

EN FAIT

1. Monsieur A_____ (ci-après : l'assuré ou le recourant), né le _____ 1967, de nationalité portugaise titulaire d'un permis B, marié, est entré en Suisse en 2007 et a exercé du 22 janvier au 31 août 2007 une activité d'aide agricole pour CHF 3'160.- par mois et depuis le 3 septembre 2007 une activité de monteur en échafaudage pour B_____ à temps complet, pour un salaire de CHF 27.50 par heure. Son épouse vit avec leur fille, née en 2004, au Portugal.
2. Le 13 septembre 2010, le docteur C_____, du Groupe médical d'Onex, a attesté d'un arrêt de travail du 13 au 19 septembre 2010.
3. Le 16 septembre 2010, le service de médecine de premier recours des Hôpitaux universitaires de Genève (ci-après : HUG) a attesté d'une incapacité de travail totale de l'assuré pour maladie du 16 au 20 septembre 2010.
4. Le 19 octobre 2010, une IRM cervicale a conclu à une discopathie C5 - C6 avec hernie discale médiane para-médiane droite avec un fragment luxé vers le haut en position para-médiane droite ainsi qu'au niveau foraminaux droit en conflit significatif avec la racine C6 à droite. Une petite anomalie de signal du plateau supérieur et antérieur en D1, pouvant correspondre à un remaniement de type MODIC I ou éventuellement une hernie intraspongieuse aiguë.
5. Le docteur D_____, spécialiste FMH médecine interne, a attesté le 20 septembre 2010 d'une incapacité de travail totale de l'assuré dès le 16 septembre 2010 ; il a renouvelé l'arrêt de travail jusqu'au 18 décembre 2010 les 27 septembre, 1^{er} octobre, 14 octobre, 28 octobre et 22 novembre 2010.
6. Le 12 novembre 2010, le Docteur E_____, médecin adjoint au service de neurochirurgie, n'a pas proposé d'intervention en raison d'amélioration spontanée sous traitement conservateur.
7. Le 25 novembre 2010, la Zürich compagnie d'assurance SA (ci-après : l'assurance), assureur perte de gain, a versé une indemnité journalière à l'assuré et a transmis à l'Office de l'assurance-invalidité (ci-après : OAI) un formulaire de détection précoce, l'assuré étant en incapacité de travail totale depuis le 13 septembre 2010.
8. Un entretien de détection précoce a eu lieu le 16 décembre 2010 ; l'assuré a évoqué une hernie discale, des douleurs dorsales et des limitations de mouvements, empêchant le port de charges ; il était mentionné que l'assuré parlait très peu le français.
9. Le 13 janvier 2011, l'assuré a déposé une demande de prestations AI.
10. Le 24 janvier 2011, le Dr D_____ a rempli un rapport médical AI attestant de discopathie C5 - C6 depuis le 20 septembre 2010, de douleurs et d'un pronostic défavorable.

11. Le 24 janvier 2011, le Dr D_____ a répondu à un questionnaire de l'assurance en mentionnant que l'état de santé était stationnaire avec des limitations physiques et douleurs à la nuque, la compliance optimale et une reprise de travail impossible en l'absence d'évolution favorable ; une activité légère assise pouvait lui être attribuée.
12. Un entretien d'évaluation a eu lieu à l'OAI le 22 février 2011 et a conclu à la prise en charge de cours de français avant d'examiner la pertinence de mesures d'ordre professionnel.
13. Par communication du 28 février 2011, l'OAI a pris en charge un cours de français de trente-deux séances de soixante minutes.
14. Le 2 mars 2011, l'assurance a informé l'OAI qu'une expertise aurait lieu le 3 mars 2011.
15. Le 31 mars 2011, le Dr D_____ a attesté d'un état de santé stationnaire ; la capacité de travail était d'environ 50 % dans une activité de bureau ; ou pouvait envisager un travail très léger.
16. Le 13 mai 2011, l'assurance a informé l'assuré qu'elle cesserait le versement des indemnités journalières au 1^{er} septembre 2011 au motif que l'assuré était capable d'exercer un travail à 100 %, léger, avec limitations de port de charges lourdes, station assise prolongée et mouvement en dessous de la ligne des épaules.
17. Le 15 avril 2011, la Clinique Corela a rendu une expertise rhumatologique (docteur F_____) fondée notamment sur un examen du 3 mars 2011. L'assuré se plaignait de douleurs de type névralgies cervico-brachiales C6 droite et cervicales droites irradiant dans la région de l'épaule et du bras droit et des troubles sensitifs dans le territoire C6 droit, ainsi que de lombalgies permanentes. L'expert a posé le diagnostic de cervico-brachialgies C6 droites par hernie discale C5-C6 droite, et, sans incidence sur la capacité de travail, de lombalgies par compression du fourreau dural. Le traitement devait être adapté (traitement anti-inflammatoire, voire corticothérapie, traitement antidépresseur, tractions cervicales manuelles) de sorte que la rémission devrait intervenir « fin mars 2011 » permettant une capacité de travail de 100 % dès le 31 mars 2011 et, si non, dans un maximum de huit semaines l'assuré devrait démissionner pour motif de santé et aller s'inscrire au chômage dans un poste sans port de charges, station assise prolongée, déplacements en hauteur intensifs, porte-à-faux, ou conduite d'engins professionnels.

S'agissant des lombalgies, en présence d'un bilan radiologique et d'un examen clinique sans particularité, sans compression et sans risque neurologiques, l'assuré était conseillé de sortir et rencontrer des personnes ; les limitations de station debout et assise prolongées, marche prolongée, port de lourdes charges, conduite d'un véhicule professionnel et d'engins vibrants n'avaient aucune influence sur la capacité de travail et étaient énumérées à titre préventif ; la non rémission des symptômes semblait aussi liée à un certain isolement, même si l'assuré vivait avec ses deux frères.

