

GE_GERICHTE A/1327/2014 vom 30. September 2014

GE Cour de justice, 2014-09-30, FR

Quelle: https://mcp.opencaselaw.ch/entscheid/ge_gerichte_A_1327_2014

FR: GE_GERICHTE A/1327/2014 du 30 septembre 2014

IT: GE_GERICHTE A/1327/2014 del 30 settembre 2014

Erwägungen

E. 2

ème Chambre En la cause Monsieur A_____, domicilié à GENEVE, représenté par Fédération Suisse pour l'Intégration des Handicapés recourant contre OFFICE DE L'ASSURANCE-INVALIDITE DU CANTON DE GENEVE, sis rue des Gares 12, GENEVE intimé EN FAIT 1. Monsieur A_____ (ci-après : l'assuré ou le recourant), né en 1961, d'origine kosovar, sans formation, est arrivé en 1999 en Suisse, où il a travaillé notamment en tant qu'aide-maçon et nettoyeur. Dès le 3 mai 2010, il a été engagé par Monsieur B_____ (ci-après : l'employeur) en tant qu'ouvrier agricole à plein temps. Le 5 juillet 2010, l'assuré a glissé d'un tracteur, lequel lui a roulé dessus. Transféré aux urgences en hélicoptère, l'assuré a présenté des atteintes à l'abdomen, à la hanche droite, à la jambe droite, à l'épaule droite et aux doigts de la main droite ; son incapacité de travail était totale. Les suites du cas ont été prises en charge par la société d'assurance dommages FRV (ci-après : l'assureur-accidents). Par rapport du 16 novembre 2010, le docteur C_____, spécialiste FMH en radiologie, a constaté, suite à une arthrographie et une arthro-imagerie à résonance magnétique (ci-après : IRM) de l'épaule droite, une tendinopathie modérée des tendons du sus et du sous-épineux et une discrète composante de bursite sous-acromiale. Par rapport du 21 janvier 2011, le docteur D_____, spécialiste FMH en médecine générale, a diagnostiqué une tendinopathie traumatique de la coiffe des rotateurs droite, une périarthrite de la hanche droite et status après contusion de la hanche droite, un status après fracture de la base de P3 des deuxième et quatrième doigts droits, une contusion de la paroi abdominale suspubienne (lésions musculo-tendineuses), un status après contusion musculaire jambière droite, un status après contusion de la cheville et du pied droits, un probable syndrome de stress post-traumatique, une possible sinistrose évolutive, une hypertension artérielle essentielle traitée et un status après accident en 2007. Les investigations montraient l'existence d'une coxarthrose radiologique bilatérale et d'une tendinopathie de la coiffe des rotateurs à droite. L'incapacité de travail était totale. A la demande de l'assureur-accidents, le docteur E_____, spécialiste FMH en rhumatologie, a, par rapport du 18 février 2011, diagnostiqué un status après accident avec contusion suspubienne et de la hanche droite et douleurs résiduelles d'origine peu claire, une légère limitation fonctionnelle après mallet osseux de l'index droit et mallet tendineux de l'annulaire droit, une capsulite rétractile de l'épaule droite après contusion de l'acromio-claviculaire, un probable syndrome de stress post-traumatique et un syndrome somatoforme douloureux persistant. Le médecin a estimé qu'en raison de la limitation objective de l'épaule droite et, en moindre degré, de la limitation de force de la main droite, l'incapacité de travail comme ouvrier agricole se justifiait toujours, en lien avec l'accident. Les lombalgies et les douleurs de la périhanche droite n'entraînaient pas la capacité de travail. Les discrètes limitations fonctionnelles de l'index et de l'annulaire droit devaient

s'améliorer sans laisser de grosse séquelle. Habituellement, l'évolution d'une capsulite post-traumatique est favorable dans un délai de neuf à douze mois. Le pronostic des troubles somatoformes et du syndrome de stress post-traumatique était plus réservé et devrait être évalué sur le plan psychiatrique s'ils prenaient le devant du tableau. L'expert proposait, compte tenu d'un traumatisme assez violent, du potentiel d'évolution de l'épaule droite et du syndrome de stress post-traumatique, une incapacité de travail pendant encore environ cinq mois ; passé ce délai et sous réserve d'un élément nouveau, on pourrait exiger une capacité de travail totale dans une activité adaptée (pas de travail en force et au-dessus de l'horizontale du membre supérieur droit). Le médecin laissait en réserve une évaluation psychiatrique selon l'évolution du syndrome de stress post-traumatique. !endif>![if>

7. Le 5 mai 2011, l'assuré a déposé une demande de prestations auprès de l'office de l'assurance-invalidité (ci-après : OAI). !endif>![if> 8. Dans un questionnaire rempli le 13 juin 2011, l'employeur a indiqué que l'assuré travaillait 49 heures par semaine pour un salaire horaire de CHF 15,10, auquel s'ajoutait une indemnité de vacances de 8.33% (soit un total de CHF 16,35 par heure). !endif>![if> 9. Par rapport du 18 juin 2011, le Dr D_____ a diagnostiqué, avec répercussion sur la capacité de travail, une contusion de la hanche droite, une périarthrite de la hanche droite, une contusion de la paroi abdominale suspubienne, un status après contusion de la cheville droite, un status après contusion du pied droit, des fractures de la base de la troisième phalange de l'index et de l'annulaire droits (mallet fracture), une capsulite rétractile de l'épaule droite, des lombalgies chroniques et un syndrome de stress post-traumatique. L'incapacité de travail était totale. L'assuré présentait des restrictions majeures sur tous les plans, le portage, l'utilisation de son membre supérieur droit, les déplacements et la concentration. A l'examen du 14 avril 2011, l'activité habituelle n'était pas envisageable et il n'y avait pas d'activité adaptée au handicap. Le médecin recommandait la poursuite des traitements conservateurs, de la physiothérapie, une évaluation psychologique, une thérapie de soutien et motivationnelle pour le traitement de l'état de stress post-traumatique et en prévention d'une sinistrose. Enfin, l'assuré avait consulté un rhumatologue, le Dr O_____, le 26 janvier 2011. !endif>![if> 10. Par rapport du 24 juin 2011, le docteur F_____, spécialiste FMH médecin praticien, a diagnostiqué, avec répercussion sur la capacité de travail, une contusion de la paroi abdominale et de la hanche droite, une capsulite rétractile de l'épaule droite post-traumatique et un état de stress post-traumatique depuis le 5 juillet 2010. Les limitations des mouvements au niveau de l'épaule droite et de la hanche droite restaient importantes. L'incapacité de travail était totale et on ne pouvait pas s'attendre à une reprise de l'activité professionnelle. Une activité dans différentes positions était possible, mais les capacités de concentration, de compréhension, d'adaptation et de résistance étaient limitées. !endif>![if> 11. A la demande de l'assureur-accidents, le docteur G_____, spécialiste FMH en psychiatrie et psychothérapie, a diagnostiqué, par rapport du 10 juillet 2011, un syndrome de stress post-traumatique (F43.1). L'assuré présentait des troubles du sommeil importants à l'endormissement et durant le sommeil, un réveil précoce, un apragmatisme, une thymie dépressive avec parfois des sentiments de désespoir. Le film de l'accident passait en boucle dans ses pensées, à l'état de veille et aussi dans les rêves. On notait également des idées de catastrophe et de ruine interne. Dans un sentiment d'impasse, l'assuré était focalisé sur ses symptômes ; il existait un repli social avec une perte de l'initiative et un rétrécissement de toute activité. L'expert a expliqué que les rêves de visionnement du film de l'accident, les troubles du sommeil et l'évitement étaient les symptômes faisant conclure à un syndrome de stress post-traumatique. L'état

