RÉPUBLIQUE ET CANTON DE GENÈVE

POST TENEBRAS LUX

POUVOIR JUDICIAIRE

A/287/2021 **ATAS/456/2022**

COUR DE JUSTICE

Chambre des assurances sociales

Arrêt du 19 mai 2022

3ème Chambre

En la cause

Monsieur A_____, domicilié au GRAND-SACONNEX, représenté par l'Association suisse des assurés (ASSUAS)

recourant

contre

OFFICE DE L'ASSURANCE-INVALIDITÉ DU CANTON DE GENÈVE, sis rue des Gares 12, GENÈVE

intimé

Siégeant : Karine STECK, Présidente; Claudiane CORTHAY et Michael BIOT, Juges assesseurs

EN FAIT

A. **a.** Monsieur A_____ (ci-après l'assuré) a obtenu un certificat de capacité de travail en tant que mécanicien en 1992. Après avoir exercé cette profession, il a été affecté, dès 2012, à un emploi administratif lié à la facturation et aux garanties dans un garage. Il a été licencié au 31 août 2016.

b. L'assuré a subi une cure de hernie discale L5-S1 droite en juin 2000, puis une décompression L4-L5 des deux côtés en juin 2011. Il a également souffert d'un *burn out* et de troubles dépressifs en 2015.

c. Le 4 janvier 2016, l'assuré a été opéré au service de neurochirurgie des Hôpitaux universitaires de Genève (ci-après : HUG). En raison de la récidive de la hernie discale L5-S1 à droite et d'un status post-décompression L4-L5 gauche avec petite hernie discale au niveau de la racine L5 gauche, le docteur B_____ a pratiqué une spondylodèse *transforaminal anterior lumbar interbody fusion* (TLIF) L4-L5 gauche et L5-S1 droite. Les suites opératoires ont été compliquées par des douleurs d'origine neuropathique du nerf ulnaire gauche. Deux électroneuromyographies (ENMG) réalisées en février et mai 2016 ont révélé une atteinte du nerf ulnaire peu importante à gauche, de type mécanique compressive, située au coude.

d. Le 14 juin 2016, l'assuré a déposé une demande de prestations auprès de l'office cantonal de l'assurance-invalidité de Genève (ci-après l'OAI).

e. Le 18 juillet 2016, l'assuré a subi une *anterior lumbar interbody fusion* (ALIF) L5-S1 et révision de la TLIF L4-L5 et L5-S1. Dans les suites opératoires, il a rapporté une nette amélioration de la symptomatologie.

f. Dès novembre 2016, l'OAI a accordé à l'assuré des mesures d'intervention précoce, sous forme d'une aide au placement, de cours d'anglais et de coaching.

g. Dans un rapport reçu par l'OAI en décembre 2016, le docteur C_____, médecin au service de neurochirurgie des HUG, a posé les diagnostics de discopathies L4-L5 et L5-S1, de récidive de hernie discale L5-S1 en 2016, de radiculopathie L5 droite et de lombalgies chroniques. Le médecin a également mentionné que l'assuré avait subi une compression du plexus brachial gauche sur position peropératoire en juin 2016, sans répercussion sur sa capacité de travail. Il ne pouvait porter de charges de plus de 10 kg, ni rester debout plus d'une heure, ni travailler penché. La capacité de travail était de 30%, l'évolution se poursuivait. Son patient pouvait travailler 4 h./jour dans l'immédiat (*sic*). Une consultation au centre multidisciplinaire de la douleur était proposée, dans l'attente de laquelle l'arrêt de travail a été prolongé en date du 16 mars 2017.

h. Le 3 avril 2017, l'OAI a octroyé à l'assuré un reclassement en qualité d'employé administratif. Dans ce cadre, il lui a également versé des indemnités journalières durant la formation et les délais d'attente.

i. Les médecins du centre multidisciplinaire de la douleur des HUG ont vu l'assuré le 15 mai 2017. Ils ont conclu à un tableau de *failed back surgery syndrome* et suggéré une consultation auprès du docteur D_____, spécialiste FMH en médecine physique, puis, éventuellement, une neurostimulation médullaire.

j. Le Dr D_____, dans un rapport du 26 juillet 2017, a conclu à des lombalgies d'allure mixte et préconisé de la physiothérapie et une rééducation intensive pour les douleurs pseudo-radiculaires.

k. Interrogé par l'assuré, qui s'était vu proposer de tenter de reprendre un emploi par l'OAI, le Dr C_____ a donné son accord avec une reprise à 100% par courriel du 12 juin 2017, en précisant *« on peut voir comment cela se passe »*.

l. Dans le cadre de son reclassement, l'assuré a suivi un stage dans un emploi administratif dès le 9 octobre 2017. Ce stage a été régulièrement prolongé jusqu'au 31 décembre 2019 et complété par une formation en bureautique, une formation en ressources humaines et une certification en qualité d'assistant en gestion du personnel.

