

EN FAIT

1. R ressortissant d'origine portugaise (né en 1954, marié), naturalisé en 2006, Monsieur F_____, sans formation professionnelle certifiée, a travaillé en tant qu'ouvrier dans le bâtiment (10 ans), puis comme portier d'hôtel (10 ans). Dès septembre 1998, il a exercé l'activité d'aide-monteur en chauffage et ventilation auprès de l'entreprise X_____ S.A.. Depuis 1995, il a travaillé également, à titre accessoire, comme concierge.
2. A partir du 22 octobre 2003, l'assuré a été empêché de travailler à 100% en raison d'une hernie cervicale.
3. Le 28 janvier 2004, le Dr A_____, rhumatologue-conseil de l'assurance perte de gain de X_____ S.A., a examiné l'assuré. Dans deux notes internes (datées d'avril et juin 2004), ce médecin a estimé, après un entretien téléphonique avec le Dr B_____ et au vu du dossier radiologique, que le patient pourrait reprendre le travail à 100% dès le 1^{er} juillet 2004 dans une activité qui ne l'obligerait pas à travailler les bras en l'air et qui limiterait à 5kg l'élévation répétée de poids, bras tendus. A son avis, les constatations médicales ne pouvaient plus expliquer l'intensité douloureuse et justifier une incapacité de travail complète.
4. Le 18 avril 2005, l'assuré a déposé une demande de prestations auprès de l'Office d'assurance-invalidité du canton de Genève (ci-après : OAI) tendant à l'octroi d'une rente, d'une orientation professionnelle ou d'un reclassement dans une nouvelle profession.
5. Dans un rapport (formulaire E 213) reçu le 27 avril 2005, le Dr B_____ (rhumatologue traitant depuis avril 2003) a diagnostiqué un status après discectomie hernie discale C6-C7 et mise en place d'une cage intersomatique (22 juillet 2004) entraînant un syndrome radiculaire déficitaire C7 et une parésie des extensions de la main et des doigts et une diminution de la sensibilité superficielle de la main droite, ainsi que des cervicobrachialgies droites persistantes depuis 2003. L'état de santé était stationnaire. Dans l'ancienne activité, la capacité de travail était nulle depuis 2003 du fait que le patient avait des difficultés à utiliser sa main droite. Une activité adaptée (sans port de charge, ni mouvement de la nuque), qu'il convenait de tester préalablement, était exigible à raison de 50% à 60%. L'amélioration de la capacité de travail pouvait passer par une réadaptation professionnelle.
6. Dans un second rapport du 26 avril 2005, le Dr B_____ a précisé que l'examen neurologique ne montrait pas de signe net pour une atteinte radiculaire lésionnelle, mais qu'il n'était pas complètement exclu qu'une composante irritative, voire faiblement lésionnelle, soit présente. Les examens radiologiques (cf. courrier du Dr C_____, neurologue, du 27 janvier 2005 ; IRM de la colonne cervicale

du 11 novembre 2004 ; IRM cervicale du 21 avril 2005) ne montraient pas de signe de récurrence d'hernie ou de fibrose postopératoire. Au nombre des limitations fonctionnelles, le patient ne pouvait plus porter de charges supérieures à 10 kg et devait éviter les mouvements de flexion ou de rotation du rachis et de la nuque, ainsi que la position à genoux ou accroupie.

7. Selon le questionnaire pour l'employeur (X_____ S.A.) du 28 avril 2005, l'assuré réalisait en dernier lieu un salaire mensuel brut de 5'100 fr. pour un horaire de 40 heures par semaine. En 2005, ce salaire serait passé à 5'150 fr..
8. Selon le questionnaire pour l'employeur (Y_____ S.A.) du 9 mai 2005, l'assuré a travaillé à temps partiel depuis le 16 juillet 1995 comme concierge. Depuis le 1^{er} janvier 2005, le salaire s'élevait à 880 fr. par mois.
9. Estimant que le Dr B_____ ne décrivait pas précisément les limitations fonctionnelles de son patient et demeurait « très subjectif » dans son appréciation de la capacité de travail, le Service médical régional de l'assurance-invalidité (ci-après : SMR) a préconisé la mise en œuvre d'une expertise rhumatologique (avis du 7 avril 2006).
10. Dans son rapport d'expertise du 15 mai 2006 (consécutif à un examen clinique et radiologique du 8 mai précédent), le Pr D_____, du Service de Rhumatologie du Centre hospitalier universitaire vaudois (CHUV), a diagnostiqué un trouble somatoforme douloureux touchant en priorité la région cervicale et brachiale droite et la région lombaire, depuis 2003 ; une discrète cervicarthrose ; un status après discectomie C6-C7 et mise en place d'une cage intersomatique (juillet 2004). Au plan rhumatologique, il n'existait pas de limitation notable. L'activité exercée jusque-là était exigible à raison de huit heures et quart par jour, avec une diminution de rendement de 20% au début, à revoir par la suite. Du 22 octobre 2003 à septembre 2004, l'incapacité de travail avait été totale. Il n'existait aucun élément permettant de justifier une incapacité complète au-delà de cette date. La capacité de travail résiduelle était de 90% pour autant que certains travaux lourds, les bras surélevés, soient évités. Des mesures de réadaptations professionnelles étaient immédiatement exigibles. La capacité de travail dans le poste occupé jusque-là pouvait être améliorée en luttant contre les peurs du patient face aux mouvements pouvant entraîner une douleur, ainsi que par une psychothérapie de soutien, respectivement une adaptation du poste de travail (pas de mouvement au-dessus de l'horizontale avec un port de charges de plus de 5 kg). Les mouvements en-dessous de l'horizontale étaient parfaitement adaptés et le poids soulevé avec les deux bras pourrait atteindre facilement 10-15 kg. Toute activité ne nécessitant pas des mouvements répétitifs des bras au-dessus du niveau des épaules était exigible à 100%, à raison de huit heures et quart par jour, sans diminution de rendement.

Au plan psychique et social, l'expert a relevé que l'intéressé paraissait ralenti, anxieux et probablement encore légèrement dépressif et ne paraissait pas en retrait du milieu social (ne se sentait pas particulièrement isolé et voyait régulièrement les membres de sa famille vivant à Genève).

