

RÉPUBLIQUE ET



CANTON DE GENÈVE

POUVOIR JUDICIAIRE

A/4213/2017

ATAS/1145/2018

COUR DE JUSTICE
Chambre des assurances sociales

Arrêt du 11 décembre 2018

2^{ème} Chambre

En la cause

Monsieur A_____, domicilié au GRAND-LANCY, comparant
avec élection de domicile en l'étude de Maître Zoltan SZALAI

recourant

contre

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

intimé

**Siégeant : Raphaël MARTIN, Président; Maria COSTAL et Christian PRALONG,
Juges assesseurs**

EN FAIT

1. Monsieur A_____ (ci-après : l'assuré ou le recourant), né le _____ 1968, a travaillé à Genève en qualité de marbrier dès le 28 mai 2008, avant d'être licencié le 11 décembre 2013, avec effet au 30 novembre 2014.
2. Son employeur a annoncé à l'assurance-accidents qu'alors qu'il se trouvait sur un chantier, il avait chuté le 17 décembre 2013 en glissant sur du gravier, ce qui lui avait provoqué des douleurs au niveau du dos et de la jambe.
3. L'assurance-accidents a pris en charge les suites de cet événement, par le versement d'indemnités journalières et le remboursement des frais de traitement.
4. Par décision du 5 septembre 2014, l'assureur-accidents a mis fin à ses prestations avec effet au 17 juillet 2014, considérant qu'à partir de cette date, le *statu quo sine* des lésions était atteint. Cette décision était fondée sur un rapport établi le 3 septembre 2014 par le docteur B_____, médecin d'arrondissement, concluant que l'événement du 17 décembre 2013 avait cessé de déployer ses effets délétères après sept mois.
5. Le 5 janvier 2015, l'assuré a déposé une demande de prestations auprès de l'office de l'assurance-invalidité du canton de Genève (ci-après : l'OAI ou l'intimé), en y invoquant des cervico-dorso-lombalgies et un blocage de la jambe gauche.
6. Le 21 janvier 2015, l'assureur perte de gain a transmis à l'OAI son dossier, duquel ressortait notamment une évaluation rhumatologique effectuée le 11 novembre 2014 par la doctoresse C_____, rhumatologue auprès de la Clinique CORELA. Après avoir retenu les diagnostics de hernie discale protrusive C4-C5 et de discopathies C5-C6 et L4-L5 (avec hernie foraminale à gauche en phase de rémission retardée), la rhumatologue a exposé que les lésions discales cervicales et la discopathie L4-L5 – attestées depuis 2006 – étaient anciennes mais n'avaient jusqu'alors jamais entraîné d'incapacité de travail. Elle a conclu à une capacité de travail entière dans l'activité habituelle, en précisant toutefois qu'elle pourrait être amenée à revoir sa position si de nouveaux éléments médicaux étaient mis en évidence à l'occasion d'un entretien que l'assuré devait avoir avec le Dr D_____, spécialiste FMH en neurochirurgie. Elle a par ailleurs renoncé à évaluer la capacité de travail dans une activité adaptée.
7. À la demande de l'OAI, les médecins de l'assuré ont complété des rapports :
 - a. Le 17 février 2015, la doctoresse E_____, médecin généraliste, a indiqué que depuis sa chute sur le dos à la fin de l'année 2013, l'assuré souffrait de lombosciatalgies bilatérales, d'une douleur à la hanche gauche, non soulagée par l'infiltration, ainsi que d'une douleur à la palpation du rachis lombaire. Il présentait également un état dépressif lié à ses douleurs et ne pouvait ni porter de charges lourdes, ni rester debout ou assis longtemps. Depuis le 1^{er} janvier 2014, sa capacité de travail était nulle dans son activité antérieure. En revanche,

il paraissait capable d'exercer à 50 % une activité physiquement non astreignante, sans port de charges lourdes.

