
EN FAIT

1. M. A_____ (ci-après : l'assuré ou le recourant), né le _____ 1965, originaire d'Italie, est titulaire d'une autorisation d'établissement C et d'un CFC de monteur-électricien.

Il a travaillé entre 1985 et 1990 pour B_____ . installateur électricité et téléphone, puis subi des périodes de chômage entre 1990 et 1999 tout en travaillant pour divers employeurs soit pour C_____ SA de décembre 1991 à décembre 1996, D_____ SA en 1997, ASSOCIATION E_____ et F_____ SA en 1998, G_____ SA en 1999, 2000 et 2001 et H_____ en 2001 et 2002. Enfin, du 16 janvier au 20 décembre 2002, il a travaillé pour I_____ SA comme électricien à 100 %.

2. Le 28 juin 2002, l'assuré a subi une intervention chirurgicale (résection par voie interlaminar) par le docteur J_____ en raison d'une hernie discale L5-S1 droite avec radiculopathie compressive subaiguë S1 à droite.
3. Le 29 août 2002, le docteur K_____, FMH médecine interne, a relevé que les premiers symptômes étaient apparus en 1992. L'évolution était favorable mais lente.
4. Le 16 avril 2003, le Dr K_____ a mentionné une évolution défavorable.
5. L'assuré a déposé le 25 août 2003 une demande de prestations de l'assurance-invalidité.
6. Le 15 septembre 2003, la doctresse L_____, FMH médecine générale, a rempli un rapport médical AI dans lequel elle a diagnostiqué un status post-opératoire résection hernie discale L5-S1 et une récurrence de hernie discale postéro-latérale L5-S1 selon une IRM du 11 août 2003 entraînant depuis le 25 mai 2002, date du début de son suivi, une incapacité totale de travail. L'assuré présentait des douleurs lombaires et des difficultés à la marche. Une infiltration articulaire du 14 août 2003 n'avait pas eu de succès.
7. Le 15 décembre 2003, la Dresse L_____ a indiqué que le métier actuel ne pouvait plus être continué.
8. Le 29 janvier 2004, les HUG ont convoqué l'assuré pour participer en février 2004 à la semaine de l'école du dos.
9. Du 9 février au 12 mai 2004, l'assuré a été convoqué par les HUG pour un traitement en groupe de 27 séances de physiothérapie.
10. Le 1^{er} mars 2004, les HUG ont convoqué l'assuré à une consultation d'antalgie interventionnelle.
11. A la demande de l'OAI, le docteur M_____, FMH médecine physique et rééducation, a rendu une expertise le 27 août 2004.

L'assuré se plaignait de lombalgies continues entraînant des troubles du sommeil. Il a posé le diagnostic de lombo-sciatalgie droite chronique, hernie discale L5-S1

droite postéro-latérale, status après résection de hernie discale L5-S1 le 28 juin 2002. Une reconversion professionnelle était indiquée. L'incapacité de travail était totale dans l'activité de monteur-électricien mais une activité adaptée était possible (assise, sans port de charge).

12. Le 29 septembre 2004, l'expert a précisé qu'une activité adaptée était possible d'abord à 50 %, puis avec une rééducation, dans une mesure plus importante.
13. Le 19 janvier 2006, la réadaptation professionnelle a proposé l'octroi d'un trois-quarts de rente, le degré d'invalidité étant de 61 %; des mesures d'ordre professionnel n'étaient pas indiquées.
14. Par décision du 20 janvier 2006, l'OAI a refusé l'octroi de mesures professionnelles.
15. Par deux décisions du 8 mai 2006, l'OAI a octroyé à l'assuré une demi-rente d'invalidité du 1^{er} mai au 31 décembre 2003 et un trois-quarts de rente depuis le 1^{er} janvier 2004.
16. Le 26 mai 2008, la Dresse L_____ a indiqué à l'OAI qu'elle n'avait pas revu l'assuré depuis 2004 et ensuite qu'elle l'avait revu le 10 juillet 2008 et qu'il n'y avait aucun changement. Le 22 juillet 2008, elle a précisé que l'état était stationnaire, qu'il boitait et marchait péniblement.
17. Le 16 septembre 2008, l'assuré a été examiné au SMR par le docteur N_____, FMH médecine physique et rééducation, lequel a rendu un rapport le 25 septembre 2008 concluant à une capacité de travail nulle dans l'activité habituelle et de 50 % dans une activité adaptée, à terme à 80 %. Il a posé les diagnostics de lombosciatalgies droites chroniques sur hernie discale L5-S1 luxée vers le bas au contact de la racine S1. M.54.46; important déconditionnement musculaire en ce qui concernait la musculature posturale avec un raccourcissement des ischio-jambiers et relâchement de la sangle abdominale.

Objectivement, par rapport au moment de l'expertise médicale réalisée par le Dr M_____ au mois d'août 2004, il y avait une péjoration de l'état de santé sous la forme d'une nette progression du trouble statique et du déconditionnement musculaire. Depuis lors, il était clair que l'assuré n'avait pas bénéficié d'une prise en charge adéquate sous la forme d'un réentraînement progressif à l'effort et d'un reconditionnement musculaire. Dans l'état actuel des choses, la capacité de travail de l'assuré, même dans une activité adaptée, ne pourrait dépasser les 50 %. Comme déjà indiqué lors de l'expertise médicale du Dr M_____ d'août 2004, après une période de reconditionnement musculaire progressif avec réadaptation progressive à l'effort et au travail, il était tout à fait vraisemblable que cet assuré puisse acquérir une plus importante capacité de travail. Toutefois, au vu de la longue période d'inactivité professionnelle qui était à l'origine du déconditionnement musculaire avancé présenté par l'assuré et de sa désinsertion sociale, il était peu vraisemblable que celui-ci puisse adhérer à un projet de réadaptation professionnelle. Une réadaptation professionnelle serait toutefois indiquée auprès de cet assuré, mais

celle-ci ne pourrait avoir lieu qu'après une période de minimum 6 à 12 mois de reconditionnement musculaire progressif.

18. Le 12 mars 2009, la réadaptation professionnelle a fixé le degré d'invalidité de l'assuré à 34 % sur la base d'un revenu d'invalidité de CHF 43'319.- correspondant à une activité à 80 %, avec une déduction de 10 %.
19. Par projet de décision du 13 mars 2009, l'OAI a supprimé la rente d'invalidité de l'assuré.
20. Le 4 mai 2009, l'assuré a observé que le médecin du SMR avait même constaté une péjoration de son état de santé et que l'OAI ne l'avait pas mis en demeure de se soumettre à un reconditionnement musculaire, de sorte que le projet de décision devait être annulé.
21. Le 6 mai 2009, la Dresse L_____ a indiqué qu'une expertise psychiatrique était nécessaire.
22. Le 19 mai 2009, le docteur O_____ du SMR a estimé que les mesures de reconditionnement musculaire étaient exigibles et devaient être notifiées à l'assuré lequel était actuellement en incapacité de travail de 50 % dans une activité adaptée.
23. Par communication du 28 mai 2009, l'OAI a annulé le projet de décision du « 13 mai 2007 » (recte : 2009) et imparti à l'assuré de poursuivre des mesures de reconditionnement musculaire.
24. Le 12 juin 2009, l'assuré a requis des précisions de l'OAI quant aux mesures exigées.
25. Le 16 juin 2009, l'OAI a indiqué que le médecin-traitant devait déterminer les mesures à prendre sur la base de l'avis du SMR.
26. Le 13 juillet 2010, l'OAI a ouvert une procédure de révision.
27. Le 7 août 2010, l'assuré a indiqué que son état de santé était toujours le même.
28. Le 12 octobre 2010, la Dresse L_____ a indiqué que l'assuré n'était plus son patient depuis un an et demi.
29. Une note de travail de l'OAI du 21 octobre 2010 mentionne que l'assuré a indiqué ne pas être suivi médicalement, qu'il n'y avait rien à faire pour son dos et qu'il n'avait pas suivi de reconditionnement musculaire.
30. Lors d'un entretien du 15 février 2011 avec la réadaptation professionnelle, il a été proposé à l'assuré une mesure d'ordre professionnel durant trois mois aux EPI.
31. Par communication du 7 mars 2011, l'OAI a fixé un délai au 18 mars 2011 à l'assuré pour qu'il se détermine sur sa participation à une mesure d'ordre professionnel.
32. Le 18 mars 2011, l'assuré a écrit à l'OAI qu'il trouvait étonnant qu'on lui propose une mesure à 100 % alors qu'il était reconnu incapable de travailler à 50 % et qu'il