anxio-dépressif était d'intensité moyenne avec un syndrome de somatisation. Cet état anxio-dépressif pouvait être inclus dans le syndrome de stress post-traumatique pour l'instant. Ce spécialiste conseillait un traitement global incluant des entretiens psychiatriques, la prise d'anti-dépresseurs et un programme de mobilisation par le sport avec l'aide d'un physiothérapeute. On pouvait raisonnablement s'attendre à la reprise progressive d'une capacité de travail deux à trois mois après la mise en place de ce traitement, en commençant par un taux d'activité bas, entre 20% et 30%. Vu l'évolution relativement peu favorable après une année, il était utile, parallèlement à la mise en route du traitement psychiatrique, que l'assuré soit déjà adressé à un centre spécialisé dans le traitement de la douleur. !endif>![if> 12. Par avis du 15 septembre 2011, le service médical régional AI (ci-après : le SMR) a noté, sur la base des rapports versés au dossier, qu'il n'y avait plus de limitations au niveau somatique. Sur le plan psychiatrique, il était évident que l'assuré présentait un état de stress post-traumatique et qu'un traitement psychiatrique était indispensable. Il était nécessaire de demander un nouveau rapport au médecin traitant et au psychiatre traitant. !endif>![if> 13. Selon une note de travail du 5 octobre 2011, l'assuré a été informé de la possibilité de mettre en place un stage, pour lequel il s'était montré très motivé. !endif>![if> 14. Après en avoir informé l'assuré et le Dr F_____, l'OAI, par communication du 1^{er} décembre 2011, a mis l'assuré au bénéfice d'un stage d'orientation professionnelle auprès de Pro entreprise sociale privée (ci-après : Pro). !endif>![if> 15. Par rapport du 18 décembre 2011, Monsieur H_____, conseiller en évaluation professionnelle auprès de Pro, a notamment relevé que l'assuré, qui avait exprimé très clairement sa volonté d'aller au bout de la période prévue de stage, travaillait au-delà de ses limites. Aucune observation factuelle de rendement ou de capacité de travail ne pouvait être transmise et la situation médicale n'était pas en adéquation avec une reprise d'activité. Le point fort de l'assuré était sa volonté de bien faire, son point faible était son manque d'autonomie en lien avec sa situation de santé. !endif>![if> 16. Par rapport du 23 février 2012, le Dr F_____ a diagnostiqué un status après accident de travail du 5 juillet 2010 avec contusion suspubienne et de la hanche droite avec des douleurs résiduelles, une capsulite rétractile de l'épaule droite, un syndrome de stress post-traumatique et un trouble somatoforme douloureux. Les limitations des mouvements au niveau de l'épaule droite et de la hanche droite restaient importantes et les douleurs étaient calmées temporairement par la prise d'antalgiques. Le patient présentait encore les symptômes de l'état de stress post-traumatique et son état psychique n'était que très peu amélioré. Le traitement en cours consistait en la prise d'antalgiques, d'anti-inflammatoires, du repos ainsi qu'une prise en charge psychiatrique et psychologique. L'incapacité de travail était totale depuis le 5 juillet 2010. !endif>![if> 17. Par rapport du 28 février 2012, Madame J_____, psychologue FSP, a noté que l'assuré souffrait d'un stress post-traumatique important, d'un trouble de l'adaptation avec réaction anxieuse et dépressive ainsi que de douleurs chroniques. La prise en charge psychothérapeutique avait permis de diminuer la fréquence et l'intensité de la plupart des symptômes dus au stress post-traumatique (c'est-à-dire les réminiscences, les réactions physiologiques et les évitements en lien avec l'accident). L'assuré s'adaptait progressivement à sa nouvelle vie, toutefois les douleurs physiques étaient toujours très présentes et handicapantes. !endif>![if> 18. Selon une note de travail établie le 19 mars 2012 par l'OAI, le Dr F_____ aurait expliqué que des investigations étaient en cours au niveau gastro-entérologique, que les causes de l'incapacité de travail étaient d'ordre physique et psychique, que le trouble de stress post-traumatique n'était pas résolu et que des fortes douleurs persistaient au niveau de l'abdomen et de l'épaule. !endif>![if> 19. Selon

