié d'une consultation neurologique pour cervicobrachialgies, l'examen n'étant pas conclusif. L'IRM cervicale n'était pas relevante. Au status actuel il décrit un patient algique avec contractions musculaires diffuses et hypomobilité rachidienne. Le status neurologique est non déficitaire. Répondant aux questions du médecin traitant : il n'était pas favorable à un traitement par infiltration, dans ce genre de situation. Chez ce profil de patients l'infiltration est mal vécue et la situation s'en trouve souvent péjorée. Il propose un traitement stéroïdien sur 8 jours, par voie orale, approche qui avait par ailleurs déjà été effectuée sans grand succès un an au préalable. S'agissant de cure thermique, ce type d'approche est généralement bénéfique mais, là encore, le profil du patient lui paraît peu propice à espérer un réel soulagement durable. Selon lui ce patient était entré dans une chronicité dont il serait difficile de sortir...

10. L'employeur a retourné à l'OAI, le 15 juillet 2011 un questionnaire relatif au contrôle de l'incapacité de gain, dont il ressort que l'assuré fait toujours partie de son personnel, et qu'il a dû interrompre son activité, pendant les périodes suivantes :

- du 1^{er} au 5 avril 2010 à 100 % ;
- du 6 au 26 avril 2010 à 50 % ;
- du 27 août 2010 au 31 mai 2011 à 100 % ;
- le 1^{er} juin 2011 à 50 %
- dès le 2 juin 2011 à 100 %

11. Le service médical régional AI de la Suisse romande (ci-après : SMR) a établi un rapport le 28 septembre 2011 : afin de pouvoir se prononcer quant à l'évolution des incapacités de travail et l'exigibilité dans un poste adapté, respectivement à quel taux et depuis quand, ainsi que sur la capacité de travail dans son activité habituelle, il convenait de mettre en place une expertise confiée au docteur F_____, spécialiste FMH en rhumatologie et médecine interne.

L'OAI en a informé l'assuré, le jour-même.

12. Le 9 octobre 2011, dans la perspective de l'expertise ordonnée, le Dr D_____ s'est adressé au service médical de l'OAI : l'assuré était toujours en incapacité de travail à 100 % car son problème de lombalgies ne s'améliorait pas malgré les différents traitements entrepris. Cliniquement on constatait toujours un syndrome vertébral important avec position antalgique, difficulté à la marche, douleurs irradiant dans la fesse droite et impossibilité de tout port de charges et de se mobiliser pendant plus d'une heure. Il a également adressé le rapport de la dernière IRM lombaire, confirmant une protrusion discale intra-foraminale L4-L5 droite, des lésions dégénératives et un rétrécissement significatif du canal lombaire. Dans la mesure où les prestations perte de gain prenaient effet au 2 novembre 2011, et que l'OAI avait ordonné une expertise médicale, il espérait une convocation rapide pour cet examen. Il allait d'ailleurs établir un rapport pour l'expert. Il lui paraissait nécessaire que l'OAI puisse statuer sur cette situation très rapidement afin d'éviter le plus possible des problèmes financiers pour son patient.
13. Le Dr D_____ a interpellé l'expert par courrier du 20 novembre 2011 : il souhaite souligner quelques éléments importants parmi les documents médicaux que l'OAI lui aura soumis : il connaît ce patient depuis 1996 et le problème rhumatologique remonte à plusieurs années. Il l'a en effet soigné en 2001 et 2002 pour une cervicalgie aiguë et en 2003 et 2008 (2 fois) pour des lombalgies aiguës avec sciatalgies droites. Ces 3 épisodes ont nécessité un traitement d'AINS, de myorelaxants et de physiothérapie, avec un bon résultat permettant à chaque fois une reprise de son activité professionnelle après 2-3 semaines d'incapacité. Le patient ne lui a jamais fait part de conflits ou de difficulté à son travail. A sa connaissance, il donnait toute satisfaction. L'épisode de l'automne 2009 n'a pas répondu aux différents traitements, ou seulement de façon transitoire. De plus il s'est compliqué d'une cervicobrachialgie gauche déficitaire en septembre 2010. Il a été examiné par le Dr C_____, la consultation de neurochirurgie des HUG, et par la Dresse E_____. Sur le plan clinique le patient debout, présente une position antalgique en flexion antéro-latérale droite et se plaint de douleur para-lombaire droite avec irradiations intermittentes dans le membre inférieur droit (MID). Les dernières vertèbres lombaires et l'articulation sacro-iliaque sont douloureuses et il est soulagé transitoirement par la mobilisation de cette articulation.
14. Le Dr F_____, expert a rendu son rapport le 15 décembre 2011. Il retient comme diagnostics avec répercussion sur la capacité de travail : lombalgies chroniques avec pseudo-sciatalgies gauches intermittentes : rétrécissement canalaire lombaire étagé de L3 à L5 ; protrusion discale L4-L5 droite ; cervicalgies intermittentes actuellement en rémission. Et comme diagnostics sans répercussion sur la capacité de travail : tabagisme chronique, status après fracture de la clavicule gauche et brûlures cutanées du thorax à gauche et du bras gauche en 1974. Il a considéré que la capacité résiduelle de travail de l'expertisé était nulle dans son activité habituelle d'aide de cuisine et de jardinier, compte tenu des limitations fonctionnelles décrites

et selon le cahier des charges remis par l'employeur. Cette activité n'était plus exigible. L'expert a enfin indiqué qu'était exigible toute autre activité qui respecterait les limitations fonctionnelles décrites, et pourrait être réalisée à un taux de 100 %. Il n'y aurait pas de baisse de rendement dans une activité adaptée aux limitations fonctionnelles.

Il sera revenu sur les constatations et conclusions de l'expert, en plus de détails, dans la mesure utile, dans l'appréciation des preuves.