- b. Le 25 février 2015, le Dr D_____ a retenu le diagnostic avec effet sur la capacité de travail de lombosciatalgie gauche. Faisant état de douleurs persistantes de la jambe gauche, il a conclu à une capacité de travail nulle dans l'activité antérieure, tout en précisant qu'une éventuelle reprise d'activité professionnelle dépendait de l'évolution clinique.
8. L'assuré a été opéré le 12 juin 2015 par le Dr D_____ (décompression sélective L4-L5 et libération de la racine L5 du côté gauche).
9. Dans un rapport du 27 novembre 2015, la Dresse E_____ a indiqué à l'OAI que l'état de santé de l'assuré était stable, mais que sa capacité de travail était nulle dans toute profession.
10. Dans un rapport du 28 janvier 2016, les docteurs F_____ et G_____, du service de rhumatologie des Hôpitaux universitaires de Genève (ci-après : HUG), ont relaté que l'assuré présentait depuis dix ans des rachialgies ainsi qu'un important syndrome lombo-vertébral gauche. Les traitements médicamenteux et physiothérapeutiques n'avaient pas permis d'améliorer sa situation et un antidépresseur avait été récemment prescrit.
11. Le 9 mars 2016, à l'issue d'un bilan multidisciplinaire, les Drs F_____ et G_____ ont indiqué que depuis qu'il souffrait de problèmes dorsaux, l'assuré était très sédentaire : il marchait autour de chez lui à raison de vingt minutes quatre à cinq fois par jour, mais le reste du temps, il restait couché chez lui. Par peur de chuter, il ne prenait pas les transports publics. En outre, il se plaignait de troubles du sommeil et ne dormait en moyenne que trois heures par nuit. Il se sentait très fatigué et affecté de ne pas pouvoir reprendre le travail. La situation ne paraissait pas stabilisée au plan psychiatrique et l'assuré avait été adressé chez un psychiatre pour une prise en charge de sa dépression.
12. Dans un rapport du 15 juin 2016, le docteur H_____, du service de rhumatologie des HUG, a exposé que la mobilité du rachis lombaire était limitée et douloureuse dans tous les plans, surtout en inclinaison gauche, contrairement aux hanches, libres et indolores.
13. L'assureur perte de gain a mis fin aux indemnités journalières le 17 juillet 2016, à l'issue des 720 jours d'indemnisation.
14. Le service médical régional de l'assurance-invalidité (ci-après : SMR) a procédé à un examen rhumatologique et psychiatrique de l'assuré les 23 septembre et 25 octobre 2016. Les docteurs I_____, spécialiste FMH en médecine physique et réadaptation, ainsi que J_____, spécialiste FMH en psychiatrie et psychothérapie, ont retenu les diagnostics avec répercussions sur la capacité de travail suivants : atteinte dégénérative étagée du rachis ; hernie discale « récessale » gauche C4-C5 ; bombement discal, ostéophytose postérieure et uncarthrose C5-C6, prédominants à

gauche ; hernie discale paramédiane droite D6-D7 ; légère protrusion médiane D7-D8 ; status post cure de hernie discale avec protrusion discale circonférentielle résiduelle et arthrose facettaire postérieure L4-L5 ; arthrose facettaire postérieure L5-S1 (M40.2 ; M51.2 ; M51.3). Ils ont également mentionné, en précisant qu'elle était sans effet sur la capacité de travail, une majoration des symptômes physiques pour des raisons psychologiques (F 68.0).

Sur le plan rhumatologique, la comparaison des IRM de 2006 et 2014 montrait une légère progression de l'atteinte cervicale dégénérative (avec augmentation de la dessiccation discale), mais également de la taille d'une hernie discale récessale gauche C4-C5, ainsi que la survenue d'un léger pincement discal C5-C6. Par ailleurs, il ressortait de l'IRM de 2014 une hernie discale paramédiane droite D7-D8, une légère protrusion discale médiane, une protrusion discale L4-L5 gauche, une arthrose des articulations postérieures L5-S1 et du liquide au niveau de l'articulation postérieure L4-L5 à gauche. Bien que multiples, les atteintes dégénératives de la colonne vertébrale n'expliquaient que partiellement les plaintes de l'assuré ainsi que ses autolimitations durant l'examen clinique et de nombreuses discordances étaient constatées : l'assuré se présentait avec une canne anglaise, qu'il disait utiliser depuis son opération du dos en raison de lâchages de son membre inférieur gauche, mais cette canne n'était mentionnée dans aucun rapport ; la force était conservée et la boiterie intermittente. En outre, la différence entre la distance doigts-sol en position debout et la distance doigts-orteils en position assise ne concordait pas et le score de Waddell (5/5) suggérait une amplification des symptômes. Plusieurs médecins avaient également relevé des douleurs mal systématisées, accompagnées de signes de non-organicité. Malgré les douleurs, la tolérance de la position assise était bonne, la force des quatre membres conservée, et l'assuré n'avait pas adopté de mesure de protection articulaire pendant l'entretien.

Sur le plan psychiatrique, l'assuré, dont l'hygiène s'inscrivait globalement dans la norme bien qu'il n'était ni coiffé ni rasé, répondait de manière informative aux questions mais se comportait de manière très plaintive. Comme en témoignait sa vie quotidienne, il ne présentait pas de diminution de la thymie, de l'intérêt, du plaisir et de l'énergie. Il n'avait pas non plus de difficulté de concentration, d'idée de dévalorisation, d'attitude pessimiste face à l'avenir, de trouble du sommeil d'origine dépressive ou de problème d'appétit. Il ne souffrait pas davantage d'un épisode dépressif caractérisé, car un seul critère somatique de la dépression était présent (diminution marquée de la libido). Ses ressources psychiques étaient préservées au vu du bon réseau social dont il disposait, constitué de sa femme, de ses enfants et de ses nombreux amis. Pendant la durée de l'examen psychiatrique (1h45), il était resté sur sa chaise sans adopter d'attitude algique. En présence de douleurs non expliquées entièrement par l'atteinte organique, un diagnostic de majoration des symptômes physiques pour des raisons psychologiques était retenu. Cependant, la psychiatre précisait qu'il n'y avait pas d'exagération délibérée de

l'assuré mais que les douleurs ressenties étaient supérieures à ce que suggéraient les lésions organiques sous-jacentes. Le diagnostic devait être examiné à l'aune des ressources disponibles, lesquelles étaient conservées, de sorte qu'il n'y avait pas d'incapacité de travail d'ordre psychiatrique. Globalement, les examinateurs ont conclu que l'assuré était incapable d'exercer son activité antérieure de marbrier depuis sa chute du 17 décembre 2013 mais qu'il disposait, depuis le 17 juillet 2014 – sept mois après sa chute –, d'une pleine capacité de travail dans une activité permettant d'alterner les positions une fois par heure et d'éviter les fortes contraintes sur sa colonne vertébrale, le port de charges supérieures à 10 kg, les marches excédant 30 minutes, les positions statiques debout/assise, en porte-à-faux, et les mouvements au-dessus de l'horizontale, respectivement de flexion-extension en rotation du rachis.