avait, du point de vue du reconditionnement, tout essayé, qu'enfin il était marginal, avait de la peine à être en groupe et vivait la nuit.

33. Le 22 mars 2011, l'assuré a indiqué à la réadaptation professionnelle qu'il allait chercher un médecin et le 4 avril 2011 qu'il avait consulté le docteur P_____, de la clinique de Carouge.
34. Le 14 mai 2011, le Dr P_____ a rempli un rapport médical AI dans lequel il a diagnostiqué une lombosciatalgie L5. Il y avait une persistance d'une lésion rachidienne compatible avec un syndrome douloureux.
35. Le 22 juin 2011, le docteur Q_____ du SMR a estimé que l'atteinte devait être réduite par le suivi et le traitement qui devaient être exigés et que la capacité de travail attendue raisonnablement était de 80 %.
36. La réadaptation professionnelle a fixé le degré d'invalidité de l'assuré à 33 % en prenant en compte un revenu d'invalidé de CHF 44'382.- fondé sur une activité à 80 %, avec une déduction de 10 %.
37. Par projet de décision du 20 février 2012, l'OAI a supprimé la rente d'invalidité de l'assuré au motif que le 28 mai 2009, l'OAI avait enjoint l'assuré de se soumettre à un traitement raisonnablement exigible, en vain, qu'il n'était pas disposé à participer à une mesure de réadaptation et que le degré d'invalidité était de 33 %.
38. Le 21 mars 2012, le Dr P_____ a écrit à l'OAI qu'une expertise multidisciplinaire portant notamment sur les aspects psychiatriques était indispensable, les difficultés de prise en charge actuelle découlant partiellement d'un état psychique anormal, voire d'un état dépressif larvé.
39. Les 13 mars et 2 avril 2012, l'assuré, représenté par un avocat, a observé qu'il n'était pas en mesure, pour des raisons psychiques, de prendre en considération des mesures de réadaptation; la présence du trouble psychique avait été confirmée par le Dr P_____ dans son avis du 21 mars 2012 et la Dresse L_____ dans son avis du 6 mai 2009. Une expertise psychiatrique était nécessaire; par ailleurs, il n'était pas établi que des mesures de réadaptation seraient exigibles; il avait tenté d'améliorer sa mobilité depuis l'intervention de 2002, sans résultat de sorte qu'il était découragé et abattu; une capacité de travail de 80 % était trop optimiste, compte tenu des limitations fonctionnelles admises par le Dr N_____ le 25 septembre 2008, une déduction de 20 % sur le revenu d'invalidé devait être appliquée, et le revenu sans invalidité était surestimé de sorte que son degré d'invalidité était d'au moins 40 %.
40. Le 2 août 2012, le SMR a estimé qu'une expertise rhumatologique était nécessaire.
41. Le 24 septembre 2012, l'assuré a observé qu'une expertise psychique était également nécessaire.
42. Le 3 décembre 2012, le docteur R_____, FMH rhumatologie – médecine interne, a rendu à la demande de l'OAI une expertise.

L'assuré, examiné le 28 novembre 2012, se plaignait de lombopyalgies. Il a posé le diagnostic de lombalgies chroniques – discopathie et hernie discale L5-S1 récidivante – status post discotomie L5-S1 le 28 juin 2002.

Du point de vue thérapeutique, l'assuré n'avait pas bénéficié depuis 2004 de prise en charge physiothérapeutique ou balnéothérapeutique ou médicamenteuse. Il serait opportun qu'il puisse bénéficier d'une prise en charge physiothérapeutique et surtout balnéothérapeutique, dans le but d'une relaxation de la musculature lombosacrée. Il était opportun qu'il puisse bénéficier du port d'une ceinture lombaire, surtout lors des longs déplacements et de port de charges. En cas de douleurs, une médication myorelaxante voire antalgique mineure ou d'AINS serait à proposer.

La capacité de travail était de 20 % comme dépanneur et monteur téléphonique et de 80 % dans une activité adaptée. Il n'y avait pas de déconditionnement musculaire ni d'amyotrophie. On assistait à une cristallisation de douleurs lombaires basses, il n'y avait pas de signe neurologique pouvant expliquer l'ampleur de la symptomatologie douloureuse ou l'impotence fonctionnelle. Il n'y avait pas de péjoration par rapport à la situation de 2008. L'assuré présentait des limitations surtout lors des mouvements en porte-à-faux avec long bras de levier et les longs déplacements immobiles de plus de deux heures en véhicule ainsi que le port de charges de plus de 10 kg. Un reconditionnement musculaire était inutile. Il était difficile de se positionner pour l'expert sur une quelconque affection psychiatrique pouvant expliquer éventuellement une mise en échec des procédures de réadaptation antérieures.

43. Le 19 janvier 2013, la doctoresse S_____ du SMR a estimé que la capacité de travail de 80 % était exigible sans reconditionnement.
44. Le 5 août 2013, la Dresse S_____ a présumé que l'avis du Dr P_____ du 21 mars 2012 ne permettait pas d'admettre la nécessité d'une expertise psychiatrique, en l'état; il n'y avait pas de traitement spécifique, ni de suivi psychiatrique ou de symptômes psychiques évoquant un trouble psychique grave.
45. Par décision du 7 août 2013, l'OAI a supprimé la rente d'invalidité de l'assuré en constatant que son degré d'invalidité était de 33 %. La décision mentionnait qu'un recours n'aurait pas d'effet suspensif.
46. Le 16 septembre 2013, l'assuré, représenté par un avocat, a recouru auprès de la Chambre des assurances sociales de la Cour de justice à l'encontre de la décision de l'OAI du 7 août 2012 en concluant préalablement à la restitution de l'effet suspensif au recours et principalement à son annulation et à la reprise du versement de la rente d'invalidité. Il requérait une comparution personnelle des parties, l'audition des Dr R_____ et P_____ et l'ordonnance d'une expertise pluridisciplinaire.

Des mesures de reconditionnement n'ayant pas été jugées utiles par l'expert R_____, l'OAI ne pouvait tirer aucun argument du fait qu'il ne s'y était pas soumis. L'OAI avait à tort ignoré l'aspect psychique. Pour le surplus, il a repris les

griefs invoqués dans ses observations du 2 avril 2012. Du point de vue de l'effet suspensif, il n'existait aucun intérêt à l'exécution immédiate de la décision attaquée et les chances d'aboutissement favorables du recours étaient très vraisemblables.

