

GE_GERICHTE A/4385/2016 vom 22. Juni 2017

GE Cour de justice, 2017-06-22, FR

Quelle: https://mcp.opencaselaw.ch/entscheid/ge_gerichte_A_4385_2016

FR: GE_GERICHTE A/4385/2016 du 22 juin 2017

IT: GE_GERICHTE A/4385/2016 del 22 giugno 2017

Erwägungen

E. 3

ème Chambre En la cause Monsieur A_____, domicilié à Genève, comparant avec élection de domicile en l'étude de Maître Laura SANTONINO recourant contre OFFICE DE L'ASSURANCE-INVALIDITÉ DU CANTON DE GENÈVE, sis rue des Gares 12, GENÈVE intimé EN FAIT 1. Le 24 novembre 2014, Monsieur A_____ (ci-après : l'assuré), né en 1978, d'origine portugaise, a déposé une demande de prestations auprès de l'assurance-invalidité du canton de Genève (ci-après : OAI), en invoquant un traumatisme suite à une agression ayant eu lieu le 9 juin 2014, dont les suites avaient été prises en charge par son assureur-accidents, la BALOISE ASSURANCES SA (ci-après : l'assurance-accidents).! [endif]>! [if> 2. Du dossier constitué par l'assurance-accidents et transmis à l'OAI, il ressort notamment ce qui suit.! [endif]>! [if> 3. L'assuré travaillait pour le compte de l'entreprise B_____ SA depuis le 15 mars 2011 en tant que gérant d'un magasin de tabac, journaux, presse et alimentation sis _____, place C_____, à Genève. Le _____ 2014, alors qu'il était sur le point de fermer le magasin, vers 5h30, l'assuré a été agressé par deux inconnus. Selon ses déclarations, alors qu'il se tenait devant la porte du magasin, ces individus l'ont soudainement attrapé par le t-shirt et l'ont poussé dehors, où ils l'ont frappé de chaque côté de la tête avec une matraque et lui ont porté des coups sur tout le corps. L'assuré aurait également été traîné sur le sol.! [endif]>! [if> 4. Après avoir appelé les secours, l'assuré s'est rendu au service des urgences des hôpitaux universitaires de Genève (ci-après : HUG), où des contusions multiples ont été constatées. Les médecins l'ont décrit comme relativement choqué par l'agression subie. A la palpation, la malléole de la cheville droite, le genou droit, le quadriceps droit et le poignet gauche au niveau de la face dorsale étaient douloureux. La mobilité de la cheville droite était diminuée dans tous les mouvements en raison des douleurs. Aucun épanchement n'était visualisé au niveau du genou droit et la mobilité était conservée même si elle était douloureuse en fin de flexion. L'assuré présentait également de multiples hématomes au niveau du visage, bilatéralement au niveau frontal. Deux plaies pariétales du cuir chevelu ont nécessité six points de suture à gauche et trois points à droite. Des dermabrasions aux deux genoux, à l'avant-bras, au niveau costal gauche et au haut du dos ont également été constatées. Une radiographie de la cheville effectuée le même jour n'a pas permis de mettre en évidence de lésion ostéo-articulaire post-traumatique aigüe visible. L'assuré a été mis en arrêt de travail jusqu'au 16 juin 2014. ! [endif]>! [if> 5. Au vu des céphalées post-traumatiques, une imagerie par résonance magnétique (IRM) cérébrale a été effectuée le 20 juin 2014. Elle s'est avérée normale, en dehors d'une hypertrophie muqueuse sinusienne maxillaire gauche.! [endif]>! [if> 6. Une radiographie du bassin de face réalisée le 23 juin 2014 n'a pas montré de franche lésion traumatique.! [endif]>! [if> 7. A teneur du rapport du docteur D_____, généraliste FMH et médecin traitant, du 10 juillet 2014, l'assuré a également souffert d'un traumatisme crânien. L'évolution était lentement favorable. Il en

