

EN FAIT

1. Monsieur A_____ (ci-après : l'assuré), né le _____ 1955, originaire du Portugal, arrivé en Suisse en 1990, exerçant la profession de plâtrier-peintre, a déposé, en date du 23 septembre 2013, une demande de prestations auprès de l'Office cantonal de l'assurance-invalidité (ci-après : OAI), en invoquant une incapacité de travail depuis le 29 mai 2013 en raison de lombosciatalgies.
2. Dans un rapport du 10 août 2013, le docteur B_____, médecin traitant, a confirmé que son patient souffrait effectivement de lombosciatalgies gauches depuis décembre 2012 (affaiblissement du membre inférieur gauche, Lasègue positif, syndrome vertébral et radiculaire sensitivo-algique de L3-L4-L5 à gauche, et syndrome moteur), ayant entraîné une totale incapacité à exercer l'activité habituelle depuis le 29 mai 2013. Un rapport d'imagerie par résonance magnétique (IRM) lombaire du 6 août 2013 avait mis en évidence une lombarthrose intersomatique avec ostéophytose antérieure étagée et dessiccation discale débutante de L2-L3 à L3-L4.
3. Dans un rapport ultérieur du 6 novembre 2013, le Dr B_____ a attesté de la persistance de l'incapacité de travail et expliqué qu'une nette aggravation du syndrome vertébral lombaire depuis 2003 avait entraîné des arrêts de travail de plus en plus fréquents. Le médecin a évoqué une limitation douloureuse des mouvements au niveau de la colonne lombaire, l'impossibilité d'escalader une échelle et le fait de ne pouvoir se pencher souvent.
4. L'OAI, dans une note d'entretien du 19 novembre 2013, a constaté que l'assuré avait toujours exercé dans le bâtiment en tant que plâtrier-peintre. Il a estimé que des cours de français ou de bureautique n'apporteraient aucune plus-value, vu le niveau de l'assuré, illettré dans sa langue maternelle. L'assuré a expliqué n'avoir pas d'autre possibilité de travail au sein de l'entreprise de son employeur.
5. Le dossier a alors été soumis au Service médical régional (SMR) de l'AI qui, le 28 novembre 2013, a admis une capacité de travail de 0% depuis le 29 mai 2013 dans l'activité habituelle mais considéré que l'assuré pourrait exercer à 100% une activité adaptée aux limitations fonctionnelles évoquées (pas de travail en hauteur, pas de position penchée, pas de positions statiques prolongées et pas de port de charges).
6. Le 9 mars 2014, le Dr B_____ a qualifié l'état de son patient de stationnaire.
7. L'OAI a noté en date du 29 avril 2014 que l'assuré avait refusé une mesure d'orientation en arguant avoir travaillé toute sa vie dans la construction et ne pas vouloir perdre son droit à une préretraite à 62 ans. Il ne voulait entendre parler d'aucune autre activité et invoquait une hypertension, des douleurs à l'estomac et des « problèmes dans la tête ».
8. Dès lors, le 29 avril 2014, une sommation a été adressée à l'intéressé, à laquelle ce dernier a répondu, par courrier du 10 mai 2014, en contestant avoir jamais refusé le

stage d'orientation professionnelle proposé. Il a expliqué que sa santé n'était pas bonne, qu'il avait consulté un ophtalmologue et que sa santé passait avant tout ; quoi qu'il en soit, il préférait effectuer un stage dans sa branche et être en pleine possession de ses moyens, ce qui n'était pas le cas.

9. Le 25 juin 2015, l'OAI a mis en place une mesure d'orientation professionnelle.
10. Le stage de réadaptation professionnelle débuté le 13 août 2014 a cependant rapidement été interrompu, l'assuré se plaignant d'insomnies, de vertiges, de douleurs aux épaules et de problèmes de concentration. Il y a finalement été mis un terme de manière prématurée.

Dans leur rapport final du 16 octobre 2014, les Établissements publics pour l'intégration (EPI) ont relaté que, dès son arrivée en stage, l'assuré s'était comporté de manière plaintive et très démonstrative, qu'il était complètement centré sur ses atteintes et désireux de montrer qu'il ne pouvait s'acquitter d'aucune activité professionnelle, aussi simple et légère soit elle. Les EPI ont considéré que l'assuré n'était « pas dans une dynamique positive de reprise d'activité professionnelle ». Il a en outre été relevé qu'il n'avait pas les ressources suffisantes pour l'analyse et la réflexion, qu'il n'était pas autonome et que ses capacités scolaires et cognitives étaient limitées, tout comme son potentiel d'apprentissage.