47. Le 26 septembre 2013, l'OAI a conclu au rejet de la requête en restitution de l'effet suspensif au recours au motif qu'aucun élément objectif ne mettait en doute l'évaluation médicale de sorte que l'issue du litige n'était pas certaine en faveur du recourant. En outre, il était vraisemblable qu'une procédure en restitution se révélerait infructueuse.
48. Par arrêt incident du 4 octobre 2013, la Cour de céans a rejeté la requête en restitution de l'effet suspensif au recours.
49. Le 14 octobre 2013, l'OAI a conclu au rejet du recours en relevant que l'expertise du Dr R_____, laquelle était probante, avait estimé la capacité de travail de l'assuré à 80 % dans une activité adaptée, laquelle était exigible sans mesures médicales. Il n'y avait pas lieu de suivre, dans ces conditions, la procédure de sommation. Une investigation psychique n'était pas nécessaire car seul un état dépressif larvé était invoqué et l'assuré n'alléguait aucun suivi psychiatrique. Les limitations fonctionnelles et l'âge de l'assuré ne justifiaient pas un abattement sur le revenu d'invalidité supérieur à 10 %. Quant au revenu sans invalidité, il était fondé sur le questionnaire employeur du 13 octobre 2003, soit un salaire que l'assuré était en mesure de réaliser.
50. Le 4 novembre 2013, la Cour a entendu les parties en audience de comparution personnelle.

Le recourant a déclaré :

« Depuis mon opération de 2002, j'ai une douleur permanente dans le bas du dos et je ne peux pas me tenir droit, je suis courbé en permanence. Je dors très peu (environ 3 heures par nuit). Je suis souvent éveillé jusqu'à 6h00 du matin. Je m'occupe seul de mon ménage et je fais des courses quotidiennement. Je n'arrive à faire aucun sport, je ne peux pas courir du tout. Du 10 décembre 2012 au 29 octobre 2013, j'ai séjourné en Italie car j'ai dû aller m'occuper de mon père qui était malade, mes parents vivant en Italie, dans la province de Trévise. Mon père est décédé. J'ai consulté un médecin car aux environs de mai 2013, j'ai eu une crise importante et je ne pouvais plus bouger les deux bras. Le médecin a soupçonné la présence d'hernies cervicales. Il m'a conseillé de rester tranquille et la crise a passé. J'avais consulté le Dr P_____, qui est médecin généraliste, le 4 décembre 2012 et je l'ai revu le mardi 29 octobre 2013. Le Dr P_____ m'a conseillé de consulter un neurochirurgien à l'Hôpital de la Tour, que je n'ai pas encore contacté. Je ne suis suivi par aucun autre médecin. Le Dr R_____ a prescrit des mesures médicales dans son expertise, mais je signale que j'ai déjà porté une ceinture lombaire qui ne m'a pas convenu, j'ai déjà fait de la balnéothérapie qui ne m'a pas convenu non plus et j'ai pris toutes sortes de traitements médicamenteux (cortisone, relaxants), qui n'ont pas amélioré le problème dès lors qu'il s'agit d'un problème mécanique.

Le Dr R_____ a indiqué dans son expertise que je m'étais levé d'un bond dans la salle d'attente, mais je précise que ce n'était pas le cas : je dois toujours prendre appui sur quelque chose pour me lever. Le Dr R_____ a également dit que j'étais resté assis tout au long de l'entretien, ce qui est vrai, mais je change souvent de position quand je reste assis sur ma chaise. Je suis entré dans son cabinet à 8h30 et en suis sorti à 10h10. Il y a d'abord eu un entretien avec le médecin, lors duquel je suis resté assis, puis nous nous sommes rendus dans la salle adjacente pour l'examen proprement dit et nous sommes ensuite revenus dans le bureau. Je dors toujours plié sur le côté car je ne peux pas m'allonger sur le dos, cette position me créant des fourmillements dans les jambes. Au réveil, je n'arrive pas à me lever rapidement. J'ai également des crampes au ventre. Lorsque je fais des longs trajets en voiture, comme par exemple pour aller voir mes parents (6 heures de route), je suis obligé de m'arrêter à plusieurs reprises. Je peux m'agenouiller mais je dois toujours avoir un appui, de sorte que je ne peux pas libérer mes mains. Je suis prêt à me soumettre à une nouvelle expertise. Je précise que je n'ai jamais eu de suivi psychiatrique, ni de traitement par antidépresseurs ».

Son avocat a déclaré :

« Nous demandons une expertise pluridisciplinaire, soit psychiatrique, de neurochirurgie et rhumatologique. Je relève que la procédure de révision n'a pas été entamée en juillet 2009, mais en juillet 2010, comme cela ressort à tort de l'envoi du questionnaire pour la révision de la rente du 22 juillet 2010 ».

51. Le 6 novembre 2013, l'assuré a précisé que la procédure de révision avait débuté en juillet 2010 et non pas en juillet 2009, comme cela ressortait, à juste titre et non pas à tort, du questionnaire pour la révision de la rente du 22 juillet 2010.
52. Le 6 janvier 2014, la Cour de céans a informé les parties qu'elle entendait confier une expertise à la doctoresse T_____, médecin spécialiste en rhumatologie, et leur a imparti un délai pour qu'elles se prononcent sur une éventuelle cause de récusation de l'expert ainsi que sur la mission d'expertise.
53. Le 28 janvier 2014, l'assuré a approuvé l'expertise et rappelé qu'il réclamait également une expertise psychiatrique et neurologique.
54. L'OAI n'a pas répondu.
55. La Dresse T_____ ayant renoncé à effectuer l'expertise, la chambre de céans a informé les parties le 15 mai 2014 qu'elle entendait confier l'expertise au docteur U_____, FMH rhumatologie.
56. le 5 juin 2014, l'OAI a indiqué qu'il n'avait pas de motif de récusation à faire valoir à l'encontre de l'expert.
57. Le 11 juin 2014, l'assuré a approuvé la mission d'expertise en relevant qu'une expertise pluridisciplinaire était nécessaire.

58. Le 10 décembre 2014, le Dr U_____ a rendu son rapport d'expertise, fondé notamment sur un examen de l'assuré du 19 août 2014. L'assuré se plaignait de crampes dans les membres inférieurs, avec des douleurs mécaniques et des douleurs dans les deux membres supérieurs, survenant une fois par trimestre, ainsi que des scapulo-thoracalgies. Sur le plan psychologique, il n'y avait pas d'argument clair pour une dépression actuellement active. Il a posé le diagnostic de :

Syndrome de déconditionnement chronique.

- Status 12 ans après cure chirurgicale de hernie discale L5-S1 droit.
- Troubles statiques et dégénératifs étagés lombaire avec probable micro instabilité segmentaire lombaire basse.
- Déconditionnement physique global et focal sur dysbalances musculaires étagées et modifications fonctionnelles de l'équilibre rachidien.

Syndrome douloureux chronique avec possible composante d'état anxio-dépressif réactionnel à la persistance de la symptomatologie.

Antécédents de violence ou contrainte sexuelle dans l'adolescence (patient mineur).

Le résultat à long terme de l'intervention du 28 juin 2002 avait conduit à l'émergence d'un syndrome douloureux chronique, dans le contexte d'un déconditionnement physique complété par un syndrome de déconditionnement global; cette intervention n'aurait pas dû avoir lieu dans cette forme et à ce moment et le risque d'échec était, dans ce cas, majeur.

