

GE_GERICHTE ATAS/242/2016 vom 22. März 2016

GE Cour de justice, 2016-03-22, FR

Quelle: https://mcp.opencaselaw.ch/entscheid/ge_gerichte_ATAS_242_2016

FR: GE_GERICHTE ATAS/242/2016 du 22 mars 2016

IT: GE_GERICHTE ATAS/242/2016 del 22 marzo 2016

Erwägungen

E. 1

Conformément à l'art. 134 al. 1 let. a ch. 2 de la loi sur l'organisation judiciaire, du 26 septembre 2010 (LOJ - E 2 05) en vigueur dès le 1er janvier 2011, la chambre des assurances sociales de la Cour de justice connaît, en instance unique, des contestations prévues à l'art. 56 de la loi fédérale sur la partie générale du droit des assurances sociales, du 6 octobre 2000 (LPGA - RS 830.1) relatives à la loi fédérale sur l'assurance-invalidité du 19 juin 1959 (LAI - RS 831.20). Sa compétence pour juger du cas d'espèce est ainsi établie.

E. 2

À teneur de l'art. 1 al. 1 LAI, les dispositions de la LPGA s'appliquent à l'assurance-invalidité, à moins que la loi n'y déroge expressément. Toutefois, les modifications légales contenues dans la LPGA constituent, en règle générale, une version formalisée dans la loi de la jurisprudence relative aux notions correspondantes avant l'entrée en vigueur de la LPGA; il n'en découle aucune modification du point de vue de leur contenu, de sorte que la jurisprudence développée à leur propos peut être reprise et appliquée (ATF 130 V 343 consid. 3).

E. 3

a. 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). b. En l'espèce, la décision litigieuse du 25 septembre 2014 est postérieure à l'entrée en vigueur des modifications de la LAI suscitées. Par conséquent, du point de vue matériel, le droit éventuel à des prestations d'invalidité doit être examiné au regard des modifications de la LAI consécutives aux 4ème, 5ème et 6ème révisions de cette loi, dans la mesure de leur pertinence (ATF 130 V 445 et les références; voir

A/3235/2014 - 11/19 - également ATF 130 V 329). Cela étant, ces nouvelles n'ont pas amené de modifications substantielles en matière d'évaluation de l'invalidité (arrêt du Tribunal fédéral des assurances 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).

E. 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 (art. 56ss LPGA).

E. 5

L'objet du litige porte sur la question de savoir si c'est à juste titre que l'intimé a retenu que le recourant a présenté une incapacité de travail de moins d'une année, soit du 16 avril 2012 au 31 janvier 2013.

E. 6

a. 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). b. En vertu des art. 28 al. 1 et 29 al. 1 LAI (dans sa teneur en vigueur depuis le 1er janvier 2008), le droit à la rente prend naissance au plus tôt à la date dès laquelle l'assuré a présenté une incapacité de travail (art. 6 LPGA) d'au moins 40% en moyenne pendant une année sans interruption notable et qu'au terme de cette année, il est invalide (art. 8 LPGA) à 40% au moins, mais au plus tôt à l'échéance d'une période de six mois à compter de la date à laquelle l'assuré a fait valoir son droit aux prestations conformément à l'art. 29 al. 1 LPGA. Il y a lieu de préciser que selon la jurisprudence, la notion d'invalidité, au sens du droit des assurances sociales, est une notion économique et non médicale ; ce sont les conséquences économiques objectives de l'incapacité fonctionnelle qu'il importe d'évaluer (ATF 110 V 273 consid. 4a). L'atteinte à la santé n'est donc pas à elle seule déterminante et ne sera prise en considération que dans la mesure où elle entraîne une incapacité de travail ayant des effets sur la capacité de gain de l'assuré (arrêt du Tribunal fédéral des assurances I.654/00 du 9 avril 2001 consid. 1).

