

REPUBLIQUE ET



CANTON DE GENEVE

POUVOIR JUDICIAIRE

A/943/2011

ATAS/1447/2012

COUR DE JUSTICE

Chambre des assurances sociales

Arrêt du 30 novembre 2012

3ème Chambre

En la cause

Monsieur N_____, domicilié à La Croix-de-Rozon,
comparant avec élection de domicile en l'étude de Maître
FONTANET Bénédic

recourant

contre

OFFICE DE L'ASSURANCE-INVALIDITE DU CANTON DE
GENEVE, sis rue de Lyon 97, Genève

intimé

**Siégeant : Karine STECK, Présidente; Michaël BIOT et Claudiane CORTHAY, Juges
assesseurs**

EN FAIT

1. Monsieur N_____ (ci-après : l'assuré), né en 1967, a souffert de lombalgies et de blocages lombaires avec sciatalgies dès l'âge de 18 ans. Il a, qui plus est, été victime de trois accidents survenus en février 1991, novembre 1993 et mars 1994, lors desquels il s'est blessé au niveau du dos.
2. Le 6 avril 1995, l'assuré a déposé une demande de prestations auprès de l'OFFICE DE L'ASSURANCE-INVALIDITE DU CANTON DE GENEVE (ci-après : l'OAI) qui lui a reconnu, par décision du 6 mars 1998, le droit à une rente entière à compter du 1^{er} novembre 1994.
3. Le 26 juin 2001, à l'issue d'une première procédure de révision, l'OAI a informé l'assuré qu'il considérait que son degré d'invalidité n'avait pas subi de modification susceptible d'influencer son droit aux prestations. L'OAI se basait sur l'avis du Dr O_____, spécialiste FMH en médecine interne et médecin traitant de l'assuré, qui, dans un rapport du 5 juin 2001, avait posé les diagnostics de hernies discales L5-S1, de sténose du récessus L5-S1 opérée et de canal étroit en concluant à une totale incapacité de travail depuis novembre 1993. Le médecin avait indiqué que les douleurs du rachis s'aggravaient lorsque l'assuré se tenait debout ou fléchi. Il avait constaté une raideur de tout le rachis, un signe de Lasègue de 40° à droite, un déficit de réflex et d'extension du pied droit et une boiterie.
4. Une nouvelle procédure de révision a été ouverte, dans le cadre de laquelle l'assuré a indiqué, en date du 1^{er} juillet 2004, que son état s'était aggravé (perte de sensibilité dans les deux jambes). À l'issue de cette procédure, l'OAI a informé l'assuré que son droit était maintenu, par décision du 1^{er} octobre 2004.
5. En 2009, l'OAI a ouvert une nouvelle procédure de révision, suite à une dénonciation.

L'OAI a chargé la société Z_____ SA d'enquêter.

L'observation s'est déroulée en deux phases; la première a eu lieu les 11, 12 et 13 mai et 15 et 16 juin 2009 et la seconde les 15 et 16 septembre et 1^{er} et 2 octobre 2009.

L'enquêteur a relevé que, pendant toute la durée de l'observation, il n'avait jamais vu l'assuré boiter. L'intéressé ne semblait pas non plus gêné lors de ses déplacements et dans ses mouvements. L'assuré avait été notamment vu, au GARAGE X_____, en train d'effectuer des retouches de peinture, de photographier des voitures exposées, de déplacer des véhicules, de recharger

une batterie et de changer des plaques d'immatriculation en s'accroupissant sans aucune difficulté.

6. Entendu dans les bureaux de l'OAI le 2 mars 2010, l'assuré a expliqué souffrir du dos depuis 1991. Il a ajouté qu'il avait subi un *bypass* gastrique cinq ans plus tôt.

L'assuré s'est plaint d'avoir du mal à se lever le matin, d'avoir constamment mal à l'épaule, de ne plus avoir de sensibilité dans les jambes et de vaciller après être resté trop longtemps debout ou assis. Il a ajouté que cette situation pesait sur son moral.

Interrogé sur ses tentatives de reprise d'activité depuis 2001, l'assuré a répondu qu'il avait cherché à effectuer des travaux de livraison pour des connaissances six mois auparavant, mais avait dû y renoncer en raison de ses limitations; en 2004, il avait également, à quelques occasions, effectué pour le GARAGE X_____ et la CARROSSERIE Y_____ de petits travaux tels que répondre au téléphone ou effectuer de petites livraisons, sans être rémunéré; il avait également tenté de se charger bénévolement de petites courses pour son père, activité qu'il pratiquait encore sporadiquement.

Questionné par l'OAI sur l'étendue réelle de ses activités auprès du GARAGE X_____, l'assuré a répondu qu'il disposait des clés de l'entreprise et s'y rendait afin de ne pas rester chez lui toute la journée; il se déplaçait librement dans le garage et buvait des cafés avec le patron; son activité, exercée à raison de deux heures le matin et deux heures l'après-midi, n'atteignait pas 50% et consistait à faire passer des visites, faire passer les voitures au tunnel, amener des documents au SERVICE DES AUTOMOBILES ET DE LA NAVIGATION, répondre au téléphone, livrer des véhicules et procéder à de petites retouches de peinture; il lui arrivait de procéder à l'ouverture et à la fermeture des bureaux. L'assuré a expliqué que le patron du garage était un ami très proche qui n'avait pas les moyens financiers de l'engager ; il n'avait touché aucun salaire.

L'assuré a admis disposer probablement d'une capacité résiduelle de travail dans une activité adaptée, à condition que celle-ci lui corresponde et lui permette de quitter son poste en cas de douleurs. Un travail à plein temps lui paraissait en revanche impossible. L'assuré a dit apprécier l'activité effectuée au GARAGE X_____ car elle lui permettait d'alterner les positions.

Interpellé sur le fait qu'il se déplaçait sans souffrance apparente, il a expliqué que les anti-inflammatoires et la marche réduisaient la douleur et la perte de sensibilité dans les jambes.

