

# GE\_GERICHTE A/3235/2014 vom 22. März 2016

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

Quelle: [https://mcp.opencaselaw.ch/entscheid/ge\\_gerichte\\_A\\_3235\\_2014](https://mcp.opencaselaw.ch/entscheid/ge_gerichte_A_3235_2014)

FR: GE\_GERICHTE A/3235/2014 du 22 mars 2016

IT: GE\_GERICHTE A/3235/2014 del 22 marzo 2016

## Erwägungen

### E. 1

ère Chambre En la cause Monsieur A\_\_\_\_\_, domicilié à GENÈVE, comparant avec élection de domicile en l'étude de Maître Christian CANELA recourant contre OFFICE DE L'ASSURANCE-INVALIDITÉ DU CANTON DE GENÈVE, sis rue des Gares 12, GENÈVE intimé EN FAIT 1. Monsieur A\_\_\_\_\_ (ci-après l'assuré ou le recourant), né en 1962, au bénéfice d'un certificat fédéral de capacité en tant que teinturier, a travaillé au sein de la teinturerie de son oncle pendant de nombreuses années avant d'en reprendre personnellement l'exploitation en raison individuelle en 1999, sous la raison de commerce B\_\_\_\_\_.  
2. Par jugement du 12 mars 2012 du Tribunal de première instance, l'assuré a été déclaré en état de faillite (extrait internet du registre du commerce ; ci-après RC).  
3. À compter du 16 avril 2012, l'assuré a été en incapacité de travail totale, puis à 50% dès le 14 mai 2012.  
4. SWICA assurance-maladie SA (ci-après l'assureur perte de gain maladie) a versé des indemnités journalières en faveur de l'assuré.  
5. Le 5 septembre 2012, l'office de l'assurance-invalidité (ci-après OAI) a réceptionné une demande de prestations d'assurance-invalidité formée par l'assuré.  
6. Par rapport du 18 septembre 2012, la doctoresse C\_\_\_\_\_, spécialiste FMH en psychiatrie et psychothérapie, a diagnostiqué un épisode dépressif moyen (F32.01) avec syndrome somatique depuis quelques années. L'assuré était triste, anxieux, ralenti sur le plan psychomoteur, se plaignait de fatigue dès le moindre effort, souffrait d'insomnies, d'une perte de plaisir et de goût. Il était pessimiste par rapport à l'avenir. Depuis quelque temps, l'assuré était en conflit avec la régie qui gérait son commerce; mis à part cela, il niait l'existence de tout autre conflit. Le pronostic était réservé et l'incapacité de travail de l'assuré était de 50% depuis avril 2012.  
7. Par rapport du 21 septembre 2012, le docteur D\_\_\_\_\_, spécialiste FMH en médecine générale, a diagnostiqué un trouble dépressif depuis avril 2012. L'assuré souffrait d'insomnies, d'une dévalorisation de soi et d'anxiété. L'incapacité de travail avait été totale du 16 avril au 13 mai 2012, puis à 50% en raison d'une perte de motivation et d'une fatigue chronique.  
8. Le 10 décembre 2012, l'assureur perte de gain maladie a transmis à l'OAI une copie de l'expertise du 23 novembre 2012 réalisée par le docteur E\_\_\_\_\_, psychiatre auprès de la clinique Corela. L'expert a diagnostiqué un épisode dépressif sévère sans symptômes psychotiques (F32.2) entraînant une incapacité de travail totale. Il s'agissait d'une dépression résistant au traitement instauré et un changement d'antidépresseur s'avérait nécessaire. En fonction des modifications de traitement que l'expert proposait, une reprise à 50% pouvait être envisagée dès le 26 novembre 2012, puis à 100% dès le 24 décembre 2012. Ce délai de reprise était subordonné à l'observance du traitement antidépresseur instauré.  
9. Par pli du 27 décembre 2012 à l'assureur perte de gain maladie, l'assuré a fait valoir que sa dépression était purement endogène; il n'avait jamais rencontré de problèmes privés ou professionnels et n'était pas en