18. Le 12 mai 2011, le Dr D_____ a attesté d'une incapacité de travail totale du 19 septembre 2010 au 12 juin 2011.
19. Le 15 juin 2011, une note de travail IP relève que l'employeur ne peut proposer aucun poste à l'assuré.
20. Le 21 juin 2011, la doctoresse G_____, du service médical régional Assurance-invalidité (ci-après : SMR), a rendu un avis selon lequel les limitations fonctionnelles étaient les suivantes : éviter le port de charges, le travail avec les bras au-dessus de l'horizontale, le porte-à-faux du rachis et les positions statiques du dos ; après entretien téléphonique avec le Dr D_____, la capacité de travail était de 50 % dès le 1^{er} avril 2011 dans une activité adaptée, voire plus, à évaluer par un spécialiste de la réadaptation.
21. Le 15 juillet 2011, le rapport de clôture IP en vue de DDP relève que le SMR n'a pas estimé clairement la capacité de travail et que celle-ci est envisagée à 50 % ou plus ; le stage permettrait de définir de rendement.
22. Le 15 juillet 2011, l'assuré s'est inscrit à l'Office régional de placement (ci-après : ORP).
23. Le 29 juillet 2011, le docteur H_____ a écrit à la Doctoresse I_____, spécialiste FMH médecine générale (Groupe médical d'Onex) que l'origine de l'atteinte radiculaire C6 droite était la hernie intraforaminale droite C5 – C6 et qu'un avis neurochirurgical devait être demandé.
24. Le 5 août 2011, une note de travail OAI relève que l'assuré s'est inscrit auprès de la caisse de chômage UNIA et qu'un stage EPI est envisagé.
25. La réadaptation professionnelle a proposé la prise en charge d'un stage d'observation professionnelle avec validation des cibles pour un stage en entreprise (ESPACE) aux EPI, du 7 novembre 2011 au 12 février 2012 et, par communication du 15 août 2011, l'OAI a pris en charge une orientation professionnelle du 7 novembre 2011 au 12 février 2012 aux EPI.
26. Le 28 novembre 2011, une note de travail de l'OAI mentionne que la dresse I_____ a indiqué que l'assuré souffrait énormément et que l'état de santé n'était pas stabilisé.
27. Le 30 novembre 2011, une note de travail de l'OAI relève que selon le médecin de l'assuré, celui-ci a énormément de douleurs et un arrêt total était prévu.
28. Par décision du 8 décembre 2011, l'Office cantonal de l'emploi (ci-après : OCE) a déclaré l'assuré inapte au placement au motif qu'il était en arrêt maladie depuis le 13 septembre 2010 et qu'il n'avait effectué aucune démarche pour retrouver un emploi.
29. Le 8 décembre 2011, le Dr E_____ a indiqué qu'une intervention n'aurait pas d'effet garanti sur les douleurs cervicales, pouvant être causées par une arthrose cervicale multi-étagée ; il fallait investiguer une éventuelle myélopathie débutante.

30. Le 13 décembre 2011, la Dresse I_____ a attesté d'une incapacité de travail totale de l'assuré du 13 au 31 décembre 2011, renouvelée du 1^{er} au 31 janvier 2012 ; elle a précisé que l'assuré était en incapacité physique d'effectuer le stage d'évaluation.
31. Le 9 janvier 2012, le SMR a estimé que l'état de santé s'était aggravé après le début du stage et qu'il fallait demander un rapport médical en mars 2012, une intervention étant prévue.
32. Le 12 janvier 2012, les EPI ont rendu un rapport d'orientation professionnelle en relevant que la mesure n'avait pas pu être menée à terme et les éléments observés durant cette période de stage, où l'assuré n'avait pas pu montrer tout son potentiel à cause de fréquents et parfois importants signes d'inconfort, ne permettaient pas de tirer des conclusions objectives dans le but de déterminer les possibilités professionnelles réelles de l'assuré et les rendements que l'on pourrait exiger. Néanmoins, actuellement, l'assuré montrait encore un état de grande fragilité au niveau de l'atteinte et il n'avait pas la résistance ni les ressources physiques et mentales suffisantes pour rebondir afin d'envisager, dans des conditions acceptables, la reprise d'une activité professionnelle. Suite à l'avis médical de la Dresse I_____, du 13 décembre 2011, qui prenait position sur l'incapacité de l'assuré à poursuivre le stage, ainsi que le certificat médical de longue durée, l'assuré avait dû être sorti de leurs effectifs au 8 janvier 2012, en accord avec l'OAI.
33. Le 24 janvier 2012, la réadaptation professionnelle a proposé qu'en l'état l'exigibilité médicale soit clarifiée.
34. Le 24 février 2012, le Dr E_____ a suspecté une myélopathie débutante et requis des investigations.
35. Le 22 mai 2012, la Dresse I_____ a indiqué un état de santé stationnaire, les douleurs étaient aggravées lors d'efforts même minimes ; une aggravation avait eu lieu lors du stage AI ; l'incapacité de travail était totale dans toute activité, tout effort du membre supérieur droit déclenchant des douleurs.
36. le 23 mai 2012, le Dr E_____ a proposé à l'assuré une intervention en raison d'un très grand handicap causé par les cervicalgies et également de l'image d'impression sur le cordon médullaire avec quand même une suspicion de myélopathie clinique débutante, même en l'absence d'atteinte des PES.
37. Le 2 août 2012, l'assuré a subi une intervention chirurgicale (discectomie C5 – C6) par le Dr E_____.
38. Le 18 septembre 2012, le Dr E_____ a rendu un avis attestant de douleurs radiculaires dans le bras droit amendées, mais de persistance de paresthésies dans le territoire C6 à droite et de douleurs cervicales importantes.
39. Le 1^{er} octobre 2012, le docteur J_____, spécialiste FMH rhumatologie, a écrit à la Dresse I_____ qu'il persistait des cervicalgies invalidantes ainsi que des paresthésies aux deux premiers doigts à droite malgré le traitement.

40. Le 7 décembre 2012, le Dr E_____ a mentionné la persistance de paresthésies dans le territoire C6 à droite et de douleurs cervicales invalidantes.
41. Le 20 décembre 2012, la Dresse I_____ a rempli un rapport médical AI indiquant que l'état de santé de l'assuré s'était aggravé depuis le 18 novembre 2011, avec la participation au stage, par une majoration douloureuse ; l'assuré présentait une impotence fonctionnelle du membre supérieur droit et la position statique assise ou debout donnait des cervicalgies ; il était en attente d'une intervention chirurgicale.
42. Le 19 mars 2013, la Dresse G_____ du SMR a proposé de demander un rapport médical à la Dresse I_____ et de voir si une intervention avait eu lieu.
43. Le 25 mars 2013, l'assuré a indiqué qu'il avait été opéré le 2 août 2012 par le Dr J_____ et qu'il était suivi au département de neurochirurgie des HUG.
44. Le 27 mars 2013, le service de neurochirurgie des HUG (Drs K_____, médecin interne, et L_____, chef de clinique) ont indiqué que l'intervention avait une évolution favorable au niveau des cervicobrachialgies, malgré la persistance de cervicalgies modérées.
45. Le 16 avril 2013, le Dr J_____ a rempli un rapport médical AI attestant de cervicalgies et cervicobrachialgies droites : il suivait l'assuré depuis le 1^{er} octobre 2012 ; il persistait des cervicalgies chroniques et une limitation de la mobilité du rachis cervical ; l'incapacité de travail était totale depuis le 1^{er} octobre 2012 ; dans une activité adaptée, la capacité de travail était de 50 % dès ce jour ; les limitations fonctionnelles étaient une forte limitation de la mobilité du rachis cervical et d'importantes douleurs, avec baisse du rendement de 50 %.
46. Le 19 avril 2013, la Dresse I_____ a rempli un rapport médical intermédiaire AI indiquant une amélioration de l'état de santé, avec la persistance de cervicalgies, de douleurs permanentes majorées au moindre mouvement, mais régression complète des symptômes au membre supérieur droit. L'ancienne activité n'était plus exigible ; une reconversion était indispensable mais il fallait une régression douloureuse pour l'envisager.
47. Le 10 septembre 2013, la Docteure M_____ du SMR a relevé que la Dresse I_____ préconisait une reconversion moyennant une régression douloureuse et estimé qu'à l'évidence la situation permettait la reprise d'une activité adaptée depuis avril 2013. L'incapacité de travail était totale du 13 décembre 2011 au 31 janvier 2012, puis la capacité de travail était entière dans une activité adaptée.
48. Le 5 mars 2014, l'assuré a été reçu en entretien auprès de la réadaptation professionnelle et a indiqué que ses douleurs l'empêchaient de suivre une mesure ; la réadaptation a estimé que les lacunes en français empêchaient un reclassement. Le degré d'invalidité était de 31,4 %, calculé en 2012, compte tenu d'un revenu sans invalidité de CHF 72'608.- (revenu 2009 de CHF 70'455.-, indexé en 2012) et d'un revenu d'invalidité de CHF 49'773.- (fondé sur l'ESS 2010, tableau TA1,

homme, niveau 4 pour 41,6 heures de travail hebdomadaire, indexé en 2012, avec une déduction de 20 %).