7. Le 4 mars 2010, l'OAI a relevé que l'intéressé, en reprenant une activité lucrative sans l'en avertir, avait violé son obligation de renseigner. Considérant qu'il était possible que des prestations aient été indument allouées, l'OAI a décidé de suspendre avec effet immédiat le versement de la rente dans l'attente des résultats de son instruction.
8. Dans un rapport intermédiaire du 12 mars 2010, le Dr O_____ a relevé que l'état de santé de son patient était resté stationnaire mais algique. Les diagnostics de syndrome lombaire, hernie discale et périarthrite scapulohumérale gauche ont été confirmés.

Le médecin a précisé que, compte tenu de la double pathologie de son patient, la reprise d'une activité professionnelle lui paraissait difficile mais qu'un examen médical complémentaire était nécessaire pour évaluer les conséquences des atteintes sur la capacité de travail. Les limitations fonctionnelles du patient étaient énumérées comme suit : nécessité d'alterner fréquemment les positions, impossibilité de se pencher, de travailler bras au-dessus de la tête, accroupi, à genoux ou en effectuant des rotations, impossibilité de porter des charges de plus de 3 ou 4 kg, de monter sur une échelle ou un échafaudage ou encore de gravir régulièrement des escaliers. Le médecin a ajouté que la capacité d'adaptation et la résistance de son patient étaient limitées en raison de la fatigue et des douleurs. Par ailleurs, il a confirmé que l'assuré aidait son père épisodiquement et gracieusement.

9. Le 12 avril 2010, le Dr P_____, spécialiste FMH en médecine interne, a fait état d'une hernie discale lombaire L5-S1 opérée à droite, de deux autres hernies discales à gauche, en L4-L5, non opérées, et d'une lésion à l'épaule gauche. Les symptômes consistaient en des douleurs lombaires et scapulaires à gauche. Le médecin a également évoqué, en précisant qu'ils étaient sans répercussion sur la capacité de travail du patient : une hépatite B, un diabète non insulino-dépendant après *bypass* gastrique et une opération d'une double hernie inguinale en 2003.

Ce médecin a lui aussi confirmé que l'assuré aidait occasionnellement son père, sans être rémunéré. Il a émis l'avis que l'assuré ne pouvait exercer la moindre activité compte tenu de l'impossibilité de rester assis ou debout longtemps et de porter des charges; une réadaptation était quasiment impossible. Les limitations fonctionnelles décrites correspondaient à celles relevées par le Dr O_____.

10. Le 29 juin 2010, le SMR émis l'avis qu'au vu des photographies et films versés au dossier, l'assuré pouvait fléchir le dos en avant et ne rencontrait aucune limitation dans sa mobilisation.

Sur la base de ces éléments, le SMR a conclu à une capacité de travail entière dans l'activité de vendeur de voitures d'occasion, ainsi que dans toute autre permettant d'éviter le port de charges de plus de 10 kg.

Le SMR a néanmoins préconisé une expertise rhumatologique afin de préciser les éventuelles limitations fonctionnelles et leurs répercussions sur la capacité à exercer une activité adaptée.

11. Par décision incidente du 1^{er} juillet 2010, l'OAI a confirmé la suspension de la rente d'invalidité de l'assuré et retiré l'effet suspensif à un éventuel recours, motif pris que le soupçon de perception illicite de prestations était suffisamment important pour justifier la suspension de celles-ci.
12. Saisi d'un recours de l'assuré, le Tribunal cantonal des assurances sociales - alors compétent - l'a rejeté par arrêt du 14 octobre 2010 (ATAS/1042/2010), au motif qu'il était impossible de se déterminer avec certitude sur l'issue du litige et qu'en revanche, la situation précaire de l'assuré, invoquée par celui-ci à l'appui de sa demande de restitution de l'effet suspensif, laissait augurer des difficultés que rencontrerait l'OAI s'il s'avérait en définitive que l'assuré disposait d'une capacité résiduelle de travail et devait recouvrer les prestations versées à tort.
13. L'assuré a produit trois rapports médicaux le concernant.

Le premier, établi le 30 juin 2010 par le Dr Q_____, médecin adjoint auprès du service de neurochirurgie des HOPITAUX UNIVERSITAIRES DE GENEVE (HUG), constate l'existence d'un syndrome vertébral très sévère avec une distance doigts/sol à 60 cm, d'une difficulté au redressement à la flexion latérale des deux côtés, d'une palpation percussion du dos extrêmement douloureuse et d'un signe de Lasègue bilatéral à 30° avec une hypoesthésie à droite. Le Dr Q_____ précise que l'assuré est extrêmement handicapé par ses douleurs lombaires qui ne semblent pas compatibles avec un travail qui chargerait son dos et préconise un examen lombaire par IRM.

Le deuxième rapport a été rédigé le 5 juillet 2010 par le Dr R_____, à la suite de l'IRM lombaire préconisée par le Dr Q_____. Le Dr R_____ constate la présence de séquelles d'une maladie de Scheuermann à l'étage dorsal inférieur et diagnostique une dégénérescence discale L4-L5 avec discarthrose sévère L5-S1, une hernie discale foraminale gauche L4-L5 en conflit avec la racine L4 gauche dans son trajet foraminaux, une hernie discale ostéophytaire L5-S1 de localisation médiane et paramédiane avec rehaussement partiel après l'injection de gadolinium à droite évoquant un remaniement fibreux engainant la racine S1 droite, ainsi qu'un volumineux hémangiome vertébral en L5 à gauche de localisation antérieure.

Le troisième rapport, établi par le Dr Q _____ en date du 15 juillet 2010, indique que les douleurs décrites par l'assuré sont sans doute imputables à la double discopathie dégénérative constatée lors de l'IRM et qu'une intervention chirurgicale pourrait être envisagée.

14. Mandaté par l'OAI, le Dr S _____, spécialiste FMH en médecine interne et rhumatologie, a rendu son rapport d'expertise le 26 octobre 2010.