15. Le 3 janvier 2017, la doctoresse K_____, médecin auprès du SMR, a indiqué que dans la mesure où l'assuré avait été hospitalisé aux HUG en septembre 2015, elle ne retenait pas, à l'instar des examinateurs, une pleine capacité de travail dans une activité adaptée depuis le 17 juillet 2014, mais depuis le mois de novembre 2015.
16. Le 2 mai 2017, l'OAI a transmis à l'assuré un préavis de décision d'octroi d'une rente entière d'invalidité, limitée à la période courant du 1^{er} juillet 2015 au 31 janvier 2016.
17. Par pli du 29 mai 2017, le Dr E_____, médecin généraliste, a informé l'OAI que l'assuré souffrait, malgré ses antalgiques et ses séances de physiothérapie, de douleurs chroniques invalidantes, évaluées à 8/10 sur une échelle visuelle analogique (EVA). Exacerbées par la marche, dont le périmètre était restreint à 200 mètres, ces douleurs péjoraient la qualité de vie de l'assuré, qui ne sortait plus de chez lui. Il était suivi par un psychiatre pour un état dépressif et des troubles du sommeil, liés à ses douleurs. Cette situation justifiait l'octroi d'une rente entière d'invalidité et une réadaptation professionnelle était inenvisageable.
18. Par courrier du 15 juin 2017, le docteur L_____, psychiatre-psychothérapeute, a indiqué à l'OAI qu'il suivait l'assuré depuis plusieurs mois pour un état dépressif réactionnel, lié à l'altération de son état de santé sur le plan somatique. L'intéressé avait toujours travaillé depuis son arrivée en Suisse et y trouvait son plaisir. Il souffrait depuis plus de deux ans de douleurs chroniques invalidantes du dos et un traitement antalgique lourd lui avait été prescrit. Ces douleurs avaient des conséquences sur sa vie familiale, sociale et professionnelle car il ne sortait désormais qu'accompagné et ne pouvait plus travailler. Lors des entretiens, il était accompagné par sa belle-sœur et ne pouvait pas rester assis pendant plus de 15 minutes. Il présentait une humeur triste, des troubles du sommeil, ainsi qu'un manque de confiance et d'estime de soi. Sa capacité de travail était nulle.
19. Par décision du 19 septembre 2017, l'OAI a accordé à l'assuré une rente entière d'invalidité – assortie de rentes complémentaires pour ses enfants – limitée à la période courant du 1^{er} juillet 2015 au 31 janvier 2016. Au 1^{er} juillet 2015, six mois

après le dépôt de sa demande, l'assuré présentait un degré d'invalidité de 100 %, ouvrant droit à une rente entière d'invalidité. Selon le SMR, il avait cependant recouvré, dès le 1^{er} novembre 2015, une pleine capacité de travail dans toute activité adaptée à ses limitations, d'où un degré d'invalidité de 19 % qui entraînait la suppression de la rente au 31 janvier 2016, trois mois après l'amélioration de la capacité de travail et de gain.

20. Par acte du 20 octobre 2017, l'assuré a saisi la Chambre des assurances sociales de la Cour de justice d'un recours contre cette décision, concluant, sous suite de frais et dépens, principalement à son annulation et à l'octroi d'une rente entière d'invalidité au-delà du 31 janvier 2016, subsidiairement au renvoi de la cause à l'OAI pour instruction complémentaire et nouvelle décision.

C'était à tort que le SMR l'avait considéré pleinement capable d'exercer une activité adaptée à ses limitations fonctionnelles depuis le mois de novembre 2015. L'examen du SMR reposait sur des constatations erronées, s'agissant notamment du status psychiatrique, et retenait à tort une majoration des symptômes physiques pour des raisons physiologiques, alors que les examinateurs n'avaient pas examiné avec sérieux l'existence d'un trouble somatoforme douloureux ; ils avaient notamment affirmé que les atteintes dégénératives n'expliquaient que partiellement les plaintes de l'assuré, sans tenir compte du fait qu'il avait été opéré en juin 2015 et qu'une intervention chirurgicale avait déjà été évoquée en 2006. Ce faisant, les examinateurs avaient largement sous-estimé le caractère « objectivable » des atteintes de la colonne vertébrale, sans chercher à obtenir l'avis du chirurgien l'ayant opéré en 2015. Selon ses souvenirs et ceux de ses accompagnants, l'examen n'avait duré qu'environ 30 minutes au total (20 minutes environ pour l'examen psychiatrique et 10 pour l'examen rhumatologique), de sorte qu'il contestait l'affirmation du rhumatologue du SMR selon laquelle « la position assise [avait] été maintenue sans difficulté pendant les 60 minutes de l'entretien », de même que celle de la psychiatre du SMR selon laquelle il était « resté assis pendant 1h45 sans problème ». En outre, le status psychiatrique mentionnait à tort qu'il ne souffrait d'aucun trouble de la mémoire et du sommeil, alors qu'il n'était notamment plus parvenu à se remémorer la date de son mariage et souffrait justement de troubles du sommeil. Il était également faux de prétendre qu'il n'avait pas d'idées de dévalorisation, car son estime était très affectée par sa situation professionnelle et il était très pessimiste sur son avenir ; il se nourrissait au demeurant de façon très irrégulière et avait des problèmes musculaires. Pour le reste, ses problèmes de vue, de tension et de marche, notamment ses « lâchages » du genou gauche, n'avaient pas été investigués, de sorte qu'une expertise pluridisciplinaire auprès de médecins indépendants lui paraissait nécessaire. À l'appui de son recours, l'assuré a notamment joint :