11. Dans un avis du 24 août 2006, le SMR (Dr E_____) a retenu que, dans son expertise, le Pr D_____ avait énoncé, sur le plan rhumatologique, des limitations fonctionnelles, correspondant à celles du Dr A_____, qui contraindraient complètement l'ancienne profession de monteur de chauffeuse, mais avait estimé que, dans une activité adaptée, la capacité de travail résiduelle était de 80%. Compte tenu du diagnostic de trouble somatoforme douloureux invalidant, le SMR a préconisé une expertise psychiatrique afin de déterminer si, sur ce plan, il existait une exigibilité professionnelle et de réadaptation.
12. Une IRM lombaire du 21 septembre 2006 (effectuée à la demande du Dr B_____ par le Dr F_____, radiologue) a mis en évidence une hernie discale médiale L4-L5, L5-S1 sans contrainte radiculaire, ainsi qu'une hypertrophie du ligament longitudinal postérieur et un aspect pléthorique de la graisse épidurale postérieure en L4-L5 réalisant un canal étroit, la surface pour les racines étant de 60 mm².
13. Une nouvelle IRM lombaire du 10 septembre 2007 a confirmé les signes en faveur d'un canal étroit L3-L4 et L4-L5 et révélé l'apparition d'un aspect hyper intense de l'anneau fibreux postérieur L4-L5 latéralisé à gauche avec l'impression d'une minime hernie discale foraminale gauche pouvant créer une contrainte sur la racine L5 gauche.
14. Dans un rapport d'examen psychiatrique du 17 octobre 2007, les experts du SMR (Dresses G_____, psychiatre, et H_____, cheffe de clinique) ont écarté le diagnostic de syndrome douloureux somatoforme persistant, en l'absence « d'une douleur intense et persistante s'accompagnant d'un sentiment de détresse, non expliquée entièrement par un processus psychologique ou un trouble physique et survenant dans un contexte de conflits émotionnels et de problèmes psychosociaux suffisamment importants pour être considérés par un clinicien comme la cause essentielle du trouble ». Dans le cas de l'assuré, la douleur était de nature organique et les expertes avaient « préféré » retenir le diagnostic de majoration de symptômes physiques pour des raisons psychologiques qui, selon la CIM-10, étaient caractérisées par la présence de symptômes physiques compatibles avec un trouble, une maladie ou un handicap physique, mais amplifiées ou entretenues par l'état psychique du patient. Par ailleurs, les traits anxieux et dépressifs présents lorsque l'assuré était confronté à son bilan existentiel étaient discrets et ne permettaient pas de retenir un trouble spécifique de ce registre. En conclusion, sur le plan psychiatrique, il n'existait, depuis toujours, aucune pathologie chronique et

invalidante et la capacité de travail était entière, dans toute activité respectant les limitations fonctionnelles somatiques.

15. Dans un avis du 8 novembre 2007, le SMR (Dr I_____, médecin interniste) a diagnostiqué un status post-discectomie C6-C7 (M50) et une discrète cervicarthrose (avec incidence sur la capacité de travail), ainsi qu'une majoration des symptômes physiques pour des raisons psychologique (sans incidence sur la capacité de travail). Dans l'activité habituelle, la capacité de travail exigible était de 90%, avec une diminution de rendement de 20% durant les trois premiers mois, et de 10% les trois mois suivants, compte tenu de la longue période d'inactivité. Dans une activité adaptée (sans travaux lourds les bras surélevés, ni mouvements répétitifs des bras au-dessus des épaules), la capacité de travail était entière. Le SMR a par ailleurs estimé « non relevante » la question du début de la réadaptation.
16. Le 14 novembre 2007, le Dr B_____ a transmis à l'OAI un courrier du Dr J_____, du Service de neurochirurgie des Hôpitaux Universitaires de Genève (H.U.G.), du 25 octobre 2007. D'après ce spécialiste, d'un point de vue clinique, le patient décrivait toujours la même symptomatologie sous forme de douleurs lombaires en barre à caractère axial et qui étaient aussi aggravées la marche. Il décrivait d'ailleurs des irradiations dans les deux cuisses postérieurement aux genoux devenant de plus en plus gênantes. Devant la persistance des douleurs du patient et avant de poser une éventuelle intervention d'arthroplastie ou fixation semi-rigide postérieure plus décompensation de son canal lombaire étroit, ce médecin préconisait un parcours diagnostique et thérapeutique de discographie L4-L5 et L5-S1 associée éventuellement à une infiltration facettaire aux mêmes niveaux et infiltration épidurale de stéroïdes. Il reverrait le patient à la fin de ce parcours et le confiait à cet effet au Dr K_____ (radiologue à la clinique générale de Beaulieu).
17. A la demande de l'OAI, le Dr B_____ a établi un rapport médical complémentaire, le 10 décembre 2007, posant les diagnostics suivants : trouble somatoforme douloureux touchant la région cervicale et brachiale droite (depuis 2003) ; un status après discectomie C6-C7 (2004) ; lombalgies chroniques sur discopathies L4-L5 L5.S1 (2006). L'état de santé du patient s'aggravait avec une augmentation des douleurs lombaires. Dans un premiers temps, des injections intrarticulaire et intradiscale étaient prévues. En cas d'échec, une intervention chirurgicale n'était pas exclue. Il était sous Brufen© et Zaldiar© et faisait régulièrement de la physiothérapie. La capacité de travail était nulle, dans toute activité, en raison de « douleurs trop importantes ». La motivation pour la reprise du travail était faible et l'absentéisme prévisible important. Dans l'ancienne activité, la capacité de travail était nulle. Il en allait de même dans une autre profession (« idem »).