faillite. !endif>![if> 10. Le 31 janvier 2013, l'assureur perte de gain maladie a mis fin au versement des indemnités journalières. !endif>![if> 11. Le 5 février 2013, l'OAI a informé l'assuré qu'aucune mesure de réadaptation d'ordre professionnel n'était possible ; son droit à la rente allait être examiné. !endif>![if> 12. Par avis du 8 avril 2013, la doctoresse F\_\_\_\_\_, médecin auprès du service médical régional AI (ci-après : SMR), a relevé que l'état de santé de l'assuré n'était pas stabilisé au jour de l'expertise du Dr E\_\_\_\_\_, de sorte qu'il convenait d'obtenir des informations complémentaires. !endif>![if> 13. Selon une note téléphonique de l'OAI du 18 avril 2013, l'assureur perte de gain maladie avait pris en charge une incapacité de travail totale du 16 avril au 13 mai 2012, à 50% du 14 mai au 30 septembre 2012, totale du 1<sup>er</sup> octobre au 31 décembre 2012, et à 50% du 1<sup>er</sup> au 31 janvier 2013. !endif>![if> 14. Par pli du 20 avril 2013, l'assuré a expliqué à l'OAI qu'il n'était pas en mesure de lui fournir une copie des pièces comptables de sa société pour les années 2010-2011, car sa situation financière ne lui avait pas permis de s'acquitter des honoraires demandés par sa fiduciaire pour l'établissement des comptes. !endif>![if> 15. Par rapport du 22 avril 2013, la Dresse C\_\_\_\_\_ a indiqué que l'état de santé de l'assuré était resté stationnaire. L'épisode dépressif évoluait vers un épisode récurrent (F33.2) et son incapacité de travail était toujours totale dans toute activité. Le changement de traitement proposé par l'expert n'avait pas pu être effectué en raison d'une contre-indication médicale. !endif>![if> 16. Par avis du 27 juin 2013, la Dresse F\_\_\_\_\_ a estimé qu'au vu des divergences d'évaluation de l'état de santé entre le psychiatre traitant et le Dr E\_\_\_\_\_, il convenait de mettre en œuvre une expertise auprès du docteur G\_\_\_\_\_, spécialiste en psychiatrie et psychothérapie. !endif>![if> 17. Par arrêt du 11 mars 2014, la chambre de céans a, dans le cadre d'une procédure opposant l'assuré à l'assureur perte de gain maladie, retenu qu'en raison de son atteinte psychique, l'assuré avait présenté une incapacité de travail totale au-delà du 31 janvier 2013, soit du 1<sup>er</sup> février au 30 juin 2013 ( ATAS/289/2014 ). Cet arrêt a fait l'objet d'un recours par-devant le Tribunal fédéral. !endif>![if> 18. Par rapport du 27 avril 2014, le Dr G\_\_\_\_\_, suite à l'examen de l'assuré réalisé en date des 7 et 20 novembre 2013, a estimé que ce dernier ne présentait aucune atteinte 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. Sa capacité de travail avait été nulle dès avril 2012, puis à 50% dès mai 2012 jusqu'au 31 janvier 2013. Au-delà, la capacité de travail était entière. !endif>![if> L'expert a indiqué notamment qu'aucun des symptômes considérés comme majeurs pour retenir un trouble dépressif n'était présent. Il n'y avait pas non plus un autre trouble psychique, ni une psychose, ni un trouble anxieux, ni un trouble de la personnalité. Au plan mental et cognitif, tout était normal. Il présentait une bonne vigilance et une conscience claire. Il n'existait pas un déficit au niveau de l'attention, de la concentration ou de la mémoire. La capacité de jugement et de raisonnement était bien fonctionnelle. Par ailleurs, l'assuré n'était pas triste, la capacité d'intérêt et de plaisir était en place, l'énergie n'était ni réduite, ni augmentée et l'activité psychomotrice était normale. La mimique était expressive, l'assuré ne présentait pas de morosité, ni de dévalorisation, ni un pessimisme déplacé. L'estime de soi était conservée, il pouvait se projeter dans l'avenir, hormis pour le travail. Il ne présentait pas non plus une altération de l'état général, une mauvaise mine, une pâleur, une maigreur ou un habitus négligé. Le sommeil était annoncé comme très perturbé, mais l'assuré semblait correctement reposé, sans signes en faveur d'un déficit aigu ou chronique à ce niveau. L'assuré annonçait des plaintes de type anxieux, toutefois l'expert ne constatait pas de symptômes manifestes dans ce registre, ni