15. Le SMR a pris position sur la base du rapport d'expertise, en date du 10 avril 2012 : reprenant les diagnostics retenus par l'expert, il situe le début de longue maladie au 2 novembre 2009, constate que la capacité de travail exigible dans l'activité habituelle est de 0 % dès le 2 novembre 2009, puis de 50 % d'avril à août 2010, et de 0 % dès septembre 2010. Dans une activité adaptée la capacité de travail est de 100 %. Le début de l'aptitude à la réadaptation est situé à avril 2010. Les limitations fonctionnelles sont : éviter le port de charges supérieures à 5 kg, alterner les positions debout et assis toutes les 20 minutes. Pas d'activités réalisées en porte-à-faux, pas d'efforts de marche prolongée. Il n'y a pas d'atteinte psychique prépondérante. En conclusion, le SMR considère que, compte tenu des différents rapports médicaux et de l'expertise, l'assuré a une capacité de travail entière dans une activité adaptée au moins depuis avril 2010. En effet, selon le Dr C_____, rhumatologue traitant, l'état de santé est à considérer comme stabilisé en mars 2010 selon courrier du 23 décembre 2010.
16. Par courrier du 29 mai 2012 l'OAI a convoqué l'assuré pour le 4 juillet 2012, pour un entretien dans la perspective d'une recherche d'activité professionnelle adaptée à ses capacités et compétences actuelles.
17. Le Dr D_____ a interpellé l'OAI par courrier du 10 juin 2012 : il adressait des documents médicaux, qui allaient modifier la liste des diagnostics. En février 2012, suites à une symptomatologie de gêne oropharyngée droite, il avait été mis en évidence un carcinome épidermoïde de l'hypopharynx (sinus piriforme) classé T2N0M0. Le patient avait subi dès fin mars 2012 un traitement de radiothérapie de 6 semaines. Actuellement il se plaignait, suite au traitement, de dysphagie, d'agueusie et d'une asthénie. Il était suivi régulièrement par la clinique d'ORL des HUG. La symptomatologie douloureuse lombaire est toujours présente tout aussi handicapante. Il sollicitait copie du rapport de l'expert.
18. Lors de l'entretien du 4 juillet 2012, en vue de la réadaptation professionnelle, il a été relevé que l'assuré n'avait aucune attente par rapport à l'AI, et s'agissant de ses projets d'avenir, il n'en avait actuellement aucun, en raison de son cancer de la gorge. Le dossier serait dès lors soumis au SMR pour évaluer si une orientation professionnelle était toujours possible.
19. Dans une note de travail du 12 juillet 2012, consécutive à la présentation du dossier à la permanence du SMR, suite aux nouveaux éléments médicaux, ce service considère qu'il faut attendre un minimum de 6 mois avant que des mesures puissent

être mises en place, ceci sans garantie, le traitement pouvant être plus long. Ainsi, le mandat de réadaptation professionnelle a été clos.

20. Par courrier du 27 juillet 2012, un avocat s'est constitué pour la défense des intérêts de l'assuré. À sa demande, il a reçu copie de l'intégralité du dossier de l'OAI par courrier du 30 juillet 2012.
21. Par courrier du 5 septembre 2012, l'assuré, par son conseil, au vu de la note du 12 juillet 2012 mettant fin au mandat de réadaptation professionnelle, a invité l'OAI à statuer rapidement sur les prestations auxquelles il estime avoir droit.
22. Par courrier du 12 octobre 2012, le conseil de l'assuré a relancé l'OAI qui n'avait pas réagi à son courrier précédent.
23. L'OAI lui a répondu par courrier du 18 octobre 2012: au vu de la note du SMR du 12 juillet 2012, les différents médecins-traitants de l'assuré seraient réinterrogés en janvier 2013.
24. Le 20 décembre 2012, l'OAI a sollicité un rapport intermédiaire du Dr D_____.
25. Le 30 janvier 2013, l'OAI a reçu les renseignements du médecin susmentionné : depuis juin 2012, l'état de santé de l'assuré était resté stationnaire. Les diagnostics étaient inchangés. Les dernières consultations avant l'envoi du rapport remontaient au 30 octobre 2012 et au 22 janvier 2013. Sur le plan psychique, le médecin note un état anxieux normal, une inquiétude quant à son avenir professionnel et à son cancer ORL, actuellement en rémission. En l'état, l'assuré n'est pas capable d'avoir une activité professionnelle.
26. Le 3 mai 2013, le SMR a rendu un nouvel avis : des rapports médicaux de tous les médecins traitants de l'assuré (médecin traitant, oncologue, psychiatre éventuel, ORL) étaient nécessaires pour évaluer les conséquences de la nouvelle atteinte à la santé, soit le cancer diagnostiqué en février 2012. À ce jour seul le Dr D_____ avait retourné un rapport, dont il ressort qu'à l'heure actuelle il était manifeste que le cancer en rémission n'avait plus de conséquences sur la capacité de travail dans une activité adaptée aux limitations fonctionnelles retenues dans le rapport SMR du 10 avril 2012. Il fallait demander au médecin-traitant confirmation de la pleine capacité de travail dans une activité adaptée. Il était néanmoins nécessaire de demander des rapports médicaux à tous les médecins qui suivent actuellement l'assuré et interpeller ce dernier pour savoir s'il est suivi au niveau psychiatrique, et dans l'affirmative, de solliciter un rapport du psychiatre traitant.
27. Le 24 mai 2013, le docteur G_____, chef de clinique du service de radio-oncologie des HUG, a indiqué que le carcinome de l'hypopharynx était actuellement en rémission clinique: le pronostic était favorable. Il n'a pas répondu aux questions touchant à la capacité de travail.
28. Le 23 juin 2013, le Dr D_____ s'est à nouveau déterminé : s'agissant des limitations fonctionnelles, il retenait : dispense de port régulier de charges et limitation à 5 kg si épisodiquement ; incapacité de rester assis et/ou debout plus

d'une demi-heure, besoin de changer de position fréquemment ; pas de marche prolongée et surtout pas sur sol inégal. Sur le plan intellectuel «(pas pris en compte par votre expert !)», le patient ne souffre d'aucune déficience mentale mais il a eu une formation scolaire limitée, et a commencé à travailler dans la construction dès l'âge de 14 ans. Il maîtrise mal la subtilité du français et son niveau d'orthographe est ignoré. Ces faits sont des handicaps majeurs pour beaucoup d'activités professionnelles. S'agissant de la capacité de travail, il répond : « Le terme capacité de travail entière dans un poste adapté n'a pour moi aucune signification ! Que signifie un poste adapté ? Votre expert ne donne aucune précision sur ce qui pour lui est un poste adapté de façon objective et précise. Monsieur A_____ suite à son problème vertébral est incapable de porter, de rester assis ou debout plus d'une demi-heure, de marcher sur de longues distances, et ses handicaps peuvent varier en fonction de la journée, du temps, de ce qu'il fait le jour précédent, etc. De plus, le patient n'a aucune formation. Il ne peut prétendre qu'à des activités subalternes, manuelles et qui nécessitent immanquablement le port de charges. Il travaillait auparavant comme aide en cuisine et aide-jardinier à la clinique de B_____ et il n'a pu continuer son travail en raison de la charge imposée. Trouvez-moi une activité professionnelle adaptée tant sur le plan physique et intellectuel et je vous dirai s'il est capable de travailler. »

29. Le 19 novembre 2013, le SMR se basant sur les pièces médicales nouvelles, a émis un avis actualisé : si l'atteinte ORL (cancer) a bien été incapacitante, elle ne présente plus actuellement de répercussions sur la capacité de travail. Il faut s'en tenir aux conclusions du rapport SMR du 10 avril 2012, et retenir (en plus) une incapacité de travail totale pour toute activité de février 2012 à juin 2013.
30. Par courrier du 13 décembre 2013, le conseil de l'assuré a imparti à l'OAI un délai au 15 janvier 2014, pour rendre une décision, à défaut de quoi il agirait en constatation d'un déni de justice.
31. Le 17 décembre 2013, l'OAI a convoqué l'assuré pour le 6 février 2014, pour examiner les mesures de réadaptation professionnelle possibles.
32. Le 19 janvier 2014, le Dr D_____ a une nouvelle fois écrit au service médical de l'OAI, indiquant que sur le plan rhumatologique on ne constatait aucune amélioration depuis son rapport précédent, du 1^{er} août 2013, et sur le plan de sa tumeur ORL, le patient continuait d'être suivi régulièrement par deux services des HUG. Lors du dernier scanner, selon le patient, il n'y avait pas de rechute. La prochaine consultation en radiothérapie était prévue en février 2014.
33. Lors de l'entretien du 6 février 2014, l'OAI a proposé une orientation professionnelle à l'assuré qui l'a acceptée. Des indemnités journalières lui seraient servies pendant le stage.
34. L'Orif intégration et formation professionnelle de Vernier (ci-après : ORIF) a reçu l'assuré le 4 mars 2014. Il a manifesté de l'intérêt pour la menuiserie et la conciergerie.