m. Dans un courrier du 19 octobre 2017, le docteur E_____, médecin au service de chirurgie orthopédique des HUG, a indiqué à l'assuré qu'une persistance de non-union (pseudarthrose) sur les étages L4-L5 et L5-S1 avait été mise en évidence au scanner, qui expliquait ses douleurs. Le traitement par rééducation auprès du Dr D_____ devait être poursuivi. Une solution chirurgicale n'était pas encore envisageable, mais pourrait être discutée si les douleurs persistaient malgré le traitement conservateur.

n. Le 13 novembre 2017, le Dr D_____ a attesté une capacité de travail de 50% pour raisons médicales et en raison de la participation de l'assuré aux traitements en cours.

o. Dans un rapport du 9 février 2018, le Dr E_____ a noté que la pseudarthrose L4-L5 et L5-S1 était en progression depuis 2015. Concernant la pseudarthrose de la charnière lombo-sacrée, il n'existait pas d'instabilité du matériel. Cette pseudarthrose n'expliquait pas toutes les douleurs, qui avaient d'autres composantes. L'assuré présentait des douleurs de la charnière thoraco-lombaire, devenues plus importantes que les douleurs lombaires basses, probablement en relation avec la posture et les exercices de redressement entrepris ces dernières semaines. La pseudo-radiculalgie sur le territoire du *fascia lata* bénéficierait d'une compensation par semelle. Le programme de rééducation devait continuer.

p. Le 29 mars 2018, l'OAI a admis que le stage de l'assuré devait se poursuivre à 50%.

q. Dans un rapport du 9 octobre 2018, le Dr D_____ a décrit le programme auquel l'assuré avait participé du 5 décembre 2017 au 19 mars 2018 (séances de physiothérapie et d'ergothérapie et participation à un groupe de parole). La participation de l'assuré avait été bénéfique et l'objectif principal (pouvoir marcher avec un plaisir supérieur à 5/10) avait été atteint. Bien que l'assuré n'ait pas rapporté d'amélioration des douleurs, il avait pu retrouver un certain contrôle sur elles. Il commençait à prendre un peu plus de distance avec l'idée d'une cause unique et opérable à ses douleurs et avait identifié son état émotionnel comme un facteur pouvant les aggraver, voire les déclencher. Il travaillait sur l'idée d'acceptation de certaines douleurs.

r. Le 28 février 2019, le docteur F_____, médecin au service de neurochirurgie des HUG, a estimé la capacité de travail de l'assuré à 50% du point de vue rhumatologique dans une activité adaptée, sans port de charges, ni station debout prolongée ou en porte-à-faux, et permettant l'alternance des positions.

s. A la demande de l'OAI, l'assuré a été examiné par les docteurs G_____ et H_____, respectivement spécialistes FMH en rhumatologie et psychiatrie, du Service médical régional de l'assurance-invalidité (SMR) le 9 septembre 2018.

Ces médecins ont retenu les diagnostics de lombosciatalgies droites chroniques avec un déficit sensitif, dans le cadre d'un status après cure de hernie discale L4-L5 gauche et L5-S1 droite (M 54.4) et de lombalgies mécaniques post-opératoires avec raideur lombaire. Ils ont également mentionné, en précisant qu'ils étaient sans répercussion sur la capacité de travail, ceux de status après compression du nerf ulnaire gauche au coude avec évolution favorable, antécédents de légers troubles statiques du rachis dorsal dans un status après maladie de Scheuermann et trouble dépressif récurrent en rémission. Les limitations fonctionnelles étaient les suivantes : pas de mouvements répétés de flexion/extension du rachis, pas de position prolongée en porte-à-faux, pas de station assise ou debout prolongée au-delà de 45 minutes, pas de position debout statique au-delà de 20 minutes, pas de port répété de charges de plus de 5 kg, pas de marche ininterrompue au-delà de 2 km.

Sur le plan rhumatologique, l'incapacité de travail était totale dans toute activité lors de la décompensation des problèmes lombaires le 15 avril 2015. Sur le plan psychiatrique, la capacité de travail avait été nulle dès le 22 avril 2015, mais totalement recouvrée depuis janvier 2016. L'état de santé de l'assuré était désormais compatible avec une activité ménageant le rachis à raison de 2 fois 3 heures par jour, soit à 75%. L'ancienne activité d'employé administratif d'un garage était adaptée et exigible depuis le 8 décembre 2016 à 50% et depuis le 19 mars 2018 à 75%. Le pronostic était moyen sur le plan rhumatologique, au vu du risque de décompensation des étages lombaires au-dessus de la spondylodèse.