une note de travail de l'OAI du 3 avril 2012, le Dr F_____ aurait expliqué que l'évolution de l'état de santé de l'assuré était positive et le médecin préconisait un nouveau stage pour comparer les capacités de l'assuré par rapport au stage effectué en automne 2011. Les douleurs étaient atténuées la journée, mais toujours présentes le soir (épaule, dos, bassin) et l'assuré devait alterner les positions. Il était encore trop tôt pour donner un pronostic, mais le médecin estimait qu'il était probable que l'assuré puisse bénéficier à terme d'une capacité de travail résiduelle, dans une activité légère. [endif]>[if> 20. Le 4 juin 2012, une IRM du cerveau de l'assuré a été effectuée, constatant deux foyers punctiformes dans les centres semi-ovales d'origine ischémique et pouvant se voir dans le cadre d'un status migraireux ainsi qu'une discrète dilatation des espaces péri-vasculaires de Virchow Robin (rapport du 4 juin 2012 du docteur K_____, spécialiste FMH en radiologie). [endif]>[if> 21. Le 7 juin 2012, une IRM cervicale a révélé une hernie discale C5-C6 de 5,5 mm de diamètre antéro-postérieur avec empreinte sur le versant antérieur du cordon médullaire, sans évidence de contrainte sur les racines C6, une arthrose uncovertébrale C5-C6 gauche susceptible d'induire un conflit avec la racine C6 gauche, et une hernie discale C6-C7 médiane et paramédiane gauche avec empreinte sur le versant antérieur du cordon médullaire, sans contrainte sur les racines C7. Il n'y avait pas de pathologie identifiable aux autres niveaux et en particulier en C1-C2, sur le trajet des grands nerfs occipitaux (nerf d'Arnold) qui répondent aux rameaux postérieurs des racines C2 (rapport du 7 juin 2012 du professeur L_____, spécialiste FMH en radiologie). [endif]>[if> 22. Par rapport du 20 juin 2012, le Dr F_____ a indiqué que l'état de santé de l'assuré s'était aggravé depuis plusieurs mois avec une augmentation des douleurs cervicales dues à des hernies C5-C6-C7. Une prise en charge psychothérapeutique était en cours et une reprise du travail n'était pas envisageable vu l'importance du handicap physique et psychique. [endif]>[if> 23. Par avis du 30 novembre 2012, le docteur J_____ du SMR a estimé que les renseignements médicaux étaient insuffisants, de sorte qu'un examen rhumato-psychiatrique auprès du SMR était nécessaire. [endif]>[if> 24. Par décision du 11 mars 2013, l'assureur-accidents, se référant aux conclusions d'un rapport établi le 21 décembre 2012 par le CEMED à Nyon suite à une expertise pluridisciplinaire du 25 octobre 2012, a mis fin au versement des prestations à compter du 1 er avril 2013. Une copie de la décision était adressée à l'OAI. [endif]>[if> 25. Le 2 septembre 2013, les docteurs K_____, spécialiste FMH en médecine interne et rhumatologie, et L_____, spécialiste FMH en psychiatrie et psychothérapie, médecins auprès du SMR, ont examiné l'assuré. Par rapport du 1 er octobre 2013, les examinateurs ont diagnostiqué, avec répercussion sur la capacité de travail, des lombalgies et des cervicalgies dans le cadre de troubles statiques et dégénératifs du rachis avec hernies discales C5-C6 et C6-C7 gauches, des douleurs et des limitations fonctionnelles de l'épaule droite dans le cadre d'un status après capsulite rétractile et après contusion de l'articulation acromio-claviculaire droite et un syndrome rotulien. Sans répercussion sur la capacité de travail, les médecins ont retenu un status après traumatisme de type mallet osseux de l'index droit, un status après arrachement osseux avec mallet tendineux de l'annulaire droit, un excès pondéral, une hypertension artérielle traitée, une hyperthyroïdie anamnétique traitée, des migraines anamnestiques avec deux foyers cérébraux punctiformes dans les centres semi-ovales d'origine ischémique et pouvant se voir dans le cadre d'un status migraireux avec discrète dilatation des espaces périvasculaires de Virchow Robin. Sur le plan psychiatrique, les examinateurs ont diagnostiqué une autre modification durable de la personnalité (F62.8), sans répercussion sur la capacité de travail. [endif]>[if> Les examinateurs ont indiqué que l'assuré se

plaignait surtout de troubles du sommeil. A l'appréciation du cas, ils ont noté notamment qu'aux plans ostéoarticulaire et neurologique, l'assuré marchait avec une boiterie d'appui du membre inférieur droit, qui s'amenuisait paradoxalement lorsqu'il marchait plus rapidement. L'accroupissement était limité et entraînait des douleurs pubiennes et de la région lombaire. Le reste du status neurologique était sans problème, si ce n'est une hypoesthésie diffuse de tout l'hémicorps droit, qui était probablement d'origine fonctionnelle. Au plan rachidien, il existait des troubles statiques. La mobilité lombaire et cervicale était limitée, mais on notait des signes de non-organicité selon Waddell ainsi qu'une certaine démonstrativité, l'assuré poussant des cris à la rétroflexion et aux latéoflexions du tronc. L'abduction des deux épaules était symétrique ainsi que la rotation externe ; on pouvait donc dire que l'assuré ne présentait plus de capsulite rétractile de l'épaule droite. Il présentait cependant une importante différence entre la distance pouce-C7 de l'épaule droite par rapport à la distance pouce-C7 de l'épaule gauche. Les épreuves de périarthrite scapulo-humérale étaient actuellement toutes négatives des deux côtés et il n'y avait pas de signes d'arthropathie inflammatoire périphérique. L'enroulement des longs doigts était complet et symétrique des deux côtés. L'assuré présentait par ailleurs un syndrome rotulien droit. Il avait également des douleurs à la palpation de neuf points typiques de la fibromyalgie sur dix-huit, ce nombre étant insuffisant pour poser ce diagnostic. Les diverses lésions mises en évidence par les examens radiologiques de l'épaule droite en 2010 n'avaient plus de conséquences cliniques. Dans ce contexte clinique, les examinateurs retenaient les diagnostics précités et les limitations fonctionnelles suivantes : nécessité de pouvoir alterner 2x/heure la position assise et la position debout, pas de soulèvement régulier de charges d'un poids excédant 5 kg, pas de port régulier de charges d'un poids excédant 8 kg, pas de travail en porte-à-faux statique prolongé du tronc, pas d'exposition à des vibrations, pas de mouvement répété de flexion-extension de la nuque, pas de rotation rapide de la tête, pas de position prolongée en flexion ou extension de la nuque, pas d'élévation ou d'abduction de l'épaule droite à plus de 60°, pas de lever de charges de plus de 5 kg avec le membre supérieur droit, pas de genuflexions répétées, pas de franchissement régulier d'escabeau, échelle ou escaliers. Sur le plan psychiatrique, les examinateurs ont noté notamment que l'assuré était convoqué pour un examen du sommeil le 9 septembre 2013 et que le docteur J_____, spécialiste FMH en psychiatrie et psychothérapie, le suivait depuis environ une année. Questionné au sujet de la présence de cauchemars, l'assuré avait répondu "parfois", sans pouvoir décrire les thèmes des cauchemars. Au status psychiatrique, les examinateurs ont relevé notamment l'absence de troubles de l'attention et de la concentration, de discrets troubles de la mémoire d'évocation, une absence de trouble du cours de la pensée ou du contenu. L'assuré avait peur de l'accident, il exprimait une tristesse accompagnée d'idées noires, une diminution de l'intérêt et du plaisir pour les activités de la vie quotidienne et les activités habituellement agréables. Il n'y avait pas eu de symptomatologie anxieuse de type crise de panique déclenchée au cours de l'entretien. D'après le questionnaire que l'assuré avait rempli pour le laboratoire du sommeil à Belle-Idée, il était au bénéfice d'un traitement d'Entumine depuis le mois de mai 2013, de Zyprexa depuis le mois de mars 2013 et de l'Imovane depuis décembre 2012. Avec ce traitement, l'assuré décrivait une amélioration de la durée du sommeil, tout au plus cinq heures au maximum. S'agissant du diagnostic d'état de stress post-traumatique, modification durable de la personnalité d'après la CIM-10, actuellement l'assuré ne décrivait pas la présence de cauchemars. Il décrivait des "sursauts" pendant la journée. Cette symptomatologie était séquellaire à l'état de stress post-traumatique et, en tenant compte de la description de la symptomatologie présente lors de l'expertise du mois