35. Le 12 mars 2014, l'OAI a indiqué au conseil de l'assuré qu'une orientation professionnelle auprès de l'ORIF était octroyée du 17 mars au 15 juin 2014.
36. Il ressort d'une note du 5 mai 2014 concernant l'entretien du 30 avril 2014 à l'ORIF - bilan à mi-mesure d'intégration professionnelle - que l'assuré travaille actuellement sur un projet en menuiserie. Il effectue cette tâche principalement debout, car il ne peut pas tenir la position assise. Il mentionne avoir des douleurs importantes mais ne fait jamais preuve de démonstration ni ne se montre plaintif. Ses acquis sont d'un niveau très faible, notamment en français et en calcul. Il s'imagine difficilement trouver une place de travail dans le marché primaire de l'emploi. Il a de grandes interrogations. Actuellement aucune piste professionnelle ne peut être définie. La mise en place d'un stage en entreprise est dès lors aléatoire.
37. L'ORIF a établi son rapport d'intégration socioprofessionnelle en date du 13 juin 2014. Après avoir rappelé que l'objectif fixé au début de la mesure était de définir une à deux pistes professionnelles compatibles avec l'état de santé de l'assuré, son niveau scolaire et son parcours professionnel, et rappelé que lors de la synthèse, l'accent avait été mis sur le fait que le retour de l'assuré dans le marché primaire semblait illusoire et que l'objectif posé au préalable ne semblait donc plus adéquat, il avait réalisé des ouvrages, individuellement ou en équipe, en menuiserie, de manière plus que satisfaisante pour une personne novice dans le métier. Il avait suivi sa mesure avec application, sérieux et assiduité, respecté les consignes de l'atelier et lié de bons rapports avec les autres assurés ainsi qu'avec les membres de l'équipe. Il était toutefois noté que le rendement était faible, en raison des limitations physiques importantes. L'ORIF considère que son niveau scolaire assez faible et son manque de maîtrise du français ne permettent pas de dégager des pistes professionnelles dans les secteurs ne nécessitant pas d'investissements physiques importants comme par exemple le secteur tertiaire. Il parvient à la conclusion qu'il semble évident que l'assuré, qui a fait preuve de bonne volonté pendant son stage, a toutes les qualités humaines et professionnelles pour continuer à être actif et utile dans un milieu professionnel adapté. Il serait par exemple un collaborateur apprécié dans un atelier protégé. Dès sa sortie il lui est conseillé de s'inscrire au chômage et de reprendre contact avec son conseiller AI et son conseiller juridique.
38. Le 10 juillet 2014 l'OAI a établi un rapport de fin d'examen de la réadaptation professionnelle.

Il avait été constaté en cours de mesure que les acquis de l'assuré, notamment en français et en calcul étaient très faibles. L'assuré ne s'imaginait pas trouver une place de travail dans le marché primaire de l'emploi. Ce que confirmait le rapport final de l'ORIF. D'autres mesures d'ordre professionnel, qui ne seraient ni simples ni adéquates, ne permettraient pas d'améliorer ou de récupérer la capacité financière de l'assuré. En conséquence le mandat de réadaptation était clôturé.

S'agissant du revenu avec invalidité, dès lors que le SMR estime sa capacité pleine dans une activité adaptée, alors que sa fonction habituelle n'est plus exigible, il

convenait de se baser sur les ESS 2010 TA 1, tous secteurs confondus, ce qui détermine un salaire annuel de CHF 62'672 pour un emploi à 100 %. Afin de tenir compte des limitations fonctionnelles de l'assuré il était accordé une réduction supplémentaire de 15 %, déterminant ainsi un salaire annuel 2013 de CHF 53'271.-. Quant au revenu sans invalidité, sans atteinte à la santé, l'assuré aurait poursuivi son activité habituelle de jardinier-cuisinier. En 2009 il avait perçu un salaire annuel de CHF 80'924 ; actualisé en 2013 il serait de CHF 83'500.

Le taux d'invalidité se déterminait ainsi comme suit :

- revenu annuel actualisé sans invalidité : CHF 83'500.-.
- revenu déterminant annuel d'invalidité : CHF 53'271.-.
- taux d'invalidité : 36.2 % ([83'500 - 53'271] x 100 : 83'500)

39. La Cellule Monitoring de l'OAI a considéré dans un rapport du 13 août 2014 que, contrairement à ce qu'allègue le centre ORIF de Vernier il existe bien des activités professionnelles adaptées aux atteintes physiques de l'assuré, dans le domaine du secondaire. Le fait d'écarter le domaine du tertiaire en raison des limitations linguistiques de l'assuré n'enlève pas une réinsertion possible dans le domaine secondaire, tel que du travail de conditionnement, construction à l'établi ou même dans l'horlogerie puisque l'atteinte ne touche pas les cervicales mais les lombaires. Au moment de l'expertise, il a été évoqué des cervicalgies intermittentes en rémission, sans substrat physique. Il est ainsi proposé l'octroi d'une rente, dont les caractéristiques sont les suivantes :

début du droit à la rente :

- fin du délai de carence (dans l'activité habituelle) : 02.11.2010
- degré d'invalidité à ce moment-là : 36 %
- nouvelle atteinte (cancer) : IT 100% dans toute activité du 01.02.2012 au 30.06.2013
- la première fois que tous les critères du droit à la rente sont remplis : 01.02.2012

en conséquence une rente à 100 % devait être octroyée du 01.02.2012 au 30.09.2013

40. Le jour-même - 13 août 2014 - un projet de décision conforme à ce qui précède a été adressé au conseil de l'assuré.
41. Ce jour-là, l'OAI a encore reçu un courrier du Dr D_____, indiquant qu'il avait autorisé l'assuré à quitter la Suisse pour se rendre dans sa famille en Espagne du 25 août au 18 septembre 2014, pour raison familiale. La situation de son patient n'avait que peu évolué. On retrouvait un syndrome vertébral sévère ainsi qu'une lombosciatique droit ; le Lasègue à gauche est à 70 %, mais seulement de 45-50° à droite. Paradoxalement c'est sur le membre inférieur gauche que l'on trouve des

anomalies neurologiques avec abolition du réflexe aquilin gauche et diminution de la force de flexion du pied gauche. Les contractures de la musculature dorso-lombaires sont importantes et la mobilité de la colonne fortement limitée avec une distance doigt-sol de 30-40 cm. Au niveau cervical, on retrouve de fortes contractures musculaires ainsi qu'une limitation des rotations de la nuque. On peut donc affirmer que la situation médicale est figée, sans évolution favorable malgré les traitements effectués jusqu'à présent et qui se poursuivent (AINS, physiothérapie). En l'état actuel il est illusoire que l'assuré puisse reprendre une quelconque activité professionnelle.