t. Selon le rapport de stage du 1er mars 2020 de l'employeur, l'assuré avait toutes les compétences pour travailler en tant qu'assistant administratif, ce qui

correspondait à son activité habituelle. Ses compétences avaient été développées et son employabilité ainsi augmentée. L'employeur se disait très confiant pour l'avenir professionnel de l'assuré.

u. Le 15 avril 2020, l'OAI a conclu et évalué le degré d'invalidité de l'assuré à 25%.

v. Le 5 mai 2020, l'OAI a adressé à l'assuré un projet de décision, dont il ressortait qu'il se proposait de lui reconnaître le droit à une rente entière du 1er décembre 2016 - soit six mois après le dépôt de la demande - au 31 mars 2017, puis à une demi-rente du 1er avril 2017 au 30 juin 2018, sous réserve des indemnités journalières déjà versées. Dès le 19 mars 2018, la capacité de travail avait été de 75% dans toute activité, de sorte que le droit à une rente ne pouvait plus être reconnu. A l'issue des mesures de réadaptation, l'assuré était formé dans une activité adaptée.

w. Le 4 juin 2020, l'assuré a contesté ce projet de décision, en contestant en substance la valeur probante du rapport des médecins du SMR.

A l'appui de sa position, il produisait un rapport du Dr F_____ du 15 mai 2020, attestant que son patient lui avait signalé des difficultés à travailler à 50% en raison de douleurs importantes et d'une diminution de rendement causée par les médicaments, raisons pour lesquelles il avait pour sa part évalué la capacité de travail à 50% dans une activité adaptée.

x. Le 30 juillet 2020, le docteur I_____, médecin au SMR, a considéré que le Dr F_____ n'amenait pas d'élément objectif nouveau modifiant les conclusions du Dr G_____.

y. Par décision du 8 décembre 2020, l'OAI a, comme annoncé, reconnu à l'assuré le droit à une rente entière du 1er décembre 2016 au 31 mars 2017, puis à une demi-rente du 1er avril 2017 au 30 juin 2018.

B. **a.** Le 25 janvier 2021, l'assuré a interjeté recours contre cette décision. Il conclut, sous suite de dépens, à l'octroi d'une rente au-delà de la période mentionnée, alléguant que les stages qu'il a suivis et les rapports de ses médecins démontrent que sa capacité de travail n'est que de 50%.

b. Invité à se déterminer, l'intimé conclut au rejet du recours.

c. Dans sa réplique du 26 avril 2021, le recourant a persisté dans ses conclusions et demandé la mise en œuvre d'une expertise.

d. Dans sa duplique du 19 mai 2021, l'intimé a également persisté dans ses conclusions.

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), 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. La modification du 21 juin 2019 de la LPGA est entrée en vigueur le 1er janvier 2021. Elle est ainsi applicable au recours, dès lors qu'il n'était pas pendant à cette date (art. 82a LPGA *a contrario*).

Quant aux modifications de la LAI du 19 juin 2020, entrées en vigueur le 1er janvier 2022, elles ne sont pas applicables. En effet, en cas de changement de règles de droit, la législation applicable est en principe celle en vigueur au moment où les faits juridiquement déterminants se sont produits (ATF 144 V 210 consid. 4.3.1).

3. Déposé dans les forme et délai prévus par la loi (art. 56ss LPGA), le recours est recevable.

4. Le litige, tel que circonscrit par les conclusions du recours, porte sur le droit du recourant à une rente d'invalidité au-delà des périodes pour lesquelles l'intimé lui a reconnu le droit à une telle rente.

5. En vertu de l'art. 28 LAI dans sa teneur en vigueur jusqu'au 31 décembre 2021, l'assuré a droit à une rente d'invalidité aux conditions suivantes : sa capacité de gain ou sa capacité d'accomplir ses travaux habituels ne peut pas être rétablie, maintenue ou améliorée par des mesures de réadaptation raisonnablement exigibles (let. a); il a présenté une incapacité de travail (art. 6 LPGA) d'au moins 40 % en moyenne durant une année sans interruption notable (let. b); au terme de cette année, il est invalide (art. 8 LPGA) à 40 % au moins (let. c) (al. 1). L'assuré a droit à une rente entière s'il est invalide à 70 % au moins, à trois quarts de rente s'il est invalide à 60 % au moins, à une demi-rente s'il est invalide à 50 % au moins ou à un quart de rente s'il est invalide à 40 % au moins (al. 2).

6.

6.1 L'art. 16 LPGA prévoit que, 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. Il s'agit là de la méthode dite de comparaison des revenus, qu'il convient d'appliquer aux assurés exerçant une activité lucrative (ATF 128 V 29 consid. 1). Pour procéder à la comparaison des revenus, il convient en principe de se placer au moment de la naissance du droit à la rente (ATF 128 V 174 consid. 4a).