11. Dans l'intervalle, ont été versés au dossier :
 - un rapport du 2 juin 2014, du docteur C_____, spécialiste FMH en neurologie, qui, après une électroneuromyographie (ENMG) du membre supérieur gauche et un examen neurologique, a conclu à une atteinte neurogène proximale du membre supérieur gauche - avec absence de signe de dénervation aiguë, mais persistance d'une certaine limitation - et préconisé quelques séances de physiothérapie de mobilisation de l'épaule ; le médecin a également noté des lombalgies chroniques importantes - avec un canal lombaire rétréci et une absence de déficit sensitif ou moteur des membres inférieurs -, ainsi que des douleurs cervicales chroniques, irradiant en céphalées ;
 - un rapport du 22 juillet 2014 du docteur D_____, chef de clinique au Département des neurosciences des Hôpitaux universitaires de Genève (HUG), constatant, au niveau cervical, une mobilité restreinte, une force préservée au niveau des membres supérieurs et l'absence de déficit sensitivomoteur des membres inférieurs ; il a été relevé que l'IRM lombaire du 6 août 2013 avait montré de multiples altérations dégénératives, surtout dans les deux derniers niveaux L-4-L5 et L5-S1 ;
 - un bref avis rédigé le 7 août 2014 par le docteur E_____, spécialiste FMH en ophtalmologie, indiquant que l'assuré souffrait d'un glaucome chronique et d'un début de cataracte limitant son champ visuel des deux côtés rendant toute activité exigeant une excellente acuité visuelle difficile à exécuter ;

- un bref rapport du 8 août 2014 du Dr B_____, émettant l'avis que, parmi toutes les atteintes évoquées, une seule rendait vraiment impossible la continuation de l'activité de peintre en bâtiment, en raison des vertiges et des « prétendues chutes » ; selon lui, toutes les autres affections étaient compatibles avec une réorientation professionnelle ; le médecin soulignait, s'agissant de son patient, que « ses troubles d'équilibre épisodiques ont été utilisés par lui d'une manière non convaincante, mais efficace car le médecin ne peut pas prendre la responsabilité en cas d'accident d'échafaudage » ;
- un rapport du 18 août 2014 du docteur F_____, spécialiste FMH en neurologie, émettant l'avis que la symptomatologie (difficultés de concentration et de mémoire) s'intégrait dans un contexte d'état dépressif ; en effet, l'examen neuropsychologique était dans les limites de la norme chez un patient n'ayant bénéficié que de quatre années de scolarité obligatoire ; quant à l'examen neurologique, il était sans anomalie notable, hormis un problème au niveau de l'épaule gauche liée à une lésion tronculaire du nerf supra-scapulaire gauche ; l'écho-doppler des axes carotidiens et vertébraux était également normal ; un traitement antidépresseur était préconisé ;
- une IRM cérébrale pratiquée le 3 septembre 2014, montrant l'absence d'anomalie notable ;
- un rapport du 3 septembre 2014 du Dr D_____ indiquant qu'il n'y avait pas d'indication pour une intervention neurochirurgicale au niveau des cervicales.

12. L'assurance perte de gain a alors mandaté le docteur G_____, spécialiste FMH en rhumatologie, lequel a rendu son rapport en date du 25 octobre 2014.

En substance, l'expert a indiqué que les plaintes somatiques étaient difficilement évaluables et, surtout, intriquées avec des troubles fonctionnels et un vraisemblable état anxio-dépressif. L'examen clinique, tant du rachis dorso-lombaire que de la région cervicale s'était avéré « ininterprétable » en raison de fortes autolimitations et de retenues rendant toute appréciation de la mobilité impossible. L'examen neurologique n'avait montré ni signes d'irritation, ni déficit radiculaire. Il a préconisé une expertise pluridisciplinaire rhumato-psychiatrique et neurologique afin d'évaluer de manière cohérente les capacités fonctionnelles et professionnelles de l'assuré.

13. Dans un bref rapport du 28 décembre 2014, le docteur H_____, a indiqué que l'assuré était inapte à toute activité dans le bâtiment en raison d'une difficulté à lever les bras et à l'impossibilité de soulever des charges. Il l'a qualifié de « difficilement reclassable socialement ».

14. Le 29 décembre 2014, le Dr B_____ a informé l'OAI que l'assuré faisait montre d'une attitude paranoïaque et refusait tout reclassement. Le médecin a expliqué avoir refusé à l'assuré des certificats de complaisance et ne l'avoir plus revu depuis le 8 juillet 2014. Selon lui, le reste de la symptomatologie paraissait factice.

15. Le 12 janvier 2015, le Dr E_____ a indiqué que le glaucome avait été opéré le 16 mai 2014. Il s'est référé, s'agissant de la capacité de travail, à l'avis du Dr B_____.
16. Le dossier a alors été soumis au SMR qui, le 31 août 2015, a retenu que le Dr H_____ avait conclu à des cervicalgies et à des douleurs de l'épaule entraînant une incapacité totale à exercer la moindre activité physique lourde, que le Dr B_____ avait pour sa part considéré qu'il n'y avait aucune limitation somatique à l'exercice d'une activité adaptée et avait préconisé une expertise psychiatrique et que le Dr E_____ avait attesté d'une incapacité à exercer toute activité nécessitant un bon champ visuel. Le SMR a dès lors préconisé une expertise pluridisciplinaire.
17. Celle-ci a été confiée à la Clinique romande de réadaptation (CRR), plus particulièrement aux docteurs I_____ (médecine interne générale), J_____ (neurologie), K_____ (psychiatrie et psychothérapie) et L_____ (rhumatologie).