E. 7

a. 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

A/3235/2014 - 12/19 - assurances I.786/04 du 19 janvier 2006 consid. 3.1). Dans l'éventualité où des troubles psychiques ayant valeur de maladie sont finalement admis, il y a alors lieu d'évaluer le caractère exigible de la reprise d'une activité lucrative par l'assuré, au besoin moyennant un traitement thérapeutique. À cet effet, il faut examiner quelle est l'activité que l'on peut raisonnablement exiger de lui. Pour admettre l'existence d'une incapacité de gain causée par une atteinte à la santé mentale, il n'est donc pas décisif que l'assuré exerce une activité lucrative insuffisante; il faut bien plutôt se demander s'il y a lieu

d'admettre que la mise à profit de sa capacité de travail ne peut, pratiquement, plus être raisonnablement exigée de lui, ou qu'elle serait même insupportable pour la société (ATF 127 V 294 consid. 4c; ATF 102 V 165; VSI 2001 p. 224 consid. 2b et les références). b. En ce qui concerne les facteurs psychosociaux ou socioculturels et leur rôle en matière d'invalidité, ils ne figurent pas au nombre des atteintes à la santé susceptibles d'entraîner une incapacité de gain au sens de l'art. 4 al. 1 LAI. Pour qu'une invalidité soit reconnue, il est nécessaire, dans chaque cas, qu'un substrat médical pertinent, entravant la capacité de travail (et de gain) de manière importante, soit mis en évidence par le médecin spécialisé. Plus les facteurs psychosociaux et socioculturels apparaissent au premier plan et imprègnent l'anamnèse, plus il est essentiel que le diagnostic médical précise s'il y a atteinte à la santé psychique qui équivaut à une maladie. Ainsi, il ne suffit pas que le tableau clinique soit constitué d'atteintes qui relèvent de facteurs socioculturels; il faut au contraire que le tableau clinique comporte d'autres éléments pertinents au plan psychiatrique tels, par exemple, une dépression durable au sens médical ou un état psychique assimilable, et non une simple humeur dépressive. Une telle atteinte psychique, qui doit être distinguée des facteurs socioculturels, et qui doit de manière autonome influencer la capacité de travail, est nécessaire en définitive pour que l'on puisse parler d'invalidité. En revanche, là où l'expert ne relève pour l'essentiel que des éléments qui trouvent leur explication et leur source dans le champ socioculturel ou psychosocial, il n'y a pas d'atteinte à la santé à caractère invalidant (ATF 127 V 294 consid. 5a in fine).

E. 8

a. 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. La tâche du médecin consiste à porter un jugement sur l'état de santé et à indiquer dans quelle mesure et pour quelles activités l'assuré est, à ce motif, incapable de travailler. En outre, les données médicales constituent un élément utile pour déterminer quels travaux on peut encore, raisonnablement, exiger de l'assuré (ATF 125 V 256 consid. 4 et les références). b. Selon le principe de libre appréciation des preuves, pleinement valable en procédure judiciaire de recours dans le domaine des assurances sociales (cf. art. 61 let. c LPG), 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

A/3235/2014 - 13/19 - 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). 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. 3b/cc). On ajoutera qu'en cas de divergence d'opinion entre experts et médecins traitants, il n'est pas, de manière générale, nécessaire de mettre en œuvre une nouvelle expertise. La valeur probante des rapports médicaux des uns et des autres doit bien plutôt s'apprécier au regard des critères jurisprudentiels (ATF 125 V 351 consid. 3a) qui permettent de leur reconnaître pleine valeur probante. À cet égard, il convient de rappeler qu'au vu de la divergence consacrée par la jurisprudence entre un mandat thérapeutique et un mandat d'expertise (ATF 124 I 170 consid. 4; arrêt du Tribunal fédéral I 514/06 du 25 mai 2007 consid. 2.2.1, in SVR 2008 IV Nr. 15 p. 43), on ne saurait remettre en cause une expertise ordonnée par l'administration ou le juge et procéder à de nouvelles investigations du seul fait qu'un ou plusieurs médecins traitants ont une opinion contradictoire. Il n'en va différemment que si ces médecins traitants font état d'éléments objectivement vérifiables ayant été ignorés dans le cadre de l'expertise et qui sont suffisamment pertinents pour remettre en cause les conclusions de l'expert (arrêt du Tribunal fédéral 9C_369/2008 du 5 mars 2009 consid. 2.2).