6.2 Le revenu sans invalidité se détermine en établissant au degré de la vraisemblance prépondérante ce que l'intéressé aurait effectivement pu réaliser au moment déterminant s'il était en bonne santé (ATF 129 V 222 consid. 4.3.1). 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 (arrêt du Tribunal fédéral des assurances I 428/06 du 25 mai 2007 consid. 7.3.3.1). 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 éditées 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 (arrêt du Tribunal fédéral des assurances I 168/05 du 24 avril 2006 consid. 3.3).

6.3 Il y a lieu de procéder à une réduction des salaires statistiques lorsqu'il résulte de l'ensemble des circonstances personnelles et professionnelles du cas particulier (limitations liées au handicap, âge, années de service, nationalité ou catégorie d'autorisation de séjour et taux d'occupation) que le revenu que pourrait réaliser l'assuré en mettant en valeur sa capacité résiduelle de travail est inférieur à la moyenne. Un abattement global maximal de 25 % permet de tenir compte des différents éléments qui peuvent influencer le revenu d'une activité lucrative (ATF 126 V 75 consid. 5b).

7.

7.1 Pour pouvoir calculer le degré d'invalidité, l'administration ou l'instance de recours a besoin de documents que le médecin ou d'autres spécialistes doivent lui fournir. La tâche du médecin consiste à porter un jugement sur l'état de santé et à indiquer dans quelle mesure et pour quelles activités l'assuré est incapable de travailler. En outre, les données médicales constituent un élément utile pour déterminer quels travaux on peut encore, raisonnablement, exiger de l'assuré (ATF 125 V 256 consid. 4; ATF 115 V 133 consid. 2). Ces données médicales permettent généralement une appréciation objective du cas. Elles l'emportent sur les constatations qui peuvent être faites à l'occasion d'un stage d'observation professionnelle, lesquelles sont susceptibles d'être influencées par des éléments subjectifs liés au comportement de l'assuré pendant le stage (arrêt du Tribunal fédéral 8C_713/2019 du 12 août 2020 consid. 5.2).

7.2 Selon le principe de libre appréciation des preuves, pleinement valable en procédure judiciaire de recours dans le domaine des assurances sociales (cf. art. 61 let. c LPGA), le juge n'est pas lié par des règles formelles, mais doit

examiner de manière objective tous les moyens de preuve, quelle qu'en soit la provenance, puis décider si les documents à disposition permettent de porter un jugement valable sur le droit litigieux. En cas de rapports médicaux contradictoires, le juge ne peut trancher l'affaire sans apprécier l'ensemble des preuves et sans indiquer les raisons pour lesquelles il se fonde sur une opinion médicale et non pas sur une autre. L'élément déterminant pour la valeur probante d'un rapport médical n'est ni son origine, ni sa désignation, mais son contenu. À cet égard, il convient que les points litigieux importants aient fait l'objet d'une étude fouillée, que le rapport se fonde sur des examens complets, qu'il prenne également en considération les plaintes exprimées, qu'il ait été établi en pleine connaissance du dossier (anamnèse), que la description des interférences médicales soit claire et enfin que les conclusions de l'expert soient bien motivées (ATF 125 V 351 consid. 3; ATF 122 V 157 consid. 1c). Une expertise médicale établie sur la base d'un dossier peut avoir valeur probante pour autant que celui-ci contienne suffisamment d'appréciations médicales qui, elles, se fondent sur un examen personnel de l'assuré (RAMA 2001 n° U 438 p. 346 consid. 3d).

7.3 Sans remettre en cause le principe de la libre appréciation des preuves, le Tribunal fédéral a posé des lignes directrices en ce qui concerne la manière d'apprécier certains types d'expertises ou de rapports médicaux. Ainsi, lorsqu'au stade de la procédure administrative, une expertise confiée à un médecin indépendant est établie par un spécialiste reconnu, sur la base d'observations approfondies et d'investigations complètes, ainsi qu'en pleine connaissance du dossier, et que l'expert aboutit à des résultats convaincants, le juge ne saurait les écarter aussi longtemps qu'aucun indice concret ne permet de douter de leur bien-fondé (ATF 125 V 351 consid. 3b/bb).

7.4 S'agissant de la valeur probante des rapports établis par les médecins traitants, le juge peut et doit tenir compte du fait que, selon l'expérience, le médecin traitant est généralement enclin, en cas de doute, à prendre parti pour son patient en raison de la relation de confiance qui l'unit à ce dernier. Ainsi, la jurisprudence accorde plus de poids aux constatations faites par un spécialiste qu'à l'appréciation de l'incapacité de travail par le médecin de famille (ATF 125 V 351 consid. 3b/cc et les références). Au surplus, on ne saurait remettre en cause une expertise ordonnée par l'administration ou un juge et procéder à de nouvelles investigations du seul fait qu'un ou plusieurs médecins traitants ont une opinion contradictoire. Il n'en va différemment que si ces médecins font état d'éléments objectivement vérifiables ayant été ignorés dans le cadre de l'expertise et qui sont suffisamment pertinents pour remettre en cause les conclusions de l'expert (arrêt du Tribunal fédéral 9C_405/2008 du 29 septembre 2008 consid. 3.2).