Les experts ont rendu leur rapport en date du 28 juin 2016.

Celui-ci se base sur l'anamnèse et l'examen clinique de l'expert principal, le Dr I_____, sur une expertise rhumatologique, sur une expertise psychiatrique, sur une expertise neurologique, ainsi que sur le dossier médical mis à disposition par l'OAI.

Les experts ont décrit les antécédents de l'assuré, se sont faits l'écho de ses plaintes et se sont livrés à une anamnèse par système avant de relater leurs observations objectives et de retenir à titre de diagnostics : des rachialgies non spécifiques - dans un contexte de cervicarthrose avec rétrécissement foraminal C4-C5 et C5-C6 et de troubles dégénératifs du rachis lombaire -, un conflit sous-acromial probable de l'épaule droite, un glaucome avec rétrécissement du champ visuel latéral et cataracte débutante, une somatisation chez un expertisé au fonctionnement intellectuel limite, voire avec un léger retard mental. Les experts ont également mentionné, tout en précisant qu'ils étaient sans répercussion sur la capacité de travail : une hernie hiatale, un acouphène droit, une hypertension artérielle et une hyper-cholestérolémie traitées.

En conclusion les experts se sont accordés sur le fait que l'assuré souffre d'anomalies somatiques entraînant des limitations fonctionnelles incompatibles avec l'activité professionnelle habituelle de plâtrier-peintre et de carreleur et ce, depuis le 29 mai 2013 et de manière définitive. Les limitations fonctionnelles concernent les travaux contraignants pour le rachis, le port de charges répété de plus de 10 kg, les positions en porte-à-faux du rachis et les activités nécessitant une élévation maintenue des membres supérieurs au-delà de la ligne des épaules. Les problèmes ophtalmologiques entraînent quant à eux une limitation pour les travaux nécessitant une acuité visuelle complète.

En revanche, en tenant compte de la comorbidité psychiatrique, les experts ont estimé que l'assuré aurait pu recommencer à exercer une activité adaptée aux limitations fonctionnelles retenues à raison de 50% à compter d'octobre 2014.

Il ressort de l'expertise que l'assuré a été opéré de son glaucome en mai 2014 et que des investigations ont été menées en septembre 2014 en raison d'un acouphène à l'oreille droite, qui n'ont rien révélé.

18. Le 26 août 2016, le docteur M_____, du SMR, s'est rangé aux conclusions de l'expertise pluridisciplinaire, qu'il a jugée convaincante, car prenant en compte toutes les plaintes de l'assuré et s'appuyant sur un examen clinique approfondi, complété par une étude fouillée du dossier.
19. Par décision du 6 février 2017, l'OAI a reconnu à l'assuré le droit à une rente entière d'invalidité de mai à décembre 2014, réduite à un trois-quarts de rente à compter de janvier 2015.

L'OAI a admis une incapacité de 100% à exercer l'activité habituelle à compter du 23 mai 2013, mais a considéré que l'intéressé avait recouvré une capacité de travail de 50% dans une activité adaptée à ses limitations fonctionnelles dès octobre 2013.

Dès lors, l'OAI a procédé à une comparaison des gains. Il a évalué le revenu d'invalidé en se basant sur l'Enquête sur la structure des salaires de l'Office fédéral de la statistique (ESS) 2014, compte tenu d'une durée hebdomadaire de travail de 41,7 heures ($5'365.- \times 12 = 64'380.-$ à 100% = $33'256.-$ à 50%) et en appliquant une réduction supplémentaire de 10%, ce qui l'a conduit à un revenu de CHF 29'930.-. La comparaison avec le revenu avant invalidité de CHF 75'842.- a amené l'OAI à retenir un degré d'invalidité de 61%.

20. Par écriture du 9 mars 2017, l'assuré a interjeté recours auprès de la Cour de céans en contestant la réduction de la rente entière allouée initialement.

En substance, le recourant allègue que son état de santé ne s'est jamais amélioré mais qu'au contraire, il continue à s'aggraver de jour en jour, tant au niveau psychique que physique.

L'assuré conteste également le calcul de son degré d'invalidité. Il estime être incapable d'exercer la moindre activité et reproche à l'intimé une erreur de calcul : il fait remarquer qu'un salaire mensuel de CHF 5'365.- à plein temps correspond à un revenu annuel de CHF 64'380.- à plein temps et de CHF 32'190.- à 50% (et non de CHF 33'256.- comme retenu par l'intimé).