d'appréhension visible, ni de nervosité, ni tension musculaire, tremblements ou manifestations neurovégétatives. L'expert a relevé que l'assuré ne présentait pas de psychose, il était parfaitement campé dans la réalité et rien n'établissait l'existence d'un trouble de la personnalité. S'agissant des problèmes psychosociaux ou d'autres facteurs non médicaux, l'assuré donnait à entendre qu'il n'avait aucun problème d'aucune sorte, excepté la dépression depuis 2012. Il livrait une description qui pouvait sembler idéalisée. L'expert a noté qu'il existait cependant des éléments frappants sur lesquels l'assuré ne donnait pas d'explication satisfaisante. Par ailleurs, sur le plan psychosocial, il existait plusieurs éléments forcément marquants, comme l'arrachement affectif subi par son épouse privée de très longue date de contact avec ses deux enfants, l'échec dans ce contexte de leur projet d'enfant, le fait qu'en tant que secrétaire hautement qualifiée, elle soit devenue invalide à 50% et totalement inactive depuis huit ans. Par ailleurs, l'assuré avait quitté sa famille et l'Espagne à l'âge de 16 ans, il avait constamment travaillé dans la teinturerie depuis, avait habité chez sa tante et son oncle jusqu'à leur départ quand il avait 36 ans, il était resté célibataire jusqu'à 42 ans et se trouvait en Suisse sans aucun membre de sa famille. Ces éléments pourraient faire le lit de difficultés psychosociales et de conflits émotionnels difficiles à résoudre pouvant inciter à une forme de régression et à trouver une traduction honorable dans les plaintes de l'assuré. 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. Sur la base de ses observations cliniques, l'expert excluait formellement qu'une dépression soit actuellement responsable de limitations psychiques. On pouvait donc penser que l'humeur de l'assuré s'était normalisée. Mais selon ce dernier, son état n'avait connu aucune amélioration. Sur cette base, il fallait admettre, rétrospectivement, que soit il ne présentait pas de trouble dépressif, soit l'évolution favorable n'était pas admise par l'intéressé. L'hypothèse que le trouble dépressif relevait d'un processus morbide purement endogène, sans le moindre caractère réactionnel, comme l'assuré le revendiquait fortement, n'était guère crédible. Même à admettre que l'assuré 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 l'assuré 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 dont l'assuré demandait la reconnaissance. La discordance que l'expert 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 ou qu'à défaut, il faudrait envisager des causes encore plus extérieures au champ médical, ce qui ne relevait pas de ses compétences. 19. Par avis du 14 juillet 2014, la Dresse F\_\_\_\_\_, en se référant aux conclusions du Dr G\_\_\_\_\_, a estimé que l'assuré ne présentait aucune atteinte à la santé du ressort de l'AI, étant donné que son incapacité de travail avait été d'une durée inférieure à un an. En effet, l'assuré avait été en incapacité de travail totale dès le 16 avril 2012, puis à 50% dès le 14 mai 2012 et nulle dès le 1<sup>er</sup> février 2013. Cette incapacité de travail était en lien avec un probable trouble de l'adaptation ou un épisode dépressif modéré à sévère en rémission depuis janvier 2013. Il n'y avait aucune limitation fonctionnelle. 20. Par décision du 25 septembre 2014, confirmant son projet du 18 juillet 2014, l'OAI a rejeté la demande de prestations de l'assuré. Son incapacité de travail avait été totale du 16 avril au 13 mai 2012, puis à 50% du 14 mai au 31

janvier 2013. À compter du 1<sup>er</sup> février 2013, l'assuré avait recouvré une capacité de travail totale. L'incapacité de travail avait ainsi duré moins d'une année, ce qui ne permettait pas d'examiner un droit éventuel à une rente d'invalidité.!