- un courrier du 21 décembre 2016, à teneur duquel le Dr H_____ des HUG constatait un important syndrome lombo-vertébral, une mobilité du rachis lombaire très limitée dans tous les plans et notamment au niveau de

l'inclinaison gauche, ainsi que des douleurs lombaires lorsque les articulations coxo-fémorales étaient mobilisées. S'agissant de l'épaule droite, tous les signes de conflit sous-acromial étaient positifs, mais il n'y avait pas d'argument pour une franche tendinopathie de la coiffe. Pour cette épaule, le Dr H_____ préconisait des radiographies et un traitement de physiothérapie ;

- un courrier du 16 octobre 2017, dans lequel la Dresse E_____ relatait une évolution défavorable des douleurs lombaires, malgré la prise de traitements dérivés de la morphine. Par ailleurs, elle précisait que les lésions mises en évidence par l'IRM suite à la chute de décembre 2013 étaient déjà présentes en 2006, lorsque l'assuré avait chuté pour la première fois sur le dos, mais qu'elle ne disposait d'aucun « élément » les concernant.

21. Le 9 janvier 2018, le recourant a produit un rapport établi le 21 décembre 2017 par les médecins de la consultation ambulatoire de la douleur des HUG : en 2006, l'assuré avait souffert pour la première fois d'une lombalgie gauche après avoir chuté d'un échafaudage. À la suite d'une nouvelle chute en 2013, des lombosciatalgies gauches étaient apparues et une IRM avait mis en évidence un canal lombaire étroit ainsi qu'une hernie intra-foraminale gauche. Vu l'échec du traitement conservateur, une opération avait été pratiquée en 2015 et depuis lors, l'évolution, défavorable, se caractérisait par une persistance voire une aggravation des lombosciatalgies gauches. L'assuré se plaignait de douleurs lombaires intenses irradiant la cuisse et le mollet gauche, d'une forte sudation et d'une sensation de lipothymie, mais également de « lâchages » du membre inférieur gauche et d'une perte de la sensibilité antérieure de la jambe. Les douleurs engendraient des troubles du sommeil et se répercutaient de manière très importante au niveau psychique, avec une dépression réactionnelle. L'auto-questionnaire de Beck était compatible avec un épisode dépressif sévère et les scores de qualité de vie montraient une diminution globale de tous les aspects de la qualité de vie. À l'examen clinique, l'état général était diminué et l'expression faciale algique à la moindre mobilisation, avec une sudation visible. La palpation du membre supérieur gauche ainsi que du rachis cervical et lombaire était douloureuse et l'assuré, qui marchait avec une canne, présentait une boiterie de décharge vers la droite. Il souffrait de douleurs radiculaires avec composante neurogène aux niveaux L5 et dans la région C6-C7 à gauche. Au niveau cervical, les douleurs s'étaient aggravées depuis la dernière imagerie en 2015, de sorte qu'une nouvelle IRM était nécessaire et qu'un avis neurochirurgical avait été requis.

22. Dans sa réponse du 25 janvier 2018, l'intimé a conclu au rejet du recours. Les allégations sur la base desquelles le recourant contestait le rapport du SMR, en particulier celles concernant la durée des examens pratiqués, étaient invérifiables et partant insuffisantes pour remettre en question sa valeur probante. En outre, le principe jurisprudentiel des déclarations de la « première heure » commandait de faire prévaloir les explications données par l'assuré alors qu'il en ignorait encore les conséquences juridiques. S'agissant des rapports produits à l'appui du recours,

le docteur M_____, médecin auprès du SMR, s'était déterminé de la manière suivante :

« [...] Les différents comptes-rendus des imageries du rachis, datant de 2006 ou 2016, n'apportent aucun élément n'ayant déjà été pris en compte lors de l'examen SMR du 23 septembre 2016. Ils montrent même une stabilité des lésions depuis 2006 au niveau dorsolombaire. Le bilan ophtalmologique ne fait que confirmer la nécessité du port de lunettes (corrections importantes) et une amblyopie droite. Il ne fournit aucune information sur une éventuelle pathologie pouvant être incapacitante (détachement du vitré sans conséquences, tension oculaire normale et pas de diminution de l'acuité visuelle avec correction).

Dans son courrier, le Dr E_____, médecin traitant, reprend l'historique de la symptomatologie rachidienne et confirme que les lésions sont présentes depuis 2006. Mais il signale une nouvelle prise en charge au Centre de la douleur des HUG. Le Dr H_____, rhumatologue aux HUG, confirme dans son courrier de décembre 2016 l'importance du syndrome lombo-vertébral et signale de nouvelles atteintes au niveau de l'épaule droite, pouvant nécessiter une éventuelle infiltration.