Le volet organique de l'atteinte à la santé n'était pas contestable et expliquait sa symptomatologie, dont les douleurs; l'atteinte était également compatible avec les lésions radiologiques; le problème se situait dans l'interprétation entre le vieillissement physiologique et les lésions structurelles et, secondairement, par une composante psychologique. A cet égard, les éléments de contrainte sexuelle dans l'adolescence jouaient un rôle et l'assuré avait développé une personnalité perfectionniste et exigeante; l'absence de dialogue et d'explications avant l'intervention chirurgicale avait généré un conflit; l'octroi de la rente AI avait permis, par la reconnaissance de l'atteinte, de récupérer une partie des capacités fonctionnelles; le refus de rente avait relancé le processus de déconditionnement psychologique et physique. L'assuré était la victime de ce processus, qu'il ne pouvait influencer.

Une évaluation de la sphère psychologique était nécessaire; sur le plan somatique, un reconditionnement pur n'était pas possible et une restauration fonctionnelle du rachis était adéquate, sur plusieurs années. Jusqu'à éclaircissement de la composante psychologique, aucune démarche asséculogique supplémentaire n'était exigible de la part de l'assuré; l'état de santé de l'assuré ne s'était pas amélioré; il s'était même aggravé, comme l'avait constaté le Dr N_____, étant précisé que les constatations du Dr R_____ ne permettaient pas de conclure à l'absence d'un déconditionnement physique.

Sur un plan strictement somatique, l'assuré pourrait, en l'état actuel, avoir une activité sédentaire de bureau à un taux de maximum 30 %. Le pronostic pourrait peut-être s'améliorer avec l'amélioration des mécanismes psychologiques et de la réalisation effective d'une restauration fonctionnelle.

59. Le 5 janvier 2015, le docteur V_____, du SMR, a rendu un avis selon lequel l'expert décrivait un status similaire à celui du Dr R_____ et ne motivait pas le déconditionnement musculaire; il insistait sur la composante psychologique des limitations fonctionnelles et la prépondérance des facteurs psychosociaux, lesquels ne pouvaient être pris en compte; il ne faisait pas une évaluation strictement médico-théorique de la situation de l'assuré et il fallait s'en tenir à l'expertise du Dr R_____.
60. Le 9 février 2015, l'OAI a observé que les conclusions de l'expertise du Dr U_____ ne pouvaient être suivies, car celui-ci incluait dans sa réflexion des facteurs d'ordre psychosociaux; il outrepassait ses compétences en effectuant une analyse psychologique; le taux de capacité de travail retenu se référait à des facteurs psychologiques (stress devant un écran) et se référait à une étude citant des professions qui n'étaient pas celles de l'assuré. Le Dr R_____ avait constaté la disparition d'un déconditionnement physique.
61. Le 12 février 2015, l'assuré a observé que l'expert avait fondé l'existence d'une atteinte physique susceptible de provoquer les douleurs annoncées et limitait la capacité de travail à 30 % dans une activité sédentaire; l'expert avait aussi estimé qu'une expertise psychiatrique était nécessaire, ce qui rejoignait ses propres conclusions.
62. A la demande de la chambre de céans, le Dr U_____ a complété son expertise le 1^{er} juin 2015.

Il avait exposé dans son expertise le modèle médicalement et universellement admis par les instances spécialisées dans la prise en charge et l'évaluation de la lombalgie chronique et des troubles musculo-squelettique, modèle qui était efficace pour remettre les personnes souffrant de ces affections au travail. Même si des facteurs psycho-sociaux étaient présents, il fallait tenir compte des facteurs somatiques; de surcroît les premiers n'étaient pas prépondérants; il n'avait pas dit que des facteurs non somatiques provoquaient les douleurs, mais uniquement qu'ils agissaient sur l'intensité de celles-ci. Le syndrome de déconditionnement était défini également par des facteurs psychosociaux; il n'avait pas outrepassé sa mission, mais donné des informations sur le processus ayant conduit à l'état maladif; il avait notamment mis en évidence le problème en le situant dans l'interpénétration entre le vieillissement physiologique et les lésions structurelles, ce qui relevait bien du domaine de la rhumatologie; le SMR n'avait pas lu attentivement son expertise; il ne s'était jamais limité à l'examen de l'aspect psychologique; il s'était borné à énumérer des éléments psychiatriques et considérait qu'une approche psychiatrique par un spécialiste était impérative; le

SMR contestait à tort l'existence d'une agression sexuelle, laquelle devait toutefois faire partie d'un examen psychiatrique spécialisé, comme il le suggérait; la formation de rhumatologue permettait de dépister des composantes psychiatriques éventuelles, dans le cadre des problématiques des douleurs chroniques; cela était même une nécessité. Le stress devant l'écran était d'abord physique, par surcharge de la musculature et absence d'ergonomie adéquate; la citation de l'étude américaine était intéressante car elle permettait de faire une comparaison avec le cas de l'assuré.

Le SMR contestait à tort la valeur probante de son expertise, qui tenait pourtant compte du concept actuel de la prise en charge des lombalgies chroniques. Le Dr N_____ avait, en 2008, très précisément décrit un trouble fonctionnel musculo-squelettique, soit une posture simiesque lors de la marche, qu'il avait lui-même retrouvé; l'assuré présentait une rétractation des ischio-jambiers; le Dr R_____ n'avait pas retrouvé ces stigmates de déconditionnement, lesquels étaient réapparus en 2015, ce qui démontrait les effets néfastes du stress (conflit avec les assurances) sur l'appareil musculo-squelettique.

En plus du status du Dr R_____, il notait dans l'examen physique :

- un déshabillage rendu difficile par une limitation de tout l'étage lombo pelvi bifémoral
- que la marche se fait dans une posture simiesque en flexion antérieure du tronc (qui persiste lorsque le patient ne se sent pas observé)
- une flexion compensatoire des hanches et des genoux avec projection antérieure de la tête
- que la marche aggrave les lombalgies basses en barre
- que l'accroupissement, uniquement partiel, ne peut se faire qu'avec l'aide d'un support
- des contractures marquées paralombaires droites, non réversibles
- un défaut d'inversion de la lordose lombaire lors de la flexion antérieure du tronc, contrairement au Dr R_____ qui décrit un rythme lombo pelvien physiologique
- que les inclinaisons latérales entraînent rapidement un décollement du talon controlatéral, signant ainsi une raideur segmentaire lombaire basse importante
- une raideur lombaire importante dans tous les quadrants de mouvement, en particulier dans les rotations
- enfin, le plus important, absence complète de réponse du muscle transverse de l'abdomen à la mise en charge du tronc aussi bien par l'élévation que par l'abduction des membres supérieurs, signant une perte totale de la réponse proprioceptive musculaire protectrice du segment lombaire, entraînant une incompétence générale du caisson abdominal, signifiant la perte de 30 % de la stabilité lombaire. Cette perte explique facilement les épisodes de blocages décrits par le patient, et correspond à une micro instabilité segmentaire lombaire basse, bien documentée par ailleurs sur les examens radiologiques

L'absence d'amyotrophie n'était pas une preuve d'une bonne condition physique. Il avait insisté sur le rôle premier non pas de la composante psychologique, mais des atteintes somatiques, agent principal du développement du tableau clinique. La composante psychologique était toujours secondaire à l'atteinte somatique. L'assuré devait pouvoir faire partie des cas qui, après rééducation fonctionnelle intensive du rachis, aboutissent à une reprise possible de travail; actuellement, le patient ne pouvait travailler au-delà de 30 %. L'état de santé de l'assuré s'était aggravé depuis 2006 de façon progressive; l'étude américaine était citée à titre préventif, car l'assuré s'était aussi plaint de cervicalgies. Le déconditionnement physique et global de l'assuré était objectivable sous la forme d'un syndrome de déconditionnement, qu'il avait décrit en détail lequel se traduisait au fil du temps par la perte de l'endurance musculaire focale, de l'endurance globale cardio-vasculaire, la perte de la mobilité articulaire à tous les niveaux, les troubles de la coordination avec perte du schéma corporel et perte des composants proprioceptives permettant de maîtriser la gestuelle dans des situations urgentes par exemple. Un tel déconditionnement représentait un risque sur un chantier ou dans une activité de précision. Au fil du temps, se greffait sur le déconditionnement physique le déconditionnement psychique, avec troubles du sommeil, émergence d'un état anxio-dépressif, kinésiophobie et réponse inadéquate au stress, aussi bien physique que psychique. Ce tableau était réversible, à condition d'entreprendre les mesures adéquates, qu'il avait cités. En résumé, il n'était pas possible de parler de lombalgies chroniques sans rentrer dans les composantes psychologiques secondaires à la douleur chronique, à moins d'accepter d'affronter d'emblée un échec thérapeutique, qui, sur le plan asséurologique, conduirait à une invalidation progressive et un recours aux services sociaux lorsque l'AI aurait refusé, pour des raisons essentiellement juridiques, de reconnaître la réalité du fait médical.