42. Par courrier du 7 octobre 2014, le conseil de l'assuré a contesté catégoriquement le contenu du projet de décision. Il persistait à requérir l'octroi d'une rente entière dès le début 2011: contrairement aux conclusions de l'ORIF, l'OAI partait de l'idée que l'assuré aurait une capacité de travail complète dans une activité adaptée. Ainsi le calcul de la détermination du degré d'invalidité faisait fi des conclusions de l'ORIF. De façon arbitraire et sans fondement, l'OAI retenait qu'afin de tenir compte des limitations fonctionnelles de l'assuré seule une réduction de 15 % sur le salaire annuel devait être retenue, alors que les limitations fonctionnelles de l'assuré sont importantes et qu'il est aujourd'hui âgé de 57 ans.

43. Le 4 décembre 2014, l'OCAI a rendu sa décision : les motifs et calculs du projet de décision étaient intégralement repris : une rente simple était accordée à l'assuré du 1^{er} février 2012 au 30 septembre 2013, respectivement de CHF 1'717.- par mois, de février à décembre 2012 et 2 CHF 1'732.- par mois de janvier à septembre 2013. Il était pris en compte un revenu annuel moyen de CHF 63'180.- pour une durée de cotisation de 29 années et 8 mois, déterminant l'application de l'échelle 37 (partiel) pour un degré d'invalidité de 100 %. Les intérêts moratoires seraient versés en sus par CHF 1'580.-

Hormis cette période, le degré d'invalidité de 36 % n'ouvre pas le droit aux prestations de l'assurance-invalidité. En outre, des mesures d'ordre professionnel ne remplissaient pas les conditions légales.

44. Par courrier recommandé du 19 janvier 2015, l'assuré, représenté par son conseil, a recouru contre cette décision auprès de la Chambre des assurances sociales de la Cour de justice. Il conclut préalablement à l'audition du Dr D_____ et de M. H_____, directeur de l'ORIF, et sur le fond à l'annulation de la décision de l'OAI du 4 décembre 2014, en tant qu'elle refuse à l'assuré une rente entière pour la période au-delà du 30 septembre 2013, et à l'octroi d'une rente entière d'invalidité dès le 30 septembre 2013, sans limite de temps, le tout avec suite de dépens.

Pour évaluer l'état de santé du recourant, partant pour déterminer sa capacité de gain pour la période postérieure au 30 septembre 2013, l'intimé s'était exclusivement fondé sur de brefs rapports du SMR et sur sa propre appréciation, singulièrement de sa Cellule Monitoring. Ses conclusions hâtives écartent volontairement plusieurs avis médicaux concordants, d'une part, et les conclusions

du rapport de l'ORIF, d'autre part. L'intimé ayant longtemps, et malgré de très nombreuses relances, décidé de ne pas statuer, avait finalement mis sur pied des mesures d'ordre professionnel, faisant fi des rapports médicaux, et en particulier celui du médecin- traitant constatant que le recourant était en totale incapacité de travail, toutes professions confondues. Non seulement le calcul du taux d'invalidité est totalement arbitraire, dès lors qu'il part du principe que le recourant serait apte à exercer une activité professionnelle, mais de plus, sans le justifier, l'intimé retient une réduction de 15 % alors même que l'âge et les limitations fonctionnelles importantes du recourant auraient dû l'amener à retenir la réduction maximale de 25 %.

45. Le 16 février 2015, l'intimé a conclu au rejet du recours.

L'ORIF conclut qu'en raison du niveau scolaire assez faible de l'assuré et du manque de maîtrise du français il ne pouvait dégager de piste professionnelle dans les secteurs ne nécessitant pas d'investissements physiques importants comme par exemple le secteur tertiaire. Il remarque toutefois que l'assuré a toutes les qualités humaines et professionnelles pour exercer dans un milieu professionnel adapté. Il lui a notamment conseillé de s'inscrire à l'assurance-chômage dès sa sortie de stage. Il appartient à l'assuré de diminuer le dommage, et ainsi d'entreprendre de son propre chef tout ce qu'on peut raisonnablement attendre de lui pour atténuer les conséquences de son invalidité. Le fait qu'il ne mette pas en valeur sa capacité résiduelle de travail pour des raisons étrangères à l'invalidité ne relève pas de l'AI. Si un assuré ne trouve pas un travail approprié en raison de son âge, d'une formation insuffisante ou de difficultés linguistiques à se faire comprendre ou à comprendre les autres, l'assurance-invalidité n'a pas à en répondre : l'incapacité de travail qui en résulte n'est pas due à l'invalidité.

Il n'appartient pas à l'intimé de définir de manière concrète quelle activité ou fonction professionnelle est envisageable pour l'assuré. Le médecin quant à lui porte un jugement sur l'état de santé et indique uniquement dans quelle mesure et pour quelles activités l'assuré est incapable de travailler. Les données médicales constituent donc uniquement un élément utile pour déterminer quels travaux sont raisonnablement exigibles. Malgré ces principes, il ressortait de la note de la Cellule Monitoring que des activités dans le domaine secondaire, par exemple du travail de conditionnement, de construction à l'établi, ou même dans l'horlogerie, pouvaient entrer en considération pour l'assuré. Quant à l'abattement de 15 % sur le salaire d'invalidé, contesté par le recourant, la mesure dans laquelle les salaires ressortant des statistiques doivent être réduits dépend de l'ensemble des circonstances personnelles et professionnelles du cas particulier et résulte d'une évaluation dans les limites du pouvoir d'appréciation. La déduction de 25 % n'intervient pas de manière générale et dans chaque cas. En l'espèce l'abattement retenu, de 15 %, tient compte des limitations fonctionnelles dont souffre le recourant. L'ensemble des facteurs énumérés par le Tribunal fédéral ne peut être pris en compte dans le cas d'espèce.