49. Le 4 août 2014, la Dresse M_____ a estimé qu'une expertise rhumatologique était nécessaire.
50. Le 19 janvier 2015, le docteur N_____, spécialiste FMH rhumatologie et médecine interne, a rendu une expertise rhumatologique (examen du 4 décembre 2014).

L'assuré se plaignait de problèmes de sommeil en raison des douleurs (cervicalgies), lesquelles avaient augmenté depuis l'opération, avec apparition de lombalgies (depuis 2010), de brachialgies gauches, avec diminution de la sensibilité de trois doigts (depuis 2014) ainsi que des limitations de mouvements. Le rachis cervical dorsal et lombaire était inexaminable en raison de retenue de mouvement et de douleurs. L'expert a posé le diagnostic de syndrome somatoformes douloureux (F 45,4) présent depuis ?, status après discectomie C5-C6 par abord antérieur et mise en place d'une cage Fidji 14 x 19 x 5,3 mm pour une hernie discale comprimant C6 droite (M50.1), le 2 août 2012.

L'atteinte radiculaire C6 droit avait été guérie par l'intervention chirurgicale ; les plaintes au niveau du MSG n'avaient pas été mises en relation avec une atteinte radiculaire ou périphérique et les plaintes lombaires étaient évoquées dans les dossiers sans que des investigations aient été faites. Vu l'examen clinique et les très nettes différences entre son observation en dehors de l'examen (dans son bureau et dans la rue) et durant l'examen clinique, le diagnostic de troubles somatoformes douloureux était retenu. Il suggérait de demander un complément d'expertise psychiatrique pour pouvoir juger de la répercussion de ce diagnostic sur la capacité de travail.

D'un point de vue rhumatologique, la capacité de travail dans la profession de poseur d'échafaudage était nulle d'une façon définitive depuis septembre 2010. Dans une profession adaptée aux limitations fonctionnelles, la capacité de travail était de 100 % dès le 1^{er} janvier 2013, soit quatre mois après l'intervention chirurgicale.

Les limitations fonctionnelles étaient les suivantes : pas de port de charges de plus de 5 kg, pas de mouvements répétés de la nuque en rotations, en flexion et en extension, pas de mouvements répétés d'élévation des membres supérieurs au-dessus de 90°.

51. Le 9 juin 2015, les doctresses O_____ et G_____ du SMR ont estimé qu'une expertise psychiatrique était nécessaire.
52. Le 8 avril 2016, la doctresse P_____, spécialiste FMH en psychiatrie et psychothérapie, a rendu un rapport d'expertise fondé notamment sur un examen de l'assuré du 23 février 2016. L'assuré n'avait aucune plainte psychiatrique spontanée. L'experte n'a posé aucun diagnostic psychiatrique ; elle ne pouvait

confirmer celui de syndrome douloureux somatoformes, en l'absence de trouble psychiatrique survenu dans un contexte de conflit émotionnel ou de problèmes psycho-sociaux suffisamment importants pour être la cause du trouble incapacitant ; les douleurs étaient organiques à la base et semblaient authentiques : il n'y avait pas d'incapacité de travail du point de vu psychiatrique.

53. Le 23 et 30 mai 2016, le docteur Q_____ du SMR a estimé qu'au vu des deux expertises, la capacité de travail était nulle dans l'activité habituelle depuis septembre 2010 et pleine depuis le 1^{er} avril 2011 jusqu'à août 2012 dans une activité adaptée, puis nulle d'août à décembre 2012 et pleine dès le 1^{er} janvier 2013.
54. Le 1^{er} juin 2016, l'OAI a fixé le degré d'invalidité de l'assuré à 27,75 %. Le revenu sans invalidité était de CHF 72'170.- (revenu 2009 de CHF 70'455.-, indexé en 2012) et le revenu d'invalidité de CHF 52'142.- (selon l'ESS 2012, homme, niveau 1 pour 41,7 heures de travail par semaine, avec une déduction de 20 %).
55. Par projet de décision du 1^{er} juin 2016, l'OAI a rejeté la demande de prestations de l'assuré au motif que le degré d'invalidité de celui-ci était de 28 %.
56. Le 10 juin 2016, l'assuré a fait opposition au projet de décision de l'OAI.
57. Le 15 juin 2016, le docteur R_____, spécialiste FMH en médecine interne générale, a écrit à l'OAI qu'il partageait l'avis du Dr N_____ quant aux limitations fonctionnelles de l'assuré mais pas celui d'une capacité de travail à 100 %, même dans une activité adaptée. Actuellement l'assuré ne présentait plus de symptômes typiques de douleurs radiculaires, mais toujours des cervicalgies invalidantes dans un contexte de syndrome douloureux chronique. Il continuait à effectuer de la physiothérapie et à prendre du Cymbalta et Lyrica afin de moduler le seuil de la douleur ainsi qu'une antalgie par Buprénorphine. L'assuré était demandeur pour effectuer une activité et un nouvel essai de stage aux EPI pourrait mieux documenter les limitations fonctionnelles et surtout le pourcentage d'activité professionnelle ou le rendement exigible, et des cours de français pourraient faciliter son intégration. Cette évaluation pourrait se faire en parallèle d'une éventuelle demande de contre-expertise en vue d'une rente partielle.
58. Le 15 juillet 2016, le Dr Q_____ a estimé que le Dr R_____ confirmait les conclusions du Dr N_____.
59. Par décision du 18 juillet 2016, l'OAI a rejeté la demande de prestations de l'assuré.
60. Le 7 septembre 2016, 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 18 juillet 2016 en concluant à son annulation et, principalement, au renvoi du dossier à l'OAI pour mise en place d'une mesure professionnelle avec nouvel examen de la capacité de travail ou octroi d'une rente d'invalidité de trois quart dès le 13 septembre 2011 ; préalablement, une expertise médicale indépendante devait être ordonnée.

L'estimation du Dr N_____ était contredite par le Dr J_____ qui constatait, le 16 avril 2012, une capacité de travail de 50 % dans une activité adaptée, avec un rendement encore réduit de 50 % ; le Dr N_____ ne l'avait pas vu monter des escaliers ni se déshabiller dans un espace fermé et prétendait curieusement l'avoir observé dans la rue ; il était le seul médecin à avoir renoncé à une examen clinique ; l'appréciation du Dr N_____ d'un trouble psychique somatoforme avait été contredite par l'experte psychiatre. Sa bonne volonté et son souhait de retravailler avaient été relevés par tous les observateurs ; une nouvelle appréciation de nature professionnelle était nécessaire. Il demandait préalablement à l'examen du droit à la rente un stage aux EPI. L'incapacité de travail retenue par le SMR était erronée car, selon l'expert N_____, elle était de 100 % dans une activité adaptée dès le 1^{er} janvier 2013. Compte tenu des lacunes de l'expertise du Dr N_____, il fallait retenir l'appréciation du Dr J_____, lequel fixait une capacité de travail de 50 %.