7.5.1 Le Tribunal fédéral a récemment établi une nouvelle procédure pour déterminer la capacité de travail réellement exigible dans les cas de syndromes du type troubles somatoformes douloureux et affections psychosomatiques assimilées, nécessitant désormais un établissement des faits structuré et sans

résultat prédéfini, permettant de mettre en regard les facteurs extérieurs incapacitants d'une part et les ressources de compensation de l'assuré d'autre part. Il n'y a plus lieu de se fonder sur les critères ressortant de la jurisprudence rendue jusque-là, mais sur une grille d'analyse comportant des indicateurs rassemblant les éléments essentiels propres aux troubles de nature psychosomatique, concernant les catégories du degré de gravité fonctionnelle et celle de la cohérence (ATF 141 V 281 consid. 3.6). Ces indicateurs sont les éléments pertinents pour le diagnostic et les symptômes, le succès du traitement et de la réadaptation ou la résistance à ces derniers, les comorbidités, les diagnostics de la personnalité et les ressources personnelles, le contexte social, le comportement de l'assuré, la limitation uniforme du niveau des activités dans tous les domaines comparables de la vie, et le poids de la souffrance révélé par l'anamnèse établie en vue du traitement et de la réadaptation (ATF 141 V 281 consid. 4.3 et 4.4).

7.5.2 Notre Haute Cour a par la suite étendu cette jurisprudence à toutes les maladies psychiques (ATF 143 V 409 consid. 4.5). Ainsi, le caractère invalidant d'atteintes à la santé psychique doit être établi dans le cadre d'un examen global, en tenant compte de différents indicateurs, au sein desquels figurent notamment les limitations fonctionnelles et les ressources de la personne assurée, de même que le critère de la résistance du trouble psychique à un traitement conduit dans les règles de l'art (arrêt du Tribunal fédéral 9C_115/2018 du 5 juillet 2018 consid. 4.1).

8. En l'espèce, il convient en premier lieu de se prononcer sur la valeur probante du rapport des Drs G_____ et H_____, lequel fonde la capacité de travail retenue par l'intimé pour déterminer le degré d'invalidité du recourant.

8.1 En préambule, s'agissant du grief du recourant ayant trait au fait que le Dr G_____ est rhumatologue et non spécialiste en chirurgie orthopédique, on soulignera que les interventions subies ont été pratiquées non par des orthopédistes, mais par des neurochirurgiens. Quoi qu'il en soit, un rhumatologue est spécialisé dans les troubles de l'appareil locomoteur et ainsi parfaitement à même d'apprécier l'incidence de troubles lombaires de manière globale ; il dispose donc des compétences nécessaires pour se déterminer sur la capacité de travail du recourant, dont l'argument tombe à faux.

8.2 A la forme, le rapport des Drs G_____ et H_____ répond aux exigences jurisprudentielles en matière de valeur probante de rapports médicaux. Ces médecins ont en effet pris connaissance du dossier du recourant, étudié les documents radiologiques à disposition, recueilli son anamnèse et ses plaintes. Ils ont en outre procédé à des examens cliniques détaillés avant d'établir leurs diagnostics et leurs conclusions.

8.3 Les experts ont noté que le recourant se plaignait d'une douleur lombaire basse à droite quotidienne, avec irradiation intermittente du membre intérieur droit, dans la fesse, à la face antérieure de la hanche et la face postérieure de la

cuisse, d'une douleur au niveau du talon et de la face externe du pied droit. Il ne tolérait pas l'attitude en porte-à-faux, les douleurs augmentaient en flexion et il devait rester droit lorsqu'il était assis. Il supportait la station assise et la conduite pendant 45 à 60 minutes. Il avait une diminution de la sensibilité au niveau de la jambe droite et sur le dessus du pied droit ainsi qu'au niveau du gros orteil droit et peinait à relever la cheville à droite. Il signalait également des difficultés d'endormissement, des nuits entrecoupées et un sommeil léger. Il pratiquait des exercices de marche deux fois par semaine, en alternance avec la course, trois fois par semaine, et faisait des exercices abdominaux.