46. Un délai au 11 mars 2015 a été imparti au recourant pour venir consulter les pièces du dossier au siège de la juridiction, et le cas échéant, dans le même délai, pour se prononcer sur la réponse de l'intimé, et produire toutes pièces utiles. Le recourant n'a pas fait usage de cette possibilité.
47. Sur quoi la cause a été 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. Le délai de recours est de 30 jours (art. 60 al. 1 LPGA). Interjeté dans la forme et le délai prévus par la loi, le recours est recevable, en vertu des art. 56ss LPGA.
3. Le litige porte sur le droit du recourant à une rente d'invalidité, et plus particulièrement à une rente entière au-delà du 30 septembre 2013.
4. 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).
5. 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 incapacité de travail 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).

6. 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 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. Ainsi, en principe, lorsqu'au stade de la procédure administrative, une expertise confiée à un médecin indépendant est établie par un spécialiste reconnu, sur la base d'observations approfondies et d'investigations complètes, ainsi qu'en pleine connaissance du dossier, et que l'expert aboutit à des résultats convaincants, le juge ne saurait les écarter aussi longtemps qu'aucun indice concret ne permet de douter de leur bien-fondé (ATF 125 V 351 consid. 3b/bb).

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).

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).

Les constatations médicales peuvent être complétées par des renseignements d'ordre professionnel, par exemple au terme d'un stage dans un centre d'observation professionnel de l'assurance-invalidité, en vue d'établir concrètement dans quelle mesure l'assuré est à même de mettre en valeur une capacité de travail et de gain sur le marché du travail. Il appartient alors au médecin de décrire les activités que l'on peut encore raisonnablement attendre de l'assuré compte tenu de ses atteintes à la santé (influence de ces atteintes sur sa capacité à travailler en position debout et à se déplacer; nécessité d'aménager des pauses ou de réduire le temps de travail en raison d'une moindre résistance à la fatigue, par exemple), en exposant les motifs qui le conduisent à retenir telle ou telle limitation de la capacité de travail. En revanche, il revient au conseiller en réadaptation, non au médecin, d'indiquer quelles sont les activités professionnelles concrètes entrant en considération sur la base des renseignements médicaux et compte tenu des aptitudes résiduelles de l'assuré. Dans ce contexte, l'expert médical et le conseiller en matière professionnelle sont tenus d'exercer leurs tâches de manière complémentaire, en collaboration étroite et réciproque (ATF 107 V 17 consid. 2b; SVR 2006 IV n° 10 p. 39).

En cas d'appréciation divergente entre les organes d'observation professionnelle et les données médicales, l'avis dûment motivé d'un médecin prime pour déterminer la capacité de travail raisonnablement exigible de l'assuré (arrêt du Tribunal fédéral des assurances I 531/04 du 11 juillet 2005, consid. 4.2). En effet, les données médicales permettent généralement une appréciation plus objective du cas et l'emportent, en principe, sur les constatations qui peuvent être faites à l'occasion d'un stage d'observation professionnelle, qui sont susceptibles d'être influencées par des éléments subjectifs liés au comportement de l'assuré pendant le stage (arrêt du Tribunal fédéral 9C_462/2009 du 2 décembre 2009 consid. 2.4). Au regard de la collaboration, étroite, réciproque et complémentaire selon la jurisprudence, entre les médecins et les organes d'observation professionnelle (cf. ATF 107 V 17 consid. 2b), on ne saurait toutefois dénier toute valeur aux renseignements d'ordre professionnel recueillis à l'occasion d'un stage pratique pour apprécier la capacité

résiduelle de travail de l'assuré en cause. Au contraire, dans les cas où l'appréciation d'observation professionnelle diverge sensiblement de l'appréciation médicale, il incombe à l'administration, respectivement au juge - conformément au principe de la libre appréciation des preuves - de confronter les deux évaluations et, au besoin de requérir un complément d'instruction (ATF 9C_1035/2009 du 22 juin 2010 consid. 4.1, in SVR 2011 IV n° 6 p. 17; ATF 9C_833/2007 du 4 juillet 2008, in Plädoyer 2009/1 p. 70; arrêt du Tribunal fédéral des assurances I 35/03 du 24 octobre 2003 consid. 4.3 et les références, in Plädoyer 2004/3 p. 64; arrêt du Tribunal fédéral 9C_512/2013 du 16 janvier 2014 consid. 5.2.1).

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. Plus les facteurs psychosociaux et socioculturels apparaissent au premier plan et imprègnent l'anamnèse, plus il est essentiel que le diagnostic médical précise s'il y a atteinte à la santé psychique qui équivaut à une maladie. Ainsi, il ne suffit pas que le tableau clinique soit constitué d'atteintes qui relèvent de facteurs socioculturels; il faut au contraire que le tableau clinique comporte d'autres éléments pertinents au plan psychiatrique tels, par exemple, une dépression durable au sens médical ou un état psychique assimilable, et non une simple humeur dépressive. Une telle atteinte psychique, qui doit être distinguée des facteurs socioculturels, et qui doit de manière autonome influencer la capacité de travail, est nécessaire en définitive pour que l'on puisse parler d'invalidité. En revanche, là où l'expert ne relève pour l'essentiel que des éléments qui trouvent leur explication et leur source dans le champ socioculturel ou psychosocial, il n'y a pas d'atteinte à la santé à caractère invalidant (ATF 127 V 294 consid. 5a in fine).

7. Le juge des assurances sociales fonde sa décision, sauf dispositions contraires de la loi, sur les faits qui, faute d'être établis de manière irréfutable, apparaissent comme les plus vraisemblables, c'est-à-dire qui présentent un degré de vraisemblance prépondérante. Il ne suffit donc pas qu'un fait puisse être considéré seulement comme une hypothèse possible. Parmi tous les éléments de fait allégués ou envisageables, le juge doit, le cas échéant, retenir ceux qui lui paraissent les plus probables (ATF 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).
8. Conformément au principe inquisitoire qui régit la procédure dans le domaine des assurances sociales, les autorités administratives et les juges des assurances sociales doivent procéder à des investigations supplémentaires ou en ordonner lorsqu'il y a suffisamment de raison pour le faire, eu égard aux griefs invoqués par les parties ou

aux indices résultant du dossier. Ils ne peuvent ignorer des griefs pertinents invoqués par les parties pour la simple raison qu'ils n'auraient pas été prouvés (VSI 5/1994 220 consid. 4a). En particulier, ils doivent mettre en oeuvre une expertise lorsqu'il apparaît nécessaire de clarifier les aspects médicaux du cas (ATF 117 V 283 consid. 4a; RAMA 1985 p. 240 consid. 4; arrêt du Tribunal fédéral des assurances I 751/03 du 19 mars 2004 consid. 3.3).

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).

9. 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. 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). 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 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 LPGA), 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'oeuvre (VSI 1998 p. 293). On ne saurait toutefois se fonder sur des possibilités de travail irréalistes. Ainsi, on ne peut parler d'une activité exigible au sens de l'art. 16 LPGA, lorsqu'elle ne peut être exercée que sous une forme tellement restreinte qu'elle n'existe pratiquement pas sur le marché général du travail ou que son exercice suppose de la part de l'employeur des concessions irréalistes et que, de ce fait, il semble exclu de trouver un emploi correspondant (RCC 1991 p. 329; RCC 1989 p. 328).