63. Le 21 juillet 2015, le Dr V_____. du SMR, a rendu un avis selon lequel l'expert avait indiqué que les facteurs psycho-sociaux jouaient un rôle dans la pérennité du déconditionnement et que l'évaluation de la capacité de travail était arbitraire et subjective; il n'y avait pas d'évaluation strictement médico-théorique, de sorte qu'il maintenait ses conclusions précédentes.
64. Le 22 juillet 2015, l'OAI a confirmé son précédent développement en relevant que l'expert confirmait que des facteurs psycho-sociaux avaient influencés ses conclusions.
65. Le 2 septembre 2015, l'assuré a observé que les réponses de l'expert étaient claires et univoques; il fallait s'y référer et procéder à une expertise psychiatrique, laquelle apparaissait nécessaire.
66. 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 1er 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. Par arrêt incident du 4 octobre 2013, la Cour de céans a déclaré le recours recevable (ATAS/973/2013).
3. L'objet du litige porte sur le bien-fondé de la décision du 7 août 2013 de suppression du trois-quarts de rente d'invalidité du recourant.
4. On peut envisager quatre cas dans lesquels un conflit peut surgir entre une situation juridique actuelle et une décision de prestations, assortie d'effets durables, entrée en force formelle: une constatation inexacte des faits (inexactitude initiale sur les faits) peut, à certaines conditions, être corrigée par une révision procédurale conformément à l'art. 53 al. 1 LPGA. Lorsqu'une modification de l'état de fait déterminante sous l'angle du droit à la prestation (inexactitude ultérieure sur les faits) survient après le prononcé d'une décision initiale exempte d'erreur, une adaptation peut, le cas échéant, être effectuée dans le cadre d'une révision de la rente au sens de l'art. 17 al. 1 LPGA. Si la décision est fondée sur une application erronée du droit (application initiale erronée), il y a lieu d'envisager une révocation sous l'angle de la reconsidération (art. 53 al. 2 LPGA). Enfin, il est des cas où une modification des fondements juridiques déterminants intervient après le prononcé de la décision (ATF 135 V 215 consid. 4.1, ATF 127 V 10 consid. 4b).

L'art. 17 al. 1er LPGA dispose que si le taux d'invalidité du bénéficiaire de la rente subit une modification notable, la rente est, d'office ou sur demande, révisée pour l'avenir, à savoir augmentée ou réduite en conséquence, ou encore supprimée. Il convient ici de relever que l'entrée en vigueur de l'art. 17 LPGA, le 1^{er} janvier 2003, n'a pas apporté de modification aux principes jurisprudentiels développés sous le régime de l'ancien art. 41 LAI, de sorte que ceux-ci demeurent applicables par analogie (ATF 130 V 343 consid. 3.5).

Tout changement important des circonstances propre à influencer le degré d'invalidité, et donc le droit à la rente, peut motiver une révision selon l'art. 17 LPGA. La rente peut être révisée non seulement en cas de modification sensible de l'état de santé, mais aussi lorsque celui-ci est resté en soi le même, mais que ses conséquences sur la capacité de gain ont subi un changement important (ATF 130 V 343 consid. 3.5). Il n'y a pas matière à révision lorsque les circonstances sont demeurées inchangées et que le motif de la suppression ou de la diminution de la rente réside uniquement dans une nouvelle appréciation du cas (ATF 112 V 371 consid. 2b et 387 consid. 1b). Un motif de révision au sens de l'art. 17 LPGA doit clairement ressortir du dossier (ATFA non publié I 559/02 du 31 janvier 2003 consid. 3.2 et les arrêts cités). La réglementation sur la révision ne saurait en effet constituer un fondement juridique à un réexamen sans condition

du droit à la rente (ATFA non publié I 406/05 du 13 juillet 2006 consid. 4.1). Un changement de jurisprudence n'est pas un motif de révision (ATF 129 V 200 consid. 1.2).

Le point de savoir si un changement notable des circonstances s'est produit doit être tranché en comparant les faits tels qu'ils se présentaient au moment de la dernière révision de la rente entrée en force et les circonstances qui régnaient à l'époque de la décision litigieuse. C'est en effet la dernière décision qui repose sur un examen matériel du droit à la rente avec une constatation des faits pertinents, une appréciation des preuves et une comparaison des revenus conformes au droit qui constitue le point de départ temporel pour l'examen d'une modification du degré d'invalidité lors d'une nouvelle révision de la rente (ATF 133 V 108 consid. 5.4, ATF 130 V 343 consid. 3.5.2).

5. 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 1er janvier 2008).

En vertu de l'art. 28 al. 1 LAI (dans sa version antérieure au 1er janvier 2004), l'assuré a droit à une rente entière s'il est invalide à 66 2/3 % au moins, à une demi-rente s'il est invalide à 50 % au moins, ou à un quart de rente s'il est invalide à 40 % au moins; dans les cas pénibles, l'assuré peut, d'après l'art. 28 al. 1bis LAI, prétendre à une demi-rente s'il est invalide à 40 % au moins. Dès le 1er janvier 2004, 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 (art. 28 al. 2 LAI).

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. 28 al. 2 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

(MEYER-BLASER, Bundesgesetz über die Invalidenversicherung, Zurich 1997, p. 8).

6. a) 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).

b) 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).

c) 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).

d) Le juge ne s'écarte 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. Selon la jurisprudence, peut constituer une raison de s'écartier d'une expertise judiciaire le fait que celle-ci contient des contradictions, ou qu'une surexpertise ordonnée par le tribunal en infirme les conclusions de manière convaincante. En outre, lorsque d'autres spécialistes émettent des opinions contraires aptes à mettre sérieusement en doute la pertinence des déductions de l'expert, on ne peut exclure, selon les cas, une interprétation divergente des

conclusions de ce dernier par le juge ou, au besoin, une instruction complémentaire sous la forme d'une nouvelle expertise médicale (ATF 125 V 351 consid. 3b/aa et les références).

e) Le juge peut accorder pleine valeur probante aux rapports et expertises établis par les médecins d'un assureur social aussi longtemps que ceux-ci aboutissent à des résultats convaincants, que leurs conclusions sont sérieusement motivées, que ces avis ne contiennent pas de contradictions et qu'aucun indice concret ne permet de mettre en cause leur bien-fondé. Le simple fait que le médecin consulté est lié à l'assureur par un rapport de travail ne permet pas encore de douter de l'objectivité de son appréciation ni de soupçonner une prévention à l'égard de l'assuré. Ce n'est qu'en présence de circonstances particulières que les doutes au sujet de l'impartialité d'une appréciation peuvent être considérés comme objectivement fondés. Etant donné l'importance conférée aux rapports médicaux dans le droit des assurances sociales, il y a lieu toutefois de poser des exigences sévères quant à l'impartialité de l'expert (ATF 125 V 351 consid. 3b/ee).