Le revenu d'invalidé devait être imputé d'une déduction de 25 % au lieu de 20 %, de sorte que le degré d'invalidité était de 66 %, ouvrant le droit à un trois quart de rente d'invalidité. Une expertise médicale complémentaire était requise.

61. Le 3 octobre 2016, l'OAI a conclu au rejet du recours en relevant que les expertises rhumatologique et psychiatrique avaient pleine valeur probante ; l'assuré n'était subjectivement pas en état de suivre des mesures de réadaptation car il invoquait des douleurs sans cause médicale, ni physique, ni psychiatrique ; enfin, l'abattement de 20 % n'était pas critiquable.
62. Le 7 novembre 2016, le recourant a répliqué en relevant que l'OAI négligeait les avis médicaux des autres médecins ; une nouvelle hernie C6 - C7 expliquait la persistance de douleurs. Il a joint :
 - un courrier du Dr R_____ du 26 octobre 2016 selon lequel les douleurs étaient établies, avec un canal cervical étroit pouvant causer des douleurs chroniques : il était seulement d'accord avec les limitations fonctionnelles du Dr N_____ mais pas avec la capacité de travail de 100 % ; la situation s'était aggravée ces derniers mois (irradiation douloureuse dans les membres supérieurs) ; une nouvelle IRM montrait une récurrence de hernie discale C6 - C7 ; le canal cervical étroit entraînait une compression même si la hernie n'était pas grosse ; la situation était similaire à celle antérieure à l'intervention de 2012 et les conclusions du Dr N_____ n'étaient plus du tout valables.
 - une IRM de la colonne cervicale du 27 septembre 2016 concluant à « en C5 - C6, status post discectomie sans signe en faveur d'une récurrence herniaire. En C6 - C7, herniation discale foraminale bilatérale responsable d'une sténose neuroforaminale et entrant en conflit avec la racine sortante C7 ».
63. Le 28 novembre 2016, la chambre de céans a entendu les parties en audience de comparution personnelle.

Le recourant a déclaré : « J'ai toujours beaucoup de douleurs et je prends beaucoup de médicaments. Le Dr S_____ a contacté mon médecin de famille qui m'a

expliqué que j'avais un problème dans les cervicales qui appuyait sur un nerf. Après l'intervention d'août 2012 j'ai eu une amélioration au niveau des épaules mais les douleurs cervicales se sont maintenues. J'habite avec un ami. J'essaie de marcher un peu tous les jours mais je ne sors pas lorsqu'il fait froid car cela augmente les douleurs. Mon ami fait les courses car je ne peux pas porter. J'ai de la peine à m'occuper de moi-même comme à prendre une douche. J'ai été expertisé à la Clinique Corela avant mon opération et j'avais beaucoup de douleurs. En 2014 j'ai vu le Dr N_____ et je lui ai expliqué en détail comment je me sentais, j'avais encore beaucoup de douleurs. Je pense que le Dr N_____ n'a pas mis dans son rapport tout ce que je lui ai dit. J'ai vu que le Dr N_____ avait indiqué dans son rapport qu'il m'avait observé marchant dans la rue. Je ne l'ai vu pour ma part que dans son cabinet. Je ne sais plus combien de temps l'expertise a duré. J'ai suivi 32 heures de cours de français mais je comprends très peu cette langue. Le Dr N_____ ne m'a pas vu lorsque je me suis déshabillé et rhabillé car j'étais derrière un rideau ».

L'avocat du recourant a déclaré : « Le Dr R_____ va adresser le recourant à un neurochirurgien. Nous demandons une expertise somatique. Il existe un fait nouveau avec la réapparition d'une hernie cervicale. Par ailleurs, le Dr N_____ a émis un diagnostic psychiatrique qui a été démenti par l'experte psychiatre. Je relève que le trouble existait avant l'IRM de septembre 2016 ».

La représentante de l'OAI a déclaré : « L'aggravation est objectivée mais postérieure à la décision litigieuse car l'IRM a été effectué le 27 septembre 2016. Vous attirez mon attention sur le fait que le Dr Q_____ a indiqué une capacité de travail totale du 1er avril 2011 au 31 juillet 2012, sans motivations. Je ne peux pas vous répondre sur ce point mais je me renseignerai. Pour nous l'expertise du Dr N_____ reste probante malgré l'expertise psychiatrique ayant écarté tout diagnostic psychiatrique. Nous estimons que le recourant n'a pas la volonté de se réadapter car il ne s'estime pas capable de travailler ».

Le recourant a communiqué un rapport du 23 novembre 2016 du Docteur S_____, spécialiste FMH neurologie générale, affection neuromusculaire, selon lequel l'électroneuromyographie du 1^{er} novembre 2016 mettait en évidence des signes de dénervation aiguë peu abondant dans les muscles extenseurs des doigts faisant partie du myotome C7 à droite compatible avec une lésion radiculaire à ce niveau qui était peu importante, ailleurs et aux membres supérieurs il n'y avait pas de signes suggestifs de lésion radiculaires. Ces résultats corroboraient avec ceux obtenus par l'imagerie. Un avis et une prise en charge neurochirurgicale lui semblaient indiqués.

64. Le 9 janvier 2017, la chambre de céans a informé les parties de son intention de confier une expertise au Docteur T_____, spécialiste FMH rhumatologie, et leur a imparti un délai pour se prononcer sur une éventuelle récusation de l'expert et sur les questions libellées dans la mission d'expertise.

65. Le 19 janvier 2017, l'assuré a indiqué qu'il n'avait pas d'observation quant à la personne de l'expert ni le libellé des questions et a communiqué les pièces suivantes :
- un rapport du Docteur U_____ du 14 décembre 2016 adressé à la Doctoresse V_____ attestant d'une infiltration C7 droite péri-radiculaire et articulaire C6-C7.
 - un courriel du 13 janvier 2017 du Dr R_____ indiquant que la neurochirurgienne confirmait une atteinte de la racine C7, de sorte qu'il avait subi deux infiltrations (décembre et janvier), une troisième étant prévue la semaine suivante ; la chirurgienne n'était pas fermée à une option chirurgicale en dernier recours.
66. Le 6 février 2017, l'OAI a communiqué un avis du SMR du 27 janvier 2017 selon lequel il convenait de demander à l'expert de se positionner sur une éventuelle majoration des symptômes et sur la cohérence entre les plaintes et les signes objectifs.