18. Le 19 décembre 2007, le Dr J _____ a renvoyé à l'OAI, sans l'avoir complété, le formulaire médical AI, se contentant de joindre son courrier précité du 25 octobre 2007 au Dr B _____.
19. Suite à un rappel de l'OAI, le Dr J _____ a transmis, le 11 février 2008, un rapport médical non complété, en indiquant que la capacité de travail de l'assuré était nulle « concernant son problème neurochirurgical ».
20. Dans un courrier au Dr J _____ du 29 janvier 2008 (reçu le 25 février suivant par l'OAI), le Dr K _____ a indiqué que les deux infiltrations réalisées (articulaire postérieure des derniers segments articulaires facettaires et épidurale générale), avec bloc de la douleur, n'avaient entraîné aucune amélioration, le patient indiquant même être plus mal qu'au début. Compte tenu de l'aggravation alléguée par le patient, et afin de lui éviter cet examen difficile qu'était une discographie, une nouvelle IRM avait été réalisée de manière dynamique en flexion. Cette IRM n'avait été que modestement contributive, car elle n'avait pas révélé un conflit disco-radiculaire, mais seulement une dessiccation discale L4-L5, L5-S1. Ces disques en flexion/extension ne présentaient pas de manière dynamique de conflit disco-radiculaire. Le praticien se déclarait donc un peu perplexe sur la symptomatologie du patient. D'accord avec le Dr J _____, le seul argument pour aller plus loin dans un traitement était de réaliser une discographie tests de stimulations et de suppression de la douleur. Il avait expliqué au patient l'intérêt et la procédure de cet examen, qui s'effectuait en mettant en place une aiguille au niveau centro-discal L4-L5, L5-S1 et éventuellement disque témoin L3-L4, connectée à un ordinateur avec corrélation du score AVS à la pression intra-discale tout au long de l'examen ainsi qu'au volume injecté. Si le test était positif (à savoir en stimulation et en inhibition), il conviendrait alors d'envisager un traitement chirurgical ou percutané discale. Ce geste diagnostique était invasif et réalisé pour déclencher la douleur et vérifier si le disque était responsable de sa symptomatologie. Le praticien précisait qu'il n'effectuerait pas de geste diagnostique si le patient n'était pas enclin à réaliser un geste chirurgical ou un geste percutané, qui, dans son cas pourrait être une désensibilisation discale.
21. Dans un courrier reçu le 21 février 2008, le Dr B _____ a informé l'OAI que l'état de son patient s'était péjoré après cet examen.
22. Dans un avis du 3 mars 2008, le SMR (Dr I _____) a relevé que les lombalgies existant depuis 2006 constituaient un fait nouveau depuis l'expertise du Pr D _____ du 15 mai 2006. On ignorait toutefois depuis quand elles pourraient être invalidantes. Ainsi, s'il existait des douleurs au niveau lombaire avec irradiation dans les cuisses postérieurement jusqu'au genou, une corrélation anatomo-clinique n'était pas évidente, en l'absence d'hernie discale, de problèmes au niveau des articulations postérieures, une origine discogénique n'étant, par contre, pas exclue. Par ailleurs, il convenait de demander au Dr J _____ de

préciser si l'assuré disposait d'une capacité de travail dans une activité adaptée, respectant strictement les limitations fonctionnelles d'épargne du dos, respectivement de préciser celles-ci.

23. Le 28 avril 2008, le Dr J _____ a derechef indiqué, s'agissant de ce dernier point, que la capacité de travail était « 0% pour son problème neurochirurgical ».
24. Le 28 avril 2008, le Dr I _____ a téléphoné au Dr B _____. Selon une notice téléphonique du même jour, le patient avait refusé d'effectuer la discographie avec test de stimulation. Le Dr B _____ pensait que ces infiltrations n'avaient pas d'effet bénéfique selon son expérience. « Par contre, en respectant les limitations fonctionnelles classiques d'épargne du dos, l'assuré peut travailler ».
25. Dans un avis du 28 avril/5 mai 2008, le SMR (Dr I _____) a estimé que la capacité de travail dans l'activité habituelle était nulle, du 22 octobre 2003 au 10 septembre 2007. A partir de cette date, elle était de 100%, dans une activité adaptée (sans port de charge de plus de 10 kg, le travail en porte-à-faux statique prolongé du tronc, accroupi à genoux, avec possibilité de changer de position assis debout, une fois par heure à son gré). Joint au téléphone le 28 avril 2008, le Dr B _____ avait estimé que l'incapacité de travail de son patient était toujours à 100%, « mais confirme que sous strict respect des limitations fonctionnelles d'épargne du dos, la capacité de travail de son patient sera vraisemblablement entière ». En conséquence, au vu des IRM de 2007 et 2008, qui étaient superposables et montraient l'existence d'un canal étroit L3-L4 et L4-L5 avec l'impression d'une minime hernie discale foraminale gauche pouvant créer une contrainte sur la racine L5 gauche, il y avait lieu de modifier le rapport SMR du 3 mars 2008, dans le sens d'une capacité de travail à 100% dans une activité adaptée, dès le 10 septembre 2007.
26. Dans un courriel du 9 mai 2008, le Dr I _____ a précisé au gestionnaire AI que, dans une activité adaptée, la capacité de travail était de 100% depuis le 10 septembre 2007, date de la première IRM, « et pas avant, car il y a eu un changement dans les limitations fonctionnelles qui sont plus élargies ».
27. Selon le rapport de réadaptation du 15 juillet 2008 (entretien du 7 juillet précédent), l'assuré se considérait inapte à reprendre une quelconque activité professionnelle, même légère, en raison de son état de santé (douleurs) qui ne s'améliorait pas. Il attendait en outre de l'AI une prestation financière. Une mesure de reclassement n'était dès lors pas indiquée, car elle serait vouée à l'échec. A cet égard, malgré l'insistance de la spécialiste en réadaptation, l'assuré n'avait manifesté aucun intérêt pour des mesures d'orientation professionnelle destinées à définir les activités encore possibles compte tenu de ses restrictions physiques et ses capacités. Celui-ci lui avait rappelé les douleurs générées par son état de santé, qui l'empêchaient de rester assis-debout et de faire toute tâche, même légère.

Par ailleurs, la comparaison des revenus sans et avec invalidité donnait un taux d'incapacité de gain de 32%, dès le 1^{er} janvier 2008, compte tenu d'un abattement statistique de 10% du salaire d'invalidé pour tenir compte des limitations fonctionnelles. Soit, dans le détail :

- revenu annuel sans invalidité 2007 : 79'762 fr. [68'640 fr. en 2007 (selon informations de X_____ SA du 11 juillet 2008) + 11'122 fr.- selon les comptes individuels AVS pour l'activité accessoire de concierge)]
- revenu avec invalidité 2007 : 60'226 fr. (TA1 ESS, pour une activité de niveau 4).