L'expert a diagnostiqué des lombosciatalgies droites non déficitaires, une hernie discale foraminale gauche et une hernie discale ostéophytaire L5-S1 accompagnées d'un remaniement fibreux engainant la racine S1 droite, un status après discotomie et foraminectomie-hémilaminectomie L5-S1 ainsi qu'un conflit sous-acromial de l'épaule gauche suite à une luxation. Il a également fait mention de diagnostics secondaires suivants : diabète de type II, hépatite B et status après un bypass gastrique pour une obésité morbide.

L'expert a relevé que l'examen clinique était difficilement évaluable car l'assuré retenait volontairement tous les mouvements et décrivait de fortes crampes qui n'étaient pas constatées cliniquement. Il marchait en boitant de la jambe droite et avait de la peine à monter les escaliers. Le neurologue avait constaté la même boiterie, mais celle-ci avait disparu en l'absence de l'examineur. Quant à l'examen neurologique complémentaire que l'expert avait demandé, il ne mettait pas en évidence d'anomalie objective, pas plus que les examens neurographiques. Le testing somato sensoriel quantifié ne confirmait pas les affirmations du patient. L'expert a dès lors conclu à une probable majoration des plaintes chez l'assuré.

S'agissant de la capacité résiduelle de travail de l'assuré, l'expert a reconnu que les atteintes constatées sur les documents radiologiques pouvaient entraîner des douleurs lombaires avec irradiation dans le membre inférieur droit, à l'effort et au port de charge de plus de 10 kg. Le travail de tôlier n'était dès lors plus envisageable. Par extension, tous travaux nécessitant le port de charges de plus de 10 kg, des mouvements répétés de flexion du rachis, une position debout plus de 60 minutes et l'impossibilité de changer de position toutes les 60 minutes n'étaient pas possibles. À ces restrictions d'emploi s'ajoutait l'impossibilité d'effectuer des travaux nécessitant de lever le membre supérieur gauche à plus de 90° et de soulever des charges au-dessus de l'horizontale. Par contre, dans une activité adaptée, comme vendeur de voitures, la capacité de travail était entière, sans diminution de rendement.

La capacité de travail de l'assuré a dès lors été jugée totale dans une activité adaptée aux limitations fonctionnelles décrites.

15. Dans un avis du 29 novembre 2010, le SMR a noté que l'assuré avait adopté une attitude extrêmement démonstrative à l'examen clinique. Ses plaintes

n'avaient toutefois pas pu être objectivées. L'assuré ne présentait d'ailleurs aucun déficit neurologique, hormis de discrets troubles sensitifs qui étaient probablement séquellaires. Lesdits déficits n'influençaient toutefois pas la capacité de travail dans une activité adaptée à ses limitations, c'est-à-dire où le port de charges de plus de 10kg n'était pas nécessaire, sans mouvement répété de flexion du rachis, sans élévation du bras gauche à plus de 90° et permettant l'alternance des positions toutes les 60 minutes. Tenant compte de ces limitations, la capacité de travail était de 100% depuis le 11 mai 2009 au moins, cette date coïncidant avec celle où l'assuré avait été observé en train de travailler auprès du GARAGE X_____ pour la première fois. Le SMR a encore relevé que l'activité de vendeur de voitures correspondait parfaitement aux limitations fonctionnelles décrites par l'expert.

16. Par décision du 28 février 2011, l'OAI a supprimé la rente allouée à l'assuré avec effet rétroactif au 11 mai 2009.

L'OAI a relevé qu'entre 1995 et 2009, l'assuré avait été plus ou moins actif au sein de plusieurs sociétés en lien avec le domaine de l'automobile. En particulier, il avait été observé en train de travailler en tant que vendeur de voitures le 11 mai 2009, de sorte qu'il fallait considérer qu'il avait repris une activité professionnelle, en violation de son obligation de renseigner. Outre sa capacité de travail médicalement attestée en qualité de vendeur de voitures, l'assuré possédait de bonnes compétences administratives dans ce domaine d'activité, si bien que des mesures de réadaptation supplémentaires étaient inutiles.

Comparant le revenu avant invalidité (55'162 fr, soit le revenu qu'aurait réalisé l'assuré s'il avait continué son activité de carrossier-tôlier sans CFC selon la convention collective de travail pour les métiers de la carrosserie et l'ESS, TA1, secteur 50, activité de niveau 4) à celui que l'assuré aurait pu obtenir malgré l'atteinte à sa santé (46'888 fr., dans une activité de vendeur de voitures respectant les limitations fonctionnelles - c'est-à-dire le port de charges de plus de 10 kg, les mouvements répétés de flexion du rachis, la position debout plus de 60mn -, selon l'ESS, TA1, secteur 50, après réduction supplémentaire de 15%), l'OAI a obtenu un degré d'invalidité de 15% insuffisant pour ouvrir droit aux prestations de l'assurance invalidité.

17. Par écriture du 1^{er} avril 2011, l'assuré a interjeté recours auprès de la Cour de céans en concluant à ce que soit mise sur pied une contre-expertise confiée à un expert ne disposant d'aucun des rapports de surveillance dont il a fait l'objet et, au fond, à ce que son droit à la rente soit rétabli.

En substance, l'assuré se plaint d'une violation de son droit d'être entendu vu le refus de l'OAI de transmettre la copie des rapports d'observations dont il a fait

l'objet. Il allègue que la description du contenu des rapports fournie par l'intimé ne suffit pas pour se déterminer de manière satisfaisante puisqu'il ne sait pas pendant combien de temps, à quel moment et à quel intervalle les activités décrites dans ces rapports avaient été observées. Il ajoute que le visionnement des vidéos de surveillance fait apparaître que les quelques observations effectuées par le détective ne sont pas aussi claires que veut bien le dire l'intimé. L'assuré se plaint de n'avoir pu s'exprimer, fournir des explications et des contre-preuves.