de juillet 2011, une amélioration était constatée lors de l'examen de ce jour. Pour ces motifs, le diagnostic d'autre modification durable de la personnalité (F62.8) était retenu et, vu la faible intensité de la symptomatologie, aucune répercussion sur la capacité de travail n'était retenue. Enfin, l'examen psychiatrique ne permettait pas de constater une symptomatologie psychotique, anxieuse ou dépressive. Les critères pour retenir un trouble de la personnalité décompensé n'étaient pas observés. Les examinateurs ont estimé que l'incapacité de travail était complète dans l'activité d'employé agricole depuis le 5 juillet 2010, par contre dans une activité strictement adaptée aux limitations fonctionnelles requises par la pathologie ostéoarticulaire, la capacité de travail était complète depuis le 5 juillet 2011, soit une année après l'accident. Sur le plan psychiatrique, en l'absence du rapport du Dr J_____, la date de l'expertise du Dr G_____ pouvait être retenue pour le début de l'incapacité de travail, soit en juillet 2011. Une amélioration pouvait être retenue à partir de mai 2013, date de l'introduction d'un traitement neuroleptique d'Entumine. Par conséquent, la capacité de travail était nulle dans l'activité habituelle, mais totale dans une activité adaptée dès mai 2013.

26. Par avis du 4 octobre 2013, le Dr J_____ a estimé que les conclusions du rapport d'examen étaient claires, cohérentes et parfaitement motivées ; il n'y avait pas lieu de s'en écarter.

27. Le 21 octobre 2013, l'OAI a procédé à la détermination du degré d'invalidité de l'assuré. Sans invalidité, l'assuré aurait pu prétendre en 2011 à un salaire annuel brut de CHF 41'681.-. S'agissant du revenu d'invalidité, il convenait de se référer à l'Enquête suisse sur la structure des salaires (ci-après : ESS) 2010, TA1, tous secteurs confondus, pour une activité simple et répétitive (niveau 4) à plein temps et compte tenu d'un abattement de 10%, en raison de l'âge et des limitations fonctionnelles liées à l'épaule, soit CHF 55'560.- (indexé à 2011). Le revenu avec invalidité étant supérieur au revenu sans invalidité, l'assuré ne subissait aucune perte de gain et son degré d'invalidité était nul.

28. Par projet de décision du 23 octobre 2013, l'OAI a informé l'assuré qu'il entendait lui octroyer une rente entière d'invalidité limitée du 1^{er} novembre 2011 (soit six mois après le dépôt de la demande) au 31 juillet 2013, dès lors qu'à compter du 1^{er} mai 2013, l'assuré était apte à exercer une activité lucrative à temps complet dans une activité adaptée sur le marché équilibré du travail et qu'il résultait de la comparaison des salaires sans invalidité et avec invalidité qu'il n'existait plus de perte de gain dès le 1^{er} mai 2013.

29. Par pli du 4 décembre 2013, l'assuré, par l'intermédiaire de Pro infirmis, a contesté le projet de décision, faisant valoir que le Dr F_____ estimait qu'il ne pouvait pas travailler.

30. Par rapport du 12 décembre 2013 à l'OAI, le Dr F_____ a expliqué qu'il n'y avait pas, à sa connaissance, d'activité adaptée aux limitations retenues par les examinateurs du SMR sur le marché du travail actuel. Par ailleurs, l'assuré présentait un bruit de la gorge handicapant et perturbateur. Le Dr J_____, qui n'avait jamais reçu une demande d'information de la part de l'OAI, avait expliqué au Dr F_____ que l'assuré présentait un syndrome de stress post-traumatique développé après avoir été écrasé par un tracteur agricole de plusieurs tonnes sur son lieu de travail. La symptomatologie toujours présente, rendait l'assuré totalement incapable de travailler. Le traitement par Entumine avait effectivement permis au patient de trouver un sommeil plus prolongé, mais l'examen polysomnographique du sommeil, effectué à la demande du psychiatre, avait révélé un très sévère syndrome d'apnée du sommeil. Ceci avait des conséquences importantes sur la vigilance et les capacités cognitives, mnésiques et de concentration diurne du patient. L'introduction d'une CPAP était actuellement en cours. Par conséquent, même si l'Entumine avait modifié la durée des phases de sommeil sans en améliorer la qualité, il n'avait pas, à ce jour, amendé la symptomatologie du syndrome de