Le revenu avec invalidité ne comprend pas le salaire relatif à l'activité de concierge, car le contrat de travail avait été transféré à son épouse dès le 1^{er} juin 2008 ; de plus, l'assuré avait été remplacé par un tiers « depuis longtemps » en raison de son atteinte.

28. Dans un projet du 28 août 2008, l'OAI a envisagé d'accorder à l'assuré une rente entière, fondée sur un degré d'incapacité de 100%, du 1^{er} octobre 2004 au 31 décembre 2007, en application de l'art. 88a al. 1 RAI. Dès le 1^{er} janvier 2008, la rente était supprimée, compte tenu d'un taux d'invalidité de 32%. Par ailleurs, les mesures de reclassement étaient refusées, « compte tenu du contexte subjectif négatif ».
29. Par fax du 16 septembre 2008, Me Flore Agnès NDA ZOA s'est constituée pour la défense des intérêts de l'assuré et a requis la production du dossier de son client. L'OAI a déféré à sa demande le 17 septembre suivant.
30. Dans ses observations du 1^{er} octobre 2008, l'assuré a conclu au maintien d'une rente entière au-delà du 31 décembre 2007, subsidiairement à l'octroi de mesures de réadaptation d'ordre professionnel dès le 1^{er} janvier 2008. Préalablement, il a relevé que l'OAI n'avait pas suffisamment instruit la question de savoir si l'on pouvait raisonnablement exiger de sa part qu'il se soumette à la discographie proposée par le Dr K_____. La réponse à cette question apporterait une réponse claire sur la soi-disant amélioration de son état de santé. Il a également contesté avoir fait preuve d'un désintéret aux propositions de la spécialiste en réadaptation de mettre en place une mesure d'orientation. Il avait seulement exprimé des doutes quant à l'efficacité d'une telle mesure, car il ne voyait pas dans quel domaine il pouvait être recyclé en dehors du domaine manuel dans lequel il avait toujours travaillé et qui lui était désormais inaccessible, compte tenu de ses nombreuses limitations fonctionnelles. De plus, il était âgé de 54 ans, s'exprimait à peine en français et n'avait jamais suivi d'études, ni de formation professionnelle. Dans ces conditions, il était clairement illusoire de penser qu'il pourrait retrouver un emploi dans le domaine de la manutention.

31. Dans un avis du 13/14 octobre 2008, le SMR a estimé qu'il n'appartenait pas à l'AI d'imposer à l'assuré un examen qu'il refusait. Par ailleurs, une expertise, avec anamnèse, examen clinique détaillé et examen complémentaire habituel, étaient largement suffisants à un expert pour se faire une opinion, indépendamment de l'examen auquel l'assuré refuse de se soumettre. De plus, les experts ne partageaient pas l'avis du recourant selon lequel il ne pourrait plus travailler dans le domaine de la manutention. Le Dr B_____ lui-même, dans son entretien téléphonique du 28 avril 2008, avait estimé non seulement que les infiltrations prônées n'avaient pas d'effet bénéfique, selon son expérience, mais qu'en respectant les limitations fonctionnelles classiques d'épargne du dos, l'assuré pouvait travailler.
32. Dans un formulaire médical E 213, du 2 juillet 2009, le Dr B_____ a précisé que son patient avait des douleurs au niveau de toutes les articulations sans limitation des mouvements. Il présentait des déficits fonctionnels à la nuque et aux lombaires. Il ne restait capable d'effectuer que des travaux légers, en position assise, à l'intérieur, en faisant alterner les positions de travail, moyennant des pauses supplémentaires et en faisant alterner marche, stations debout et position assise. Le praticien ne s'est pas prononcé sur la possibilité d'exercer une activité adaptée, précisant seulement qu'une telle activité devrait être préalablement testée (notamment un travail à l'écran). Une amélioration de l'état de santé n'était pas possible. L'amélioration de la capacité de travail ne pouvait passer ni par une réadaptation médicale, ni par une réadaptation professionnelle.
33. Par décision du 9 juin 2009 (envoyée sous pli simple), reçue, selon la mandataire, le 15 juin suivant, l'OAI a confirmé sa position, en octroyant une rente d'invalidité entière, limitée dans le temps, du 1^{er} octobre 2004 au 31 décembre 2007, et refusant par ailleurs l'octroi de mesures d'ordre professionnel « de type reclassement ou autre ».
34. Dans son recours posté le 17 août 2009, le recourant a conclu, par l'entremise de Me NDA ZOA, à l'annulation de ladite décision, respectivement à l'octroi d'une rente entière dès le 1^{er} janvier 2008. Le cas échéant, il a requis l'audition préalable des Drs J_____ et B_____, ainsi que la mise en œuvre d'une expertise multidisciplinaire. Subsidiairement, il a sollicité l'octroi de mesures de réadaptation, dès le 1^{er} janvier 2008. Il a en particulier fait valoir qu'aucun élément nouveau dans l'évolution de son état de santé ne venait justifier la suppression de sa rente et qu'au contraire, à la fin 2007, son état de santé s'était péjoré, en raison des lombalgies. Par ailleurs, contacté par Me NDA ZOA, le Dr B_____ avait formellement contesté avoir indiqué à qui que ce soit par téléphone que la capacité de travail de son patient était entière dans une activité adaptée à compter de janvier 2008. De plus, l'OAI s'était fondé sur une expertise somatique du 15 mai 2006 et une expertise psychiatrique du 17 octobre 2007 qui n'étaient plus d'actualité, son état de santé s'étant dégradé à fin 2007. Par ailleurs, il s'était expressément déclaré

d'accord, par lettre de son avocate du 30 septembre 2009 (recte : 1^{er} octobre 2008), soit huit mois avant la décision litigieuse, de se soumettre à toute mesure de reclassement éventuelle. De plus, en 2005, le Dr B_____ avait recommandé l'adoption d'une telle mesure, mais l'office n'avait pas daigné y donner suite. Or, au vu de ses nombreuses limitations, il lui serait désormais pratiquement impossible de retravailler dans le domaine d'activité qui était le sien jusqu'ici. Par conséquent, il était nécessaire de l'aider à se reclasser, ce d'autant que le taux d'incapacité de gain retenu par l'OAI (32%) était supérieur au taux minimum de 20% requis par la jurisprudence.