E. 9

Conformément au principe inquisitoire qui régit la procédure dans le domaine des assurances sociales, les autorités administratives et les juges des assurances sociales doivent procéder à des investigations supplémentaires ou en ordonner lorsqu'il y a suffisamment de raison pour le faire, eu égard aux griefs invoqués par les parties ou aux indices résultant du dossier. Ils ne peuvent ignorer des griefs pertinents invoqués par les parties pour la simple raison qu'ils n'auraient pas été prouvés (VSI 5/1994 220 consid. 4a). Selon la jurisprudence qui prévalait jusqu'à récemment, le

A/3235/2014 - 14/19 - juge cantonal qui estimait que les faits n'étaient pas suffisamment élucidés avait en principe le choix entre deux solutions : soit renvoyer la cause à l'administration pour complément d'instruction, soit procéder lui-même à une telle instruction complémentaire (arrêt du Tribunal fédéral des assurances U.58/01 du 21 novembre 2001 consid. 5a). Dans un arrêt de principe, le Tribunal fédéral a cependant modifié sa jurisprudence en ce sens que les instances cantonales de recours sont en principe tenues de diligenter une expertise judiciaire si les expertises médicales ordonnées par l'OAI ne se révèlent pas probantes (ATF 137 V 210 consid. 4.4.1.3). Cela étant, un renvoi à l'administration pour mise en œuvre d'une nouvelle expertise reste possible, même sous l'empire de la nouvelle jurisprudence, notamment lorsqu'une telle mesure est nécessaire en raison du fait que l'administration n'a pas du tout instruit un point médical (ATF 137 V 210 consid. 4.4.1.4).

E. 10

Si l'administration ou le juge, se fondant sur une appréciation consciencieuse des preuves fournies par les investigations auxquelles ils doivent procéder d'office, sont convaincus que certains faits présentent un degré de vraisemblance prépondérante et que d'autres mesures probatoires ne pourraient plus modifier cette appréciation, il est superflu d'administrer d'autres preuves (appréciation anticipée des preuves ; ATF 122 II 464 consid. 4a; ATF 122 III 219 consid. 3c). Une telle manière de procéder ne viole pas le droit d'être entendu selon l'art. 29 al. 2 de la Constitution fédérale de la Confédération suisse du 18 avril 1999 (RS

101 - Cst; SVR 2001 IV n. 10 p. 28 consid. 4b), la jurisprudence rendue sous l'empire de l'art. 4 aCst. étant toujours valable (ATF 124 V 90 consid. 4b; ATF 122 V 157 consid. 1d).

E. 11

Enfin, 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).

E. 12

En l'occurrence, l'intimé a retenu qu'en raison de ses troubles psychiques, le recourant a présenté une incapacité de travail de moins d'une année, soit du 16 avril 2012 au 31 janvier 2013, date à partir de laquelle sa capacité de travail était à nouveau entière, ce que celui-ci conteste. Il y a lieu de relever que la question de savoir si les troubles psychiques ont entraîné une incapacité de travail au-delà du 31 janvier 2013 a déjà été tranchée par la chambre de céans (ATAS/289/2014) et par le Tribunal fédéral (4A_261/2014) dans le cadre de la procédure opposant le recourant à l'assureur perte de gain maladie. Compte tenu des appréciations du Dr E_____ et de la Dresse C_____, il a ainsi été

A/3235/2014 - 15/19 - retenu que l'incapacité de travail due à des troubles psychiques, débutée le 16 avril 2012, s'est prolongée du 1er février au 5 novembre 2013 à un taux de 100%. La chambre de céans ne saurait, dans le cadre de la présente procédure, revenir sur ces constatations de fait dès lors qu'elles bénéficient de la force de chose jugée.