EN DROIT

1. Conformément à l'art. 134 al. 1 let. a ch. 2 de la loi sur l'organisation judiciaire, du 26 septembre 2010 (LOJ - E 2 05) en vigueur dès le 1^{er} janvier 2011, la chambre des assurances sociales de la Cour de justice connaît, en instance unique, des contestations prévues à l'art. 56 de la loi fédérale sur la partie générale du droit des assurances sociales, du 6 octobre 2000 (LPGA - RS 830.1) relatives à la loi fédérale sur l'assurance-invalidité du 19 juin 1959 (LAI - RS 831.20).
Sa compétence pour juger du cas d'espèce est ainsi établie.
2. A teneur de l'art. 1 al. 1 LAI, les dispositions de la LPGA s'appliquent à l'assurance-invalidité, à moins que la loi n'y déroge expressément.
Toutefois, les modifications légales contenues dans la LPGA constituent, en règle générale, une version formalisée dans la loi de la jurisprudence relative aux notions correspondantes avant l'entrée en vigueur de la LPGA; il n'en découle aucune modification du point de vue de leur contenu, de sorte que la jurisprudence développée à leur propos peut être reprise et appliquée (ATF 130 V 343 consid. 3).
3. Le délai de recours est de 30 jours (art. 60 al. 1 LPGA). Interjeté dans la forme et le délai prévus par la loi, le recours est recevable, en vertu des art. 56ss LPGA.
4. Le litige porte sur le droit du recourant à une rente d'invalidité et à des mesures d'ordre professionnelle.
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 1^{er} janvier 2008).

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

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

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

7. Pour pouvoir calculer le degré d'invalidité, l'administration (ou le juge, s'il y a eu un recours) a besoin de documents qu'un médecin, éventuellement d'autres spécialistes, doivent lui fournir. La tâche du médecin consiste à porter un jugement sur l'état de santé et à indiquer dans quelle mesure et pour quelles activités l'assuré est, à ce motif, incapable de travailler. En outre, les données médicales constituent un élément utile pour déterminer quels travaux on peut encore, raisonnablement, exiger de l'assuré (ATF 125 V 256 consid. 4 et les références).

Selon le principe de libre appréciation des preuves, pleinement valable en procédure judiciaire de recours dans le domaine des assurances sociales (cf. art. 61 let. c LPGA), le juge n'est pas lié par des règles formelles, mais doit examiner de manière objective tous les moyens de preuve, quelle qu'en soit la provenance, puis décider si les documents à disposition permettent de porter un jugement valable sur le droit litigieux. En cas de rapports médicaux contradictoires, le juge ne peut trancher l'affaire sans apprécier l'ensemble des preuves et sans indiquer les raisons pour lesquelles il se fonde sur une opinion médicale et non pas sur une autre. L'élément déterminant pour la valeur probante d'un rapport médical n'est ni son origine, ni sa désignation, mais son contenu. A cet égard, il importe que les points litigieux importants aient fait l'objet d'une étude fouillée, que le rapport se fonde sur des examens complets, qu'il prenne également en considération les plaintes exprimées, qu'il ait été établi en pleine connaissance du dossier (anamnèse), que la description des interférences médicales soit claire et enfin que les conclusions de

l'expert soient bien motivées (ATF 134 V 231 consid. 5.1; ATF 133 V 450 consid. 11.1.3; ATF 125 V 351 consid. 3).

Sans remettre en cause le principe de la libre appréciation des preuves, le Tribunal fédéral des assurances a posé des lignes directrices en ce qui concerne la manière d'apprécier certains types d'expertises ou de rapports médicaux.

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).

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'écarter 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).

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

Dans une procédure portant sur l'octroi ou le refus de prestations d'assurances sociales, lorsqu'une décision administrative s'appuie exclusivement sur l'appréciation d'un médecin interne à l'assureur social et que l'avis d'un médecin traitant ou d'un expert privé auquel on peut également attribuer un caractère probant laisse subsister des doutes même faibles quant à la fiabilité et la pertinence de cette appréciation, la cause ne saurait être tranchée en se fondant sur l'un ou sur l'autre de

ces avis et il y a lieu de mettre en œuvre une expertise par un médecin indépendant selon la procédure de l'art. 44 LPGA ou une expertise judiciaire (ATF 135 V 465 consid. 4.6; arrêt du Tribunal fédéral 9C_301/2013 du 4 septembre 2013 consid. 3).

Une appréciation médicale, respectivement une expertise médicale établie sur la base d'un dossier n'est pas en soi sans valeur probante. Une expertise médicale établie sur la base d'un dossier peut avoir valeur probante pour autant que celui-ci contienne suffisamment d'appréciations médicales qui, elles, se fondent sur un examen personnel de l'assuré (RAMA 2001 n° U 438 p. 346 consid. 3d). L'importance de l'examen personnel de l'assuré par l'expert n'est reléguée au second plan que lorsqu'il s'agit, pour l'essentiel, de porter un jugement sur des éléments d'ordre médical déjà établis et que des investigations médicales nouvelles s'avèrent superflues. En pareil cas, une expertise médicale effectuée uniquement sur la base d'un dossier peut se voir reconnaître une pleine valeur probante (arrêt du Tribunal fédéral 8C_681/2011 du 27 juin 2012 consid. 4.1 et les références).

Un rapport au sens de l'art. 59 al. 2bis LAI (en corrélation avec l'art. 49 al. 1 RAI) a pour fonction d'opérer la synthèse des renseignements médicaux versés au dossier et de prodiguer des recommandations quant à la suite à donner au dossier sur le plan médical. En tant qu'il ne contient aucune observation clinique, il se distingue d'une expertise médicale (art. 44 LPGA) ou d'un examen médical auquel il arrive au SMR de procéder (art. 49 al. 2 RAI; arrêt du Tribunal fédéral 9C_542/2011 du 26 janvier 2012 consid. 4.1). Ces rapports ne posent pas de nouvelles conclusions médicales mais portent une appréciation sur celles déjà existantes. Au vu de ces différences, ils ne doivent pas remplir les mêmes exigences au niveau de leur contenu que les expertises médicales. On ne saurait en revanche leur dénier toute valeur probante. Ils ont notamment pour but de résumer et de porter une appréciation sur la situation médicale d'un assuré, ce qui implique aussi, en présence de pièces médicales contradictoires, de dire s'il y a lieu de se fonder sur l'une ou l'autre ou s'il y a lieu de procéder à une instruction complémentaire (arrêt du Tribunal fédéral 9C_518/2007 du 14 juillet 2008 consid. 3.2 et les références citées).

En ce qui concerne les rapports établis par les médecins traitants, le juge peut et doit tenir compte du fait que, selon l'expérience, le médecin traitant est généralement enclin, en cas de doute, à prendre parti pour son patient en raison de la relation de confiance qui l'unit à ce dernier (ATF 125 V 351 consid. 3b/cc).

On ajoutera qu'en cas de divergence d'opinion entre experts et médecins traitants, il n'est pas, de manière générale, nécessaire de mettre en œuvre une nouvelle expertise. La valeur probante des rapports médicaux des uns et des autres doit bien plutôt s'apprécier au regard des critères jurisprudentiels (ATF 125 V 351 consid. 3a) qui permettent de leur reconnaître pleine valeur probante. A cet égard, il convient de rappeler qu'au vu de la divergence consacrée par la jurisprudence entre un mandat thérapeutique et un mandat d'expertise (ATF 124 I 170 consid. 4; arrêt du Tribunal fédéral I 514/06 du 25 mai 2007 consid. 2.2.1, in SVR 2008 IV Nr. 15

p. 43), on ne saurait remettre en cause une expertise ordonnée par l'administration ou le juge et procéder à de nouvelles investigations du seul fait qu'un ou plusieurs médecins traitants ont une opinion contradictoire. Il n'en va différemment que si ces médecins traitants font état d'éléments objectivement vérifiables ayant été ignorés dans le cadre de l'expertise et qui sont suffisamment pertinents pour remettre en cause les conclusions de l'expert (arrêt du Tribunal fédéral 9C_369/2008 du 5 mars 2009 consid. 2.2).