S'agissant par ailleurs du calcul du degré d'invalidité, l'assuré conteste être capable d'exercer à plein temps une activité adaptée. Il soutient que les conclusions du Dr S_____ vont clairement à l'encontre de ses propres observations médicales et de celles de tous les autres rapports et certificats versés à la procédure. Selon le recourant, la décision de l'intimé se fonde exclusivement sur l'expertise du Dr S_____ laquelle s'appuie elle-même de manière essentielle et déterminante sur les rapports d'observation, faisant fi de nombreux certificats et rapports médicaux qui contredisent le rapport du Dr S_____ et justifient selon lui la mise sur pied d'une contre-expertise.

Pour le reste, le recourant conteste avoir repris une activité lucrative. Il explique qu'il passait effectivement plusieurs fois par jour dans le garage d'un ami mais uniquement pour y rendre quelques menus services et boire le café. Il était loin de tenir des horaires réguliers et venait plutôt au garage pour avoir de la compagnie, s'occuper un peu et discuter. Aucun employeur ne pourrait offrir de telles conditions de travail. Cela n'était possible que parce qu'il n'était pas rémunéré et que le patron était un ami.

18. Invité à se déterminer, l'intimé, dans sa réponse du 23 mai 2011, a conclu au rejet du recours.

L'intimé allègue avoir procédé, dans le cadre de la révision entamée en 2009, à une instruction complète du dossier, tant sur le plan économique que médical.

L'intimé rappelle qu'à teneur d'un rapport du 20 janvier 1997, porté à sa connaissance en 2010 seulement, l'assuré a effectué de petits travaux non rémunérés dans l'entreprise de son père alors même qu'il se trouvait en arrêt de travail, que le recourant a déclaré en 2004 n'avoir travaillé que durant trois jours seulement pour le GARAGE X_____ et la CARROSSERIE DU Y_____, qu'il a admis détenir les clefs du GARAGE X_____ et a reconnu disposer d'une capacité résiduelle de travail dans une activité adaptée, ce qui a été confirmé par les conclusions du rapport d'expertise du 26 octobre 2010, dont l'intimé soutient qu'il doit se voir reconnaître pleine valeur probante.

L'intimé fait remarquer que la requête du recourant visant à la mise en œuvre d'une nouvelle expertise qui ne tiendrait pas compte du rapport de surveillance est contraire à la jurisprudence relative à la valeur probante des expertises, en particulier à la règle qui veut que l'expert procède à un examen attentif de l'intégralité des pièces au dossier.

L'intimé souligne que deux experts appelés à se déterminer ont constaté que les plaintes de l'assuré ne correspondaient pas aux éléments cliniques objectifs.

Enfin, l'intimé relève qu'il est apparu que le recourant a en réalité exercé au fil des ans des activités auprès de plusieurs sociétés, sans jamais les annoncer à l'assurance-invalidité. Pour preuve, le recourant a été filmé alors qu'il travaillait quotidiennement à plein temps sans manifester de douleurs, exécutant des tâches impliquant des sollicitations du dos, des épaules et des positions statiques.

19. Le 28 juin 2011, le recourant a répliqué que l'intimé occultait complètement l'aspect médical de son dossier pour se concentrer uniquement sur une prétendue violation de son obligation d'informer, alors que les lombalgies et blocages lombaires avec sciatalgie dont il souffre depuis l'âge de 18 ans ont été constatés et prouvés médicalement par plusieurs médecins. Selon lui, les menus services rendus à son ami ne constituent en rien un travail.
20. Le 18 janvier 2012, le recourant a indiqué que son état de santé s'était récemment aggravé.

Une audience s'est tenue en date du 19 janvier 2012. À cette occasion, le recourant a réaffirmé n'avoir fréquenté le garage de son meilleur ami que dans le but de ne pas se morfondre chez lui toute la journée. Il a allégué avoir rendu de menus services, tels que poser un support de plaque, amener un véhicule, remplir des papiers, sans jamais être rémunéré pour cela.

Le recourant a ajouté que les images prises par l'enquêteur ne peuvent qu'avoir été choisies subjectivement, puisque ce dernier était payé par l'Office AI. Selon lui, le jugement de l'expert a été faussé par ces images.

21. Entendu par la Cour de céans en date du 29 mars 2012, le père du recourant a allégué que, depuis 1991, date du premier accident, l'état de son fils s'est dégradé. Selon lui, cet état fluctue si bien que son fils ne saurait être considéré comme un employé fiable.
22. Entendu à son tour, le Dr S_____ a expliqué être de plus en plus souvent confronté à des rapports de surveillance.

L'expert a affirmé qu'en ce qui le concerne, ce qui compte en premier lieu, c'est l'examen clinique d'une part, l'histoire du patient d'autre part. Le rapport de surveillance ne saurait en aucun cas emporter son adhésion à lui seul, à moins qu'il ne révèle une discordance telle qu'elle relève du pénal, ce qui n'était pas le cas en l'occurrence.

L'expert a ajouté que si l'on ne peut certes pas visualiser la douleur, on peut cependant recueillir des renseignements en observant le patient, la manière dont il se déplace ou se meut; la douleur se traduit par une démarche au ralenti, une boiterie, des raideurs, par exemple. Cela fait partie de l'examen clinique.

L'expert a admis que l'on constate couramment chez les personnes atteintes de douleurs chroniques des fluctuations importantes, voire même une modification de l'état clinique d'un jour à l'autre.

S'agissant des rapports du Dr R_____, le Dr S_____ a expliqué qu'ils montraient un remaniement fibreux - souvent présent chez les personnes opérées d'une hernie - qui peut effectivement se traduire par des douleurs s'il a pour conséquence de rétracter le nerf. Quant à l'arthrose et à la hernie discale, il a indiqué en avoir tenu compte dans son évaluation. Concernant la nouvelle hernie évoquée par le second rapport, le Dr S_____ a rappelé avoir demandé un examen neurologique complémentaire qui a permis d'exclure toute atteinte aiguë.