8.4.1 Au plan psychiatrique, le Dr H_____ a indiqué dans l'anamnèse que le recourant avait craqué en 2012 en raison d'un conflit au sujet de la garde de son fils. Il avait rechuté en 2014, puis en mars 2015, dans un contexte de difficultés professionnelles. Il avait alors consulté le docteur J_____, spécialiste FMH en psychiatrie, jusqu'à fin 2015, date à laquelle l'assuré s'était estimé guéri de son épisode dépressif. Il n'avait désormais pas de plaintes au plan psychiatrique, hormis des problèmes de libido qu'il imputait à la médication. Les éléments recueillis dans le contexte psychosocial et la vie quotidienne démontraient que les ressources du recourant étaient globalement conservées. L'examen révélait que les trois critères majeurs de la dépression étaient absents : l'humeur était normale, il n'y avait de diminution ni de l'intérêt, ni du plaisir. Il existait une réduction de l'énergie fluctuante selon les jours, survenant en fin de journée. Le recourant disait avoir toujours manqué un peu de confiance en lui. Il n'existait pas de diminution de la concentration et de l'attention, pas d'attitude morose et pessimiste face à l'avenir – le recourant attendait beaucoup de l'obtention de son diplôme d'assistant en gestion des ressources humaines –, pas d'idéation suicidaire, pas de perturbation du sommeil d'origine dépressive, ni de diminution franche de l'appétit. Seul un symptôme somatique de la dépression était présent, soit la diminution marquée de la libido. Il n'y avait ainsi pas d'épisode dépressif en cours. Le Dr H_____ retenait le diagnostic de trouble dépressif récurrent en raison de la répétition des épisodes présentés depuis 2012, en précisant que ce trouble était désormais en rémission et non incapacitant. Du point de vue psychique, l'incapacité de travail totale avait été attestée dès le 22 avril 2015. Le recourant avait cessé le suivi auprès du Dr J_____ à la fin de l'année 2015, et estimait aller beaucoup mieux avant cette date. Dans ces conditions, on devait considérer qu'une pleine capacité de travail avait été recouvrée sur le plan psychique dès janvier 2016. En l'absence de diagnostic incapacitant, les questions du traitement *lege artis*, de la coopération de l'assuré et des options thérapeutiques disponibles n'étaient pas pertinentes.

8.4.2 Les conclusions du Dr H_____ sont convaincantes et motivées. Contrairement à ce que soutient le recourant, il a bien tenu compte des problèmes d'endormissement et de libido rapportés et a exposé la portée de ces éléments dans les diagnostics retenus. Il n'existe du reste aucun rapport médical de nature à

mettre en doute la pleine capacité de travail admise au plan psychique. On relèvera notamment que, dans son rapport du 3 juillet 2019, le Dr J_____ a qualifié la situation de très stable la dernière année et noté que les douleurs physiques étaient au premier plan, sans signe probant de trouble somatoforme douloureux. Les médecins du centre multidisciplinaire de la douleur consultés en mai 2017 ont eux aussi indiqué dans leur rapport du 28 juin suivant que le *burn out* et l'état dépressif apparus en 2015 étaient en amélioration et que les tests ne révélaient pas de symptomatologie anxio-dépressive.

8.5.1 S'agissant du volet somatique, le Dr G_____ a noté que les douleurs décrites étaient mécaniques, sans plus de signes de radiculalgie L5 gauche active ni douleurs neurogènes la nuit. L'examen neurologique des membres supérieurs ne montrait pas de séquelles d'une ancienne atteinte du nerf médian ou du nerf ulnaire à gauche. Aux membres inférieurs, l'examen neurologique révélait une trophicité musculaire normale, avec une diminution du réflexe achilléen droit pour une ancienne compression de la racine S1. Il n'y avait pas de troubles moteurs au *testing* musculaire. mais des troubles sensitifs diffus touchant les deux racines L5 et la racine S1 droite. Ces troubles sensitifs étaient difficiles d'interprétation, au vu des quatre interventions du rachis. Au plan articulaire, le recourant éprouvait des douleurs à la mobilisation de la hanche droite, sans élément orientant vers une coxarthrose, et il avait par ailleurs une mobilité complète. Au niveau du rachis, le Dr G_____ constatait une légère scoliose dorsale à convexité droite avec une gibbosité d'un cm, persistant en flexion du tronc, une diminution de sa lordose lombaire, et un début de relâchement de la sangle abdominale. Le recourant ne ressentait pas de douleurs en flexion ou en extension. La palpation était douloureuse au niveau de L5, sans contracture. Le rhumatologue concluait à une raideur au niveau lombaire, sans syndrome rachidien lombaire en l'absence de contractures paravertébrales et au vu de la gestuelle spontanée normale. Le score de Waddell à la recherche de signes comportementaux était négatif. L'examen montrait des séquelles d'une maladie de Scheuermann avec des nodules de Schmorl étagés, sans troubles dégénératifs secondaires. Sur le plan rhumatologique, l'incapacité de travail était totale dans toute activité lors de la décompensation des problèmes lombaires avec apparition d'une radiculalgie L5 gauche et S1 droite, en avril 2015. En s'appuyant sur les éléments anamnestiques, sur les consultations et sur les éléments cliniques objectivables lors de son examen, le Dr G_____ a retenu une amélioration de l'état de santé du recourant dans les suites de la deuxième opération. La sciatalgie S1 droite avait régressé. Elle était désormais intermittente et il n'y avait pas de douleur neurogène. Les lombalgies persistaient, ce qui était fréquent après les interventions de cure de hernie discale, dont le but était principalement de décomprimer les structures neurologiques. Le recourant gardait une raideur lombaire et des douleurs lombaires d'allure mécanique. Il n'avait pas d'attitude antalgique. Le descriptif de la vie quotidienne montrait qu'il conservait des ressources physiques pour les tâches physiquement légères. Il était capable de faire des exercices alternant la