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

En cas d'appréciation divergente entre les organes d'observation professionnelle et les données médicales, l'avis dûment motivé d'un médecin prime pour déterminer la capacité de travail raisonnablement exigible de l'assuré (arrêt du Tribunal fédéral des assurances I 531/04 du 11 juillet 2005, consid. 4.2). En effet, les données médicales permettent généralement une appréciation plus objective du cas et l'emportent, en principe, sur les constatations qui peuvent être faites à l'occasion d'un stage d'observation professionnelle, qui sont susceptibles d'être influencées par des éléments subjectifs liés au comportement de l'assuré pendant le stage (arrêt du Tribunal fédéral 9C_462/2009 du 2 décembre 2009 consid. 2.4). Au regard de la collaboration, étroite, réciproque et complémentaire selon la jurisprudence, entre les médecins et les organes d'observation professionnelle (cf. ATF 107 V 17 consid. 2b), on ne saurait toutefois dénier toute valeur aux renseignements d'ordre professionnel recueillis à l'occasion d'un stage pratique pour apprécier la capacité résiduelle de travail de l'assuré en cause. Au contraire, dans les cas où l'appréciation d'observation professionnelle diverge sensiblement de l'appréciation médicale, il incombe à l'administration, respectivement au juge - conformément au principe de la libre appréciation des preuves - de confronter les deux évaluations et, au besoin de requérir un complément d'instruction (ATF 9C_1035/2009 du 22 juin 2010

consid. 4.1, in SVR 2011 IV n° 6 p. 17; ATF 9C_833/2007 du 4 juillet 2008, in Plädoyer 2009/1 p. 70; arrêt du Tribunal fédéral des assurances I 35/03 du 24 octobre 2003 consid. 4.3 et les références, in Plädoyer 2004/3 p. 64; arrêt du Tribunal fédéral 9C_512/2013 du 16 janvier 2014 consid. 5.2.1).

En ce qui concerne les facteurs psychosociaux ou socioculturels et leur rôle en matière d'invalidité, ils ne figurent pas au nombre des atteintes à la santé susceptibles d'entraîner une incapacité de gain au sens de l'art. 4 al. 1 LAI. Pour qu'une invalidité soit reconnue, il est nécessaire, dans chaque cas, qu'un substrat médical pertinent, entravant la capacité de travail (et de gain) de manière importante, soit mis en évidence par le médecin spécialisé. Plus les facteurs psychosociaux et socioculturels apparaissent au premier plan et imprègnent l'anamnèse, plus il est essentiel que le diagnostic médical précise s'il y a atteinte à la santé psychique qui équivaut à une maladie. Ainsi, il ne suffit pas que le tableau clinique soit constitué d'atteintes qui relèvent de facteurs socioculturels; il faut au contraire que le tableau clinique comporte d'autres éléments pertinents au plan psychiatrique tels, par exemple, une dépression durable au sens médical ou un état psychique assimilable, et non une simple humeur dépressive. Une telle atteinte psychique, qui doit être distinguée des facteurs socioculturels, et qui doit de manière autonome influencer la capacité de travail, est nécessaire en définitive pour que l'on puisse parler d'invalidité. En revanche, là où l'expert ne relève pour l'essentiel que des éléments qui trouvent leur explication et leur source dans le champ socioculturel ou psychosocial, il n'y a pas d'atteinte à la santé à caractère invalidant (ATF 127 V 294 consid. 5a in fine).

Le juge des assurances sociales fonde sa décision, sauf dispositions contraires de la loi, sur les faits qui, faute d'être établis de manière irréfutable, apparaissent comme les plus vraisemblables, c'est-à-dire qui présentent un degré de vraisemblance prépondérante. Il ne suffit donc pas qu'un fait puisse être considéré seulement comme une hypothèse possible. Parmi tous les éléments de fait allégués ou envisageables, le juge doit, le cas échéant, retenir ceux qui lui paraissent les plus probables (ATF 130 III 321 consid. 3.2 et 3.3; ATF 126 V 353 consid. 5b; ATF 125 V 193 consid. 2 et les références). Aussi n'existe-t-il pas, en droit des assurances sociales, un principe selon lequel l'administration ou le juge devrait statuer, dans le doute, en faveur de l'assuré (ATF 126 V 319 consid. 5a).

8. Conformément au principe inquisitoire qui régit la procédure dans le domaine des assurances sociales, le juge des assurances sociales doit procéder à des investigations supplémentaires ou en ordonner lorsqu'il y a suffisamment de raisons pour le faire, eu égard aux griefs invoqués par les parties ou aux indices résultant du dossier. Il ne peut ignorer des griefs pertinents invoqués par les parties pour la simple raison qu'ils n'auraient pas été prouvés (VSI 5/1994 220 consid. 4a). En particulier, il doit mettre en œuvre une expertise lorsqu'il apparaît nécessaire de clarifier les aspects médicaux du cas (ATF 117 V 282 consid. 4a; RAMA 1985 p. 240 consid. 4; arrêt du Tribunal fédéral des assurances I 751/03 du 19 mars 2004

consid. 3.3). Lorsque le juge des assurances sociales constate qu'une instruction est nécessaire, il doit en principe mettre lui-même en œuvre une expertise lorsqu'il considère que l'état de fait médical doit être élucidé par une expertise ou que l'expertise administrative n'a pas de valeur probante (ATF 137 V 210 consid. 4.4.1.3 et 4.4.1.4). Un renvoi à l'administration reste possible, notamment lorsqu'il s'agit de préciser un point de l'expertise ordonnée par l'administration ou de demander un complément à l'expert (ATF 137 V 210 consid. 4.4.1.3 et 4.4.1.4; SVR 2010 IV n. 49 p. 151, consid. 3.5; arrêt du Tribunal fédéral 8C_760/2011 du 26 janvier 2012 consid. 3).

9. En vertu des art. 28 al. 1 et 29 al. 1 LAI (dans sa teneur en vigueur depuis le 1er janvier 2008), le droit à la rente prend naissance au plus tôt à la date dès laquelle l'assuré a présenté une incapacité de travail (art. 6 LPGA) d'au moins 40% en moyenne pendant une année sans interruption notable et qu'au terme de cette année, il est invalide (art. 8 LPGA) à 40% au moins, mais au plus tôt à l'échéance d'une période de six mois à compter de la date à laquelle l'assuré a fait valoir son droit aux prestations conformément à l'art. 29 al. 1 LPGA.
10. La comparaison des revenus s'effectue, en règle ordinaire, en chiffrant aussi exactement que possible les montants de ces deux revenus et en les confrontant l'un avec l'autre, la différence permettant de calculer le taux d'invalidité (méthode générale de comparaison des revenus; ATF 128 V 29 consid. 1; ATF 104 V 135 consid. 2a et 2b).

Pour procéder à la comparaison des revenus, il convient de se placer au moment de la naissance du droit à la rente; les revenus avec et sans invalidité doivent être déterminés par rapport à un même moment et les modifications de ces revenus susceptibles d'influencer le droit à la rente survenues jusqu'au moment où la décision est rendue doivent être prises en compte (ATF 129 V 222 et ATF 128 V 174).