Dans le compte-rendu de consultation de décembre 2017, les médecins du Centre de la douleur des HUG écrivent que le traitement, bien que très conséquent, n'est pas d'une efficacité satisfaisante sur les douleurs et que la situation au niveau cervical s'est aggravée. Ils précisent qu'un nouveau bilan est indispensable et que les douleurs entraînent une altération notable de la qualité de vie de l'assuré.

Au vu des nouveaux documents reçus, on constate que l'état de santé de l'assuré s'est possiblement aggravé depuis l'examen du SMR de septembre, avec une augmentation éventuelle des conséquences du syndrome douloureux et de nouvelles atteintes signalées au niveau de l'épaule droite. Par conséquent, une nouvelle étude complète du dossier est nécessaire ».

Toutefois, selon l'intimé, on ne pouvait pas suivre le SMR lorsqu'il préconisait une nouvelle étude du dossier, car les aggravations potentielles n'étaient pas « objectivées » et reposaient sur des documents postérieurs à la décision litigieuse. De surcroît, le rhumatologue du SMR avait relevé de nombreuses discordances, qui étaient propres à admettre l'existence d'un motif d'exclusion au sens de la jurisprudence relative aux troubles somatoformes douloureux.

23. Le recourant a répliqué le 28 février 2018, en maintenant ses conclusions. Ses déclarations relatives à la durée des examens du SMR n'étaient pas invérifiables, car elles pouvaient être prouvées par les témoignages de sa belle-sœur et de son fils, qui l'avaient accompagné à l'examen du SMR. Par ailleurs, le SMR avait lui-même jugé nécessaire de réétudier l'ensemble du dossier, de sorte que l'on ne pouvait lui opposer le principe des déclarations de la première heure. Enfin, l'on ne pouvait réduire le contenu du rapport des HUG de décembre 2017 à des faits postérieurs à la décision attaquée, car ce rapport mettait en relation l'aggravation des douleurs cervicales à une imagerie de 2015. En outre, son anamnèse faisait état d'une

évolution clinique défavorable, ainsi que d'une persistance voire d'une aggravation des lombosciatalgies.

24. Dans sa duplique du 20 mars 2018, l'intimé a persisté dans ses conclusions tendant au rejet du recours.
25. En avril 2018, le recourant a transmis à la chambre de céans :
 - un rapport du service de neurochirurgie des HUG du 9 avril 2018, selon lequel il présentait des douleurs neuropathiques ayant débuté en 2006. Au niveau cervical, les symptômes n'avaient pas répondu au traitement conservateur et évoquaient plutôt un problème chronique ;
 - un rapport des médecins de la consultation ambulatoire de la douleur des HUG du 10 avril 2018, à teneur duquel il se plaignait de sudations et souffrait d'une baisse marquée de l'état général, avec une perte de près de 17 kg en 2017. Du point de vue somatique, il se montrait volontaire et faisait de la physiothérapie ainsi que de la marche tous les jours durant 30 minutes autour de chez lui. Du point de vue thymique, il souffrait d'un état dépressif et bénéficiait d'un suivi.
26. Entre les mois d'avril et de novembre 2018, la chambre de céans a reçu de l'OAI divers certificats d'arrêts de travail établis par la doctoresse N_____, dont elle a transmis copie au recourant.

EN DROIT

1. a. Conformément à l'art. 134 al. 1 let. a ch. 2 de la loi sur l'organisation judiciaire du 26 septembre 2010 (LOJ - E 2 05), la Chambre des assurances sociales de la Cour de justice connaît, en instance unique, des contestations prévues à l'art. 56 de la loi fédérale sur la partie générale du droit des assurances sociales du 6 octobre 2000 (LPGA - RS 830.1) relatives à la loi fédérale sur l'assurance-invalidité du 19 juin 1959 (LAI - RS 831.20). Sa compétence pour juger du cas d'espèce est ainsi établie.
 - b. La procédure devant la chambre de céans est régie par les dispositions de la LPGA et celles du titre IVA (soit les art. 89B à 89I) de la loi sur la procédure administrative du 12 septembre 1985 (LPA - E 5 10), complétées par les autres dispositions de la LPA en tant que les articles précités n'y dérogent pas (art. 89A LPA), les dispositions spécifiques que la LAI contient sur la procédure restant réservées (art. 1 al. 1 LAI, cf. notamment art. 69 LAI).
 - c. Aux termes de l'art. 60 al. 1 LPGA, le recours doit être déposé dans les trente jours suivant la notification de la décision sujette à recours. Interjeté dans la forme et le délai prévus par la loi, le recours est recevable (art. 60 LPGA ; art. 89B LPA).
2. Le litige porte sur le bien-fondé de la suppression, dès le 31 janvier 2016, de la rente entière d'invalidité octroyée au recourant.