21. Par acte du 25 octobre 2014, l'assuré, intervenant en personne, a interjeté recours contre cette décision, concluant, sous suite de frais et dépens, à son annulation et à l'octroi d'une rente d'invalidité entière dès le 29 août 2012. Le recourant a fait valoir que son incapacité de travail totale avait perduré au-delà du 31 janvier 2013, comme l'avait retenu la chambre de céans dans son arrêt du 11 mars 2014 dans la cause l'opposant à l'assureur perte de gain maladie. Cet arrêt faisait l'objet d'un recours pendant auprès du Tribunal fédéral. C'était ainsi sans raison valable que l'intimé n'avait pas tenu compte des avis des Drs D\_\_\_\_\_ et C\_\_\_\_\_, alors que la chambre de céans les avait retenus pour probants dans l'arrêt précité. Par ailleurs, le recourant a expliqué avoir été victime durant l'été d'un accident, engendrant un grave traumatisme au niveau de la colonne dorsale et une incapacité de travail totale. À cet égard, une nouvelle expertise mise en œuvre par l'assureur perte de gain devait être réalisée par le docteur H\_\_\_\_\_, spécialiste FMH en rhumatologie et médecine interne.!

À l'appui de son recours, le recourant a produit notamment: - un certificat du 9 octobre 2014 de la Dresse C\_\_\_\_\_ attestant une incapacité de travail totale du 1<sup>er</sup> au 31 octobre 2014;!

- un rapport du 16 octobre 2014 du Dr D\_\_\_\_\_, faisant état d'une aggravation de lombosciatalgies à droite depuis deux semaines et résistantes au traitement conservateur. Le recourant présentait une atteinte radiculaire non visualisée par l'imagerie à résonnance magnétique de juillet 2014 et le médecin sollicitait l'avis du docteur I\_\_\_\_\_, spécialiste FMH en neurologie. !

22. Par réponse du 18 novembre 2014, l'intimé a conclu au rejet du recours pour les motifs indiqués dans sa décision. Selon l'expertise réalisée par le Dr G\_\_\_\_\_, laquelle avait pleine valeur probante, le recourant avait présenté une incapacité de travail temporaire de moins d'une année, en lien avec un probable trouble de l'adaptation ou un épisode dépressif modéré à sévère en rémission depuis janvier 2013. Le recourant ne contestait d'ailleurs pas la valeur probante de l'expertise du Dr G\_\_\_\_\_ dans son recours. En outre, l'intimé n'avait pas eu connaissance, au moment de rendre sa décision, de l'incident survenu en été. Selon l'avis du SMR du 12 novembre 2014, produit par l'intimé, aucune des pièces médicales versées à la procédure ne montrait l'existence d'une atteinte grave et durable de nature à modifier les conclusions du SMR du 14 juillet 2014.!

23. Le 12 décembre 2014, le recourant a produit notamment un rapport de la Dresse C\_\_\_\_\_ du 3 décembre 2014. Selon ce médecin, contrairement au Dr G\_\_\_\_\_, elle n'avait relevé ni l'existence de facteurs psychosociaux, ni de conflits émotionnels qui pourraient ou qui avaient pu influencer l'état psychique du recourant. Le tableau clinique actuel était caractérisé par une apathie, un manque d'énergie, une fatigue après le moindre effort, une perte de goût et d'intérêt, une diminution de l'estime de soi et une tendance à l'isolement social. Ce tableau clinique, qui n'était pas, de l'avis de la Dresse C\_\_\_\_\_, réactionnel aux facteurs psychosociaux, ni aux conflits émotionnels, correspondait au tableau clinique d'un état dépressif endogène, qui en général apparaissait vers l'âge de 50 ans, mais qui n'avait pas la symptomatologie d'un état mélancolique classique du fait que le recourant était depuis le mois d'avril 2012 sous antidépresseurs. !

Le recourant a également versé à la procédure un rapport du 27 novembre 2014 du Dr D\_\_\_\_\_, indiquant que depuis le 26 juin 2014, il souffrait d'une rachialgie chronique au quotidien. 24. Le 15 décembre 2014, l'intimé a transmis à la chambre de céans une copie du rapport d'expertise établi le 25 novembre 2014 par le Dr H\_\_\_\_\_.