f) 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 (cf. RAMA 2001 n° U 438 p. 346 consid. 3d).

g) Un rapport au sens de l'art. 49 al. 3 RAI a pour fonction d'opérer la synthèse des renseignements médicaux versés au dossier et de prodiguer des recommandations quant à la suite à donner au dossier sur le plan médical. En tant qu'il ne contient aucune observation clinique, il se distingue d'une expertise médicale (art. 44 LPGa) ou d'un examen médical auquel il arrive au SMR de procéder (art. 49 al. 2 RAI; arrêt du Tribunal fédéral 9C_542/2011 du 26 janvier 2012 consid. 4.1). Ils ne posent pas de nouvelles conclusions médicales mais portent une appréciation sur celles déjà existantes. Au vu de ces différences, ils ne doivent pas remplir les mêmes exigences au niveau de leur contenu que les expertises médicales. On ne saurait en revanche leur dénier toute valeur probante. Ils ont notamment pour but de résumer et de porter une appréciation sur la situation médicale d'un assuré, ce qui implique aussi, en présence de pièces médicales contradictoires, de dire s'il y a lieu de se fonder sur l'une ou l'autre ou s'il y a lieu de procéder à une instruction complémentaire (cf. arrêts du Tribunal fédéral 9C_58172007 du 14 juillet 2008 consid. 3.2 et 9C_341/2007 du 16 novembre 2007 consid. 4.1).

h) 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).

i) 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).

7. 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).
8. 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).

-
9. En vertu de l'art. 28 al. 2 LAI, l'assuré a droit à une rente entière s'il est invalide à 70 % au moins, à un trois-quarts de rente s'il est invalide à 60 % au moins, à une demi-rente s'il est invalide à 50 % au moins, ou à un quart de rente s'il est invalide à 40 % au moins.

Pour évaluer le taux d'invalidité, le revenu que l'assuré aurait pu obtenir s'il n'était pas invalide est comparé avec celui qu'il pourrait obtenir en exerçant l'activité qui peut raisonnablement être exigée de lui après les traitements et les mesures de réadaptation, sur un marché du travail équilibré (art. 16 LPGA et art. 28a al. 1 LAI).

Il y a lieu de préciser que selon la jurisprudence, la notion d'invalidité, au sens du droit des assurances sociales, est une notion économique et non médicale; ce sont les conséquences économiques objectives de l'incapacité fonctionnelle qu'il importe d'évaluer (ATF 110 V 273 consid. 4a). L'atteinte à la santé n'est donc pas à elle seule déterminante et ne sera prise en considération que dans la mesure où elle entraîne une incapacité de travail ayant des effets sur la capacité de gain de l'assuré (ATFA non publié I 654/00 du 9 avril 2001, consid. 1).

10. En l'espèce, la chambre de céans a ordonné, le 16 juin 2014, une expertise rhumatologique confiée au docteur U_____; elle a constaté que l'intimé fondait sa décision de suppression du trois-quarts de rente d'invalidité du recourant sur l'expertise du Dr R_____ du 3 décembre 2012, lequel fixait une exigibilité immédiate de 80 % dans une activité adaptée, soit une activité exercée en diminuant les mouvements en porte à faux, le port de charge de plus de 10 kg et les longs trajets en véhicule de plus de 2 heures et retenait que la situation s'était améliorée depuis l'examen SMR du 16 septembre 2008 par la disparition de l'amyotrophie ou de signe parlant en faveur d'un déconditionnement musculaire; elle a relevé que le Dr R_____ ne mentionnait curieusement aucune amélioration de l'état de santé du recourant depuis les expertises des Drs M_____ (2004) et N_____ (2008), hormis la disparition du déconditionnement musculaire, lequel avait été constaté antérieurement par le Dr N_____.

On se trouvait, à cet égard, en présence de deux avis médicaux contradictoires dès lors que le Dr N_____ avait constaté en 2008 un important trouble statique dans un contexte de déconditionnement musculaire avancé avec dysbalance, raccourcissement de la musculature ischio-jambiers et relâchement important de la sangle abdominale et une péjoration de l'état de santé depuis l'expertise du Dr M_____ en 2004 (progression du trouble statique et déconditionnement musculaire). Or le Dr R_____ n'expliquait pas pour quelle raison, en l'absence de tout réentraînement progressif à l'effort ou reconditionnement musculaire du recourant depuis 2008, ce dernier aurait présenté, de ce point de vue, une nette amélioration de son état de santé, ce d'autant que la période d'invalidité relevée comme facteur aggravant par le Dr N_____ était non plus de 6 ans mais de 10 ans au jour de l'expertise du Dr R_____. Qui plus était, les limitations fonctionnelles fixées par le Dr M_____ en 2004 et le Dr N_____ en 2008 se rapportaient à une profession adaptée qui devait être assise, évitant le port de charge, les positions

debout prolongées, les déplacements nombreux, le changement fréquents de position, les travaux au-dessus de la tête, toute posture entraînant une extension de la colonne vertébrale (expertise du Dr M_____), le port de charge de plus de 7,5 kg de façon répétitive, la position en antéflexion ou en porte-à-faux du rachis contre résistance, la position statique au-delà de 40 minutes sans possibilité de varier les positions assises et debout, la montée/descente d'escaliers à répétition, la position en genuflexion ou accroupie à répétition, toute activité en hauteur ou sur terrain instable et l'exposition à des machines/outils réalisant des vibrations de 5 Hertz ou plus (expertise du Dr N_____).

Or, le Dr R_____ se bornait à relever, comme limitations fonctionnelles, une nécessité de diminuer, mais non pas d'éviter, les mouvements en porte-à-faux avec long bras de levier, les déplacements immobiles de plus de deux heures en véhicule et le port de charge de plus de 10 kg, soit des limitations fonctionnelles moins importantes, sans pour autant expliquer en quoi l'état de santé du recourant s'était amélioré.

L'expertise du Dr R_____ ne revêtait ainsi pas une entière force probante. Dans ces conditions, il convenait d'ordonner une nouvelle expertise rhumatologique, ce d'autant que le recourant avait fait état d'une aggravation de son état de santé par la survenance d'une crise douloureuse et paralysie aux bras en mai 2013, avec soupçon de la présence d'une hernie cervicale (procès-verbal de comparution personnelle du 4 novembre 2013).

Par ailleurs, du point de vue psychique, le Dr P_____ avait invoqué le 21 mars 2012, un état psychique anormal à l'origine d'une difficulté de prise en charge médicale; le recourant, lors de l'audience de comparution personnelle du 4 novembre 2013, avait aussi expliqué qu'il présentait d'importants problèmes de sommeil, qu'il dormait très peu et jamais la nuit.

Dans ces conditions, la question d'une éventuelle expertise psychiatrique se posait. Toutefois, la Cour ordonnerait dans un premier temps une expertise rhumatologique et, selon les résultats de celle-ci, examinerait l'opportunité d'une telle expertise psychiatrique.

11. Le Dr U_____ a rendu son rapport d'expertise le 10 décembre 2014; à la demande de la chambre de céans, il a complété celui-ci le 1^{er} juin 2015.