allait de même du pronostic.![endif]>![if> 8. Une IRM lombo-sacrée du 21 août 2014, réalisée en raison de la persistance de douleurs, n'a pas mis en évidence de lésion osseuse traumatique ou de listhésis. En revanche, des discopathies protrusives circonférentielles en L4-L5 et L5-S1, associées en L4-L5 à une petite hernie discale médiane, sans signe de conflit, ont été décelées.![endif]>![if> 9. Selon un rapport non daté mais vraisemblablement établi aux alentours du 25 août 2014 par Madame E_____, infirmière, et par le docteur F_____, médecin-adjoint de l'unité interdisciplinaire de médecine et de prévention de la violence (UIMPV) des HUG, l'assuré présentait alors encore les symptômes suivants : troubles du sommeil, ruminations, angoisses, troubles anxieux avec hypervigilance lorsqu'il était en société et à l'extérieur de chez lui, troubles de l'appétit, irritabilité, tensions musculaires et douleurs persistantes. Ces symptômes correspondaient à un état de stress aigu en lien avec l'agression. La thérapie consistait en des entretiens infirmiers d'évaluation et de soutien, un suivi médical, un traitement anxiolytique et myorelaxant. L'incapacité de travail était toujours entière.![endif]>![if> 10. Le 7 octobre 2014, le Dr F_____ a encore fait état d'une symptomatologie invalidante, post-traumatique, anxieuse et dépressive et conclu à un état de stress post-traumatique et à un trouble panique. Depuis un mois, l'état de l'assuré s'était péjoré, raison pour laquelle le médecin avait fini par l'orienter vers les soins intensifs psychiatriques.![endif]>![if> 11. A teneur du rapport établi par le Dr D_____ le 22 décembre 2014 à l'attention de l'OAI, les diagnostics retenus étaient les suivants : syndrome post-traumatique, état anxio-dépressif, lombosciatalgies. Etaient également mentionnés, en précisant qu'ils étaient sans répercussion sur la capacité de travail : des plaies du cuir chevelu (7 cm à gauche et 3 cm à droite) et de multiples dermabrasions et hématomes. L'assuré se plaignait de lombosciatalgies gauches, de céphalées et de troubles du sommeil. L'examen clinique avait mis en évidence une contracture lombaire et une hyposthénie au niveau du territoire L4-L5. Le traitement consistait en la prescription d'AINS, de myorelaxants, de séances de physiothérapie et d'un suivi psychiatrique. Le pronostic était très lentement favorable. L'assuré était totalement incapable de travailler depuis le 9 juin 2014 en raison notamment des lombosciatalgies et des crises de panique. ![endif]>![if> 12. En raison des lombosciatalgies précitées, l'assuré a été adressé au docteur G_____, spécialiste FMH en neurologie, lequel a relevé, dans son rapport du 13 janvier 2015, que l'électroneuromyographie (ENMG) des membres inférieurs était sans anomalie, notamment sans signe de dénervation au niveau des myotomes du membre inférieur gauche. La poursuite du traitement conservateur, associant physiothérapie et anti-inflammatoire était préconisée.![endif]>![if> 13. Le 4 février 2015, Madame E_____ et le Dr F_____ ont établi un rapport dont il ressort que depuis les faits, il se sentait très angoissé, avec un sentiment d'incompréhension face à cette violence. Il souffrait de troubles neurovégétatifs tels que vomissements, nausées, bouffées de chaleur, oppressions au niveau de la poitrine, difficulté à tenir en place. Il présentait également des troubles du sommeil de type insomnie, des flash-backs de l'agression, un sentiment d'insécurité chez lui, avec un comportement d'hypervigilance. Il était très réactif au bruit, tant à l'extérieur qu'à l'intérieur. Il se sentait plus irritable avec son entourage et éprouvait un sentiment de culpabilité face à son mal-être, ce qui entraînait des répercussions sur sa vie de couple et de famille ainsi que sur son rôle de père. Un traitement médicamenteux par Seroquel avait été tenté mais avait dû être arrêté le 30 juillet 2014, suite à l'apparition d'effets secondaires. Un second traitement, par Cipralex, avait été initié le 29 septembre 2014 mais avait également rapidement été arrêté car mal toléré. Le 6 octobre 2014, le Dr F_____ avait constaté une péjoration de la

thymie, avec des idées noires intermittentes et un état de panique. Au vu de la durée d'évolution et de l'intensité des symptômes, l'assuré avait été adressé au centre ambulatoire de psychiatrie et de psychothérapie intégré (CAPPI) de la Jonction, qui avait mis en place un suivi intensif de crise.!

14. Dans un rapport destiné à l'OAI, établi le 25 mars 2015, le CAPPI de la Jonction a confirmé le diagnostic d'état de stress post-traumatique (F43.1). L'examen psychiatrique avait mis en évidence un patient triste, anxieux, présentant des troubles du sommeil, un retrait social, des troubles de la mémoire et de la concentration. L'évolution était lente. Le traitement consistait en des séances de psychothérapie cognitivo-comportementale. L'exercice de l'activité habituelle n'était pas exigible pour le moment. Une réinsertion professionnelle à 50% et, par la suite, une amélioration de sa capacité de travail pouvaient être envisagées selon l'évolution.!