Selon ce spécialiste, le recourant présentait des

lombalgies chroniques entraînant une incapacité de travail de 20% dans l'activité habituelle, compte tenu de la position debout prolongée et des efforts mettant à contribution le dos. L'expert a indiqué que le recourant avait été victime d'une chute dans les escaliers le 26 juin 2014, avec glissade en arrière et réception sur le dos. Les radiographiques de la colonne lombaire réalisées le jour-même étaient normales. Vu la persistance des symptômes, une IRM avait été réalisée le 24 juillet 2014. Les examens radiologiques relevaient principalement un trouble statique sous la forme d'une scoliose dextro-convexe centrée sur L2-L3 dans le cadre d'une bascule du bassin en défaveur du côté droit et une toute petite discopathie protrusive médiane de L4-L5. Les symptômes étaient restés similaires jusqu'au jour de l'expertise malgré la prise d'antalgiques, d'anti-inflammatoires et un myorelaxant.

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. Le status restait essentiellement marqué par de nombreux signes de surcharge fonctionnelle témoignant d'un syndrome douloureux chronifié et une éventuelle diminution du seuil de tolérance à la douleur à intégrer à une comorbidité psychologique associée. 25. Par arrêt du 14 janvier 2015, rendu dans la cause opposant le recourant à l'assureur perte de gain maladie, le Tribunal fédéral a réformé l'arrêt de la chambre de céans du 11 mars 2014, estimant que sur le plan psychique, l'incapacité de travail totale du recourant s'était prolongée jusqu'au 5 novembre 2013 ( 4A\_261/2014 ).

Le 23 février 2015, par l'intermédiaire de son conseil, le recourant a expliqué que l'expertise du Dr H\_\_\_\_\_ se fondait sur un entretien d'une demi-heure, ce qui ne pouvait lui conférer une valeur probante suffisante. Il a également joint un rapport de la Dresse C\_\_\_\_\_ du 22 février 2013 expliquant notamment que le changement de traitement proposé par le Dr E\_\_\_\_\_ n'avait pas pu être effectué en raison de contre-indications dues à l'hypertension dont souffrait le recourant, lequel était en incapacité de travail totale.

Le recourant a, par ailleurs, joint des certificats d'incapacité de travail totale établis par la Dresse C\_\_\_\_\_, le 16 janvier 2015, et par le Dr D\_\_\_\_\_, le 20 janvier 2015. 27. Le 27 février 2015, le recourant a produit notamment:

- un rapport du 24 juillet 2014 du docteur J\_\_\_\_\_, spécialiste FMH en radiologie, expliquant que l'IRM lombosacrée effectuée à cette date ne révélait ni lésion osseuse traumatique, ni listhésis. Il existait une discopathie protrusive circonférentielle en L4-L5 sans signe de conflit;
- un rapport du 28 août 2014 du docteur K\_\_\_\_\_, spécialiste FMH en neurochirurgie, exposant que le status neurologique et l'IRM étaient totalement rassurants, il existait tout au plus une discrète discopathie L4-L5 sans conflit. La problématique devait répondre à une prise en charge ostéopathique et/ou physiothérapeutique;
- un rapport du 6 novembre 2014 du Dr I\_\_\_\_\_ expliquant que l'examen électroneuromyographique (ci-après ENMG) ne montrait pas de signe lésionnel radiculaire au membre inférieur droit; il proposait qu'une radiologie fonctionnelle soit effectuée;
- un rapport du 11 novembre 2014 du docteur L\_\_\_\_\_, spécialiste FMH en radiologie, exposant qu'il existait un syndrome lombaire avec limitation des mouvements du rachis dans tous les mouvements, notamment en flexion-extension, visible également sur les radiographies. Il existait une zone douloureuse en L4-L5, L5-S1 et l'IRM du 24 juillet 2014 avait mis en évidence une discopathie L4-L5, L5-S1, sans conflit évident, et des signes d'arthrose postérieure. Il proposait une infiltration, voire une injection épidurale;