Pour fixer le revenu sans invalidité, il faut établir ce que l'assuré aurait, au degré de la vraisemblance prépondérante, réellement pu obtenir au moment déterminant s'il n'était pas invalide (RAMA 2000 n°U 400 p. 381 consid. 2a). Ce revenu doit être évalué de manière aussi concrète que possible si bien qu'il convient, en règle générale, de se référer au dernier salaire que l'assuré a obtenu avant l'atteinte à sa santé, en tenant compte de l'évolution des salaires (ATF 129 V 222 consid. 4.3.1). Ce n'est qu'en présence de circonstances particulières qu'il peut se justifier qu'on s'en écarte et qu'on recoure aux données statistiques résultant des ESS édité par l'Office fédéral de la statistique. Tel sera le cas lorsqu'on ne dispose d'aucun renseignement au sujet de la dernière activité professionnelle de l'assuré ou si le dernier salaire que celui-ci a perçu ne correspond manifestement pas à ce qu'il aurait été en mesure de réaliser, selon toute vraisemblance, en tant que personne valide; par exemple, lorsqu'avant d'être reconnu définitivement incapable de travailler, l'assuré était au chômage ou rencontrait d'ores et déjà des difficultés professionnelles en raison d'une dégradation progressive de son état de santé ou

encore percevait une rémunération inférieure aux normes de salaire usuelles. On peut également songer à la situation dans laquelle le poste de travail de l'assuré avant la survenance de l'atteinte à la santé n'existe plus au moment déterminant de l'évaluation de l'invalidité (arrêts du Tribunal fédéral des assurances I 168/05 du 24 avril 2006 consid. 3.3 et B 80/01 du 17 octobre 2003 consid. 5.2.2).

Quant au revenu d'invalidé, il doit être évalué avant tout en fonction de la situation professionnelle concrète de l'intéressé (ATF 135 V 297 consid. 5.2). Lorsque l'assuré n'a pas repris d'activité, ou aucune activité adaptée lui permettant de mettre pleinement en valeur sa capacité de travail résiduelle, contrairement à ce qui serait raisonnablement exigible de sa part, le revenu d'invalidé peut être évalué sur la base de données statistiques, telles qu'elles résultent de l'ESS (ATF 126 V 75 consid. 3b/aa et bb). Dans ce cas, il convient de se fonder, en règle générale, sur les salaires mensuels indiqués dans la table ESS TA1, à la ligne «total secteur privé» (ATF 124 V 321 consid. 3b/aa). On se réfère alors à la statistique des salaires bruts standardisés, en se fondant toujours sur la médiane ou valeur centrale (ATF 124 V 321 consid. 3b/bb). La valeur statistique - médiane - s'applique alors, en principe, à tous les assurés qui ne peuvent plus accomplir leur ancienne activité parce qu'elle est physiquement trop astreignante pour leur état de santé, mais qui conservent néanmoins une capacité de travail importante dans des travaux légers. Pour ces assurés, ce salaire statistique est suffisamment représentatif de ce qu'ils seraient en mesure de réaliser en tant qu'invalides dès lors qu'il recouvre un large éventail d'activités variées et non qualifiées (branche d'activités), n'impliquant pas de formation particulière, et compatibles avec des limitations fonctionnelles peu contraignantes (cf. arrêts du Tribunal fédéral 9C_603/2015 du 25 avril 2016 consid. 8.1 et 9C_242/2012 du 13 août 2012 consid. 3).

Toutefois, lorsque cela apparaît indiqué dans un cas concret pour permettre à l'assuré de mettre pleinement à profit sa capacité résiduelle de travail, il y a lieu parfois de se référer aux salaires mensuels de secteurs particuliers (secteur 2 [production] ou 3 [services]), voire à des branches particulières. Tel est notamment le cas lorsqu'avant l'atteinte à la santé, l'assuré a travaillé dans un domaine pendant de nombreuses années et qu'une activité dans un autre domaine n'entre pas en ligne de compte. En outre, lorsque les circonstances du cas concret le justifient, on peut s'écarter de la table TA1 (secteur privé) pour se référer à la table TA7 (secteur privé et secteur public [Confédération] ensemble), si cela permet de fixer plus précisément le revenu d'invalidé et que le secteur en question est adapté et exigible (ATF 133 V 545, et les références citées).

La mesure dans laquelle les salaires ressortant des statistiques doivent être réduits, dépend de l'ensemble des circonstances personnelles et professionnelles du cas particulier (limitations liées au handicap, âge, années de service, nationalité/catégorie d'autorisation de séjour et taux d'occupation) et résulte d'une évaluation dans les limites du pouvoir d'appréciation. Une déduction globale maximum de 25% sur le salaire statistique permet de tenir compte des différents

éléments qui peuvent influencer le revenu d'une activité lucrative (ATF 126 V 75 consid. 5b/aa-cc). L'étendue de l'abattement justifié dans un cas concret relève du pouvoir d'appréciation (ATF 132 V 393 consid. 3.3). Cette évaluation ressortit en premier lieu à l'administration, qui dispose pour cela d'un large pouvoir d'appréciation. Le juge doit faire preuve de retenue lorsqu'il est amené à vérifier le bien-fondé d'une telle appréciation. L'examen porte alors sur le point de savoir si une autre solution que celle que l'autorité, dans le cas concret, a adoptée dans le cadre de son pouvoir d'appréciation et en respectant les principes généraux du droit, n'aurait pas été plus judicieuse quant à son résultat. Pour autant, le juge ne peut, sans motif pertinent, substituer son appréciation à celle de l'administration; il doit s'appuyer sur des circonstances de nature à faire apparaître sa propre appréciation comme la mieux appropriée (ATF 126 V 75 consid. 6; ATF 123 V 150 consid. 2 et les références; arrêt du Tribunal fédéral 8C_337/2009 du 18 février 2010 consid. 7.5).

Dans l'hypothèse où un assuré présente une entière capacité de travail dans toute activité lucrative ou lorsque les revenus avec et sans invalidité sont basés sur la même table statistique, les revenus avant et après invalidité sont calculés sur la même base. Il est dès lors superflu de les chiffrer avec exactitude, le degré d'invalidité se confondant avec celui de l'incapacité de travail, sous réserve d'une éventuelle réduction du salaire statistique (arrêts du Tribunal fédéral des assurances I 43/05 du 30 juin 2006 consid. 5.2 et I 1/03 du 15 avril 2003 consid. 5.2).

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

11. En l'espèce, l'expertise du Dr N_____ n'emporte pas la conviction.

Le Dr N_____ indique qu'il n'a pas pu effectuer d'examen clinique, le recourant retenant tous les mouvements et réagissant douloureusement au moindre effleurement ; il relève, dans son appréciation, qu'au vu de l'examen clinique et des très nettes différences entre son observation en dehors de l'examen (dans le bureau et dans la rue) et durant l'examen clinique, seul un diagnostic de syndrome somatoformes douloureux est retenu. Du point de vue somatique il pose un diagnostic de status après discectomie C5 – C6, tout en précisant que l'atteinte radiculaire C6 droite a été guérie par l'intervention chirurgicale, que les plaintes au niveau du membre supérieur gauche n'ont pas été mises en relation avec une atteinte radiculaire ou périphérique et que les plaintes lombaires sont évoquées sans que des investigations n'aient été faites.