En outre, le recourant demande l'application d'une réduction plus importante que celle appliquée, pour tenir compte des nombreuses années durant lesquelles il a travaillé pour le même employeur, du fait qu'il est âgé de plus de 62 ans, qu'il parle très mal le français et qu'il ne dispose d'aucune connaissance professionnelle en dehors du domaine de la plâtrerie et de la peinture.

Enfin, il relève que l'OAI aurait dû examiner si, au vu de son âge et de ses atteintes, il pourrait réellement mettre en valeur une capacité de travail résiduelle.

Subsidiairement, le recourant demande la mise sur pied d'une expertise.

21. Invité à se déterminer, l'intimé, dans sa réponse du 18 avril 2017, a conclu au rejet du recours.

S'agissant du calcul du degré d'invalidité, l'intimé répond qu'il n'a pas commis d'erreur de calcul, mais qu'il a simplement omis de mentionner l'indexation à laquelle a été soumis le revenu d'invalidité.

S'agissant de la réduction supplémentaire, il considère que les 10% retenus prennent suffisamment en compte les limitations fonctionnelles, le taux d'activité et le permis de séjour. Il fait remarquer que, quand bien même la réduction maximale de 25% serait appliquée, cela ne suffirait pas à atteindre un degré d'invalidité suffisant pour ouvrir droit à une rente entière d'invalidité.

En substance, l'intimé considère que le recourant peut exercer toute activité industrielle légère respectant ses limitations fonctionnelles (pas de port de charges de plus de 10 kg, pas de position en porte-à-faux, pas de travail bras au-dessus des épaules, pas d'activité nécessitant une acuité visuelle complète) et précise qu'un marché équilibré du travail offre une palette suffisamment large d'activités qualifiées et adaptées aux limitations du recourant.

22. Dans sa réplique du 19 juin 2017, le recourant a persisté dans ses conclusions.

Il relève que pour retenir une amélioration de son état de santé, l'OAI s'est basé sur le rapport d'expertise du 28 juin 2016 et sur l'avis du SMR du 26 août 2016, dont il considère qu'ils n'ont aucune valeur probante. En effet, le rapport d'expertise ne contient ni anamnèse complète, ni étude fouillée du dossier, l'expert n'a pas tenu compte du rapport d'infiltration de l'épaule du 10 avril 2015, il n'a pas interrogé son psychiatre traitant et le dossier est lacunaire. Qui plus est, les conclusions des experts sont en contradiction avec les éléments du dossier et dénuées de toute argumentation : le rapport d'expertise de la Dresse G_____ du 25 septembre 2014 confirmait une incapacité totale de travail dans toute activité, alors que la CRR concluait à une capacité de 50% à compter d'octobre 2014 et que le Dr H_____ a également attesté de la persistance d'une totale incapacité le 24 mars 2017. Qui plus est, en septembre 2014, le recourant a débuté un suivi psychiatrique en raison d'une aggravation de ses troubles. Aucune amélioration n'est documentée ou motivée. Quant à l'avis du SMR, il se limite à se référer aux conclusions des experts, sans rien apporter de plus. D'ailleurs, le Dr M_____ n'est pas même membre de la FMH et ne dispose pas des qualifications personnelles et professionnelles pour se prononcer sur un cas aussi complexe que le sien.

Pour le reste, le recourant reprend les arguments déjà développés dans son écriture initiale. Il fait valoir que 10% semble un taux de réduction insuffisant au vu des critères retenus par l'OAI (limitations fonctionnelles, taux d'activité réduit et permis de séjour). Il relève que l'OAI n'a pas tenu compte du fait qu'il est âgé de 62 ans et qu'il a effectué presque toute sa carrière auprès du même employeur.

Quoi qu'il en soit, le recourant considère qu'il répond aux critères de la jurisprudence permettant d'admettre qu'il n'est plus en mesure de mettre en valeur sa capacité de travail.

A l'appui de sa position, le recourant a produit, notamment :

- un bref rapport suite à une infiltration de l'épaule droite sous échographie le 10 avril 2015 faisant état d'une tendinobursite,
- un certificat du Dr H_____, du 24 mars 2017, qui considère que son patient est inapte à toute activité en raison d'une dépression chronique, d'un rachis douloureux étagé, d'une douleur chronique des épaules et des bras, d'une gastrite chronique, d'un glaucome de l'œil droit et d'une fatigabilité chronique ; à titre de limitations fonctionnelles, le médecin exclut le port de charges, les montées et descentes d'escaliers, l'accroupissement et le travail bras en hauteur ; il confirme l'absence d'amélioration notable en octobre 2014.

23. Dans sa duplique du 3 juillet 2017, l'intimé a persisté à son tour dans ses conclusions.

Selon lui, le rapport d'infiltration de l'épaule du 10 avril 2015 ne fournit aucune information qui n'aurait pas déjà été connue et prise en compte par les experts de la CRR.