35. Dans sa réponse du 14 septembre 2009, l'OAI a conclu au rejet du recours. En particulier, le recourant n'avait produit aucune attestation du Dr B_____ confirmant qu'il n'avait pas déclaré au Dr I_____, lors de l'entretien téléphonique du 28 avril 2008, que l'état de santé de son patient lui permettait de travailler désormais à 100% dans une activité adaptée. L'office intimé a joint un avis du SMR (Dr I_____) du 7 septembre 2009, selon lequel il ne se justifiait pas de mettre en œuvre une nouvelle expertise psychiatrique, dans la mesure où le diagnostic de syndrome somatoforme douloureux avait été exclu lors d'un examen ne mettant pas de pathologie psychiatrique en évidence, exception faite de la majoration de symptôme (cf. expertise psychiatrique du 17 octobre 2007), et en l'absence de suivi ou de problème psychiatrique constituant un fait nouveau. Dans son avis du 28 avril 2008, ce médecin avait en outre mis en évidence la perplexité du neurochirurgien face à une symptomatologie douloureuse lombaire sans corrélation anatomo-clinique évidente.

Par ailleurs, la question d'une éventuelle reconsidération au sens de l'art. 53 LPGA ne se posait pas en l'espèce.

36. Par réplique du 11 décembre 2009, le recourant a persisté dans ses conclusions. Il a en particulier fait valoir que l'OAI ne contestait pas qu'il souffrait conjointement d'un état dépressif (examen psychiatrique du 17 octobre 2007). Or, des expertises séparées des problèmes somatique et psychique pouvaient conduire à des résultats biaisés de la capacité de travail. C'est pourquoi, seule une expertise bidisciplinaire, tenant compte de l'ensemble de la situation, pouvait objectivement évaluer sa véritable capacité de travail.
37. Le 18 janvier 2010, l'OAI a déplié, en maintenant sa position.

EN DROIT

1. L'objet du recours ressortit à la loi fédérale sur l'assurance-invalidité du 19 juin 1959 (LAI), si bien que le Tribunal de céans est matériellement compétent pour statuer en l'espèce (art. 56 V al. 1 let. a ch. 2 de la loi genevoise sur l'organisation judiciaire).
2. La preuve de la notification d'une décision administrative et de la date à laquelle cette notification a eu lieu incombe, en principe, à l'administration. Celle-ci supporte les conséquences de l'absence de preuve, en ce sens que si la notification, ou sa date, sont contestées et qu'il existe effectivement un doute à ce sujet, il y a lieu de se fonder sur les déclarations du destinataire de l'envoi (ATF 124 V 402 consid. 2a, 103 V 66 consid. 2a; RAMA 1997 no U 288 p. 444 consid. 2b et les références). En l'occurrence, l'OAI, qui a notifié sa décision sous pli simple, n'a pas apporté la preuve de la date de notification de celle-ci, de sorte qu'il faut admettre que l'assurée a reçu la décision attaquée le 12 novembre 2008, comme elle l'affirme, - ce qui n'est d'ailleurs pas contesté par l'office intimé.

Interjeté ainsi en temps utile auprès de l'autorité compétente et dans les formes prescrites, par une assurée directement touchée dans ses intérêts juridiquement protégés par la décision querellée, le présent recours est dès lors recevable (art. 56 ss LPGA).

3. En l'espèce, le litige porte sur le droit du recourant à une rente d'invalidité au-delà du 31 décembre 2007 ; plus particulièrement, il s'agit de savoir si son invalidité s'est modifiée depuis le 1er octobre 2007, de telle manière que le droit à la rente puisse être supprimé à compter du 1er janvier 2008.
4. Selon la jurisprudence, le bien-fondé d'une décision d'octroi, à titre rétroactif, d'une rente limitée dans le temps, doit être examinée à la lumière des conditions de révision du droit à la rente (ATF 125 V 413 consid. 2d p. 418 et les références). Aux termes de l'art. 17 LPGA, si le taux d'invalidité du bénéficiaire de la rente subit une modification notable, la rente est, d'office ou sur demande, révisée pour l'avenir, à savoir augmentée ou réduite en conséquence, ou encore supprimée. Le point de savoir si un tel changement s'est produit doit être tranché en comparant les faits tels qu'ils se présentaient au moment de la décision initiale de rente et les circonstances régnant à l'époque de la décision litigieuse (ATF 130 V 343 consid. 3.5.2).
5. L'autorité administrative ou le juge ne doivent considérer un fait comme prouvé que lorsqu'ils sont convaincus de sa réalité (Kummer, Grundriss des Zivilprozessrechts, 4e éd., Berne 1984, p. 136; Gygi, Bundesverwaltungsrechtspflege, 2e éd., p. 278 ch. 5). Dans le domaine des assurances sociales, le juge fonde sa décision, sauf dispositions contraires de la loi, sur les faits qui, faute d'être établis de manière

irréfutable, apparaissent comme les plus vraisemblables, c'est à-dire qui présentent un degré de vraisemblance prépondérante. Il ne suffit donc pas qu'un fait puisse être considéré seulement comme une hypothèse possible. Parmi tous les éléments de fait allégués ou envisageables, le juge doit, le cas échéant, retenir ceux qui lui paraissent les plus probables (ATF 126 V 360 consid. 5b, 125 V 195 consid. 2 et les références; cf. ATF 130 III 324 sv. consid. 3.2 et 3.3). Aussi n'existe-t-il pas, en droit des assurances sociales, un principe selon lequel l'administration ou le juge devrait statuer, dans le doute, en faveur de l'assuré (ATF 126 V 322 consid. 5a).

Par ailleurs, la procédure est régie par le principe inquisitoire, selon lequel les faits pertinents de la cause doivent être constatés d'office par le juge. Mais ce principe n'est pas absolu. Sa portée est restreinte par le devoir des parties de collaborer à l'instruction de l'affaire. Celui-ci comprend en particulier l'obligation des parties d'apporter, dans la mesure où cela peut être raisonnablement exigé d'elles, les preuves commandées par la nature du litige et des faits invoqués, faute de quoi elles risquent de devoir supporter les conséquences de l'absence de preuves (ATF 125 V 195 consid. 2 et les références; cf. ATF 130 I 183 consid. 3.2).