Ce rapport et son complément remplissent les critères jurisprudentiels précités pour qu'il leur soit reconnu une pleine valeur probante. L'expertise se fonde sur toutes les pièces médicales que l'expert a pris la peine de commenter, résume l'anamnèse de façon complète, relate les plaintes du recourant (chapitre affection actuelle) et comprend dans le chapitre discussion un rappel de l'approche médicale des atteintes chroniques du rachis; l'expert a pris la peine d'expliquer de quelle manière ce genre d'atteinte devait être pris en charge, afin d'assurer au mieux une réinsertion professionnelle, tout en relevant les problèmes et difficultés qui avaient jalonné

l'histoire médicale du recourant; les diagnostics sont clairs et motivés, tout comme l'évaluation de la capacité de travail du recourant.

L'expert a conclu à une capacité de travail du recourant de 30 %. L'atteinte était objectivable, sous la forme d'un syndrome de déconditionnement physique qui comprenait la perte de l'endurance musculaire focale, de l'endurance globale cardio-vasculaire, la perte de la mobilité articulaire à tous les niveaux, les troubles de la coordination avec perte du schéma corporel et perte des composants proprioceptives permettant de maîtriser la gestuelle dans des situations urgentes par exemple. S'était ensuite greffé sur le déconditionnement physique un déconditionnement psychique, avec troubles du sommeil, état anxio-dépressif, kinésiophobie et réponse inadéquate au stress.

L'expert a indiqué que le taux de 30 % prenait seulement en compte un plan somatique (rapport p. 23). Un reconditionnement – lequel devait se baser non pas uniquement sur les concepts biomécaniques, mais comprendre une approche physique et psychologique – permettrait vraisemblablement de remettre le recourant au travail. L'expert a relevé que le Dr N_____ avait décrit très précisément un trouble fonctionnel musculo-squelettique découlant d'un trouble de la statique rachidienne, qu'il avait lui-même retrouvé lors de son examen; cette posture, en particulier la rétractation des ischio-jambiers, était impressionnante. Le Dr R_____ avait exclu un déconditionnement en se basant sur l'absence d'amyotrophie, laquelle ne permettait toutefois pas d'exclure une pathologie musculaire et n'était pas la preuve d'une bonne condition physique (rapport 23 et complément p. 10); le Dr R_____ avait de surcroît décrit un déconditionnement au moins focal sur la musculature du rachis, en notant un syndrome lombovertébral, une hyper-contraction de la région lombo-sacrée avec hypoextensibilité des érecteurs lombaires et du carré des lombes (rapport p. 23).

L'expert a ainsi constaté que le Dr R_____ décrivait à tout le moins un déconditionnement focal et excluait un déconditionnement global sur la base d'un critère non pertinent. Cette explication permettait de retenir, au degré de la vraisemblance prépondérante, que le recourant avait présenté un déconditionnement global constaté par le Dr N_____ en 2008, et par lui-même en 2014, avec, à ce moment-là, en sus, un syndrome de déconditionnement et que l'état de santé du recourant s'était progressivement dégradé depuis février 2012 jusqu'à son propre examen du 19 août 2014.

Il ressort de cette expertise que le déconditionnement global relevé par le Dr N_____ a été confirmé par l'expert en 2014, celui-ci ayant même pu constater une aggravation de l'état de santé du courant par la présence d'un syndrome de déconditionnement. L'expert a indiqué qu'une éventuelle augmentation de la capacité de travail du recourant était entièrement dépendante de la réalisation effective d'une restauration fonctionnelle (expertise p. 23). Le recourant ne pouvait, sur la base d'un examen somatique, travailler au-delà de 30 % (complément p. 12); les limitations fonctionnelles étaient liées au syndrome

de déconditionnement, soit la perte de l'endurance musculaire focale, de l'endurance globale cardio-vasculaire, la perte de la mobilité articulaire à tous les niveaux, les troubles de la coordination avec perte du schéma corporel et perte de composants proprioceptives permettant de maîtriser la gestuelle dans des situations urgentes par exemple. Le déconditionnement psychique se greffait sur le déconditionnement physique avec troubles du sommeil, émergence d'un état anxio-dépressif, kinésiophobie et réponse inadéquate au stress, aussi bien physique que psychique.

Au vu des explications complémentaires de l'expert, il convient d'admettre que la capacité de travail du recourant s'est maintenue à 50 % depuis l'examen par le Dr N_____ et qu'elle était, au jour de sa propre expertise, le 19 août 2014, plus que de 30 %, l'état de santé s'étant progressivement dégradé depuis l'année 2012.

12. Au surplus, les critiques du SMR à l'encontre de l'expertise judiciaire ne résistent pas à l'examen.

Le SMR estime que la description du status de l'expert est similaire à celle du Dr R_____ (démarche penché en avant, marche sur les talons ou les pointes de pieds possible, contracture musculaire vertébrale globale, absence de signe neurologique) et ne justifie pas le déconditionnement musculaire. A cet égard, l'expert a expliqué que le Dr N_____ relatait déjà un trouble fonctionnel musculo-squelettique et que la description faite par le Dr R_____ correspondait à tout le moins à un déconditionnement focal, sans signe objectivable de bonne condition physique, de sorte que ses propres constatations rejoignaient celles des deux médecins précités, sous réserve que le tableau clinique s'était aggravé.

S'agissant des facteurs psycho-sociaux, l'expert a précisé qu'ils constituaient une conséquence du déconditionnement physique global et que les facteurs somatiques étaient à la base de l'atteinte; les facteurs psychosociaux faisaient partie de la définition du syndrome de déconditionnement et favorisaient la douleur (complément p. 2 - 3). Les aspects psychologiques et l'absence de contrat thérapeutique se combinaient à l'état physique et n'en représentaient nullement le poids le plus élevé (complément p. 2). Dans ces conditions, c'est à tort que l'intimé considère que les facteurs psychosociaux ont un caractère prépondérant dans les limitations du recourant. Comme relevé par l'expert, les données scientifiques les plus récentes tiennent compte d'une approche globale des personnes souffrant de lombalgies chroniques, laquelle a permis un taux de reprise de travail supérieur à celui issu d'une approche uniquement biomécanique. Cette constatation a amené l'expert à développer cet aspect et à évoquer l'ensemble des facteurs qui sont considérés par les thérapeutes, dans le cadre d'un reconditionnement des personnes atteintes de lombalgies chroniques.

Or, l'intimé, à la première évocation de facteurs environnementaux, sociaux et familiaux, a estimé que l'atteinte relevait de facteurs non pris en charge par l'assurance-invalidité et n'était pas objectivable. Cette conclusion est erronée,

comme l'a souligné l'expert (complément p. 2). Celui-ci a d'ailleurs indiqué que le volet organique de l'atteinte à la santé du recourant n'était pas contestable et expliquait la symptomatologie, tout comme les constatations de l'examen physique, de sorte que l'atteinte à la santé était susceptible de provoquer les douleurs annoncées et était compatible avec les lésions radiologiques décrites; les composantes psychologiques n'étaient que secondaires (expertise p. 19 et complément p. 2).

Le fait que, selon l'expert, des études expérimentales chez des sujets sains avaient montré l'influence négative des tensions psychologiques sur la musculature et la gestuelle du rachis en général (expertise p. 20) ne permet pas de reléguer en l'occurrence l'atteinte purement somatique au plan secondaire par rapport à l'aspect psychologique.

Par ailleurs, l'expert a souligné qu'un processus de restauration fonctionnelle du rachis devait impliquer pour le recourant une couverture médicamenteuse adéquate, car la douleur physique persistante était un obstacle majeur à la récupération des déficiences fonctionnelles (expertise p. 21), reconnaissant par là-même la prépondérance de l'état douloureux objectivé.