E. 13

Reste par conséquent à examiner si, comme le fait valoir le recourant, celui-ci a présenté une incapacité de travail postérieurement au 5 novembre 2013. Dans le cadre de l'instruction de la demande, l'intimé a mis en œuvre une expertise psychiatrique auprès du Dr G_____. Par rapport du 27 avril 2014, ce spécialiste a, suite à un examen réalisé en date des 7 et 20 novembre 2013, estimé que le recourant ne présentait aucun trouble psychique. Les seuls facteurs influant sur son état de santé étaient des difficultés liées à l'environnement social (Z60), en particulier des difficultés d'adaptation à une nouvelle étape de la vie (Z60.0), probables. La chambre de céans constate que le rapport du Dr G_____ se base sur des examens du recourant et sur son dossier médical. L'anamnèse est complète et les plaintes ont été prises en considération. La description et l'appréciation de la situation médicale sont claires. L'expert s'est exprimé sur l'état de santé du recourant, sur sa capacité de travail et sur ses limitations fonctionnelles. Enfin, il a dûment expliqué et motivé son point de vue eu égard notamment aux avis des Drs E_____ et C_____. Ses conclusions sont cohérentes et convaincantes.

E. 14

Le recourant fait toutefois valoir, en se référant à l'avis de son psychiatre traitant, qu'il souffre d'une dépression entraînant une incapacité de travail totale. La chambre de céans rappellera qu'une évaluation médicale approfondie ne saurait être remise en cause au seul

motif qu'un ou plusieurs médecins ont une opinion divergente. Il ne pourrait en aller différemment que si lesdits médecins faisaient état d'éléments objectivement vérifiables ayant été ignorés dans le cadre de l'évaluation globale et suffisamment pertinents pour en remettre en cause les conclusions. Or, tel n'est pas le cas en espèce, puisqu'aux conclusions du Dr G_____, le recourant se contente pour l'essentiel d'opposer le diagnostic et le degré d'incapacité de travail retenu par son psychiatre traitant. Cette simple opposition ne permet toutefois pas d'expliquer en quoi le point de vue de celui-ci serait objectivement mieux fondé que celui du Dr G_____. Cela étant, selon la Dresse C_____, le recourant souffre d'une dépression d'involution qui ne s'est pas améliorée et en raison de laquelle il présente toujours une incapacité de travail totale (rapport des 3 décembre 2014 et 17 décembre 2015; procès-verbal d'enquêtes du 15 septembre 2015). On relèvera toutefois que le Dr G_____ a, de manière convaincante et détaillée, expliqué pour quelles raisons il estimait que le recourant ne présentait pas de trouble dépressif. Aucun des symptômes considérés comme majeurs pour retenir un tel trouble n'était présent. Le recourant ne présentait pas non plus un autre trouble