6. Le juge des assurances sociales doit examiner de manière objective tous les moyens de preuve, quelle que soit leur provenance, puis décider si les documents à disposition permettent de porter un jugement valable sur le droit litigieux. Avant de conférer pleine valeur probante à un rapport médical, il s'assurera que les points litigieux ont fait l'objet d'une étude circonstanciée, que le rapport se fonde sur des examens complets, qu'il prend également en considération les plaintes exprimées par la personne examinée, qu'il a été établi en pleine connaissance de l'anamnèse, que la description du contexte médical et l'appréciation de la situation médicale sont claires et enfin que les conclusions de l'expert sont dûment motivées (ATF 125 V 352 consid. 3a et les références).
- 6.1 La jurisprudence a posé des lignes directrices en ce qui concerne la manière d'apprécier certains types d'expertise ou de rapports médicaux. Ainsi, le juge ne s'écarte en principe pas sans motifs impératifs des conclusions d'une expertise médicale judiciaire, la tâche de l'expert étant précisément de mettre ses connaissances spéciales à la disposition de la justice afin de l'éclairer sur les aspects médicaux d'un état de fait donné (ATF 125 V 351 consid. 3b/aa; 118 V 286 consid. 1b et les références). Au sujet des rapports établis par les médecins traitant, 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 et les références). Cette constatation s'applique de même aux médecins non traitant consultés par un patient en vue d'obtenir un moyen de preuve à l'appui de sa requête. Toutefois le simple fait qu'un certificat médical est établi à la demande d'une partie et est produit pendant la procédure ne justifie pas en soi des doutes quant à sa valeur probante (ATF 125 V 351 consid. 3b/dd et les références citées).

Quant aux documents produits par le service médical d'un assureur étant partie au procès, le Tribunal fédéral n'exclut pas que l'assureur ou le juge des assurances sociales statuent en grande partie, voire exclusivement sur la base de ceux-ci. Dans de telles constellations, il convient toutefois de poser des exigences sévères à l'appréciation des preuves. Une instruction complémentaire sera ainsi requise, s'il subsiste des doutes, même minimes, quant au bien-fondé des rapports et expertises médicaux versés au dossier par l'assureur (ATF 122 V 157, 162 consid. 1d; ATF 123 V 175, 176 s consid. 3d; ATF 125 V 351, 353 s consid. 3b ee; cf. aussi arrêts du Tribunal fédéral I 143/07 du 14 septembre 2007 consid. 3.3 et 9C_55/2008 du 26 mai 2008 consid. 4.2 avec références, concernant les cas où le service médical n'examine pas l'assuré mais se limite à apprécier la documentation médicale déjà versée au dossier). Le simple fait qu'un avis médical divergent - même émanant d'un spécialiste - ait été produit ne suffit toutefois pas à lui seul à remettre en cause la valeur probante d'un rapport médical (arrêt du Tribunal fédéral U 365/06 du 26 janvier 2007 consid. 4.1).

6.2 En vertu de l'art. 61 let. c LPGA, le tribunal cantonal des assurances établit avec la collaboration des parties les faits déterminants pour la solution du litige; il administre les preuves nécessaires et les apprécie librement. Selon la jurisprudence, le juge cantonal qui estime que les faits ne sont pas suffisamment élucidés a en principe le choix entre deux solutions: soit renvoyer la cause à l'administration pour complément d'instruction, soit procéder lui-même à une telle instruction complémentaire. Un renvoi à l'administration, lorsqu'il a pour but d'établir l'état de fait, ne viole ni le principe de simplicité et de rapidité de la procédure, ni le principe inquisitoire. Il en va cependant autrement quand un renvoi constitue en soi un déni de justice (par exemple, lorsque, en raison des circonstances, seule une expertise judiciaire ou une autre mesure probatoire serait propre à établir l'état de fait), ou si un renvoi apparaît disproportionné dans le cas particulier (RAMA 1993 n° U 170 p. 136, 1989 n° K 809 p. 206). A l'inverse, le renvoi à l'administration apparaît en général justifié si celle-ci a constaté les faits de façon sommaire, dans l'idée que le tribunal les éclaircirait comme il convient en cas de recours (DTA 2001 n° 22 p. 170 consid. 2, RAMA 1986 n° K 665 p. 87) (arrêt du Tribunal fédéral 9C_162/2007 du 3 avril 2008 consid. 2.3).

7. Dans la décision litigieuse, l'OAI a estimé que le recourant était à nouveau apte à exercer une activité adaptée à plein temps, dès octobre 2007, sur la base des résultats de l'IRM lombaire du 10 septembre 2007, respectivement des avis du SMR des 28 avril/5 mai et 9 mai 2008, et de l'expertise psychiatrique du 17 octobre 2007 posant le diagnostic de majoration des symptômes physique pour des raisons psychologiques, sans répercussion sur la capacité de travail. Ce faisant, l'office intimé n'a pas analysé si des modifications de l'état de santé de l'intéressé, par rapport à celui existant au moment supposé de la naissance du droit à la rente entière (1^{er} octobre 2004), justifiait la suppression de toute rente. Cela ne suffit toutefois pas pour justifier une révision du droit à la rente (comp. arrêt du Tribunal

fédéral du 12 mars 2009, 9C_391/2008, consid. 3.1). En effet, il appartenait bien plutôt à l'administration de démontrer un changement de circonstances, au sens où l'entend l'art. 17 LPGA précité (cf. consid. 4 supra).

En l'espèce, force est de constater qu'il n'est pas établi, au degré de vraisemblance prépondérante requis en matière d'assurances sociales (ATF 126 V 360 consid. 5b), que l'état de santé de l'assuré se serait notablement amélioré à partir du 1^{er} octobre 2007.