Le 13 mars 2015, le recourant a notamment sollicité l'audition de ses médecins traitants et indiqué que

l'entretien avec le Dr H\_\_\_\_\_ n'avait duré que 24 minutes. ![/endif]>[/if> 29. Le 17 mars 2015, la chambre de céans a invité l'intimé à se déterminer sur les pièces produites par le recourant, en lui précisant la référence de l'arrêt qu'elle avait rendu le 11 mars 2014 dans la cause opposant le recourant à l'assureur perte de gain maladie. ![/endif]>[/if> 30. Par écriture du 14 avril 2015, l'intimé a produit un avis du SMR du 8 avril 2015, auquel il se référerait intégralement. Selon le docteur M\_\_\_\_\_, les documents produits par le recourant ne faisaient que confirmer l'absence d'atteinte médicale pouvant justifier les incapacités de travail. ![/endif]>[/if> 31. Par plis des 16 juin, 8 et 20 juillet 2015, le recourant a notamment indiqué que l'entretien avec le Dr H\_\_\_\_\_ avait duré 12 minutes. ![/endif]>[/if> 32. Le 15 septembre 2015, la chambre de céans a entendu le Dr D\_\_\_\_\_, lequel a expliqué notamment que le recourant avait fait une chute en juin 2014 et souffrait de rachialgies entraînant une incapacité de travail totale. Il avait adressé le recourant auprès de plusieurs spécialistes. Une première IRM, réalisée le 24 juillet 2014, ne relevait pas de lésion particulière. Une seconde IRM, réalisée le 14 août 2015, relevait notamment une hernie discale L5-S1 gauche et un canal lombaire étroit. Ces pathologies expliquaient enfin les raisons pour lesquelles le recourant souffrait autant et 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. Le Dr H\_\_\_\_\_ avait réalisé son expertise avant la seconde IRM et il convenait qu'il complète son expertise en en prenant connaissance. ![/endif]>[/if> La chambre de céans a également entendu la Dresse C\_\_\_\_\_, laquelle a notamment expliqué avoir modifié le traitement médicamenteux sur les recommandations du Dr E\_\_\_\_\_. Malheureusement, l'Effexor provoquait des effets secondaires et était contre-indiqué en cas d'hypertension. Elle avait prescrit de la Fluctine depuis un mois environ, mais n'avait constaté aucune amélioration encore. Elle a confirmé que le recourant était incapable de travailler à 100%, il souffrait de problèmes de concentration, d'apathie et présentait une fatigabilité. Le recourant n'avait plus les ressources nécessaires pour lutter, pour reprendre une activité. Elle ne savait pas pour quelle raison le Dr G\_\_\_\_\_ niait l'existence d'un état dépressif et ne comprenait pas à quoi il faisait allusion quand il parlait de problèmes psychosociaux ou de facteurs non médicaux. Elle vérifiait deux fois par année la compliance du recourant et elle avait procédé à un tel contrôle la semaine précédente et produisait le document y relatif. La dépression d'involution dont souffrait le recourant était très difficile à traiter et le recourant disait parfois qu'il n'avait pas envie de se réveiller. Son état de santé n'était pas inquiétant dans la mesure où il ne verbalisait pas d'idée suicidaire par exemple. En revanche, le pronostic était réservé dans la mesure où elle ne voyait pas d'amélioration. Par ailleurs, le rapport du 17 août 2015 du docteur N\_\_\_\_\_, spécialiste FMH en radiologie, a été versé à la procédure. Suite à l'IRM lombo-sacrée effectuée le 14 août 2015, ce médecin a conclu à une discopathie L5-S1 avec dessiccation discale et rupture annulaire para-médiane postérieure gauche, une arthrose interapophysaire postérieure L4-L5 prédominant à gauche où l'on notait un épanchement liquidien intra-articulaire et des géodes sous-chondrales au niveau de la facette inférieure de L4, un rétrécissement du canal spinal central L3-L4 et notamment L4-L5 avec un diamètre antéro-postérieur minimal d'environ 7 mm en lien avec une minime discopathie circonférentielle, lipomatose épidurale et arthrose interapophysaire postérieure, dans un contexte d'étroitesse constitutionnelle du

canal spinal lombaire. 33. À l'issue de l'audition des témoins, le recourant a sollicité que le Dr G\_\_\_\_\_ soit entendu et a rappelé qu'il avait offert à la chambre de céans d'entendre l'enregistrement de l'entretien qu'il avait eu avec le Dr H\_\_\_\_\_. Seules 7 à 8 minutes de l'entretien avaient été consacrées aux suites de l'accident. ![/endif]>![if> L'intimé a, quant à lui, relevé que les durées de l'enregistrement variaient au gré des écritures du recourant.