Quant au certificat du Dr H_____, il ne fournit aucune justification autre que des éléments subjectifs (fatigabilité chronique) ou psycho-sociaux (aucune formation, éloignement du monde du travail), non déterminants aux yeux de l'assurance-invalidité.

Par ailleurs, les résultats des différents traitements et la compliance à ceux-ci ne ressort pas des rapports produits par le recourant.

Quant au Dr M_____, l'intimé rappelle que, selon la jurisprudence, un médecin, quelle que soit sa spécialisation, est en mesure d'émettre un avis sur un rapport médical.

24. Une audience d'enquête s'est tenue en date du 1er février 2018, au cours de laquelle a été entendu le Dr H_____.

Le témoin, qui suit l'assuré depuis 2014, a indiqué avoir eu connaissance du rapport d'expertise de la CRR et être « d'accord globalement ». Il a précisé que leur approche somatique et psychologique allait dans le même sens que la sienne mais qu'il était en revanche en désaccord avec leurs conclusions, plus particulièrement avec leur évaluation de la capacité de travail de son patient, qu'il considère pour sa part comme illusoire : l'assuré n'a selon lui pas les ressources physiques et psychiques pour, à son âge actuel, 63 ans, pouvoir assumer une nouvelle activité.

Le témoin a indiqué que le problème était désormais plus psychiatrique que somatique, raison pour laquelle il a adressé son patient, en 2014, à un spécialiste, avec lequel il n'est pas en contact.

Le témoin a indiqué adhérer au diagnostic de trouble somatoforme.

Selon le témoin, il n'y a eu aucune évolution depuis qu'il suit l'assuré, en particulier aucune amélioration.

Quant à savoir si l'assuré serait capable d'exercer un travail léger à 50%, le témoin a exprimé des doutes en expliquant qu'il existe un ralentissement psychologique et un manque de ressources qui font que l'intéressé est comme « déconnecté ».

25. Entendu à son tour, le docteur N_____, psychiatre traitant de l'assuré depuis septembre 2014, a indiqué avoir eu connaissance du rapport de la CRR et être d'accord avec celui-ci dans l'ensemble.

Selon le témoin, l'assuré souffre de troubles somatiques divers et indéfinis. Sur le plan psychique, c'est un peu la même chose. Le médecin retient pour sa part le diagnostic de somatisation. Il dit avoir constaté l'existence d'idées obsessionnelles, d'idées de persécution, voire une certaine tendance à la paranoïa. Selon lui, on peut parler de léger état dépressif et de légère anxiété, éléments compris dans le premier diagnostic évoqué. Le diagnostic de somatisation implique une angoisse et un état dépressif plus importants que celui de trouble somatoforme douloureux.

Le témoin n'a pu indiquer s'il y avait eu amélioration en octobre 2014, expliquant qu'il venait de débiter le suivi.

Le témoin a indiqué partager les conclusions selon lesquelles l'assuré dispose d'une capacité de travail de 50% dans une activité adaptée, tout en précisant que cela semble difficile pour des raisons de motivation de l'intéressé.

De façon générale, l'état de l'assuré est resté stable depuis le début du suivi, avec une petite amélioration en juin 2015, suivie d'une petite rechute.

26. Le recourant a indiqué pour sa part ne pas voir quelle activité il pourrait exercer en dehors de celle qui a été la sienne toute sa vie.

Il a fait part de son découragement et s'est plaint de souffrir aux niveaux des bras, du dos et de la nuque ; il a également évoqué de fréquentes chutes (lâchage des genoux et vertiges).

Il a souligné qu'il maîtrise très mal le français et qu'il n'écrit pas.

Il a répété qu'il n'y avait eu aucune amélioration de son état au fil du temps, au contraire et a persisté dans ses conclusions.

27. Dans ses conclusions après enquêtes du 26 février 2018, l'intimé a persisté à conclure au rejet du recours.

Il relève que le Dr N_____ a confirmé les conclusions de la CRR, en particulier l'exigibilité d'une capacité de travail de 50% dans une activité adaptée.

Quant au Dr H_____, il a souligné que le problème lui paraissait plus psychiatrique que somatique.

28. Par écriture du 13 mars 2018, le recourant a également persisté dans ses conclusions.

Il souligne que le Dr H_____ a clairement manifesté son désaccord avec les conclusions de l'expertise.

Le recourant argue également que, dans son rapport du 25 septembre 2014, le Dr G_____ a confirmé une totale incapacité de travail dans toute activité.

Il ajoute que tant le Dr N_____ que le Dr H_____ ont constaté l'absence d'évolution dans son état de santé depuis qu'ils ont commencé à le suivre en 2014. Le recourant en tire la conclusion qu'il n'existait dès lors aucun motif de révision justifiant la réduction de sa rente.

Enfin, il rappelle qu'il est proche de l'âge de la retraite.