marche et la course et de conduire une heure. Selon les informations transmises par le recourant, son ancienne activité d'employé administratif respectait les limitations fonctionnelles d'épargne du rachis retenues.

S'agissant de la date d'exigibilité d'une activité adaptée, le Dr G_____ s'est référé à la consultation du Dr C_____ du 8 décembre 2016, mentionnant une exigibilité de 4 h./jour, pour admettre une incapacité de travail de 50% à compter de cette date, tout en notant que le Dr C_____ rapportait alors une boiterie à droite et une parésie des extenseurs du pied droit (l'effet du traitement interdisciplinaire était à attendre), alors qu'au jour de l'examen du SMR, l'état de santé du recourant était nettement amélioré par rapport à celui décrit par le Dr C_____. L'amélioration pouvait être datée de la fin du programme de rééducation du Dr D_____, le 19 mars 2018, au vu des bénéfices que le recourant en avait tirés.

En conséquence de quoi, le Dr G_____ a retenu une capacité de travail de 75% (2 fois 3 heures par jour) dans une activité adaptée.

Le pronostic était moyen sur le plan rhumatologique, au vu du risque de décompensation des étages lombaires au-dessus de la spondylodèse.

Le rhumatologue du SMR a encore expliqué que s'il ne pouvait se rallier au taux de capacité de travail de 50% dans une activité adaptée attesté par le Dr F_____, c'est que celui-ci ne motivait pas sa position.

8.5.2 Ce volet du rapport du SMR est également motivé de manière convaincante. Le recourant ne peut être suivi en tant qu'il reproche au Dr G_____ de ne pas avoir discuté la pseudarthrose dont il souffre. Le médecin l'a évoquée et en a tenu compte, tant dans l'appréciation de la capacité de travail que dans le pronostic.

La date retenue pour admettre l'exigibilité d'une activité à 50% correspond à l'estimation du Dr C_____ et ne prête ainsi pas flanc à la critique.

Quant à l'augmentation de la capacité de travail à 75% dès mars 2018, l'expert l'a également motivée. En particulier, contrairement à ce qu'allègue le recourant, la date de la fin du programme de rééducation et les bénéfices amenés ont bien été décrits par le Dr D_____ dans son rapport d'octobre 2018.

Il n'existe de plus aucun rapport médical probant justifiant que l'on s'écarte des conclusions du rhumatologue du SMR. Le Dr D_____ justifiait en effet l'arrêt de travail à 50% partiellement par la nécessité pour le recourant de participer au programme de rééducation intensive. Or, ce traitement a pris fin et a du reste précisément marqué l'augmentation de la capacité de travail déterminée par le Dr G_____.

Le certificat du Dr F_____ n'y suffit pas non plus, puisque ce médecin indique s'être basé sur les plaintes de son patient pour établir les arrêts de travail à 50%, sans mentionner d'éléments objectifs. On soulignera d'ailleurs que les douleurs motivant en partie les arrêts de travail du Dr F_____ ne sont pas entièrement

expliquées par les troubles lombaires objectivés, comme le signalait le Dr E_____, et comme semblait également le suggérer le Dr D_____.

Enfin, il n'est pas inutile de rappeler que le Dr C_____ n'excluait pas la possibilité pour le recourant de travailler à temps plein en juin 2017 déjà.

8.6 Compte tenu de ce qui précède, la Cour de céans n'a pas de motifs de s'écarter des conclusions des Drs G_____ et H_____. Partant, elle renonce aux mesures d'instruction requises, par appréciation anticipée des preuves (ATF 130 II 425 consid. 2.1).

9. Il reste à déterminer le degré d'invalidité du recourant.

9.1 L'intimé a considéré que l'incapacité de travail du recourant se confondait avec le degré d'invalidité. Les limitations fonctionnelles retenues par le Dr G_____ – qui sont du reste plus larges que celles décrites par le Dr F_____ – laissent effectivement apparaître que la profession d'employé administratif exercée avant la survenance de l'atteinte à la santé est adaptée. Le recourant a d'ailleurs continué à travailler en cette qualité lors des stages suivis dans le cadre des mesures de reclassement.