L'expert a conclu que les fluctuations évoquées par le Dr O_____ ne modifiaient en rien ses conclusions quant à la capacité de travail exigible, même s'il est possible qu'il y ait des arrêts de travail. La profession de vendeur de voitures d'occasion semble idéale dans la mesure où elle permet des temps de repos, l'alternance des positions et n'impose pas d'efforts physiques.

23. Le Dr R_____ a expliqué avoir pratiqué deux examens : le premier en juillet 2010, le second le 19 octobre 2011. Le dernier a montré que la hernie L4 L5 était stationnaire et qu'il y avait un remaniement fibreux au niveau de la hernie L5 S1, ainsi qu'une nouvelle hernie à gauche. Le radiologue a indiqué que, selon son expérience, les remaniements fibreux, tel que celui constaté chez l'assuré, se traduisent généralement par des douleurs, étant précisé que les constatations radiologiques doivent être complétées par l'examen clinique du médecin traitant.
24. Le Prof. T_____ a quant à lui expliqué que, chez l'assuré, les lombalgies sont présentes en permanence et qu'à raison de deux, trois fois par mois, elles s'exacerbent au point d'irradier dans les deux jambes. Selon lui, l'IRM permet d'objectiver des dégénérescences au niveau de la jonction des vertèbres lombaires et dorsales (discopathie et disques secs). Plus bas, on observe également les séquelles de la première intervention sur hernie discale, étant

précisé néanmoins qu'un hémangiome n'a normalement pas d'incidence. Il est très rare qu'il soit agressif.

Le médecin a préconisé, pour objectiver les hypoesthésies, des examens complémentaires électrophysiologiques correspondant aux examens ENMG et au testing somato sensoriel quantifié pratiqués par le Dr U_____ à la demande du Dr S_____.

Il a émis l'avis qu'une activité adaptée, c'est-à-dire n'impliquant ni position statique ni port de charges, pourrait être exigée, sans pouvoir préciser à quel taux.

25. Entendu à son tour, le Dr A_____, qui a suivi régulièrement l'assuré de 1991 à 1994, puis l'a revu en 2001, 2003, 2006, 2009, 2010 et 2011, a expliqué avoir procédé en janvier 2009 et en janvier 2012 à des infiltrations pararadiculaires de cortisone, lesquelles s'imposent lorsque le patient est bloqué, c'est-à-dire lorsque la mobilité du rachis est fortement réduite par la douleur et que les anti-inflammatoires seraient insuffisants.

Le médecin a dit avoir pu constater, à chaque visite du patient, l'existence d'un syndrome algique se traduisant par des limitations fonctionnelles. En d'autres termes, le patient était bel et bien « bloqué ».

Questionné sur une éventuelle capacité de travail de l'assuré dans une activité adaptée, le médecin a dit ne pouvoir se prononcer. Il a expliqué n'avoir observé le patient qu'en situation de crise et ignorer comment il peut se mouvoir entre deux épisodes aigus.

26. Le Dr P_____, qui suit l'assuré depuis 2009 a expliqué s'être borné à lui prescrire antalgiques, anti-inflammatoires et séances de physiothérapie.

Le médecin a conclu à une totale incapacité de travail en soulignant la fatigue physique et psychique découlant des limitations fonctionnelles relevées dans son rapport.

Le médecin a ajouté que la dernière IRM pratiquée en octobre 2011 avait montré une aggravation puisque désormais il existe une hernie discale au-dessus de l'endroit déjà opéré.

A la lecture des diagnostics et limitations fonctionnelles retenus par le Dr S_____, le témoin a indiqué que cela correspondait « en gros » à ses observations, étant précisé qu'il ajouterait des limitations fonctionnelles.

Il a admis l'absence de déficit moteur mais souligné l'existence d'un déficit sensitif et précisé que la symptomatologie fluctue fortement. Selon lui, cette grande fluctuation aurait pour conséquence qu'un employeur ne pourrait se

satisfaire de l'assuré qui, même dans une activité aussi légère soit-elle, ne manquerait pas d'être régulièrement absent.

27. Le 3 mai 2012, l'intimé a persisté dans ses conclusions en se référant à l'avis de son SMR, lequel a relevé que le Dr S_____ avait confirmé ses conclusions, que le Dr R_____ avait quant à lui outrepassé ses compétences en interprétant un examen radiologique, que les déclarations du Dr O_____ laissaient supposer, vu la faible dose médicamenteuse prescrite, que la douleur était certainement gérable par la prise d'anti-inflammatoires non stéroïdiens, qu'il n'avait d'ailleurs pas été nécessaire de prescrire des corticoïdes per os au recourant, vu l'absence de risque déficitaire neurologique majeur et que le Prof. T_____ avait reconnu qu'une activité adaptée serait possible vu l'absence d'atteinte neurologique de type radiculaire.

Le SMR a estimé que l'expertise rhumatologique et neurologique avait clairement démontré qu'une activité lucrative dans une activité adaptée était exigible à 100%.

Enfin, l'aggravation de l'état de santé alléguée depuis janvier 2012, soit postérieurement à la décision attaquée, n'avait pu être objectivée.

28. Les 4 et 15 mai 2012, le recourant a également persisté dans ses conclusions.

Il a soutient que l'audition de ses différents médecins traitants permet de conclure qu'il est totalement incapable de travailler vu des lésions sévères incontestables. Ses douleurs peuvent varier et le remaniement fibreux dont il est atteint amplifie autant ses douleurs que son incapacité à se mouvoir.

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; RS E 2 05) en vigueur depuis 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).

La compétence de la Cour de céans 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.

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. Les modifications de la loi fédérale sur l'assurance-invalidité du 21 mars 2003 (4ème révision), du 6 octobre 2006 (5ème révision) et du 18 mars 2011 (révision 6a), entrées en vigueur le 1er janvier 2004, respectivement, le 1er janvier 2008 et le 1er janvier 2012, entraînent la modification de nombreuses dispositions légales dans le domaine de l'assurance-invalidité.