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).

Selon la jurisprudence, le résultat exact du calcul du degré d'invalidité doit être arrondi au chiffre en pour cent supérieur ou inférieur selon les règles applicables en mathématiques. En cas de résultat jusqu'à x,49 %, il faut arrondir à x % et pour des valeurs à partir de x,50 %, il faut arrondir à x+1 % (ATF 130 V 121 consid. 3.2).

Lorsqu'il s'agit d'évaluer l'invalidité d'un assuré qui se trouve proche de l'âge donnant droit à la rente de vieillesse, il faut procéder à une analyse globale de la situation et se demander si, de manière réaliste, cet assuré est en mesure de retrouver un emploi sur un marché équilibré du travail. Cela revient à déterminer, dans le cas concret qui est soumis à l'administration ou au juge, si un employeur potentiel consentirait objectivement à engager l'assuré, compte tenu notamment des activités qui restent exigibles de sa part en raison d'affections physiques ou psychiques, de l'adaptation éventuelle de son poste de travail à son handicap, de son expérience professionnelle et de sa situation sociale, de ses capacités d'adaptation à un nouvel emploi, du salaire et des contributions patronales à la prévoyance professionnelle obligatoire, ainsi que de la durée prévisible des rapports de travail (arrêt du Tribunal fédéral 9C_1043/2008 du 2 juillet 2009 consid. 3.2).

A titre d'exemples, le Tribunal fédéral a considéré qu'il était exigible d'un assuré de 60 ans ayant travaillé pour l'essentiel en tant qu'ouvrier dans l'industrie textile qu'il se réinsère sur le marché du travail malgré son âge et ses limitations fonctionnelles (travaux légers et moyens avec alternance des positions dans des

locaux fermés; arrêt du Tribunal fédéral des assurances I 376/05 du 5 août 2005 consid. 4.2), de même que pour un soudeur de 60 ans avec des limitations psychiques et physiques, notamment rhumatologiques et cardiaques, qui disposait d'une capacité de travail de 70 % (arrêt du Tribunal fédéral des assurances I 304/06 du 22 janvier 2007 consid. 4.2). Notre Haute Cour a en revanche nié la possibilité de valoriser sa capacité de travail résiduelle d'un assuré de 61 ans, sans formation professionnelle, qui n'avait aucune expérience dans les activités fines médicalement adaptées et ne disposait que d'une capacité de travail à temps partiel, soumise à d'autres limitations fonctionnelles, et qui selon les spécialistes ne présentait pas la capacité d'adaptation nécessaire (arrêt du Tribunal fédéral des assurances I 392/02 du 23 octobre 2003 consid. 3.3), ainsi que dans le cas d'un assuré de 64 ans capable de travailler à 50 % avec de nombreuses limitations fonctionnelles (arrêt du Tribunal fédéral des assurances I 401/01 du 4 avril 2002 consid. 4c). Le Tribunal fédéral est parvenu au même constat dans le cas d'un agriculteur de 57 ans qui ne pourrait exercer d'activité adaptée sans reconversion professionnelle et qui ne disposait subjectivement pas des capacités d'adaptation nécessaires à cette fin (arrêt du Tribunal fédéral 9C_578/2009 du 29 décembre 2009 consid. 4.3.2).

10. Dans le cas d'espèce, le recourant fait tout d'abord grief à l'intimé d'avoir, pour évaluer l'état de santé du recourant, et partant pour en déduire sa capacité de gain, volontairement écarté plusieurs avis médicaux concordants, d'une part, et les conclusions du rapport de l'ORIF, d'autre part, pour se fonder exclusivement sur de brefs rapports du SMR.

a) Au vu des principes rappelés ci-dessus, il y a tout d'abord lieu d'observer que n'est pas litigieuse la période s'étendant du 1^{er} février 2012 au 30 juin 2013, pour laquelle l'intimé a reconnu au recourant une invalidité totale, et le droit à une rente entière au 30 septembre 2013, compte tenu du fait que pendant cette période il était atteint dans sa santé, non seulement par rapport à ses problèmes rhumatologiques, mais également en raison de son affection oncologique, laquelle se trouve fort heureusement en rémission depuis fin juin 2013. Le recourant n'a pas remis en cause le fait que l'intimé ait considéré que dès moment-là, l'affection oncologique n'avait plus d'incidence sur sa capacité de travail. Seule entre donc en considération l'appréciation de l'atteinte à la santé pour les autres diagnostics, soit ceux qui ont conduit à l'incapacité de travail dès le début novembre 2009, respectivement dès fin août 2010, soit avant que ne survienne l'aggravation de l'état de santé en raison du cancer ORL, et après la rémission de ce dernier.

Les avis médicaux entrant dès lors en considération sont ceux qui traitent des affections relatives aux douleurs du dos. Dans ce contexte, la chambre de céans retient, dans la chronologie du dossier, deux périodes: celle qui a précédé l'expertise confiée par l'assureur à un expert neutre, le Dr J_____, et celle qui a suivi l'expertise.

b) Pour la première période, le Dr C_____, qui avait examiné le patient les 1^{er} et 8 mars 2010 à la demande du médecin traitant, avait posé le diagnostic de

lombalgies chroniques sur canal étroit dégénératif. Il indiquait alors que la situation semblait s'être stabilisée avec un retour à l'état chronique connu avant le blocage (2 novembre 2009). En décembre 2010, les symptômes actuels étaient des lombalgies avec contractions musculaires. Au début janvier 2011 le Dr D _____ avait posé les diagnostics de lombalgies chroniques avec spondylarthrose et canal lombaire étroit (depuis 2005), ainsi que des cervicobrachialgies gauches, et syndrome du défilé thoracique gauche (depuis 2010). Il retenait que l'activité exercée était encore exigible, à 50 %, mais dans une activité adaptée, avec un rendement réduit en raison de ses douleurs lombaires, limitant sa vitesse d'exécution du travail en cuisine. Il envisageait un essai de reprise à 50 %, se posant la question d'une réadaptation au sein de l'entreprise, et indiquait le port d'une ceinture lombaire de soutien. Le Dr C _____, le 20 mai 2011, rappelait que le patient était en arrêt de travail depuis plus d'une année et avait bénéficié de nombreuses séances de physiothérapie. Les neurochirurgiens consultés n'avaient pas posé une indication opératoire. Plus récemment, il avait bénéficié d'une consultation neurologique pour cervicobrachialgies, l'examen n'étant par ailleurs pas conclusif. L'IRM cervicale n'était pas pertinente. Au status actuel ce médecin relevait un patient algique avec contractions musculaires diffuses et hypomobilité rachidienne. Le status neurologique est non déficitaire. Selon lui ce patient était entré dans une chronicité dont il serait difficile de sortir. A mi-juin 2011, le Dr D _____ confirmait les diagnostics précédents et indiquait que l'état de santé de son patient était resté stationnaire. À fin novembre 2011, dans la perspective de l'expertise du Dr F _____, il avait pris contact avec ce dernier, et actualisé la situation du patient. Une IRM lombaire avait été pratiquée à fin septembre 2011 afin d'examiner l'évolution des atteintes, par rapport à la situation à fin décembre 2009. Les données IRM lombaires parlaient en faveur d'une évolution favorable par rapport au comparatif du 23 décembre 2009, avec une résorption de la hernie discale L4-L5 précédemment décrite. Le reste de l'examen était sans changement significatif.