3. L'assuré a droit à une rente lorsqu'il a présenté une incapacité de travail (art. 6 LPGA) d'au moins 40 % en moyenne durant une année sans interruption notable et qu'au terme de cette année, il est invalide (art.8 LPGA) à 40 % au moins (cf. art. 28 al. 1 let. b et c LAI, en sa teneur en vigueur dès le 1^{er} janvier 2008 – 5^{ème} révision AI). 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.
4. Est réputée invalidité, l'incapacité de gain totale ou partielle présumée permanente ou de longue durée, résultant d'une infirmité congénitale, d'une maladie ou d'un accident (art. 8 al. 1 LPGA et 4 al. 1 LAI). Selon l'art. 7 LPGA, est réputée incapacité de gain toute diminution de l'ensemble ou d'une partie des possibilités de gain de l'assuré sur le marché du travail équilibré qui entre en considération, si cette diminution résulte d'une atteinte à la santé physique ou mentale et qu'elle persiste après les traitements et les mesures de réadaptation exigibles (al. 1). Seules les conséquences de l'atteinte à la santé sont prises en compte pour juger de la présence d'une incapacité de gain. De plus, il n'y a incapacité de gain que si celle-ci n'est pas objectivement surmontable (al. 2 en vigueur dès le 1^{er} janvier 2008).

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).

Les atteintes à la santé psychique peuvent, comme les atteintes physiques, entraîner une invalidité au sens de l'art. 4 al. 1 LAI en liaison avec l'art. 8 LPGA. On ne considère pas comme des conséquences d'un état psychique maladif, donc pas comme des affections à prendre en charge par l'assurance-invalidité, les diminutions de la capacité de gain que l'assuré pourrait empêcher en faisant preuve de bonne volonté ; la mesure de ce qui est exigible doit être déterminée aussi objectivement que possible (ATF 102 V 165 ; arrêt du Tribunal fédéral des assurances I 786/04 du 19 janvier 2006 consid. 3.1).

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).

5. L'art. 17 al. 1^{er} 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.

Selon la jurisprudence, une décision par laquelle l'assurance-invalidité accorde une rente d'invalidité avec effet rétroactif et, en même temps, prévoit l'augmentation, la réduction ou la suppression de cette rente, correspond à une décision de révision au sens de l'art. 17 LPGA (ATF 130 V 343 consid. 3.5.2 ; ATF 125 V 413 consid. 2d et les références ; VSI 2001 p. 157 consid. 2). 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'article 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 ; ATF 113 V 273 consid. 1a ; arrêt du Tribunal fédéral 9C_1006/2010 du 22 mars 2011 consid 2.2).

Aux termes de l'art. 88a al. 1 du règlement sur l'assurance-invalidité du 17 janvier 1961 (RAI - RS 831.201), si la capacité de gain s'améliore, il y a lieu de considérer que ce changement supprime, le cas échéant, tout ou partie du droit aux prestations dès qu'on peut s'attendre à ce que l'amélioration constatée se maintienne durant une assez longue période. Il en va de même lorsqu'un tel changement déterminant a duré trois mois déjà, sans interruption notable et sans qu'une complication prochaine soit à craindre.

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

Selon le principe de libre appréciation des preuves, pleinement valable en procédure judiciaire de recours dans le domaine des assurances sociales (cf. art. 61 let. c LPGA), le juge n'est pas lié par des règles formelles, mais doit examiner de manière objective tous les moyens de preuve, quelle qu'en soit la provenance, puis décider si les documents à disposition permettent de porter un jugement valable sur le droit litigieux. En cas de rapports médicaux contradictoires, le juge ne peut trancher l'affaire sans apprécier l'ensemble des preuves et sans indiquer les raisons pour lesquelles il se fonde sur une opinion médicale et non pas sur une autre. L'élément déterminant pour la valeur probante d'un rapport médical n'est ni son origine, ni sa désignation, mais son contenu. À cet égard, il importe que les points litigieux importants aient fait l'objet d'une étude fouillée, que le rapport se fonde sur des examens complets, qu'il prenne également en considération les plaintes exprimées, qu'il ait été établi en pleine connaissance du dossier (anamnèse), que la description des interférences médicales soit claire et enfin que les conclusions de l'expert soient bien motivées (ATF 125 V 351 consid. 3).

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

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. Étant 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).

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). S'il est vrai que la relation particulière de confiance unissant un patient et son médecin traitant peut influencer l'objectivité ou l'impartialité de celui-ci (cf. ATF 125 V 351 consid. 3a 52 ; ATF 122 V 157 consid. 1c et les références), ces relations ne justifient cependant pas en elles-mêmes l'éviction de tous les avis émanant des médecins traitants. Encore faut-il démontrer l'existence d'éléments pouvant jeter un doute sur la valeur probante du rapport du médecin concerné et, par conséquent, la violation du principe mentionné (arrêt du Tribunal fédéral 9C/973/2011 du 4 mai 2012 consid. 3.2.1).