stress post-traumatique. Pour traiter ce stress post-traumatique, en plus du traitement pharmacologique, l'assuré bénéficiait d'une psychothérapie cognitivo-comportementale effectuée par Madame J_____ depuis le 10 mai 2011. Le Dr F_____ a noté que selon celle-ci, au début de la prise en charge, l'assuré souffrait d'un trouble post-traumatique sévère, de douleurs chroniques, de fatigue intense tout au long de la journée, de troubles du sommeil, d'un trouble dépressif et d'un trouble de l'humeur. Le patient était très coopérant. La psychothérapie avait porté ses fruits au niveau de la dépression, de la gestion de son irritabilité et du trouble post-traumatique. Par contre, elle avait constaté une lente mais progressive péjoration au niveau des douleurs chroniques et l'apparition d'autres troubles, notamment les râlements au niveau de la gorge, un gonflement au niveau des yeux et des céphalées quasiment en continu. L'assuré commençait à se sentir fatigué autant physiquement que psychologiquement. Madame J_____ ne pensait pas que l'assuré puisse retrouver un travail, ses troubles physiques et psychiques étaient trop importants et handicapants ; l'assuré ne pouvait apporter la rentabilité, ni l'efficacité nécessaires à n'importe quel type de travail. Elle craignait que son état général ne diminue de façon progressive. Enfin, le Dr F_____ a relevé que les examinateurs du SMR avaient noté que les plaintes seraient discordantes de l'examen clinique ; or, les éléments au dossier faisaient état d'une compliance exemplaire. ![/endif]>[/if> 31. Par avis du 7 janvier 2014, le Dr J_____ a estimé que le courrier du Dr F_____ ne contenait aucun élément permettant de s'écarter des conclusions précédentes du SMR. ![/endif]>[/if> 32. Par courrier du 17 janvier 2014, l'OAI a informé l'assuré que les éléments produits ne permettaient pas de modifier sa précédente appréciation. ![/endif]>[/if> 33. Par décision du 10 avril 2014, confirmant le projet de décision du 23 octobre 2013, l'OAI a mis l'assuré au bénéfice d'une rente entière d'invalidité limitée du 1^{er} novembre 2011 au 31 juillet 2013. Selon le SMR, les éléments médicaux nouveaux ne présentaient pas de diagnostic objectivant son incapacité de travailler. Sans invalidité, l'assuré aurait pu prétendre à un salaire annuel brut de CHF 38'455.-, alors que le revenu avec invalidité que l'assuré pourrait obtenir en exerçant, dès mai 2013, une activité adaptée à plein temps, s'élevait à CHF 55'560.-. Le revenu avec invalidité étant supérieur au revenu sans invalidité, l'assuré ne subissait aucune perte de gain et son degré d'invalidité était nul dès mai 2013. ![/endif]>[/if> 34. Par acte du 12 mai 2014, l'assuré, représenté par son conseil, a interjeté recours contre la décision, concluant, sous suite de frais et dépens, à son annulation et au renvoi du dossier à l'OAI pour instruction complémentaire, subsidiairement à la mise en œuvre d'une expertise judiciaire. Le recourant estime qu'il existe des contradictions manifestes relatives à l'évaluation de son état de santé et de sa capacité de travail. Les conclusions rendues par les experts du CEMED suite à leur expertise du 25 octobre 2012 n'étaient pas probantes et l'intimé s'était fondé sur l'examen du SMR du 30 novembre 2012, alors que les conclusions rendues par les examinateurs divergeaient de celles des médecins traitants, des psychiatres et de la psychologue. Au niveau psychiatrique, cet examen avait été réalisé sans qu'aucune information préalable ne soit requise auprès du Dr J_____ et l'amélioration évoquée s'appuyait uniquement sur une amélioration de la qualité du sommeil, que rien ne venait confirmer. Sur le plan somatique, le rapport du SMR était contredit par les constatations du centre multidisciplinaire d'étude et de traitement de la douleur des HUG figurant dans un rapport du 7 février 2014 que le recourant versait à la procédure. Il en résultait que la situation n'était pas encore stabilisée et que des actes neurochirurgicaux pouvaient encore s'avérer nécessaires. Subsidiairement, le recourant a contesté le refus de mesures d'ordre professionnel, et plus subsidiairement, les montants des salaires sans et avec invalidité

retenus par l'intimé. A l'appui de son recours, le recourant produit un rapport du 29 mai 2012 du docteur K_____, spécialiste en neurologie, concluant à une très probable céphalée de tension qui s'est greffée sur un état de nervosité lié à son changement de vie. Le recourant produit également un rapport du 7 février 2014 établi par la docteure L_____, spécialiste FMH en anesthésiologie, pharmacologie et toxicités cliniques, la docteure M_____, spécialiste en psychiatrie et psychothérapie, et le docteur N_____, spécialiste en médecine interne générale, médecins auprès du centre multidisciplinaire d'étude et de traitement de la douleur des HUG. Il en résulte que suite aux examens effectués les 10 janvier et 5 février 2014, le recourant présentait des douleurs abdominales et du bassin post-traumatiques, des lombosciatalgies droites avec déficit sensitif et probables douleurs neurogènes du membre inférieur droit, une facéite plantaire droite clinique, un status post hernie cervicale avec déficit moteur et sensitif droit dans le territoire de C7 ; une suspicion clinique d'une tendinopathie du muscle sub-scapulaire droit avec conflit sous-acromial droit et un syndrome de stress post-traumatique avec état anxio-dépressif significatif. Les douleurs les plus gênantes étaient abdominales basses en hémi-ceintures constantes de type torsion et des douleurs au membre inférieur droit. Une IRM lombaire effectuée le 24 octobre 2012 montrait une protusion discale L5-S1 sans conflit radiculaire, une dégénérescence discale L4-L5 et L5-S1, une sclérose de surcharge aux facettes articulaires postérieures sans rétrécissement canalaire et foraminal, des douleurs en D2 et D4 droites, des douleurs au poignet droit, des douleurs à l'épaule droite (IRM du 6 septembre 2010 et du 15 novembre 2010), des cervicalgies constantes nuit et jour, ainsi qu'une mauvaise qualité du sommeil en lien avec le port d'un masque pour une apnée du sommeil obstructive sévère. Les médecins ont relevé que la thymie était variable sans idée suicidaire ; le recourant n'arrivait pas à sortir de chez lui en raison de ses pensées intrusives et de ses douleurs ; il disait manquer de volonté. Le score d'anxiété était à 13/21 et celui de dépression à 15/21, ce qui confirmait un état anxio-dépressif. Les médecins ont expliqué que le recourant présentait des douleurs abdominales basses associées à une hypoesthésie dans les dermatomes de Th10 à L1 et pour laquelle ils proposaient de compléter les examens par une IRM dorsale focalisée sur les niveaux de D9 à L1. Ils relevaient également des cervicalgies associées à une parésie et une hypoesthésie au status pouvant être en lien avec les hernies discales visualisées sur l'IRM de 2012 et ils n'avaient pas d'éléments permettant d'évaluer l'évolution du déficit au status depuis 2012 ; ils suggéraient de prendre un avis neurochirurgical. En cas d'absence d'hernie et d'indication à un geste neurochirurgical, les douleurs abdominales basses et du bassin pouvaient être attribuées à des troubles de la statique régionale post-traumatiques et les cervicalgies à des troubles dégénératifs, compliquées par un syndrome de stress post-traumatique dont la composante anxio-dépressive était significative. Sur le plan fonctionnel, une fois toute indication à un geste neurochirurgical exclue, les médecins proposaient de la physiothérapie dans le but de renforcer la statique lombaire et pelvienne. Pour l'épaule droite, il existait cliniquement des signes de tendinopathie du muscle sub-scapulaire droite de bursite sous-acromiale, pour lesquels les médecins proposaient une nouvelle échographie. Si la bursite et la tendinopathie se confirmaient, les médecins proposaient de poursuivre la physiothérapie. En cas d'échec, une infiltration de corticostéroïde pourrait être essayée avec un suivi psychiatrique rapproché en raison du risque d'accentuation des troubles anxio-dépressifs. Finalement, si ces mesures échouaient, les médecins proposaient d'évaluer l'indication à un geste interventionnel au niveau cervical et/ou lombaire. Sur le plan psychiatrique, la poursuite du suivi était indispensable avec, dans la mesure du possible, un