c) Le Dr F _____ a rendu son rapport d'expertise le 15 décembre 2011. Il a fondé ses conclusions sur l'analyse du dossier AI, ainsi que sur le courrier du médecin traitant, daté du 20 novembre 2011, de même que sur le rapport d'interprétation de l'IRM lombaire du 28 septembre 2011, sur ses propres constatations cliniques du 13 décembre 2011 et sur l'analyse du dossier radiologique de l'assuré.

L'expert a procédé à une anamnèse détaillée, comprenant l'histoire socio-professionnelle de l'assuré, ses antécédents de santé : il a pris en compte l'intégralité des documents médicaux à disposition, qu'il a inventoriés et décrits. Il a recueilli les plaintes et données subjectives de l'assuré, et procédé au status clinique détaillé, et étudié le dossier médical.

Il a posé les diagnostics suivants :

- avec répercussion sur la capacité de travail : lombalgies chroniques avec pseudo-sciatalgies gauches intermittentes : rétrécissement canalaire lombaire étagé de L3 à

L5 ; protrusion discale L4-L5 droite. Cervicalgies intermittentes actuellement en rémission.

- sans répercussion sur la capacité de travail : tabagisme chronique ; status après fracture de la clavicule gauche et brûlures cutanées du thorax à gauche et du bras gauche en 1974.

Après avoir pris en compte les différences éléments médicaux versés au dossier, il a répondu à toutes les questions posées :

- s'agissant des influences sur la capacité travail, il a retenu les limitations suivantes : limitation dans la capacité de porter et soulever des charges supérieures à 5 kg, nécessité d'alterner les positions debout et assis toutes les 20 minutes, pas d'activités réalisées en porte-à-faux, pas d'efforts de marche prolongée. Il n'y a apparemment pas de limitations d'un point de vue psychique, sous réserve de l'incompétence de l'expert dans le domaine de la psychiatrie. Les troubles dont souffre l'assuré ont eu pour conséquence qu'il n'a plus été en mesure de poursuivre son activité de jardinier et d'aide de cuisine depuis août 2010 ; il avait été mis au bénéfice d'un arrêt de travail à 100 % depuis novembre 2009, puis à 50 % d'avril 2010 à août 2010, et de nouveau à 100 % depuis août 2010. S'agissant de sa capacité résiduelle de travail dans son activité habituelle d'aide de cuisine et de jardinier, elle est nulle, compte tenu des limitations fonctionnelles décrites et selon le cahier des charges remis par l'employeur. L'activité exercée jusqu'ici n'est donc plus exigible. Il y a une baisse de rendement, laquelle a déjà été intégrée dans l'estimation de la capacité de travail. Du point de vue médical il y a une incapacité de travail de 20 % au moins depuis le 2 novembre 2009 (100 %) puis d'avril 2010 à août 2010 (50 %) puis à nouveau à 100 %. Le degré d'incapacité de travail est resté inchangé en dépit des divers traitements qui lui ont été prodigués. Il a considéré que sa capacité résiduelle de travail était nulle dans son activité habituelle d'aide de cuisine et de jardinier, compte tenu des limitations fonctionnelles décrites et selon le cahier des charges remis par l'employeur. Cette activité n'était plus exigible. S'agissant des possibilités de réadaptation professionnelle, l'expert a considéré que de telles mesures étaient envisageables, dès à présent. Concernant l'amélioration de la capacité de travail au poste occupé jusqu'alors, l'expert considérait qu'apparemment aucune mesure médicale ni moyen auxiliaire ou même une adaptation du poste de travail ne pourrait permettre d'améliorer sa capacité de travail au poste de travail habituel compte tenu du cahier des charges inhérentes à cette activité, principalement en cuisine, nécessitant des ports, des soulèvements de charges et du positionnement statique prolongé. L'expert a enfin indiqué qu'était exigible toute autre activité qui respecterait les limitations fonctionnelles décrites, et pourrait être réalisée à un taux de 100 %. Il n'y aurait pas de baisse de rendement dans une activité adaptée aux limitations fonctionnelles.

Au vu des principes jurisprudentiels rappelés ci-dessus, la chambre de céans constate que le rapport de l'expert réunit toutes les conditions permettant de lui reconnaître une valeur probante: l'expert a en effet pris en compte et analysé

l'intégralité du dossier, entendu et examiné l'assuré, et confronté ses propres constatations à celles des médecins ayant eux-mêmes eu à se prononcer sur l'état de santé du recourant. Sur le plan objectif, il n'existe d'ailleurs pas de divergences entre lui et ses confrères.

d) dans la phase postérieure à l'expertise, le Dr D_____ a confirmé, le 10 juin 2012, que la symptomatologie douloureuse lombaire était toujours présente et tout aussi handicapante. Le 30 janvier 2013 il a indiqué que depuis juin 2012, l'état de santé de l'assuré était resté stationnaire. Les diagnostics étaient inchangés. En août 2013, il confirmait qu'il n'y avait pas de changement notable depuis son dernier rapport, et s'agissant d'une éventuelle reprise de travail, selon lui, la situation médicale avec les limitations fonctionnelles ne permettait pas la reprise d'une activité professionnelle. Le 19 janvier 2014, il indiquait que sur le plan rhumatologique on ne constatait aucune amélioration par rapport à son rapport précédent, du 1er août 2013. Enfin, en octobre 2014, la situation de son patient n'avait que peu évolué. On pouvait donc, selon lui, affirmer que la situation médicale est figée.

Ainsi, depuis l'expertise, sinon antérieurement à celle-ci, l'état de santé du recourant est resté stationnaire, ce que le médecin traitant a pu faire vérifier périodiquement par les consultations spécialisées demandées pour son patient, et les nombreux examens d'imagerie auxquels il était procédé périodiquement, à l'instar de ce que constatait le Dr C_____ en mai 2011 déjà.