Sur le plan matériel, sont en principe applicables les règles de droit en vigueur au moment où les faits juridiquement déterminants se sont produits (ATF 129 V 1 consid. 1; ATF 127 V 467 consid. 1 et les références). En ce qui concerne en revanche la procédure, et à défaut de règles transitoires contraires, le nouveau droit s'applique sans réserve dès le jour de son entrée en vigueur (ATF 117 V 93 consid. 6b, ATF 112 V 360 consid. 4a; RAMA 1998 KV 37 p. 316 consid. 3b).

En l'espèce, au vu des faits pertinents, du point de vue matériel, le droit éventuel aux prestations doit être examiné en fonction des modifications de la LAI, dans la mesure de leur pertinence (ATF 130 V 445 et les références; voir également ATF 130 V 329). Cela étant, ces nouvelles n'ont pas amené de modifications substantielles en matière d'évaluation de l'invalidité (ATFA non publié I 249/05 du 11 juillet 2006, consid. 2.1 et Message concernant la modification de la loi fédérale sur l'assurance-invalidité du 22 juin 2005, FF 2005 p. 4322).

4. 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.
5. Le litige porte sur le droit du recourant au maintien de sa rente d'invalidité, singulièrement sur le point de savoir si son état de santé s'est amélioré au point de lui permettre de reprendre une activité professionnelle et d'influencer son droit aux prestations.
6. On peut envisager quatre cas dans lesquels un conflit peut surgir entre une situation juridique actuelle et une décision de prestations, assortie d'effets durables, entrée en force formelle: une constatation inexacte des faits (inexactitude initiale sur les faits) peut, à certaines conditions, être corrigée par une révision procédurale conformément à l'art. 53 al. 1 LPGA. Lorsqu'une modification de l'état de fait déterminante sous l'angle du droit à la prestation

(inexactitude ultérieure sur les faits) survient après le prononcé d'une décision initiale exempte d'erreur, une adaptation peut, le cas échéant, être effectuée dans le cadre d'une révision de la rente au sens de l'art. 17 al. 1 LPGA. Si la décision est fondée sur une application erronée du droit (application initiale erronée), il y a lieu d'envisager une révocation sous l'angle de la reconsidération (art. 53 al. 2 LPGA). Enfin, il est des cas où une modification des fondements juridiques déterminants intervient après le prononcé de la décision (ATF 135 V 215 consid. 4.1, ATF 127 V 10 consid. 4b).

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

Tout changement important des circonstances propre à influencer le degré d'invalidité, et donc le droit à la rente, peut motiver une révision selon l'art. 17 LPGA. La rente peut être révisée non seulement en cas de modification sensible de l'état de santé, mais aussi lorsque celui-ci est resté en soi le même, mais que ses conséquences sur la capacité de gain ont subi un changement important (ATF 130 V 343 consid. 3.5). Il n'y a pas matière à révision lorsque les circonstances sont demeurées inchangées et que le motif de la suppression ou de la diminution de la rente réside uniquement dans une nouvelle appréciation du cas (ATF 112 V 371 consid. 2b et 387 consid. 1b). Un motif de révision au sens de l'art. 17 LPGA doit clairement ressortir du dossier (ATFA non publié I 559/02 du 31 janvier 2003 consid. 3.2 et les arrêts cités). La réglementation sur la révision ne saurait en effet constituer un fondement juridique à un réexamen sans condition du droit à la rente (ATFA non publié I 406/05 du 13 juillet 2006 consid. 4.1). Un changement de jurisprudence n'est pas un motif de révision (ATF 129 V 200 consid. 1.2).

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

Si les conditions de la révision sont données, les prestations sont, conformément à l'art. 17 al. 1 LPGA, modifiées pour l'avenir dans le sens exigé par le nouveau degré d'invalidité.

7. Est réputée invalidité, l'incapacité de gain totale ou partielle présumée permanente ou de longue durée, résultant d'une infirmité congénitale, d'une maladie ou d'un accident (art. 8 al. 1 LPGA et 4 al. 1 LAI). Selon l'art. 7 LPGA, est réputée incapacité de gain toute diminution de l'ensemble ou d'une partie des possibilités de gain de l'assuré sur le marché du travail équilibré qui entre en considération, si cette diminution résulte d'une atteinte à la santé physique ou mentale et qu'elle persiste après les traitements et les mesures de réadaptation exigibles (al. 1). Seules les conséquences de l'atteinte à la santé sont prises en compte pour juger de la présence d'une incapacité de gain. De plus, il n'y a incapacité de gain que si celle-ci n'est pas objectivement surmontable (al. 2 en vigueur dès le 1er janvier 2008).

En vertu de l'art. 28 al. 1 LAI (dans sa version antérieure au 1er janvier 2004), l'assuré a droit à une rente entière s'il est invalide à 66 % au moins, à une demi-rente s'il est invalide à 50 % au moins, ou à un quart de rente s'il est invalide à 40 % au moins; dans les cas pénibles, l'assuré peut, d'après l'art. 28 al. 1bis LAI, prétendre à une demi-rente s'il est invalide à 40 % au moins. Dès le 1er janvier 2004, l'assuré a droit à une rente entière s'il est invalide à 70 % au moins, à un trois-quarts de rente s'il est invalide à 60 % au moins, à une demi-rente s'il est invalide à 50 % au moins, ou à un quart de rente s'il est invalide à 40 % au moins (art. 28 al. 2 LAI).

Pour évaluer le taux d'invalidité, le revenu que l'assuré aurait pu obtenir s'il n'était pas invalide est comparé avec celui qu'il pourrait obtenir en exerçant l'activité qui peut raisonnablement être exigée de lui après les traitements et les mesures de réadaptation, sur un marché du travail équilibré (art. 16 LPGA et art. 28 al. 2 LAI).

Il y a lieu de préciser que selon la jurisprudence, la notion d'invalidité, au sens du droit des assurances sociales, est une notion économique et non médicale; ce sont les conséquences économiques objectives de l'incapacité fonctionnelle qu'il importe d'évaluer (ATF 110 V 273 consid. 4a). L'atteinte à la santé n'est donc pas à elle seule déterminante et ne sera prise en considération que dans la mesure où elle entraîne une incapacité de travail ayant des effets sur la capacité de gain de l'assuré (MEYER-BLASER, Bundesgesetz über die Invalidenversicherung, Zurich 1997, p. 8).