EN DROIT

1. Conformément à l'art. 134 al. 1 let. a ch. 2 de la loi sur l'organisation judiciaire, du 26 septembre 2010 (LOJ - E 2 05), la Chambre des assurances sociales de la Cour de justice connaît, en instance unique, des contestations prévues à l'art. 56 de la loi fédérale sur la partie générale du droit des assurances sociales, du 6 octobre 2000 (LPGA - RS 830.1) relatives à la loi fédérale sur l'assurance-invalidité du 19 juin 1959 (LAI - RS 831.20).

Sa compétence pour juger du cas d'espèce est ainsi établie.

2. La LPGA, entrée en vigueur le 1^{er} janvier 2003, de même que les modifications de la LAI du 21 mars 2003 (4^{ème} révision), entrée en vigueur le 1^{er} janvier 2004, ont entraîné la modification de nombreuses dispositions légales dans le domaine de l'assurance-invalidité. Les règles applicables sont celles en vigueur au moment où les faits juridiquement déterminants se sont produits (ATF 130 V 445), étant précisé que le juge n'a pas à prendre en considération les modifications du droit ou de l'état de fait postérieures à la date déterminante de la décision litigieuse (ATF 129 V 1 consid. 1.2). Cela étant, les notions et les principes développés jusqu'alors par la jurisprudence en matière d'évaluation de l'invalidité n'ont pas été modifiés par l'entrée en vigueur de la LPGA ou de la 4^{ème} révision de la LAI (voir ATF 130 V 343).

Par ailleurs, la loi fédérale du 16 décembre 2005 modifiant la LAI est entrée en vigueur le 1^{er} juillet 2006 (RO 2006 2003), apportant des modifications qui concernent notamment la procédure conduite devant la Cour de céans (art. 52, 58 et 61 let. a LPGA).

3. Le recours interjeté respectant les forme et délai prévus par la loi (art. 56 à 60 LPGA), il y a lieu de le déclarer recevable.

-
4. Est litigieuse en l'espèce la réduction, à compter de janvier 2015, à un trois-quarts de rente de la rente entière d'invalidité versée au recourant. Singulièrement, il convient d'examiner si les conditions d'une révision du droit à la rente sont présentement remplies.
 5. Aux termes des art. 4 LAI et 8 LPGA, l'invalidité est la diminution de la capacité de gain, présumée permanente ou de longue durée, qui résulte d'une atteinte à la santé physique ou mentale, provenant d'une infirmité congénitale, d'une maladie ou d'un accident (cf. également l'art. 8 LPGA).

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 275 consid. 4a ; 105 V 207 consid. 2). Lorsqu'en raison de l'inactivité de l'assuré, les données économiques font défaut, il y a lieu de se fonder sur les données d'ordre médical, dans la mesure où elles permettent d'évaluer la capacité de travail de l'intéressé dans des activités raisonnablement exigibles (ATF 115 V 133 consid. 2 ; 105 V 158 consid.1).

6. a) Selon la jurisprudence, le bien-fondé d'une décision d'octroi, à titre rétroactif, d'une rente limitée dans le temps doit être examiné à la lumière des conditions de révision du droit à la rente (ATF 125 V 413 consid. 2d p. 418 et les références).

b) Selon l'art. 17 LPGA, si le taux d'invalidité du bénéficiaire de la rente subit une modification notable, la rente est, d'office ou sur demande, révisée pour l'avenir, à savoir augmentée ou réduite en conséquence, ou encore supprimée. Cela vaut également pour d'autres prestations durables accordées en vertu d'une décision entrée en force, lorsque l'état de fait déterminant se modifie notablement par la suite. Tout changement important des circonstances propre à influencer le degré d'invalidité, et donc le droit à la rente, peut motiver une révision selon l'art. 17 LPGA. La rente peut être révisée non seulement en cas de modification sensible de l'état de santé, mais aussi lorsque celui-ci est resté en soi le même, mais que ses conséquences sur la capacité de gain ont subi un changement important (ATF 130 V 349 consid. 3.5 ; 113 V 275 consid. 1a ; 112 V 372 consid. 2b et 390 consid. 1b).

Le point de savoir si un tel changement s'est produit doit être tranché en comparant les faits tels qu'ils se présentaient au moment de la décision initiale de rente et les circonstances régnant à l'époque de la décision litigieuse (ATF 130 V 351 consid. 3.5.2 ; 125 V 369 consid. 2 et la référence ; 112 V 372 consid. 2b et 390 consid. 1b).

L'art. 17 LPGA n'a pas apporté de modification aux principes jurisprudentiels développés sous le régime de l'ancien art. 41 LAI, en vigueur jusqu'au 31 décembre 2002 (ATF 130 V 343 consid. 3.5).

7. En l'espèce, l'intimé s'est fondé sur les conclusions de l'expertise pluridisciplinaire de la CRR pour retenir qu'à compter d'octobre 2014, l'assuré avait recouvré une

capacité de 50% dans une activité adaptée, ce que l'intéressé conteste, alléguant qu'aucune amélioration de son état de santé n'est survenue.