En conséquence, l'expertise du Dr J_____ a conservé toute son actualité, et elle est opposable au médecin traitant, lequel ne l'a d'ailleurs pas remise en cause. Tout au plus s'est-il, à plusieurs reprises, notamment dans ses rapports intermédiaires des 23 juin et 1^{er} août 2013, borné à affirmer et répéter, sans jamais le justifier, que les limitations tant fonctionnelles qu'intellectuelles ne permettaient pas la reprise d'une activité professionnelle. Il n'a jamais expliqué les raisons médicales objectivement constatables pour lesquelles, en dépit d'un état stationnaire du point de vue rhumatologique, son patient se serait retrouvé, au fil du temps, dans l'incapacité totale d'exercer la moindre activité professionnelle, tous domaines confondus, alors qu'il l'évaluait, dans l'activité exercée jusque-là, à 50 % dans une activité adaptée avec réduction du rendement en raison des douleurs lombaires chroniques limitant la vitesse d'exécution du travail en cuisine.

De ce point de vue, d'ailleurs, la chambre de céans constate que l'ORIF dans son compte rendu de la visite du recourant de l'Atelier d'Intégration Professionnelle (ci-après : AIP) en date du 4 mars 2014, a relevé qu'à cette occasion, quand bien même l'assuré avait précisé qu'il lui était impossible de tenir la position assise statique plus de 15 à 30 minutes, il était resté assis durant une heure, tout au long de l'entretien, même si, au moment de se lever, il avait montré quelques difficultés à se redresser. Il avait toutefois encore indiqué à ses interlocuteurs qu'il aimait marcher au bord du Rhône, par beau temps, être capable de marcher plusieurs heures, même si sa démarche est lente et boiteuse. Questionné sur ses motivations à effectuer une

mesure à l'ORIF, il avait répondu qu'il ne savait pas pourquoi il se sentait de mauvaise humeur ce jour-là.

S'agissant enfin de du rapport d'intégration socioprofessionnelle de l'ORIF, celui-ci ne paraît nullement avoir été écarté par l'OAI : certes, la Cellule monitoring de l'intimé a considéré, au vu des conclusions dudit rapport, que le fait d'écarter le domaine du tertiaire, pour une réadaptation, en raison des limitations linguistiques de l'assuré n'excluait pas une réinsertion possible dans le domaine secondaire. Mais il a illustré son argumentation en énumérant des exemples concrets d'activités adaptées telles que du travail de conditionnement, de construction à l'établi ou même dans l'horlogerie, puisque les atteintes dont souffre le recourant ne touchent pas les cervicales mais les lombaires. Contrairement à ce que le recourant soutient, l'intimé n'a nullement pris à son compte les conclusions du rapport de l'ORIF en tant qu'elles auraient bel et bien impliqué que le retour du recourant sur le marché de l'emploi serait compromis. Il a simplement relevé que si tel était le cas, cela était imputable à des facteurs étrangers à l'invalidité, soit en l'occurrence aux difficultés éprouvées par le recourant par rapport à la langue française. Celles-ci ne sont pas contestées. On observera toutefois que ces difficultés linguistiques existaient déjà, à l'époque où, sans invalidité, il travaillait en tant qu'aide de jardinier et aide de cuisine. Or, dans les activités décrites ci-dessus, tenant compte de ses limitations fonctionnelles, il ne devrait pas éprouver plus de difficultés que précédemment, à raison de la langue.

Et en définitive, le rapport de l'ORIF conclut par le constat qu'il semble évident que le recourant à toutes les qualités humaines et professionnelles pour continuer à être actif et utile dans un milieu professionnel adapté. Il est notamment cité, à titre d'exemple, le pronostic qu'il serait un collaborateur apprécié dans un atelier protégé.

11. Au vu de ce qui précède, la chambre de céans arrive à la conclusion qu'aucune mesure d'enquête supplémentaire, notamment - comme le recourant y conclut préalablement - l'audition du responsable de l'ORIF et du médecin traitant, le Dr D_____ - ne serait susceptible d'influencer de manière décisive le résultat du recours : selon la jurisprudence citée, en cas d'appréciations divergentes entre les organes d'observations professionnelles et les données médicales, l'avis dûment motivé d'un médecin prime pour déterminer la capacité de travail raisonnablement exigible de l'assuré (ATF I 531/04 du 11 juillet 2005, consid. 4.2). Dans le cas d'espèce, la chambre de céans a retenu une pleine valeur probante à l'expertise du Dr J_____, et constaté que le médecin traitant n'a apporté aucun élément susceptible de mettre en doute les conclusions motivées de l'expert, dont il ne s'écarte d'ailleurs guère s'agissant des éléments objectifs de l'appréciation, et ne se distance en définitive que sur la question de la capacité de travail du recourant. Et de ce point de vue, force est de constater que le Dr D_____ ne fait que substituer sa propre évaluation à celle de l'expert, sans préciser quels éléments objectivement vérifiables auraient été ignorés dans le cadre de l'expertise, et qui auraient dû conduire l'expert à une conclusion différente. Sans la moindre suspicion à l'égard du

médecin traitant, la chambre de céans rappelle 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 confiance qui l'unit à ce dernier.

12. Enfin, le recourant soutient que l'intimé retient - à tort - une réduction de 15 % sur le salaire d'invalidé, dès lors que l'âge et les limitations fonctionnelles importantes du recourant auraient dû l'amener à retenir la réduction maximale de 25 %. Au vu des principes rappelés ci-dessus, la chambre de céans considère que dans le cas particulier, on ne saurait considérer que l'intimé aurait fait un mauvais usage du large pouvoir d'appréciation qui lui est consenti dans ce domaine. En effet : au vu des exemples de jurisprudence cités, l'âge du recourant n'est pas si proche de la retraite que l'on devrait en tenir compte en augmentant le taux de réduction pour ce motif. La décision entreprise énonce clairement que ce taux de réduction a été appliqué en raison des limitations fonctionnelles en lien avec l'affection rhumatologique, l'intimé rappelant dans ses écritures sur recours que le taux maximum de 25 % de déduction ne s'applique pas systématiquement, et que l'abattement retenu doit procéder d'une évaluation globale, compte tenu de l'ensemble des circonstances du cas concret. En l'occurrence, et comment l'a vu, l'âge du recourant n'est pas tel que l'on doive exclure pour ce motif toute perspective raisonnable de réinsertion du recourant dans le marché du travail, notamment dans les activités décrites par la Cellule monitoring de l'intimé, sinon par l'ORIF ; les critères linguistiques, intellectuels ou socioculturels préexistaient, lorsque, sans invalidité, le recourant travaillait normalement et à la satisfaction de ses employeurs.

Ce grief est lui aussi mal fondé.

13. En tous points mal fondés, le recours sera rejeté.
14. Le recourant, qui succombe, n'a pas droit à des dépens (art. 61 let. g LPGA).
15. La procédure n'étant pas gratuite en assurance-invalidité, le recourant supportera l'émolument de procédure arrêté à CHF 200.- (art. 69 al. 1bis LAI).

**PAR CES MOTIFS,
LA CHAMBRE DES ASSURANCES SOCIALES :**

Statuant

A la forme :

1. Déclare le recours recevable.

Au fond :

2. Le rejette.
3. Met un émolument de CHF 200.- à la charge du recourant.
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

Le président

Irène PONCET

Mario-Dominique
TORELLO

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