8. Pour pouvoir calculer le degré d'invalidité, l'administration (ou le juge, s'il y a eu un recours) a besoin de documents que le médecin, éventuellement aussi d'autres spécialistes, doivent lui fournir (ATF 125 V 261 consid. 4). La tâche

du médecin dans le cadre d'une révision de la rente selon l'art. 17 LPGA consiste avant tout à établir l'existence ou non d'une amélioration de l'état de santé de l'assuré en comparant les faits tels qu'ils se présentaient au moment de la décision initiale avec la situation au moment de son examen (ATF 125 V 369 consid. 2).

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

9. 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).

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. cc).

10. 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 (ATF non publié 9C_369/2008 du 5 mars 2009, consid. 2.2).

11. En l'espèce, il convient de déterminer si les circonstances - en particulier la capacité de travail du recourant - se sont modifiées dans une mesure notable depuis la décision du 1er octobre 2004.

a) L'octroi d'une rente entière à l'assuré reposait sur le constat qu'il souffrait de douleurs du dos et du rachis et, depuis 2004, d'une perte de sensibilité dans les jambes.

b) A l'issue de la révision initiée en 2009, suite à une dénonciation, l'intimé a conclu que le recourant avait recouvré une pleine capacité de travail, en relevant que l'intéressé avait été observé durant plusieurs jours en train de travailler dans un garage, en qualité de vendeur de voitures, ce que l'assuré a contesté en alléguant n'avoir fait que rendre de menus services à un ami patron de garage, sans être rémunéré. À l'appui de ses dires, le recourant a produit de nombreux certificats de ses médecins traitants attestant qu'il n'était pas en mesure de reprendre le travail.

c) Figurent ainsi au dossier, une expertise du Dr S_____ ainsi que les rapports et déclarations des Drs R_____, T_____, P_____ et O_____.

En substance, les médecins traitants du recourant, à l'exception du Prof. T_____, ont attesté de son incapacité de travail. Ils ont posé les diagnostics de syndrome lombaire, hernie discale et périarthrite scapulo-humérale gauche. Au titre des limitations fonctionnelles, ils ont relevé que le recourant devait alterner fréquemment les positions et qu'il ne pouvait se pencher, lever le bras gauche au-dessus de sa tête, s'accroupir, se mettre à genoux, porter des charges de plus de 3 ou 4 kg, monter sur une échelle ou un échafaudage ou encore gravir régulièrement des escaliers. Ils ont fait état de douleurs aiguës chez le recourant, l'obligeant parfois à rester immobilisé pendant plusieurs jours, ce qu'ils ont jugé incompatible avec la reprise d'une activité professionnelle, même adaptée et à un taux réduit. Ils ont expliqué que,

certes, les douleurs étaient subjectives, mais que les IRM avaient toutefois permis d'objectiver les dégénérescences au niveau de la jonction des vertèbres lombaires et dorsales. En raison de l'importante fluctuation des douleurs et les absences répétées qu'elles impliqueraient, les médecins ont estimé qu'aucun employeur ne confierait du travail au recourant, dans le marché actuel de l'emploi.

Lors de son audition par la Cour de céans, le Prof. T _____ a toutefois précisé, s'agissant de la capacité de travail résiduelle du recourant, qu'une activité adaptée, c'est-à-dire n'impliquant ni position statique ni port de charges, pouvait être exigée, sans pouvoir en préciser le taux. Le Dr O _____ a quant à lui indiqué qu'il n'était pas en mesure de répondre à la question de savoir si son patient pouvait reprendre une activité adaptée et à quel taux, étant considéré qu'il ne voyait le recourant qu'en cas de crise aiguë, soit lorsqu'il était totalement incapable de travailler.

Dans son expertise, le Dr S _____ a retenu les mêmes diagnostics que les médecins traitants du recourant, c'est-à-dire des lombosciatalgies droites non déficitaires, une hernie discale foraminale gauche et une hernie discale ostéophytaire L5-S1 accompagnées d'un remaniement fibreux engainant la racine S1 droite, un status après discotomie et foraminectomie-hémilaminectomie L5-S1 ainsi qu'un conflit sous-acromial de l'épaule gauche suite à une luxation. Il a relevé qu'à l'examen clinique, le recourant décrivait de fortes crampes qui n'avaient pas été objectivées. Il marchait également en boitant de la jambe droite et avait de la peine à monter les escaliers, alors même qu'en l'absence d'observateur, il cessait de boiter. S'agissant de la capacité résiduelle de travail du recourant, l'expert a reconnu que les atteintes constatées sur les documents radiologiques pouvaient entraîner des douleurs lombaires avec irradiation dans le membre inférieur droit, à l'effort et au port de charges de plus de 10 kg. Les mouvements répétés de flexion du rachis, de même que la position debout plus de 60 minutes et les travaux en position statique plus de 60 minutes n'étaient pas envisageables. À ces restrictions d'emploi s'ajoutait l'impossibilité d'effectuer des travaux nécessitant de lever le membre supérieur gauche à plus de 90° et de soulever des charges au-dessus de l'horizontale. Par contre, le Dr S _____ a estimé que dans une activité adaptée, comme vendeur de voitures, la capacité de travail du recourant était entière, sans diminution de rendement.

12. Le recourant conteste la valeur probante de cette expertise. Il estime que l'expert a sans nul doute été influencé par les rapports d'observation indiquant qu'il avait travaillé dans un garage. Dans cette mesure, le recourant estime qu'il se justifie de se rallier aux conclusions de ses médecins traitants attestant de son incapacité de travail ou de mettre en œuvre une nouvelle expertise qui ne tiendrait pas compte desdits rapports. Il précise que si son état de santé le lui

permettait, il reprendrait une activité professionnelle. Il relève que ses douleurs l'empêchent toutefois d'assumer un emploi, même à temps partiel.