interprète. L'intervention du psychiatre était essentielle pour diminuer la composante anxio-dépressive significative qui pouvait accentuer les symptômes douloureux. 35. Par réponse du 10 juin 2014, l'intimé a conclu au rejet du recours pour les motifs indiqués dans la décision. L'intimé a ajouté que l'avis divergent du médecin traitant ne suffisait pas à faire douter de la valeur probante d'un rapport jugé probant. Les rapports produits par le recourant ne pouvaient pas être discordants puisqu'ils ne mentionnaient pas de diagnostics différents, ni de limitations fonctionnelles divergentes et n'examinaient pas la capacité de travail exigible dans une activité adaptée. Les pièces médicales n'apportaient aucun élément important et objectif à l'appui des conclusions du recourant et la mise en place d'une expertise judiciaire ne se justifiait pas non plus. Les griefs quant au calcul du degré d'invalidité devaient également être rejetés. 36. Par réplique du 8 juillet 2014, le recourant a persisté dans ses conclusions. Copie de cette écriture a été adressée à l'intimé.

EN DROIT 1. a) Conformément à l'art. 134 al. 1 let. a ch. 2 de la loi sur l'organisation judiciaire, du 26 septembre 2010 (LOJ; RS E 2 05) en vigueur dès le 1^{er} janvier 2011, la chambre des assurances sociales de la Cour de justice connaît, en instance unique, des contestations prévues à l'art. 56 de la loi fédérale sur la partie générale du droit des assurances sociales, du 6 octobre 2000 (LPGA; RS 830.1) relatives à la loi fédérale sur l'assurance-invalidité du 19 juin 1959 (LAI; RS 831.20). Sa compétence pour juger du cas d'espèce est ainsi établie. b) La procédure devant la chambre de céans est régie par les dispositions de la LPGA et celles du titre IVA (soit les art. 89B à 89I) de la loi sur la procédure administrative, du 12 septembre 1985 (LPA ; RS E 5 10), complétées par les autres dispositions de la LPA en tant que ses articles précités n'y dérogent pas (art. 89A LPA), les dispositions spécifiques que la LAI contient sur la procédure restant réservées (art. 1 al. 1 LAI, cf. notamment art. 69 LAI). Etant précisé que la décision qu'attaque le recourant a été rendue le 10 avril 2014 et reçue par ce dernier au plus tôt le 11 avril 2014 et que le délai de recours n'a pas couru du 7^{ème} jour avant Pâques au 7^{ème} jours après Pâques inclusivement (soit du 13 au 27 avril 2014 [art. 38 al. 4 et 60 al. 2 LPGA ; art. 89C LOJ]), le délai légal de recours de 30 jours à compter de sa notification (art. 60 al. 1 LPGA) arrivait à échéance le 26 mai 2014. Ayant été déposé par un pli recommandé du 12 mai 2014, le présent recours a donc été interjeté en temps utile (art. 60 al. 1 LPGA). Il contient un exposé des faits et des motifs invoqués, ainsi que les conclusions du recourant, et satisfait ainsi aux exigences de forme et de contenu prévues par l'art. 61 let. b LPGA (cf. aussi art. 89B LPA). Le recourant a qualité pour recourir contre la décision attaquée, en tant qu'elle lui refuse des prestations de l'AI auxquelles il estime avoir droit, car il est touché par cette décision et a un intérêt digne de protection à son annulation ou modification (art. 59 LPGA). c) Le présent recours sera donc déclaré recevable. 2. 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 ; concernant la procédure, 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]). Les faits pertinents dans la présente affaire se sont produits entre 2010 et 2014. Dans l'intervalle, la LAI a subi les modifications de la révision dite 6a du 18 mars 2011, entrées en vigueur le 1^{er} janvier 2012 (pour mémoire, les deux précédentes révisions de la LAI, des 21 mars 2003 [4^{ème} révision] et 6 octobre 2006 [5^{ème} révision] sont entrées en vigueur respectivement les 1^{er} janvier 2004 et 1^{er} janvier 2008). Le droit éventuel aux prestations doit donc être examiné en l'espèce au regard de l'ancien droit pour la période jusqu'au 31

décembre 2011, et au regard du nouveau droit pour la période ayant débuté le 1er janvier 2012, dans la mesure de leur pertinence (ATF 130 V 445 et les références; voir également ATF 130 V 329). Cela étant, ces nouvelles dispositions n'ont pas amené de modifications substantielles sur les sujets pertinents dans la présente affaire, en particulier 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). Aussi n'y a-t-il pas de différenciation à faire en l'espèce dans la détermination de l'invalidité de la recourante pour les périodes respectives de janvier 2008 à décembre 2012 et de janvier 2013 à mars 2014 (mois au cours duquel les décisions attaquées ont été rendues). Par ailleurs, les dispositions de la LPGA s'appliquent à l'assurance-invalidité, à moins que la loi n'y déroge expressément (art. 1 al. 1 LAI). Les modifications qu'a apportées la LPGA constituent, en règle générale, une version formalisée sur le plan de 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. La question litigieuse est de savoir si c'est à juste titre que l'intimé a supprimé le droit du recourant à une rente d'invalidité à compter du 1er août 2013. [endif]>![if> Selon la jurisprudence, une décision par laquelle l'assurance-invalidité accorde une rente d'invalidité avec effet rétroactif et, en même temps, prévoit l'augmentation, la réduction ou la suppression de cette rente, correspond à une décision de révision au sens de l'art. 17 LPGA (ATF 130 V 343 consid. 3.5.2; ATF 125 V 413 consid. 2d et les références; VSI 2001 p. 157 consid. 2). Tout changement important des circonstances propre à influencer le degré d'invalidité, et donc le droit à la rente, peut motiver une révision selon l'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 ; ATF 113 V 273 consid. 1a ; arrêt du Tribunal fédéral 9C_1006/2010 du 22 mars 2011 consid. 2.2). 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 372 consid. 2b et 390 consid. 1b). Un motif de révision au sens de l'art. 17 LPGA doit clairement ressortir du dossier (arrêt du Tribunal fédéral 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 (arrêt du Tribunal fédéral I 406/05 du 13 juillet 2006 consid. 4.1). 4. Est réputée invalidité, l'incapacité de gain totale ou partielle présumée permanente ou de longue durée, résultant d'une infirmité congénitale, d'une maladie ou d'un accident (art. 8 al. 1 LPGA et 4 al. 1 LAI). Selon l'art. 7 LPGA, est réputée incapacité de gain toute diminution de l'ensemble ou d'une partie des possibilités de gain de l'assuré sur le marché du travail équilibré qui entre en considération, si cette diminution résulte d'une atteinte à la santé physique ou mentale et qu'elle persiste après les traitements et les mesures de réadaptation exigibles (al. 1). Seules les conséquences de l'atteinte à la santé sont prises en compte pour juger de la présence d'une incapacité de gain. De plus, il n'y a incapacité de gain que si celle-ci n'est pas objectivement surmontable (al. 2 en vigueur dès le 1er janvier 2008). [endif]>![if> En vertu de l'art. 28 al. 2 LAI, l'assuré a droit à une rente entière s'il est invalide à 70% au moins, à un trois-quart 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). La notion d'invalidité, au