Il convient en premier lieu d'examiner la valeur probante de l'expertise de la CRR, contestée par le recourant.

Contrairement à ce que soutient l'intéressé, cette expertise emporte la conviction. Formellement, elle remplit toutes les exigences jurisprudentielles. Elle est en effet fondée sur une documentation complète et des diagnostics précis, comporte une discussion convaincante des diagnostics posés et apporte des réponses exhaustives et sans équivoque aux questions posées. Qui plus est, elle est détaillée, compréhensible et concluante.

Sur le fond, les médecins ne font certes état d'aucune amélioration de santé en octobre 2014. On peut cependant conclure de la lecture de l'ensemble du rapport que s'ils ont retenu cette date, c'est parce qu'elle est postérieure à la fin des investigations en cours, que ce soit sur le plan ophtalmologique ou neurologique (la dernière IRM cérébrale remonte à septembre 2014). Ainsi que cela a été rappelé supra, 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. On peut considérer qu'aux yeux des experts, tel a été le cas : l'assuré a recouvré une capacité résiduelle de travail une fois les investigations médicales et l'opération ophtalmologique menées à leur terme. Les conclusions des experts quant à une capacité de travail de 50% dans une activité adaptée sont d'autant plus convaincantes qu'elles sont corroborées par le Dr N_____, psychiatre traitant, dont l'avis est prépondérant, étant rappelé que le Dr H_____ a convenu que les atteintes psychiques étaient au premier plan. Certes, le médecin traitant conclut pour sa part à une totale incapacité de travail, mais sans la justifier outre mesure, si ce n'est par les atteintes psychiques, dont le spécialiste considère pourtant qu'elles laissent subsister une capacité de travail résiduelle.

Il ressort de ce qui précède qu'il n'y a aucune raison objective de s'écarter de la conclusion selon laquelle, depuis octobre 2014 à tout le moins, le recourant a disposé d'une capacité de travail de 50% dans une activité adaptée. Et si l'on devait nier l'absence de modification en termes de conséquences sur la capacité de gain en octobre 2014, pourrait alors se poser la question de savoir si cette capacité résiduelle de gain n'a pas été présente depuis bien avant la date retenue par les experts.

8. Se pose dès lors la question du calcul du degré d'invalidité.

En premier lieu, le recourant soulève une erreur de calcul en arguant que le revenu d'invalidité aurait dû être fixé à CHF 32'190.- et non à CHF 33'256.-.

Ce à quoi l'intimé répond qu'il n'a pas commis d'erreur de calcul, mais qu'il a simplement omis de mentionner l'indexation à laquelle a été soumis le revenu d'invalidité.

Du calcul détaillé figurant en pièce 107 intimé, il ressort que le revenu avant invalidité - soit CHF 75'842.- -, non contesté, a été comparé à celui de CHF 29'930.-, établi comme suit : l'intimé a retenu le revenu mensuel que pourrait théoriquement réaliser un homme selon l'ESS 2014 (T1), soit CHF 5'365.-, qu'il a augmenté à CHF 5'593.- pour tenir compte d'un horaire hebdomadaire de travail de 41,7 heures, ce qui l'a conduit à un revenu annuel de CHF 67'116.- en 2014, qu'il a réévalué à CHF 66'512.- selon l'indice suisse nominal des salaires pour 2015. À 50%, cela correspond effectivement à un revenu annuel de CHF 33'256.-. Si l'on applique une réduction de 10%, cela conduit à un revenu de CHF 29'930.- qui, comparé au revenu avant invalidité, donne un degré d'invalidité de 60.54%.

Ainsi que le fait remarquer à juste titre l'intimé, l'application de la réduction maximale de 25% ne conduirait au mieux qu'à un degré d'invalidité de 67.11%, insuffisant pour ouvrir droit à une rente entière.

Il ressort de ce qui précède que le calcul du degré d'invalidité a été effectué correctement et doit être confirmé. Ce grief est donc rejeté.

9. Reste à examiner si l'on peut exiger du recourant, au vu de son âge et de ses atteintes, qu'il puisse réellement mettre en valeur la capacité de travail résiduelle qui lui a été reconnue.

S'il est vrai que des facteurs tels que l'âge, le manque de formation ou les difficultés linguistiques jouent un rôle non négligeable pour déterminer dans un cas concret les activités que l'on peut encore raisonnablement exiger d'un assuré, ils ne constituent pas, en règle générale, des circonstances supplémentaires qui, à part le caractère raisonnablement exigible d'une activité, sont susceptibles d'influencer l'étendue de l'invalidité, même s'ils rendent parfois difficile, voire impossible la recherche d'une place et, partant, l'utilisation de la capacité de travail résiduelle (arrêt du Tribunal fédéral des assurances I 377/98 du 28 juillet 1999 [VSI 1999 p. 246] consid. 1 et les références).