De son côté, l'intimé répond que l'expertise a été rendue conformément aux prescriptions légales en la matière, de sorte que pleine valeur probante doit lui être reconnue. S'agissant de la prise en compte des rapports d'enquête, l'intimé estime que l'expert doit prendre connaissance de l'intégralité du dossier d'un patient pour pouvoir rendre ses conclusions. Cet élément ne justifie dès lors pas de remettre en cause l'expertise et d'en diligenter une nouvelle.

13. De l'avis de la Cour, l'expertise du Dr S_____ a été établie en pleine connaissance du dossier, sur la base d'examens complets et des IRM réalisées en 2009 et 2010. Les plaintes de l'expertisé y sont reprises en détail, de même que son histoire médicale et socioprofessionnelle. L'expert relève, s'agissant des plaintes du recourant, qu'elles ne sont pas objectivées à l'examen clinique. Les conclusions sont complètes, bien motivées et claires; pour les compléter, l'expert a d'ailleurs demandé un avis complémentaire en neurologie. Les limitations fonctionnelles sont décrites de façon précise et rejoignent celles retenues par les médecins traitants du recourant. Il en va de même pour les diagnostics.

Certes, les médecins traitants estiment que le recourant n'est pas en mesure de reprendre une activité professionnelle, même adaptée, en raison des douleurs qui l'obligent parfois à rester au lit des journées entières. Les différents médecins ne posent pourtant pas de diagnostics ni ne décrivent de limitations fonctionnelles qui iraient au-delà de ceux retenus par l'expert.

Il apparaît ainsi que les médecins traitants se sont livrés à une appréciation différente du cas, plus favorable à leur patient que celle de l'expert, sans apporter pour autant d'éléments objectifs de nature à remettre en cause la valeur probante de l'expertise du 26 octobre 2010.

La Cour relèvera encore que le Prof. T_____ et le Dr O_____ n'ont d'ailleurs pas écarté la possibilité d'une reprise d'activité par le recourant. Tout au plus le Dr O_____ s'est-il contenté de dire qu'il ne pouvait pas déterminer si son patient était à même de reprendre le travail, motif pris qu'il le voyait essentiellement lorsqu'il était en situation de crise, soit en l'occurrence en 2001, 2003, 2006, 2009, deux fois en 2010 et une fois en 2011. La Cour notera à cet égard la rareté des consultations pour cause de crise aiguë, de sorte que la conclusion de l'expert relative à une pleine capacité de travail est encore renforcée. Il semble en effet que, le plus souvent, la prise d'anti-inflammatoires soit suffisante pour réduire les douleurs, sans qu'il soit nécessaire de procéder à des séances d'infiltrations. Il sied enfin de noter que le Prof. T_____, tout comme le Dr S_____, a lui aussi estimé qu'une reprise d'activité était

envisageable et ce, malgré les douleurs engendrées par la pathologie du recourant.

S'agissant enfin du rapport d'observation que le Dr S_____ a cité dans son expertise, la Cour rappellera que l'expert doit tenir compte de l'intégralité du dossier, pour rendre ses conclusions. Dans le cas présent, il ressort clairement de l'analyse de l'expert que, s'il a cité les rapports d'observation, ses conclusions sont avant tout basées sur ses constatations médicales, qu'il a d'ailleurs complétées par un examen neurologique. Il n'y a dès lors pas d'élément qui permette de conclure que l'analyse du Dr S_____ aurait manqué d'objectivité et qu'il se serait uniquement fié au rapport d'observation litigieux.

L'expertise du 26 octobre 2010 répond dès lors à tous les réquisits jurisprudentiels pour se voir reconnaître pleine valeur probante et il ne se justifie pas de mettre en œuvre une nouvelle expertise, d'autant qu'ainsi que cela a été dit, ni les diagnostics ni les limitations fonctionnelles ne sont contestés.

Il apparaît ainsi que les circonstances du cas d'espèce et en particulier la capacité de travail du recourant se sont modifiées dans une mesure notable puisqu'il peut, au plus tard depuis le 11 mai 2009, travailler à 100% dans une activité adaptée aux limitations fonctionnelles décrites par l'expert et ses médecins traitants. Conformément à l'expert toujours, il apparaît d'ailleurs que l'activité de vendeur de voitures est tout-à-fait envisageable dans le cas du recourant, dans la mesure où elle n'implique pas le port de charges excessives et permet l'alternance des positions. Le fait que le recourant allègue souffrir de douleurs aiguës et de violentes crampes n'y vient rien changer. En effet, si la Cour ne remet pas en doute les allégations du recourant quant à ses douleurs, aucun élément au dossier ne permet de déterminer qu'elles l'auraient empêché de se rendre dans le garage de son ami et d'y travailler. La Cour relèvera une fois de plus que ce n'est que rarement que le recourant a consulté le Dr O_____ au cours des dernières années. Dans cette mesure, force est de constater qu'il dispose d'une pleine capacité de travail dans l'activité évoquée ou dans toute autre qui respecte les limitations décrites.

L'intimé était dès lors fondé à mettre un terme au versement des prestations en faveur du recourant.

14. S'agissant enfin d'une éventuelle violation de son droit d'être entendu, la Cour de céans relèvera que cette question a d'ores et déjà été tranchée par la négative par le TCAS, dans son arrêt du 14 octobre 2010. Il n'y a dès lors pas lieu de se pencher plus avant sur cette problématique.
15. Eu égard à ce qui précède, le recours, mal fondé, sera rejeté.

16. Étant donné que depuis le 1er juillet 2006, la procédure n'est plus gratuite (art. 69 al. 1bis LAI), il y a lieu de condamner le recourant au paiement d'un émolument de 200 fr.

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

Statuant

A la forme :

1. Déclare le recours recevable.

Au fond :

2. Le rejette.
3. Met un émolument de 200 fr. à la charge du recourant.
4. 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 SECHAUD

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