9.2 En principe, il n'est pas admissible de déterminer le degré d'invalidité sur la base de la simple évaluation médico-théorique de la capacité de travail de la personne assurée, car cela revient à déduire de manière abstraite le degré d'invalidité de l'incapacité de travail, sans tenir compte de l'incidence économique de l'atteinte à la santé (arrêt du Tribunal fédéral 9C_260/2013 du 9 août 2013 consid. 4.2). Il n'est toutefois pas nécessaire de chiffrer précisément les revenus avec et sans invalidité lorsque le taux d'invalidité se confond avec le taux d'incapacité de travail (arrêt du Tribunal fédéral 9C_692/2017 du 12 mars 2018 consid. 5). Tel est notamment le cas lorsque les revenus avec et sans invalidité sont basés sur les mêmes données statistiques, par exemple lorsque l'assuré conserve une capacité de travail résiduelle dans son activité habituelle, comme en l'espèce. Même s'il n'est pas indispensable de déterminer avec précision les salaires de référence, il n'en demeure pas moins que, dans cette situation, l'évaluation de l'invalidité repose sur des données statistiques. Par conséquent, une réduction supplémentaire du revenu d'invalide est possible en fonction des circonstances personnelles et professionnelles du cas particulier. L'abattement ne doit alors pas être additionné au taux d'incapacité de travail, mais être appliqué au revenu d'invalide (arrêt du Tribunal fédéral 9C_842/2018 du 7 mars 2019 consid. 5.1 et 5.2).

9.3 Dans le cas d'espèce, on pourrait au plus admettre un abattement de 15%, en raison du taux d'activité à temps partiel et des limitations fonctionnelles du recourant. Or, un tel abattement porterait le degré d'invalidité à 57.5% - en tenant compte d'une capacité de travail dans l'activité habituelle de 50 % - et à 36.25% - en tenant compte d'une capacité de travail dans l'activité habituelle de 75%.

La Cour de céans constate qu'un tel abattement ne modifierait en toute hypothèse pas le degré d'invalidité retenu par l'intimé dans une mesure influant sur le droit à la rente, conformément à l'art. 28 LAI.

9.4 Le droit à la rente prend naissance au plus tôt six mois après le dépôt de la demande (art. 29 al. 1 LAI). L'art. 17 LPGA sur la révision d'une rente en cours s'applique également à la décision par laquelle une rente échelonnée dans le temps est accordée avec effet rétroactif - comme c'est le cas en l'espèce -, la date de la modification étant déterminée conformément à l'art. 88a du règlement sur l'assurance-invalidité (RAI – RS 831.201). Suivant cette disposition, si la capacité de gain d'un assuré s'améliore, il y a lieu de considérer que ce changement supprime, le cas échéant, tout ou partie de son droit aux prestations dès que l'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 (al. 1). Si la capacité de gain de l'assuré ou sa capacité d'accomplir les travaux habituels se dégrade, ou si son impotence ou encore le besoin de soins ou le besoin d'aide découlant de son invalidité s'aggrave, ce changement est déterminant pour l'accroissement du droit aux prestations dès qu'il a duré trois mois sans interruption notable. L'art. 29bis est toutefois applicable par analogie (al. 2) (arrêt du Tribunal fédéral 9C_134/2015 du 3 septembre 2015 consid. 4.1).

La décision de l'intimé est conforme aux dispositions précitées, dans la mesure où elle a fixé le début du droit à la rente au 1er décembre 2016, soit six mois après la demande intervenue le 14 juin 2016. La modification puis la suppression du droit à la rente ont également été fixées trois mois après les améliorations qui les justifient. Enfin, c'est à juste titre que l'intimé a réservé le droit à la rente durant les périodes pendant lesquelles des indemnités journalières ont été versées. En effet, l'art. 29 al. 2 LAI prévoit que le droit ne prend pas naissance tant que l'assuré peut faire valoir son droit à une indemnité journalière au sens de l'art. 22.

9.5 Eu égard aux éléments qui précèdent, la décision de l'intimé doit être confirmée.

10. Le recours est rejeté.

Le recourant, qui succombe, n'a pas droit à des dépens (art. 61 let. g LPGA).

La procédure en matière de contestations portant sur des prestations d'assurance-invalidité n'étant pas gratuite (art. 69 al. 1bis LAI), il supporte l'émolument, fixé à CHF 200.-

PAR CES MOTIFS,
LA CHAMBRE DES ASSURANCES SOCIALES :

Statuant

À 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	La présidente
Marie-Catherine SECHAUD	Karine STECK

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