34. Le 26 octobre 2015, l'intimé a persisté dans ses conclusions, en se référant à un avis du 13 octobre 2015 du Dr M\_\_\_\_\_. Selon ce médecin, contrairement aux explications données par le Dr D\_\_\_\_\_, le rapport d'IRM du 17 août 2015 ne révélait qu'une dessiccation discale, sans hernie vraie, ni compression neurologique. De plus, les mesures du canal médullaire restaient dans les limites de la norme. Par ailleurs, sur le plan psychique, on trouvait trace dans l'anamnèse de la vie du recourant, d'un conflit avec son assureur perte de gain maladie, avec un ressentiment important et un sentiment d'incompréhension vis-à-vis du premier expert. Enfin, la littérature scientifique ne faisait pas état d'une limitation de la prise du médicament Effexor en cas d'hypertension. Les explications des médecins traitants ne permettaient ainsi pas de s'écarter des conclusions précédentes du SMR.![endif]>![if>

35. Par pli du 22 décembre 2015, le recourant a produit un rapport de la Dre C\_\_\_\_\_ du 17 décembre 2015 accompagné de relevés hématologiques effectués en date des 4 octobre 2012, 2 octobre 2013, 12 novembre 2013 et 9 septembre 2015. Cette spécialiste a souligné que des problèmes psychosociaux n'avaient pas joué de rôle dans l'état dépressif du recourant et à sa connaissance, le conflit avec l'assureur perte de gain maladie était postérieur au déclenchement de l'état dépressif. S'agissant des contre-indications de l'Effexor, contrairement à ce qu'avancait le SMR, le compendium suisse des médicaments signalait des précautions à prendre en cas d'hypertension. ![/endif]>![if>

36. Après avoir adressé une copie de cette écriture à l'intimé, la chambre de céans a gardé la cause à juger. ![/endif]>![if> EN DROIT 1. Conformément à l'art. 134 al. 1 let. a ch. 2 de la loi sur l'organisation judiciaire, du 26 septembre 2010 (LOJ - E 2 05) en vigueur dès le 1<sup>er</sup> 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).![endif]>![if> Sa compétence pour juger du cas d'espèce est ainsi établie. 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.![endif]>![if> 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). 3. a. Les modifications de la loi fédérale sur l'assurance-invalidité du 21 mars 2003 (4<sup>ème</sup> révision), du 6 octobre 2006 (5<sup>ème</sup> révision) et du 18 mars 2011 (révision 6a), entrées en vigueur le 1<sup>er</sup> janvier 2004, respectivement, le 1<sup>er</sup> janvier 2008 et le 1<sup>er</sup> 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). ![/endif]>![if> 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 4<sup>ème</sup>, 5<sup>ème</sup> et 6<sup>ème</sup> révisions de cette loi, 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 (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).

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).

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.

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 1<sup>er</sup> janvier 2008).

b. En vertu des art. 28 al. 1 et 29 al. 1 LAI (dans sa teneur en vigueur depuis le 1<sup>er</sup> 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).

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 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).

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 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). 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 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). 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). 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).!

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 retenu que l'incapacité de travail due à des troubles psychiques, débutée le 16 avril 2012, s'est prolongée du 1<sup>er</sup> 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.

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.

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 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'expert 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 1<sup>er</sup> février 2013. On rappellera toutefois que la chambre de céans et le Tribunal fédéral ont déjà retenu que le recourant présentait, en raison de troubles psychiques, une incapacité de travail totale du 1<sup>er</sup> 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. 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 1<sup>er</sup> février au 5 novembre 2013, à un taux de 100%. Postérieurement au 5 novembre 2013, la capacité de travail du recourant est entière. [endif]>![if> 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. 16. La décision doit ainsi être annulée pour ce motif.![endif]>![if> 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.![endif]>![if> 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. 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'IRM 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. 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.![endif]>![if> 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 1<sup>er</sup> 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.![endif]>![if> 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]).![endif]>![if> 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.-.!

**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.