15. Le 16 avril 2015, le CAPPI de la Jonction a établi un rapport dont il ressort que l'assuré, suivi depuis le 9 octobre 2014, refusait de se soumettre aux traitements psychotropes proposés. L'assuré avait exprimé sa souffrance psychologique, marquée par une anxiété quasi-permanente, surtout à l'extérieur, une baisse de la thymie et des difficultés à l'endormissement. Une réduction nette des activités quotidiennes et une altération du fonctionnement social étaient également évoquées. L'assuré avait décrit des symptômes d'intrusion (souvenirs répétitifs, impression soudaine que l'événement traumatisant allait se reproduire, sentiment de détresse psychologique), d'évitement (effort pour éviter les pensées et les sentiments associés au traumatisme, effort pour éviter les activités, les lieux éveillant le souvenir du traumatisme) et neurovégétatifs (irritabilité, hyper-vigilance, réactions de sursaut). Les médecins n'avaient constaté que peu de progrès dans la rémission des symptômes, hormis une légère amélioration de l'intensité, non significative.!

16. A teneur du rapport du Dr D_____ du 12 mai 2015, les diagnostics étaient toujours ceux d'état de stress post-traumatique et d'état anxio-dépressif. Le traitement consistait en un suivi psychologique au CAPPI de la Jonction. L'évolution était très lentement favorable, des troubles de la thymie et des crises de panique étaient toutefois toujours présents. Le pronostic était réservé. Les limitations étaient surtout mentales et psychiques, avec des symptômes d'intrusion et d'évitement. La capacité de travail était toujours nulle, à tout le moins pour les douze semaines qui suivaient.!

17. Le 15 juin 2015, sur mandat de l'assurance-accidents, la doctoresse H_____, spécialiste FMH en médecine interne et rhumatologie et le docteur I_____, spécialiste FMH en psychiatrie et psychothérapie, ont procédé à une expertise de l'assuré et ont retenu, dans leur rapport du 15 juin 2015, après un entretien téléphonique, en date du 11 juin 2015, avec le Dr J_____, du CAPPI de la Jonction, les diagnostics suivants : état de stress post-traumatique (F43.1) au décours, épisode dépressif léger à moyen avec syndrome somatique (F32.11), trouble douloureux chronique sans substrat organique, ni étiologie clairement définie (R52.2), spondylarthrose débutante sans myélopathie, ni radiculopathie (M47.8), status après traumatisme crânien avec plaies du cuir chevelu, traumatisme crânien mineur sans séquelle neurologique, diverses contusions et dermabrasions par agression (S06.9, T00.9), tabagisme (F17.2) et lésions cutanées multiples papuleuses du tronc, d'origine indéterminée (R23.8). !

Sur le plan somatique, il existait une pleine capacité de travail médico-théorique. Le diagnostic posé aux HUG avait été confirmé par l'évolution et les examens complémentaires radiologiques, lesquels n'avaient montré ni lésion significative ni élément en concordance avec les plaintes. Deux mois après l'accident, une pleine capacité de travail était théoriquement exigible. Dans ces circonstances, le statu quo sine était largement atteint à compter de l'examen. Il