En premier lieu, l'OAI n'a pas démontré à satisfaction que le Dr B_____ avait indiqué, lors de son entretien téléphonique avec le Dr I_____ du 28 avril 2008, que son patient serait apte à exercer désormais une activité à 100% dans une activité adaptée. Non seulement ce fait est contesté, selon l'avocate de l'assuré, par le Dr B_____ lui-même, mais encore, dans son rapport du 2 juillet 2009 (formulaire 213), ce praticien s'est expressément abstenu de se prononcer sur le taux d'activité exigible dans un travail adapté (léger, en position assise, avec alternance des positions de travail et moyennant des pauses supplémentaires), précisant seulement que la capacité de travail résiduelle devrait être préalablement testée et qu'une amélioration de l'état de santé n'était par ailleurs pas possible. Au demeurant, il ressort des déclarations téléphoniques du Dr B_____, telles que rapportées par le Dr I_____ dans son avis du 28 avril/5mai 2008, que le médecin traitant ne s'est pas montré catégorique à cet égard, puisqu'il a estimé que la capacité de travail de son patient sera « vraisemblablement entière » sous strict respect des limitations fonctionnelles d'épargne du dos. Dans ces conditions, on ne saurait suivre sans autre l'avis du SMR du 9 mai 2008, selon lequel, dans une activité adaptée, la capacité de travail de l'assuré était de 100% depuis le 10 septembre 2007. Du reste, le SMR ne donne aucune indication permettant de comprendre pourquoi, sur le plan rhumatologique, l'assuré aurait recouvré une capacité de travail résiduelle à partir de cette date-là.

Quant à l'expertise psychiatrique du 17 octobre 2007, elle n'apparaît pas convaincante, étant donné que celle-ci ne satisfait pas entièrement aux règles jurisprudentielles permettant de reconnaître pleine valeur probante à un document médical (cf. ci-dessus, consid. 6). En effet, les expertes ne motivent pas à satisfaction de droit pour quelle raison elles se sont s'écartées du diagnostic de trouble somatoforme douloureux posé par le Pr D_____ dans son rapport d'expertise du 15 mai 2006 et par le SMR (du moins implicitement), dans son avis du 24 août 2006 (ce diagnostic sera d'ailleurs confirmé ensuite également par le Dr B_____, dans son rapport du 10 décembre 2007). A cet égard, les expertes ont simplement exposé, de manière tautologique : « nous n'avons pas retenu le diagnostic de syndrome douloureux somatoforme persistant qui est caractérisé par la présence d'une douleur intense et persistante s'accompagnant d'un sentiment de détresse, non expliquée entièrement par un processus psychologique ou un trouble physique et survenant dans un contexte de conflits émotionnels et de problèmes

psychosociaux suffisamment importants pour être considérés par un clinicien comme la cause essentielle du trouble ». Elles ont ensuite relevé que la douleur de l'assuré était de nature organique et qu'elles avaient (dès lors) « préféré (sic) retenir le diagnostic de majoration des symptômes physiques pour des raisons psychologiques, qui, selon CIM-10, est caractérisé par la présence de symptômes physiques compatibles avec un trouble, une maladie ou un handicap, mais amplifiés ou entretenus par l'état psychique du patient ».

C'est le lieu de préciser que, sur le plan terminologique, selon la Classification statistique internationale des Maladies et Problème de Santé connexes (CIM), le diagnostic de syndrome douloureux somatoforme persistant F45.4 est caractérisé par "une douleur persistante (pendant au moins six mois, en permanence et presque tous les jours), intense, et s'accompagnant d'un sentiment de détresse, n'importe où dans le corps, non expliquée entièrement par un processus physiologique ou un trouble physique, et qui constitue en permanence la préoccupation essentielle du patient." Pour sa part, le diagnostic de majoration de symptômes physiques pour des raisons psychologiques F68.0 est décrit comme une atteinte à la santé retenue lorsque "des symptômes physiques initialement dus à un trouble, une maladie ou une incapacité physique sont amplifiés ou excessivement prolongés par rapport au trouble physique lui-même" et que le clinicien se trouve en présence d'"arguments déterminants en faveur d'une cause psychologique qui explique les symptômes excessifs (par exemple crainte manifeste d'un handicap ou de la mort, compensation financière possible, déception relative à la qualité des soins médicaux)". Selon la CIM-10, ce dernier diagnostic est assimilé à celui de névrose de compensation employé fréquemment jusqu'au milieu des années 90 (cf. Pierre-André Fauchère, Douleur somatoforme, Chêne-Bourg 2007, p. cit., p. 141 s., p. 255) (cf. arrêt du Tribunal administratif fédéral du 1^{er} décembre 2009, C-3430/2007, consid. 8.3).

Dans ce contexte, on soulignera que la distinction entre le diagnostic de syndrome douloureux somatoforme persistant et celui de majoration de symptômes physiques pour des raisons psychologiques peut être extrêmement difficile pour le clinicien (Fauchère, op. cit., p. 47), de sorte qu'il convient d'être particulièrement prudent avant de retenir une amélioration notable de l'état de santé basée sur un tel changement de diagnostic. Cette retenue est également justifiée eu égard à la jurisprudence du Tribunal fédéral selon laquelle les critères plus précis introduits par l'ATF 130 V 352 afin de juger du caractère invalidant d'un trouble somatoforme ne sauraient justifier la révocation de rentes allouées conformément au droit à une période antérieure à cet arrêt (ATAF précité du 1^{er} décembre 2009, consid. 8.4.1).

On rappellera également que selon la jurisprudence du Tribunal fédéral (ATF 132 V 65) les experts doivent mettre les informations recueillies en perspective avec leur mission d'expertise qui, dans les cas d'une symptomatologie douloureuse, consiste surtout à porter une appréciation sur la vraisemblance de l'état douloureux et, le cas échéant, à déterminer si la personne expertisée dispose des ressources

psychiques lui permettant de surmonter cet état. On ne saurait donc sans autre accorder une pleine valeur probante à une expertise médicale sur la capacité de travail (raisonnablement exigible) d'un assuré, lorsque l'expert ne met pas en rapport ses constatations, impressions et appréciations qu'il a rassemblées au cours de l'examen avec l'historique clinique de l'expertisé, d'autant plus si, comme en l'occurrence, une rente entière a été octroyée durant trois années, compte tenu, entre autres, du trouble somatoforme douloureux diagnostiqué par le Pr D_____ (cf. rapport d'expertise du 15 mai 2006). Par ailleurs, la qualité d'une expertise est déterminée, entre autre, sur la base de la récolte et de la description des informations, la qualité de l'intégration des informations recueillies dans un tableau global cohérent, l'aspect convaincant et complet de la discussion et enfin la clarté et la précision de la réponse aux questions posées (cf. à ce sujet les lignes directrices de la société suisse de psychiatrie d'assurance pour l'expertise médicale des troubles psychiques [approuvées et mises en vigueur par l'assemblée générale de la Société suisse de psychiatrie d'assurance le 13 novembre 2003, Bulletin des médecins suisses 2004 p. 1905 ss]).(comp. ATAF du 9 février 2010, C-4848/2007, consid. 12.2.4).