sens du droit des assurances sociales, est une notion économique et non médicale ; ce sont les conséquences économiques objectives de l'incapacité fonctionnelle qu'il importe d'évaluer (ATF 110 V 273 consid. 4a). L'atteinte à la santé n'est donc pas à elle seule déterminante et ne sera prise en considération que dans la mesure où elle entraîne une incapacité de travail ayant des effets sur la capacité de gain de l'assuré (arrêt du Tribunal fédéral des assurances I.654/00 du 9 avril 2001 consid. 1). Les atteintes à la santé psychique peuvent, comme les atteintes physiques, entraîner une invalidité au sens de l'art. 4 al. 1 LAI en liaison avec l'art. 8 LPGA. On ne considère pas comme des conséquences d'un état psychique malade, 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 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. A 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). 5. Pour pouvoir calculer le degré d'invalidité, l'administration (ou le juge, s'il y a eu un recours) a besoin de documents qu'un médecin, éventuellement d'autres spécialistes, doivent lui fournir. La tâche du médecin consiste à porter un jugement sur l'état de santé et à indiquer dans quelle mesure et pour quelles activités l'assuré est, à ce motif, incapable de travailler. En outre, les données médicales constituent un élément utile pour déterminer quels travaux on peut encore, raisonnablement, exiger de l'assuré (ATF 125 V 256 consid. 4 et les références).

!endif]>![if> 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). Le juge peut accorder pleine valeur probante aux rapports et expertises établis par les médecins d'un assureur social aussi longtemps que ceux-ci aboutissent à des résultats convaincants, que leurs conclusions sont sérieusement motivées, que ces avis ne contiennent pas de contradictions et qu'aucun indice concret ne permet de mettre en cause leur bien-fondé. Le simple fait que le médecin consulté est lié à l'assureur par un rapport de travail ne permet pas encore de douter de l'objectivité de son appréciation ni de soupçonner

une prévention à l'égard de l'assuré. Ce n'est qu'en présence de circonstances particulières que les doutes au sujet de l'impartialité d'une appréciation peuvent être considérés comme objectivement fondés. Etant donné l'importance conférée aux rapports médicaux dans le droit des assurances sociales, il y a lieu toutefois de poser des exigences sévères quant à l'impartialité de l'expert (ATF 125 V 351 consid. 3b/ee). Bien que les rapports d'examen réalisés par un SMR en vertu de l'art. 49 al. 2 RAI ne soient pas des expertises au sens de l'art. 44 LPGA et ne soient pas soumis aux mêmes exigences formelles (ATF 135 V 254 consid. 3.4), ils peuvent néanmoins revêtir la même valeur probante que des expertises, dans la mesure où ils satisfont aux exigences, définies par la jurisprudence, qui sont posées à une expertise médicale (arrêt du Tribunal fédéral 9C_204/2009 du 6 juillet 2009 consid. 3.3.2 et les références, passage non publié in ATF 135 V 254). Cela étant, il convient d'ordonner une expertise si des doutes, mêmes faibles, subsistent quant à la fiabilité et à la pertinence des constatations médicales effectuées par le service médical interne de l'assurance (ATF 135 V 465 consid. 4.6). S'agissant de la valeur probante des 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. Ainsi, la jurisprudence accorde plus de poids aux constatations faites par un spécialiste qu'à l'appréciation de l'incapacité de travail par le médecin de famille (ATF 125 V 351 consid. 3b/cc et les références ; RJJ 1995, p. 44 ; RCC 1988 p. 504 consid. 2). 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). 6. 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'en 2011, le 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 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). [endif]>![if> 7. En l'occurrence, l'intimé a retenu, en se référant aux conclusions des Drs K_____ et

L_____, médecins auprès du SMR, que les atteintes à la santé dont souffre le recourant ont entraîné une incapacité de travail totale du 5 juillet 2010 à avril 2013 et qu'à compter du mois de mai 2013, sa capacité de travail est totale dans une activité adaptée, ce que conteste le recourant en se fondant sur les rapports du Dr F_____ et des Drs L_____, M_____ et N_____.