7. Dans le domaine des assurances sociales notamment, la procédure est régie par le principe inquisitoire, selon lequel les faits pertinents de la cause doivent être constatés d'office par l'assureur, qui prend les mesures d'instruction nécessaires et recueille les renseignements dont il a besoin (cf. art. 43 al. 1 LPGA). Conformément au principe inquisitoire, l'administration est tenue d'ordonner une instruction complémentaire lorsque les allégations des parties et les éléments ressortant du dossier requièrent une telle mesure. En particulier, elle doit mettre en œuvre une expertise lorsqu'il apparaît nécessaire de clarifier les aspects médicaux du cas (ATF 117 V 283 consid. 4a). Le devoir d'instruction s'étend jusqu'à ce que les faits nécessaires à l'examen des prétentions en cause soient suffisamment élucidés (arrêt 8C_364/2007 du 19 novembre 2007 consid. 3.2).
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 l'espèce, l'intimé, se fondant sur les conclusions du SMR, a retenu que l'assuré avait été totalement incapable d'exercer la moindre profession du 17 décembre 2013 jusqu'au 30 octobre 2015, mais qu'il avait recouvré, le 1^{er} novembre 2015, une pleine capacité de travail dans toute activité adaptée à ses limitations fonctionnelles. Au 1^{er} juillet 2015, six mois après le dépôt de sa demande, son degré d'invalidité s'élevait à 100 % et au 31 janvier 2016 – trois mois après l'amélioration de sa capacité de travail et de gain – le taux n'atteignait plus que 19 %, ce qui entraînait la suppression de la rente.

De son côté, le recourant requiert que la rente d'invalidité lui soit versée au-delà du 31 janvier 2016. Il critique l'examen rhumato-psychiatrique du SMR, dont il soutient qu'il repose sur des constatations erronées : il reproche notamment aux examinateurs d'avoir omis de prendre contact avec son chirurgien et d'avoir prétendu, après l'avoir examiné pendant 30 minutes seulement, qu'il pouvait maintenir la position assise pendant une heure. En outre, il conteste le status clinique dressé par le psychiatre du SMR, en particulier l'absence alléguée de troubles de la mémoire, de l'appétit, du sommeil et d'idées de dévalorisation. À l'appui de son point de vue, il produit divers rapports émanant de ses médecins et de la consultation de la douleur des HUG.

10. Tout d'abord, la chambre de céans observe que les griefs que soulève le recourant en lien avec la durée des examens cliniques et le fait que les médecins du SMR auraient omis de prendre contact avec son chirurgien sont infondés. D'une part, ses allégations concernant la durée des examens ne sont pas étayées et quoi qu'il en soit, la durée d'un examen n'est pas un critère permettant en soi de juger de la valeur probante d'un rapport médical (arrêts du Tribunal fédéral 9C_382/2008 du 22 juillet 2008 consid. 2 ; 9C_133/2012 du 29 août 2012 consid. 3.2.1). D'autre part, il convient de relever que sous le chapitre intitulé « documents du dossier rhumatologique » de leur rapport (p. 1-2), les examinateurs du SMR ont résumé les avis rendus par le chirurgien de l'assuré et ses conclusions sur la capacité de travail, ce qui suffisait à dresser le contexte médical de façon satisfaisante sous l'angle rhumatologique. En revanche, il en va différemment du volet psychiatrique du rapport du SMR.
11. En effet, force est de constater que le rapport d'examen bi-disciplinaire du SMR n'a pas été établi en pleine connaissance de la situation médicale et qu'il revêt, à certains égards, un caractère incomplet voire contradictoire : en premier lieu, on déplore que le psychiatre du SMR n'ait pas cherché à prendre contact avec le psychiatre traitant, dans la mesure où elle a elle-même relevé que l'intéressé était

suivi au plan psychiatrique par le Dr L_____ depuis fin 2015-début 2016, qu'il avait séjourné au service de médecine interne et de réhabilitation de Beau-Séjour (du 22 septembre au 29 octobre 2015), qu'un traitement par antidépresseurs et somnifères lui avait été prescrit, et qu'enfin, aucun rapport psychiatrique ne figurait au dossier hormis la lettre de sortie établie par les médecins de Beau-Séjour. S'il est vrai que la jurisprudence laisse aux examinateurs une certaine autonomie dans la manière de conduire leurs examens, il n'en demeure pas moins que le psychiatre traitant aurait pu faire part de ses conclusions sur la capacité de travail, de ses observations et de l'évolution de l'état de santé. En l'absence de tout rapport ou entretien avec le Dr L_____, on ne voit pas que la psychiatre du SMR se soit prononcée en pleine connaissance de la situation médicale.

En second lieu, on ne comprend pas sur quoi se fonde la psychiatre du SMR pour nier l'existence de troubles du sommeil, alors que l'anamnèse du rapport qu'elle a contribué à rédiger (p. 6) suggère justement le contraire. En effet, il y est stipulé que l'assuré prend des somnifères et que pendant la nuit, ses douleurs de la nuque et de la colonne lombaire le réveillent toutes les quarante minutes. De surcroît, il ressort du rapport des HUG du 9 mars 2016 que l'assuré ne dormirait en moyenne que trois heures par nuit.

En troisième lieu, on regrette que les examinateurs du SMR n'aient pas discuté, même brièvement, du diagnostic de trouble somatoforme douloureux, alors qu'ils ont précisément souligné à maintes reprises qu'« une composante somatoforme aux douleurs » était suspectée par les médecins de l'assuré et qu'une partie des douleurs ne reposait sur aucun substrat organique (cf. pp. 1, 3, 4, 7 et 14 de leur rapport).

Au vu de ce qui précède, force est d'admettre que le rapport d'examen bi-disciplinaire n'a pas été établi en pleine connaissance de la situation médicale et que sa motivation est incomplète voire contradictoire sur certains points. Dans ces conditions, on ne saurait reconnaître à ce document une pleine valeur probante. Cela justifie un renvoi de la cause à l'intimé pour instruction complémentaire.