Or, en l'occurrence, le rapport d'expertise psychiatrique du 17 octobre 2007 ne répond pas entièrement à ces derniers critères du fait qu'il ne contient aucune appréciation sur la vraisemblance de l'état douloureux et ne renseigne pas sur la question de savoir si l'assuré, dispose, le cas échéant, des ressources psychiques lui permettant de surmonter cet état. Surtout, les expertes n'ont pas motivé de manière convaincante – la simple constatation du caractère « organique » des douleurs étant manifestement insuffisante à cet égard - pour quelles raisons elles avaient retenu le diagnostic de majoration de symptômes physiques pour des raisons psychologiques, au lieu de celui de trouble douloureux somatoforme persistant retenu antérieurement par le Pr D_____.

A cela s'ajoute que si elle prend en compte l'expertise rhumatologique du Pr D_____ du 15 mai 2006, cette expertise psychiatrique passe sous silence les résultats de l'IRM lombaire du 10 septembre 2007, laquelle avait révélé l'apparition d'un aspect hyperintense de l'anneau fibreux postérieur L4-L5 latéralisé à gauche avec l'impression d'une minime hernie discale foraminale gauche pouvant créer une contrainte sur la racine L5 gauche. Or cet élément était de nature à augmenter les douleurs de l'assuré, comme cela ressort du courrier subséquent du Dr J_____ du 25 octobre 2007 préconisant un parcours diagnostique et thérapeutique de discographie L4-L5 et L5-S1 (voir aussi courrier du Dr K_____ du 29 janvier 2008). D'ailleurs, dans son avis du 3 mars 2008, le SMR a admis que ces douleurs pouvaient avoir une origine discographique. Dans un courriel du 9 mai 2008, le SMR a même précisé que les limitations fonctionnelles de l'assuré avaient été « élargies » et que celui-ci ne disposait d'une capacité de travail entière, dans une activité adaptée, qu'à partir du 10 septembre 2007, date de l'IRM lombaire. Enfin, on relèvera que, dans son appréciation du cas (p. 3), l'experte psychiatre

semble avoir pris uniquement en considération l'estimation du Dr A_____, selon laquelle l'assuré disposait d'une capacité de travail résiduelle de 100% dans une activité adaptée, depuis le 1^{er} juillet 2004, et non pas l'avis – au demeurant non mentionné - du SMR du 24 août 2006, évaluant celle-ci à 80% (date non déterminée). Or, dans son dernier avis du 28 avril/5mai 2008, le SMR s'est finalement distancé de ces précédentes estimations (y compris de celle du Pr D_____ retenant une capacité de travail résiduelle de 90% dès octobre 2004), puisqu'il a finalement retenu que la capacité de travail de l'assuré était nulle, et cela dans toute activité, du 22 octobre 2003 au 10 septembre 2007. Cette dernière estimation n'a toutefois pas pu être prise en compte dans l'expertise psychiatrique du 17 octobre 2007. C'est dire que l'appréciation de l'experte psychiatrique a été faite sur la base d'un dossier incomplet et ne saurait, pour ce motif également, être convaincante.

D'un autre côté, les avis des médecins traitants ne sont pas probants pour apprécier la capacité de travail du recourant. En particulier, l'avis du Dr J_____ du 28 avril 2008, selon lequel l'assuré disposait d'une capacité de travail nulle dans une capacité de travail « pour son problème neurochirurgical » est particulièrement succinct, sinon lapidaire. Cette appréciation est au demeurant partiellement contredite par le Dr B_____, lequel a retenu, dans son rapport du 2 juillet 2009, que son patient restait capable d'effectuer des travaux légers, en position assise et en faisant alterner les positions de travail.

Dans ces conditions, et dans la mesure où les deux expertises (rhumatologique et psychiatrique) versées au dossier n'ont pas été établies de façon interdisciplinaire avec échange de vues des spécialistes, ce que la le recourant fait valoir à bon droit, on ne saurait admettre, en l'absence d'une indication claire des faits établis, une modification de l'état de santé du recourant propre à justifier une suppression pure et simple de son droit à une rente (totale).

Dès lors, il se justifie d'annuler la décision litigieuse et de renvoyer la cause à l'OAI afin qu'il mette sur pied une expertise interdisciplinaire (rhumatologique, psychiatrique, et, le cas échéant, orthopédique) auprès d'un centre d'observation médicale de l'AI (COMAI) (comp. ATAF du 19 janvier 2010, C-7772/2007, consid. 9.3), visant en particulier à déterminer si l'état de santé, respectivement la capacité de travail du recourant, a subi un changement significatif dès le 1^{er} octobre 2007, puis statue à nouveau sur son droit éventuel à une rente d'invalidité au-delà du 31 décembre 2007.

9. Le recourant, qui obtient partiellement gain de cause avec l'assistance d'une avocate, a droit à des dépens (art. 61 let. g LPGA), fixés en l'espèce à 2'000 fr.
10. Conformément à l'art. 69 al. 1bis LAI, un émolument de 500 fr. est mis à la charge de l'OAI, qui succombe.

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

Statuant

A la forme :

1. Déclare recevable le recours ;

Au fond :

2. L'admet partiellement et annule la décision de l'OAI du 9 juin 2009 ;
3. Renvoie la cause audit office pour instruction complémentaire au sens des considérants et nouvelle décision ;
4. Dit que l'intimé versera au recourant 2'000 fr. à titre de dépens ;
5. Met un émolument de 500 fr. à la charge de l'OAI ;
6. 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 suppléant

Aline MARC PELLANDA

Jean-Louis BERARDI

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