A/3235/2014 - 16/19 - psychique, ni une psychose, ni un trouble anxieux, ni un trouble de la personnalité. Selon l'expert, l'hypothèse que le trouble dépressif relève d'un processus morbide purement endogène, sans le moindre caractère réactionnel, n'est guère crédible. Même à admettre que le recourant avait présenté un épisode dépressif de degré moyen à sévère en 2012, il ressortait de l'examen clinique notamment, qu'il était tout à fait clair que le recourant ne présentait pas un trouble affectif significatif et grave par son acuité et sa constance, qui seul pourrait avoir valeur de maladie. Aucun processus dépressif en cours ne pouvait être retenu pour expliquer la persistance de l'incapacité de travail totale. L'expert a expliqué qu'étant donné qu'une incapacité de travail était néanmoins avancée par le recourant, celle-ci trouvait ses déterminants ailleurs. La discordance qu'il relevait entre les plaintes et les observations cliniques objectives et la prise en compte globale du contexte, conduisaient à considérer que les facteurs déterminants résidaient au niveau du contexte psychosocial et des conflits émotionnels associés. L'expertisé livrait à cet égard une description qui pouvait sembler idéalisée, mais il existait des éléments frappants sur lesquels il ne donnait pas d'explications satisfaisantes et des éléments marquants pouvant faire le lit de difficultés psychosociales et de conflits émotionnels difficiles à résoudre. Il était raisonnable de penser que la plainte dépressive survenait dans un contexte de conflits émotionnels et de problèmes psychosociaux suffisamment importants pour être considérés cliniquement comme la cause essentielle du trouble. La Dresse C_____ est certes d'avis qu'aucun problème psychosocial ou facteur non médical n'a joué un rôle dans l'état dépressif du recourant. La chambre de céans relèvera toutefois que l'avis du psychiatre traitant sur ce point est sérieusement mis en doute par le fait qu'il résulte de l'extrait du RC, que le recourant a été déclaré en état de faillite le 12 mars 2012, soit un mois avant le début de son incapacité de travail. Ce fait vient par ailleurs contredire, de toute évidence, les explications que le recourant a fournies au Dr G_____, lorsqu'il affirmait qu'au mois de mars 2012, tout allait bien dans sa vie, notamment sur le plan financier (p. 5 du rapport d'expertise). Partant, en l'absence d'éléments médicaux permettant d'écarter l'appréciation du Dr G_____, il y a lieu de reconnaître une valeur probante entière à son rapport. Compte tenu de ce qui précède, la chambre de céans est d'avis que l'audition du Dr G_____ n'apporterait aucune constatation nouvelle. Il apparaît dès lors superflu d'administrer d'autres preuves et la demande du recourant sur ce point doit être rejetée. Par conséquent, il y a lieu de retenir qu'à la date de l'examen effectué par l'expert, soit le 7 novembre 2013, le recourant ne

présentait plus aucune atteinte psychique qui pourrait justifier une diminution de sa capacité de travail. Le Dr G_____ a certes estimé que la capacité de travail du recourant était entière à compter du 1er février 2013. On rappellera toutefois que la chambre de céans et le

A/3235/2014 - 17/19 - Tribunal fédéral ont déjà retenu que le recourant présentait, en raison de troubles psychiques, une incapacité de travail totale du 1er février au 5 novembre 2013 (ATAS/289/2014 et arrêt du Tribunal fédéral 4A_261/2014), de sorte que la chambre de céans ne saurait revenir sur ce point.

E. 15

Compte tenu de ce qui précède, il y a lieu de considérer que sur le plan psychique, l'incapacité de travail du recourant, à compter du 16 avril 2012, a perduré au-delà du 31 janvier 2013, soit du 1er février au 5 novembre 2013, à un taux de 100%. Postérieurement au 5 novembre 2013, la capacité de travail du recourant est entière. Il s'ensuit que le recourant a présenté une incapacité de travail d'au moins 40% pendant plus d'une année, au sens de l'art. 28 LAI. C'est par conséquent à tort que l'intimé a retenu, dans sa décision litigieuse, que l'incapacité de travail avait duré moins d'une année.

E. 16

La décision doit ainsi être annulée pour ce motif.

E. 17

Sur le plan somatique, le recourant fait valoir, en se référant à l'avis du Dr D_____, qu'il présente une atteinte suite à son accident survenu le 26 juin 2014 entraînant une incapacité de travail totale, ce que conteste l'intimé. La chambre de céans relèvera que le recourant n'a pas informé l'intimé de la survenue de l'accident le 26 juin 2014 et des atteintes y relatives, de sorte que la décision litigieuse a été rendue le 25 septembre 2014 sans que l'intimé n'ait été en mesure d'effectuer une instruction médicale ce point. Cela étant, à la demande de l'assureur perte de gain maladie, par rapport du 25 novembre 2014, le Dr H_____ a diagnostiqué des lombalgies chroniques entraînant une incapacité de travail de 20% dans l'activité habituelle du recourant. L'expert n'avait pas d'explication organique quant à la globalité des douleurs présentées par le recourant. Ni l'examen clinique, ni les examens radiologiques ne permettaient d'expliquer la globalité des symptômes allégués par le recourant, leur localisation, leur intensité et leur retentissement sur son fonctionnement. Entendu par la chambre de céans, le Dr D_____ a expliqué que la première IRM, datant du 24 juillet 2014, ne relevait pas de lésion particulière. Une seconde IRM, réalisée le 14 août 2015, mettait en revanche en évidence, notamment, une hernie discale L5-S1 gauche et un canal lombaire étroit. Selon lui, ces pathologies expliquaient enfin les raisons pour lesquelles le recourant souffrait autant et depuis aussi longtemps, ainsi que la résistance aux traitements prescrits. Ces pathologies n'avaient pas été décrites dans la première IRM, mais elles existaient à l'évidence déjà. Il y avait eu une mauvaise évaluation de la situation, laquelle devait être réévaluée par un neurochirurgien. Au vu du tableau clinique, le Dr D_____ avait estimé l'incapacité de travail à 100%, dans toute activité, avant de connaître la seconde IRM. Les résultats de la seconde IRM n'avaient fait que conforter son estimation.