Au vu de ce qui précède, on relève que le Dr N_____ n'a posé aucun diagnostic somatique avec répercussion sur la capacité de travail et a conclu, en présence des manifestations douloureuses du recourant lors de l'examen clinique et de ses

propres observations, du recourant, notamment dans la rue, que seul un diagnostic de troubles somatoformes douloureux était pertinent.

Cette conclusion est hâtive et peu motivée. Tout d'abord, l'expert ne donne en particulier pas d'explications sur l'observation du recourant dans la rue, et ce dernier a contesté, lors de son audition devant la chambre de céans, que l'expert ait pu l'observer lorsqu'il se déshabillait et se rhabillait. Ensuite, il apparaît incohérent de nier tout diagnostic somatique, tout en fixant des limitations fonctionnelles quant au port de charge, ainsi qu'aux mouvements répétés de la nuque et des bras et de conclure à l'incapacité de travail totale du recourant dans son ancienne activité. Ces limitations n'ont pas été reliées par l'expert au trouble somatoforme douloureux puisqu'il estime qu'une expertise psychiatrique est nécessaire pour connaître la répercussion du trouble somatoforme douloureux sur la capacité de travail. Il apparaît ainsi contradictoire de nier tout diagnostic incapacitant et de retenir des limitations fonctionnelles somatiques, elles-mêmes incapacitantes.

Au surplus, l'avis du Dr N_____ a été clairement contesté par les médecins intervenants.

Le Dr R_____ (avis du 15 juin 2016), a estimé que le recourant présentait des cervicalgies invalidantes lesquelles ne permettaient pas l'exercice d'une activité adaptée à 100 %.

Le Dr J_____ (avis du 16 avril 2013) a également émis un avis contraire à celui du Dr N_____ dès lors qu'il constate une capacité de travail du recourant de 50 %, avec une baisse de rendement de 50 %, dans une activité adaptée, compte tenu de cervicalgies chroniques et de limitations de la mobilité du rachis cervical.

Quant au Dr I_____ (avis du 19 avril 2013) il a estimé qu'une capacité de travail dans une activité adaptée n'était possible que moyennant une régression douloureuse.

Enfin, du point de vue psychiatrique, la Dresse P_____ a constaté qu'il n'existait pas de diagnostic psychiatrique, en particulier aucun syndrome douloureux somatoforme, conclusion qui va dans le sens contraire de celle du Dr N_____ en remettant sérieusement en cause le raisonnement de celui-ci.

Par ailleurs, le Dr R_____ (avis du 26 octobre 2016) a fait état d'une aggravation de l'état de santé du recourant par l'apparition d'irradiations douloureuses dans les membres supérieurs et d'une IRM du 27 septembre 2016 montrant une récurrence herniaire ; cette nouvelle symptomatologie est décrite comme présente « au cours des derniers mois », soit, contrairement à l'avis de l'intimé, possiblement antérieurement à la décision litigieuse du 18 juillet 2016 ; en outre une électroneuromyographie du 1er novembre 2016 a démontré des signes corroborés par l'imagerie ; enfin cette nouvelle symptomatologie a entraîné la pratique de trois infiltrations (avis du Dr R_____ du 13 janvier 2017). Il apparaît ainsi nécessaire de procéder à une évaluation de la situation médicale du recourant, comprenant l'aggravation alléguée.

12. Partant, une expertise rhumatologique judiciaire est nécessaire. A cette fin, le Dr T_____, FMH rhumatologie, Hôpital orthopédique, à Lausanne, sera mandaté.
13. A la demande de l'intimé, la question 7 sera complétée afin d'intégrer les questions supplémentaires requises.

PAR CES MOTIFS,
LA CHAMBRE DES ASSURANCES SOCIALES :

Statuant

Préparatoire :

- I. Ordonne une expertise médicale. La confie au Docteur T_____, spécialiste FMH rhumatologie, Hôpital orthopédique, à Lausanne.
- II. Dit que la mission d'expertise sera la suivante :
 - A. Prendre connaissance du dossier de la cause.
 - B. Si nécessaire prendre tous renseignements auprès des médecins ayant traité M. A_____, notamment les Drs E_____, I_____ et R_____ ;
 - C. Examiner M. A_____ ;
 - D. Etablir un rapport détaillé et répondre aux questions suivantes:
 1. Quelle est l'anamnèse détaillée du cas ?
 2. Quelles sont les plaintes de M. A_____ ?
 3. Quelle est l'atteinte à la santé dont souffre M. A_____ (diagnostics avec et sans répercussion sur la capacité de travail, dates d'apparition) ?
 4. Quel est le status détaillé et l'évolution du status depuis le début de l'atteinte ?
 5. L'état de santé de M. A_____ s'est-il aggravé postérieurement à l'intervention du 2 août 2012 ? Si oui de quelle manière ? En particulier, l'IRM du 27 septembre 2016 démontre-t-elle une aggravation de l'état de santé de M. A_____ ? Si oui à partir de quelle date cette aggravation est-elle survenue ?
 6. M. A_____ suit-il un traitement adéquat ?
 7. a) Quelles sont les limitations fonctionnelles en relation avec chaque diagnostic ?
b) M. A_____ présente-t-il une majoration des symptômes ?
c) Existe-t-il une cohérence entre les plaintes de M. A_____ et les signes objectifs ?
 8. a) Compte tenu de vos diagnostics, M. A_____ pourrait-il exercer une activité lucrative ? Si non, pourquoi ?
b) Si oui, laquelle ? A quel taux ? Depuis quelle date ?

- c) En particulier l'ancienne activité est-elle exigible ? Si non, une activité adaptée est-elle possible ? Si non ou dans une mesure restreinte, pour quels motifs ?
- d) Comment la capacité de travail de M. A_____ a-t-elle évoluée depuis septembre 2010 ?
9. Quel est votre pronostic quant à l'exigibilité de la reprise d'une activité lucrative ?
10. Quelles sont les limitations fonctionnelles qui entrent en ligne de compte ?
11. Des mesures médicales sont-elles nécessaires préalablement à la reprise d'une activité lucrative ? Si oui, lesquelles ?
12. a) Etes-vous d'accord avec l'expertise du Dr N_____ du 19 janvier 2015 ? En particulier avec les limitations fonctionnelles constatées et l'estimation d'une capacité de travail totale dans une activité adaptée depuis le 1^{er} janvier 2013 ? Si non, pourquoi ?
- b) Etes-vous d'accord avec l'avis du Dr J_____ du SMR du 16 avril 2013 ? En particulier avec les limitations fonctionnelles constatées et l'estimation d'une capacité de travail nulle depuis le 1^{er} octobre 2012 et de 50 % dans une activité adaptée dès le 16 avril 2013 ? Si non, pourquoi ?
- c) Etes-vous d'accord avec les avis du Dr R_____ des 15 juin et 26 octobre 2016 ? Si non, pourquoi ?
13. Quel est le pronostic ?
14. Des mesures de réadaptation professionnelle sont-elles envisageables ?
15. Faire toutes autres observations ou suggestions utiles.

III. Réserve le sort des frais jusqu'à droit jugé au fond.

La greffière

La présidente

Julia BARRY

Valérie MONTANI

Une copie conforme du présent arrêt est notifiée aux par le greffe le