Enfin, l'expert lui-même, lorsqu'il répond aux critiques du SMR, indique ne pas comprendre pourquoi l'intimé insiste sur les termes psychologiques et sociaux en excluant le terme somatique, pourtant bien évident en début d'énumération (complément p. 3), ni pourquoi le SMR lui reproche d'outrepasser ses compétences, dès lors que les lignes directrices des HUG/CHUV pour la prise en charge des lombalgies chroniques commandent d'examiner la sphère psychologique, notamment pour décider du recours à un psychiatre (complément p. 6) et relève qu'il avait insisté sur le rôle premier des atteintes somatiques, sur leur responsabilité en tant qu'agent principal du développement du tableau clinique (complément p. 10). L'expert a aussi expliqué que le stress devant l'écran, qu'il avait mentionné dans l'évaluation de la capacité de travail, était d'abord physique, par surcharge de la musculature et absence d'ergonomie adéquate, de sorte que, contrairement à l'avis du SMR, la chambre de céans constate que l'expert n'a pas inclus une composante psychologique dans l'évaluation de la capacité de travail du recourant.

L'avis du SMR du 21 juillet 2015, postérieur au complément d'expertise judiciaire, réitérant le constat d'absence d'évaluation strictement médico-théorique, n'est ainsi pas pertinent. En particulier, ce n'est pas parce que l'expert a fait part de l'approche globale des atteintes du rachis, en mentionnant les dernières avancées médicales dans la prise en charge la plus efficace possible de cette problématique, et en soulignant la difficulté à fixer précisément une capacité de travail résiduelle, que son évaluation est dénuée de force probante. En particulier, l'affirmation du SMR (avis du 21 juillet 2015), selon laquelle le risque de déconditionnement ne fait que reprendre les conséquences de la sédentarisation du recourant, est contredite par l'explication de l'expert sur le fait que l'atteinte à la santé du recourant est compatible avec les lésions radiologiques décrites, soit le vieillissement musculo-

squelettique et la cicatrisation post opératoire susceptible d'influencer le fonctionnement d'un segment de la chaîne vertébrale, affectant l'ensemble de celle-ci (expertise p. 19), lésions qui ont notamment entraîné des douleurs et un trouble fonctionnel musculo-squelettique (complément p. 7 – 8).

13. L'expertise judiciaire étant convaincante, il y a lieu de suivre ses conclusions, soit une aggravation progressive de l'état de santé du recourant, depuis la décision de l'intimé de février 2012, de sorte que l'incapacité de travail de 50 % du recourant a perduré jusqu'au 19 août 2014, moment où elle a augmenté à 70 %.
14. S'agissant de l'aspect psychiatrique, le recourant a sollicité une expertise judiciaire, principalement en vue de démontrer la présence de troubles l'empêchant de se soumettre à une mesure de reconditionnement. L'expert a également mis en évidence le fait que la sphère psychologique du recourant devait être explorée, car elle pourrait expliquer les réactions oppositionnelles du recourant devant toute proposition de mesure de réinsertion / reconditionnement physique (expertise p. 20), que des facteurs psychologiques / psychiatriques intervenaient dans les possibilités réelles de réadaptation (expertise p. 22) et que les mécanismes psychologiques empêchaient le recourant de s'investir dans un processus de restauration fonctionnelle du rachis (expertise p. 23).

A cet égard, l'art. 21 al. 4 LPGA prévoit que les prestations peuvent être réduites ou refusées temporairement ou définitivement si l'assuré se soustrait ou s'oppose, ou encore ne participe pas spontanément, dans les limites de ce qui peut être exigé de lui, à un traitement ou à une mesure de réinsertion professionnelle raisonnablement exigible et susceptible d'améliorer notablement sa capacité de travail ou d'offrir une nouvelle possibilité de gain. Une mise en demeure écrite l'avertissant des conséquences juridiques et lui impartissant un délai de réflexion convenable doit lui avoir été adressée. Les traitements et les mesures de réadaptation qui présentent un danger pour la vie ou pour la santé ne peuvent être exigés.

Il incombera en conséquence à l'intimé d'examiner dans quelle mesure un traitement, par le biais d'un reconditionnement, comme l'expert judiciaire l'a mentionné, est exigible du recourant et, dans ce cadre, de procéder, au besoin, à l'évaluation de l'atteinte psychiatrique alléguée. Il ne sera donc pas donné suite à la requête du recourant visant à la mise sur pied d'une expertise judiciaire, celle-ci n'étant, en l'état, pas jugée nécessaire.

15. La chambre de céans constate, sur la base de l'expertise judiciaire, qu'au jour de la décision litigieuse, le 7 août 2013, aucun motif de révision du trois-quarts de rente d'invalidité du recourant n'était réalisé, l'état de santé de celui-ci entraînant encore une incapacité de travail de 50 %; en particulier, il n'était pas possible de retenir une capacité de travail du recourant de 80 %, de surcroît sans reconditionnement, comme l'a estimé l'intimé, en se ralliant à l'avis du SMR du 19 janvier 2013.

Partant, la décision litigieuse doit être annulée et il sera dit que le recourant a droit à la continuation du versement de son trois-quarts de rente d'invalidité.

16. Au surplus, la chambre de céans constate que l'aggravation établie par l'expert et aboutissant à une incapacité de travail de 70 % est survenue postérieurement à la décision litigieuse du 7 août 2013; elle ne fait ainsi pas partie de l'objet du présent litige.

En effet, de jurisprudence constante, le juge apprécie en règle générale la légalité des décisions entreprises d'après l'état de fait existant au moment où la décision litigieuse a été rendue (ATF 131 V 242 consid. 2.1 p. 243; 121 V 362 consid. 1b p. 366). Les faits survenus postérieurement, et qui ont modifié cette situation, doivent en principe faire l'objet d'une nouvelle décision administrative (ATF 121 V 362 consid. 1b p. 366). Toutes les conditions qui commandent un élargissement du procès au-delà de l'objet de la contestation n'étant pas réalisées, il n'y a pas lieu en l'occurrence d'étendre l'objet du litige (ATF 130 V 501). En revanche, la cause sera renvoyée à l'intimé afin qu'il procède à un nouveau calcul du degré d'invalidité du recourant et rende une nouvelle décision, en tenant compte des constatations de l'expertise rhumatologique judiciaire du 7 août 2013, l'état de santé du recourant s'étant aggravé depuis le 19 août 2014.

17. Au surplus, la rente ayant été supprimée par décision du 7 août 2013, il n'y a pas lieu au paiement d'intérêts moratoires (art. 26 al. 2 LPGGA).
18. Le recourant obtenant gain de cause, une indemnité de CHF 4'000.- lui sera accordée à titre de participation à ses frais et dépens (art. 61 let. g LPGGA). Etant donné que, depuis le 1^{er} juillet 2006, la procédure n'est plus gratuite (art. 69 al. 1bis LAI), au vu du sort du recours, il y a lieu de condamner l'intimé au paiement d'un émolument de CHF 500.-.

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

Statuant

A la forme :

1. Déclare le recours recevable.

Au fond :

2. L'admet.
3. Annule la décision de l'intimé du 7 août 2013.
4. Dit que le recourant a droit à la continuation du versement de son trois-quarts de rente d'invalidité.
5. Renvoie la cause à l'intimé dans le sens des considérants.
6. Condamne l'intimé à verser au recourant une indemnité de CHF 4'000.-.
7. Met un émolument de CHF 500.- à la charge de l'intimé.
8. 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

Alicia PERRONE

Valérie MONTANI

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