12. Un tel renvoi se justifie d'autant plus que l'état de santé de l'assuré pourrait s'être aggravé entre l'examen bi-disciplinaire du SMR et la décision du 19 septembre 2017. En effet, dans son courrier de décembre 2016, le Dr H_____ a fait état d'un conflit sous-acromial de l'épaule droite et dans leur rapport de décembre 2017, les médecins de la consultation de la douleur des HUG ont signalé une évolution défavorable des lombosciatalgies gauches depuis la dernière imagerie réalisée en 2015, raison pour laquelle ils ont jugé nécessaire de requérir une nouvelle IRM et un avis neurochirurgical. En outre, les médecins de la consultation de la douleur des HUG ont évoqué, sur la base de différents questionnaires, un épisode dépressif sévère et une diminution globale de tous les aspects de la qualité de la vie. Le SMR a déduit de ces documents que l'état de santé de l'assuré pouvait s'être aggravé, de sorte qu'il était nécessaire de procéder à une « nouvelle étude complète du dossier ». À cela s'ajoute que, toujours selon les médecins de la consultation de la douleur des HUG, l'assuré aurait souffert d'une baisse marquée

de son état général et aurait perdu près de 17 kg en 2017, ce qui témoigne là encore d'une possible aggravation survenue depuis l'examen du SMR. Partant, on ne saurait se fonder, sans investigation supplémentaire, sur les conclusions du SMR pour statuer sur le bien-fondé de la suppression de la rente d'invalidité.

S'agissant enfin de l'évaluation qu'avait réalisée en novembre 2014 la Dresse C_____ de la Clinique CORELA à la demande de l'assurance perte de gain, elle ne permet pas davantage de déterminer si l'intimé était fondé à supprimer la rente dès le 31 janvier 2016. Vu son ancienneté, il n'est en effet pas possible de tirer de cette évaluation de conclusions sur la capacité de travail de l'assuré dans une activité adaptée pendant la période litigieuse, qui court depuis le mois de novembre 2015. De surcroît, la Dresse C_____ a expressément renoncé à évaluer la capacité de travail dans une activité adaptée. Enfin, elle a conditionné son appréciation de la capacité de travail dans l'activité antérieure de marbrier à l'absence de nouveaux éléments médicaux qui seraient mis en évidence à l'occasion d'un entretien que l'assuré devait avoir avec le Dr D_____. Or, cet entretien a précisément conduit à une intervention chirurgicale et à la reconnaissance d'une totale incapacité de travail dans la profession de marbrier.

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).

En l'occurrence, dans la mesure où des doutes affectent la valeur probante de l'examen bi-disciplinaire du SMR et qu'au surplus, l'état de santé du recourant pourrait s'être aggravé depuis sa mise en œuvre, il se justifie de renvoyer la cause à l'intimé afin qu'il mette en œuvre une expertise médicale indépendante, comprenant à tout le moins des volets rhumatologiques et psychiatriques, conformément à l'art. 44 LPGA.

13. Partant, le recours est partiellement admis, la décision du 19 septembre 2017 annulée et la cause renvoyée à l'intimé pour qu'il complète l'instruction dans le sens qui précède, puis rende une nouvelle décision.
14. Le recourant obtenant partiellement gain de cause, une indemnité de CHF 2'000.- lui est accordée à titre de participation à ses frais et dépens, à charge de l'intimé (art. 61 let. g LPGA ; art. 89H al. 3 LPA ; art. 6 du règlement sur les frais, émoluments et indemnités en procédure administrative du 30 juillet 1986 - RFPA ; E 5 10.03).

15. La procédure de recours en matière de contestation portant sur l'octroi ou le refus de prestations de l'assurance-invalidité étant soumise à des frais de justice, un émolument de CHF 200.- est mis à charge de l'intimé (art. 69 al. 1 bis LAI).

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

Statuant

À la forme :

1. Déclare le recours recevable.

Au fond :

2. L'admet partiellement et annule la décision du 19 septembre 2017.
3. Renvoie la cause à l'intimé pour instruction complémentaire et nouvelle décision, dans le sens des considérants.
4. Alloue au recourant une indemnité de procédure de CHF 2'000.-, à la charge de l'intimé.
5. Met un émolument de CHF 200.- à la charge de l'intimé.
6. Informe les parties de ce qu'elles peuvent former recours contre le présent arrêt dans un délai de 30 jours dès sa notification auprès du Tribunal fédéral (Schweizerhofquai 6, 6004 LUCERNE), par la voie du recours en matière de droit public, conformément aux art. 82 ss de la loi fédérale sur le Tribunal fédéral, du 17 juin 2005 (LTF - RS 173.110) ; le mémoire de recours doit indiquer les conclusions, motifs et moyens de preuve et porter la signature du recourant ou de son mandataire ; il doit être adressé au Tribunal fédéral par voie postale ou par voie électronique aux conditions de l'art. 42 LTF. Le présent arrêt et les pièces en possession du recourant, invoquées comme moyens de preuve, doivent être joints à l'envoi.

La greffière

Le président

Marie NIERMARÉCHAL

Raphaël MARTIN

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