Par rapport d'examen du 1^{er} octobre 2013, les Drs K_____ et L_____ ont diagnostiqué, avec répercussion sur la capacité de travail du recourant, des lombalgies et cervicalgies dans le cadre de troubles statiques et dégénératifs du rachis avec hernies discales C5-C6 et C6-C7 gauches, des douleurs et limitations fonctionnelles de l'épaule droite dans le cadre d'un status après capsulite rétractile et après contusion de l'articulation acromio-claviculaire droite et un syndrome rotulien droit. Sans répercussion sur la capacité de travail, le recourant présentait un status après traumatisme de type mallet osseux de l'index droit, un status après arrachement osseux avec mallet tendineux de l'annulaire droit, un excès pondéral, une hypertension artérielle traitée, une hyperthyroïdie anamnétique traitée, des migraines anamnestiques et une autre modification durable de la personnalité (F62.8). Selon les examinateurs, les atteintes à la santé somatiques avaient entraîné une incapacité de travail totale dans l'activité habituelle du 5 juillet 2010 au 4 juillet 2011. Dès cette date, la capacité de travail était totale dans une activité adaptée aux limitations fonctionnelles. Sur le plan psychiatrique, une incapacité de travail avait existé dès juillet 2011; à compter du mois de mai 2013, date de l'introduction d'un traitement neuroleptique d'Entumine, le recourant avait recouvré une capacité de travail totale. A la lecture du rapport d'examen du SMR, la chambre de céans est d'avis que les conclusions des examinateurs ne permettent toutefois pas de déterminer si la capacité de travail du recourant s'est effectivement améliorée à compter du mois de mai 2013, et ce pour les raisons qui suivent. Sur le plan psychiatrique, on relèvera que les examinateurs ont écarté le diagnostic d'état de stress post-traumatique (F43.1) posé par le Dr G_____ (rapport du 10 juillet 2011) et ont retenu celui d'autre modification durable de la personnalité (F62.8), sans qu'une motivation claire et détaillée ne soit donnée, de sorte que l'on peine à comprendre comment et sur quelle base ce diagnostic a été posé. Les examinateurs ont ainsi retenu que l'état de santé du recourant sur le plan psychiatrique s'était amélioré dès mai 2013, au motif, semble-t-il, qu'"actuellement l'assuré ne décrit pas la présence de cauchemars" (page 8 du rapport d'examen). Or, cela ne correspond pas aux explications fournies par le recourant aux examinateurs, puisqu'il ressort de l'anamnèse psychosociale et psychiatrique que le recourant présentait "parfois" des cauchemars (page 3 du rapport d'examen). En outre, il apparaît que les examinateurs ont également retenu une amélioration dès le mois de mai 2013, en raison de l'introduction du traitement d'Entumine et du fait que le recourant a décrit une amélioration de la durée du sommeil. Or, on peine à comprendre l'appréciation des examinateurs puisqu'il résulte de leur rapport qu'au moment de l'examen, la plainte principale du recourant concernait les troubles du sommeil et qu'un examen portant sur son sommeil était en outre agendé pour la semaine suivante (page 3 du rapport d'examen). Qui plus est, avant de rendre leurs conclusions, les examinateurs n'ont ni cherché à prendre connaissance des résultats de l'examen du sommeil - alors qu'il aurait révélé un syndrome d'apnées du sommeil obstructives de degré sévère (rapport du Dr F_____ du 12 décembre 2013) - ni interrogé le Dr J_____, médecin en charge du suivi psychiatrique du recourant depuis environ une année. Sur le plan somatique, il apparaît également que les examinateurs ont posé leurs diagnostics sans avoir pris connaissance au préalable de l'IRM lombaire effectuée le 24 octobre 2012 montrant une protrusion discale L5-S1 sans conflit radiculaire, une dégénérescence discale L4-L5 et L5-S1, une sclérose de surcharge aux facettes

articulaires postérieures sans rétrécissement canalaire et foraminal (rapport des Drs L_____, M_____ et N_____ du 7 février 2014, page 2, 2^{ème} paragraphe) et du rapport d'expertise pluridisciplinaire du CEMED du 21 décembre 2012 (mentionné dans la décision de l'assureur-accidents du 11 mars 2013, mais ne figurant pas dans le dossier versé par l'intimé à la présente procédure). Au vu de l'ensemble de ces éléments, la chambre de céans est d'avis que le rapport d'examen du SMR du 1^{er} octobre 2013 n'a pas la valeur probante suffisante requise par la jurisprudence. Par ailleurs, force est de constater que la situation médicale du recourant n'est, quoi qu'il en soit, pas claire. En effet, les diagnostics des examinateurs divergent de ceux des Drs L_____, M_____ et N_____, puisque ceux-ci ont retenu suite à des examens effectués les 10 janvier et 5 février 2014, un syndrome de stress post-traumatique avec un état anxio-dépressif significatif, rendant indispensable la poursuite du suivi par un psychiatre, l'existence clinique de signes de tendinopathie du muscle sub-scapulaire droit de bursite sous-acromiale droite, des lombosciatalgies droites avec déficit sensitif et probables douleurs neurogènes du membre inférieur droit, une facéite plantaire droite ainsi qu'un déficit moteur et sensitif droit dans le territoire de C7. Qui plus est, il apparaît que certaines atteintes à la santé - soit les douleurs abdominales, les cervicalgies et les troubles à l'épaule droite - nécessitaient des investigations supplémentaires, tels que des examens échographiques, IRM et avis neurochirurgicaux (rapport du 7 février 2014 des Drs L_____, M_____ et N_____).

8. Compte tenu de l'ensemble de ces éléments, 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 de l'évolution des troubles dont souffre le recourant, leurs éventuelles limitations fonctionnelles et répercussions sur sa capacité de travail à compter de mai 2013, et partant, sur son degré d'invalidité. 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, en orthopédie et en psychiatrie, après avoir interrogé les médecins spécialistes traitants du recourant. Les conditions jurisprudentielles d'un tel renvoi sont d'autant plus remplies qu'aucune expertise n'a été réalisée par l'intimé. En cas de nécessité, un stage d'observation professionnelle visant à clarifier le rendement exigible et les activités qui demeurent à la portée de l'intéressé sera également organisé. Une fois ces mesures d'instruction effectuées, il appartiendra à l'intimé d'évaluer le taux d'invalidité et de rendre une nouvelle décision.

9. Le recours sera donc admis, la décision querellée annulée en tant qu'elle met fin au versement de la rente dès le 1^{er} août 2013, et le dossier renvoyé à l'autorité administrative afin qu'elle procède conformément aux considérants.

10. De façon générale, la procédure devant la chambre de céans est gratuite, sous réserve de la possibilité de mettre des émoluments de justice et les frais de procédure à la charge de la partie qui agit de manière téméraire ou témoigne de légèreté (art. 61 let. a LPGA ; art. 89H al. 1 LPA). Tel n'est cependant pas le cas, en dérogation à l'art. 61 let. a LPGA, de la procédure de recours en matière de contestation portant sur l'octroi ou le refus de prestations de l'AI devant le Tribunal cantonal des assurances [soit, dans le canton de Genève, la chambre des assurances sociales de la Cour de justice (art. 134 al. 1 let. a ch. 2 LOJ)]. Le montant des frais susceptible d'être mis à la charge des parties dans une telle procédure devant se situer entre CHF 200.- et CHF 1'000.-, indépendamment de la valeur litigieuse (art. 69 al. 1bis LAI). Au vu du sort donné au recours, il y a lieu de condamner l'intimé au paiement d'un émolument de 200 fr. Le recourant, qui est représenté et qui obtient gain de cause, a droit à une indemnité de 1'000 fr. à titre de participation à ses frais et dépens [art.

61 let. g LPGA et 89H al. 3 de la loi sur la procédure administrative du 12 septembre 1985 (LPA- E 5 10)], à la charge de l'intimé. PAR CES MOTIFS, LA CHAMBRE DES ASSURANCES SOCIALES : Statuant A la forme :

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