Toutefois, lorsqu'il s'agit d'évaluer l'invalidité d'un assuré qui se trouve proche de l'âge donnant droit à la rente de vieillesse, il faut procéder à une analyse globale de la situation et se demander si, de manière réaliste, cet assuré est en mesure de retrouver un emploi sur un marché équilibré du travail. Cela revient à déterminer, dans le cas concret qui est soumis à l'administration ou au juge, si un employeur potentiel consentirait objectivement à engager l'assuré, compte tenu notamment des activités qui restent exigibles de sa part en raison d'affections physiques ou psychiques, de l'adaptation éventuelle de son poste de travail à son handicap, de son expérience professionnelle et de sa situation sociale, de ses capacités d'adaptation à un nouvel emploi, du salaire et des contributions patronales à la prévoyance professionnelle obligatoire, ainsi que de la durée prévisible des rapports de travail (arrêts 9C_716/2014 du 19 février 2015 consid. 4.1 ; 9C_695/2010 du 15 mars 2011 consid. 5 et les arrêts cités).

Selon la jurisprudence, le moment où la question de la mise en valeur de la capacité (résiduelle) de travail pour un assuré proche de l'âge de la retraite sur le marché de l'emploi doit être examinée correspond au moment auquel il a été constaté que l'exercice (partiel) d'une activité lucrative était médicalement exigible, soit dès que les documents médicaux permettent d'établir de manière fiable les faits y relatifs (ATF 138 V 457 consid. 3.3 p. 461 s. ; arrêt 9C_716/2014, déjà cité, consid. 4.2).

En l'occurrence, le moment déterminant est donc octobre 2014, date à laquelle le recourant était âgé de 59 ans et 9 mois.

Le Tribunal fédéral a estimé qu'un assuré, âgé de 58 ans lors de l'ouverture éventuelle du droit, respectivement de 60 ans au moment de la décision litigieuse, n'avait pas atteint le seuil à partir duquel la jurisprudence considère généralement qu'il n'existe plus de possibilité réaliste d'exploiter la capacité résiduelle de travail sur un marché du travail supposé équilibré (cf. arrêts 9C_695/2010 du 15 mars 2011, 9C_1043/2008 du 2 juillet 2009 consid. 3.3, 9C_651/2008 du 9 octobre 2009 consid. 6.2.2.2).

À l'instar de l'assuré ayant fait l'objet de cette jurisprudence, le recourant n'a pas atteint le seuil à partir duquel on peut admettre qu'il n'aurait plus la possibilité de réintégrer le marché du travail.

Quant aux limitations fonctionnelles décrites par les experts de la CRR, on ne saurait conclure qu'elles excluent toute activité. On peut effectivement regretter que l'intimé n'ait mentionné aucune activité exigible au cours de l'instruction. Il n'en demeure pas moins que la jurisprudence considère qu'au vu du large éventail d'activités simples et répétitives (qui correspondent à un emploi léger respectant les limitations fonctionnelles observées) que recouvre le marché du travail en général - et le marché du travail équilibré en particulier - (arrêt I 383/06 du 5 avril 2007 consid. 4.4), un nombre significatif d'entre elles, ne nécessitant aucune formation spécifique, sont adaptées aux problèmes physiques du recourant. Au demeurant, elles sont, en règle générale, disponibles indépendamment de l'âge de l'intéressé sur le marché équilibré du travail (arrêts 9C_646/2010 du 23 février 2011 consid. 4 et 8C_657/2010 du 19 novembre 2010 consid. 5.2.3). À titre d'exemples, on peut citer les activités de surveillant de machines, gardien de parking ou ouvrier d'usine, accessibles à l'assuré en dépit de ses capacités d'adaptation restreintes.

Il ressort des considérations qui précèdent que le recours, mal fondé, doit être rejeté.

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

Statuant

À la forme :

1. Déclare le recours recevable.

Au fond :

2. Le rejette.
3. Met un émolument de CHF 200.- à la charge du recourant.
4. Dit que la procédure est gratuite.
5. Informe les parties de ce qu'elles peuvent former recours contre le présent arrêt dans un délai de 30 jours dès sa notification auprès du Tribunal fédéral (Schweizerhofquai 6, 6004 LUCERNE), par la voie du recours en matière de droit public, conformément aux art. 82 ss de la loi fédérale sur le Tribunal fédéral, du 17 juin 2005 (LTF - RS 173.110); le mémoire de recours doit indiquer les conclusions, motifs et moyens de preuve et porter la signature du recourant ou de son mandataire; il doit être adressé au Tribunal fédéral par voie postale ou par voie électronique aux conditions de l'art. 42 LTF. Le présent arrêt et les pièces en possession du recourant, invoquées comme moyens de preuve, doivent être joints à l'envoi.

La greffière

La Présidente

Marie-Catherine SÉCHAUD

Karine STECK

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