A/3235/2014 - 18/19 - Quand bien même cette appréciation provient du médecin traitant, la chambre de céans ne saurait, au vu des éléments mentionnés, l'écarter et se fonder sans autre instruction sur le rapport d'expertise du Dr H_____. En effet, la chambre de céans

n'est pas en mesure de déterminer si, comme l'avance le Dr D_____, les atteintes révélées par l'RM du 14 août 2015 existaient déjà au 25 septembre 2014 - date déterminante à laquelle a été rendue la décision litigieuse – et si elles expliquent les plaintes du recourant et entraînent des limitations fonctionnelles et des répercussions sur sa capacité de travail, le cas échéant, à quel taux. Force est de constater que la chambre de céans n'est pas en mesure de statuer en l'état actuel du dossier, dès lors qu'il ne contient pas les éléments suffisants et probants permettant une appréciation adéquate des atteintes à la santé somatique du recourant suite à l'accident survenu le 26 juin 2014.

E. 18

Il convient dès lors de renvoyer la cause à l'intimé afin qu'il ordonne un complément d'instruction sous la forme d'une expertise médicale indépendante auprès d'un spécialiste en rhumatologie et d'un spécialiste en neurochirurgie. Les conditions jurisprudentielles d'un tel renvoi sont d'autant plus remplies qu'une telle expertise n'a pas encore été mise en œuvre par l'intimé. Il lui appartiendra ensuite d'évaluer le taux d'invalidité présenté par le recourant et de rendre une nouvelle décision.

E. 19

Vu ce qui précède, le recours est partiellement admis et la décision querellée annulée. Il sera dit que l'incapacité de travail présentée par le recourant à compter du 16 avril 2012 pour des troubles psychiques, s'est prolongée du 1er février au 5 novembre 2013 à un taux de 100%. La cause sera renvoyée à l'intimé pour instruction complémentaire sur le plan somatique, puis détermination du degré d'invalidité et nouvelle décision.

E. 20

Représenté par un mandataire, le recourant, qui obtient partiellement gain de cause, a droit à une indemnité de CHF 2'500.- à titre de dépens (art. 61 let. g LPGA ; art. 89 H de la loi sur la procédure administrative du 12 septembre 1985 [LPA - E 5 10]; art. 6 du règlement sur les frais, émoluments et indemnités en procédure administrative du 30 juillet 1986 [RFPA - E 5 10.03]).

E. 21

La procédure de recours en matière de contestations portant sur l'octroi ou le refus de prestations de l'assurance-invalidité étant soumise à des frais de justice (art. 69 al. 1bis LAI), au vu du sort du recours, il y a lieu de condamner l'intimé au paiement d'un émolument de CHF 200.-.

A/3235/2014 - 19/19 - PAR CES MOTIFS, LA CHAMBRE DES ASSURANCES SOCIALES : Statuant À la forme :

Export aus OpenCaseLaw (CC0). Verbindlich ist allein der vom erlassenden Gericht veröffentlichte Originaltext. Quellen-URL siehe oben.