existait par ailleurs une atteinte dégénérative cervico-lombaire, sous la forme d'une sclérose des sourcils cotyloïdiens compatibles avec l'âge mais l'assuré ne paraissait pas symptomatique de lésions dégénératives et ne décrivait pas de douleurs mécaniques typiques. Sur le plan psychique, les troubles résiduels consécutifs à l'accident, à savoir l'état de stress post-traumatique et l'épisode dépressif léger à moyen avec syndrome somatique, entraînaient une incapacité de travail de 50%. Une incapacité totale devait être admise depuis l'accident jusqu'à la date de l'expertise. Une amélioration était escomptée dans un délai de six mois. Toutefois, si le psychiatre traitant devait proposer, de manière argumentée, un délai supplémentaire avant une reprise complète, son avis devrait être pris en considération. 18. Se fondant sur l'expertise des Drs H_____ et I_____ du 15 juin 2015, l'assurance-accidents a mis un terme, par décision du 11 décembre 2015, confirmée sur opposition le 24 février 2016, au versement de l'indemnité journalière avec effet au 30 novembre 2015. Elle a notamment considéré qu'une capacité de travail totale était exigible à compter du 1^{er} décembre 2015. 19. Le dossier de l'assuré a été soumis au Service médical régional de l'assurance-invalidité (SMR), lequel, sous la plume du docteur K_____, a émis en date du 18 mars 2016 l'avis qu'il convenait de suivre les conclusions des experts et de retenir une incapacité de travail totale de juin 2014 à février 2015, de 50% jusqu'en juillet 2015, puis de 0% dès cette date. 20. Par décision du 17 novembre 2016, l'OAI a mis l'assuré au bénéfice d'une demi-rente limitée dans le temps, du 1^{er} juin au 30 septembre 2015. Il a admis qu'à l'expiration du délai de carence d'un an, le 1^{er} juin 2015, l'assuré était dans l'incapacité de travailler à plus de 50% mais considéré qu'il avait recouvré, à compter du 1^{er} juillet 2015, une capacité entière dans toute activité. 21. Le 19 décembre 2016, l'assuré (ci-après : le recourant) a interjeté recours contre cette décision en concluant principalement, sous suite de frais et dépens, à son annulation et à l'octroi d'une ente entière, subsidiairement, au renvoi de la cause à l'OAI (ci-après : l'intimé), pour nouvelle décision. Le recourant fait notamment grief à l'intimé de n'avoir pris en considération ni les conclusions de l'expertise du 15 juin 2015, ni les témoignages des Drs D_____ et L_____. Il considère que, puisque la cause a été instruite devant la Chambre de céans dans le cadre de la procédure l'opposant à son assurance-accidents, l'OAI devait se baser sur les durées d'invalidité et les taux fixés dans ladite procédure. En sus de certaines pièces médicales d'ores et déjà évoquées supra, le recourant a notamment produit : - Un courrier daté du 22 septembre 2015, adressé à l'assurance-accidents, dans lequel il conteste les conclusions de l'expertise du 15 juin 2015 et se réfère à l'attestation établie par les médecins du CAPPI de la Jonction le même jour, dont il ressort qu'il souffrait alors encore de symptômes d'évitement, de symptômes neurovégétatifs ainsi que d'une symptomatologie dépressive avec persistance d'une anxiété en lien avec la peur de se faire agresser. Selon les médecins, l'évolution semblait plutôt défavorable et ne permettait pas d'envisager une reprise du travail. - Un courrier du 6 janvier 2016, par lequel le recourant a transmis à son assurance-accidents la copie de l'attestation du CAPPI de la Jonction, datée du 30 décembre 2015, dont il ressort que la reprise d'une activité professionnelle à 50% pouvait être envisagée à compter du 1^{er} février dans une activité adaptée, la situation devant toutefois être réévaluée fin janvier. Dans tous les cas, il restait totalement incapable de travailler dans son activité habituelle. - L'opposition à la décision de l'assurance-accidents, le recours du 14 avril 2016 interjeté à l'encontre de la décision sur opposition du 24 février 2016 et les observations du 16 juin 2016. Il ressort en substance de ces documents que le délai de six mois pour retrouver une capacité de travail entière avancé par les experts était

une estimation. Par ailleurs, contrairement aux experts, les spécialistes ayant assuré le suivi étaient d'avis que la récupération suite aux événements du 9 juin 2014 était un peu plus longue que ce qui avait été retenu par les experts, une reprise de l'activité professionnelle étant envisageable dès le 1^{er} mars 2016 à 50% et dès le 1^{er} mai 2016 à 100%. Quand bien même le Dr I_____ avait considéré que le rapport du CAPPI de la Jonction du 22 septembre 2015 n'amenait pas d'élément susceptible de modifier son appréciation de l'état clinique et de la capacité de travail, il n'en demeurait pas moins que les spécialistes qui le suivaient avaient estimé que sa capacité de travail n'était pas encore de 100%. Enfin, quand bien même une reprise de l'activité professionnelle à 100% était prévue pour le 1^{er} mai 2016, il se trouvait toujours en incapacité de travail à 50%.>![endif]>![if> - La réponse de l'assurance-accident du 13 mai 2016, dans laquelle celui-ci considérait que le rapport d'expertise des Drs H_____ et I_____ du 15 juin 2015 revêtait une pleine valeur probante, de sorte qu'une capacité de travail totale était exigible à compter du 15 décembre 2015.>![endif]>![if> - Le procès-verbal de l'audience d'enquêtes du 22 septembre 2016 au cours de laquelle les médecins traitants ont été entendus.>![endif]>![if> Le Dr D_____, médecin traitant du recourant depuis juillet 2010, a indiqué avoir reçu le recourant à son cabinet dans la semaine qui avait suivi l'agression en raison de maux de tête et de douleurs au niveau des lombaires et des cervicales. Les bilans effectués sur le plan physique jusqu'à janvier 2015 s'étaient révélés négatifs. Il avait délivré les certificats d'arrêt de travail jusqu'à fin février 2016, d'entente avec les psychiatres, puisque le suivi était conjoint. Une reprise du travail à 50 % avait été préconisée à partir de mars 2016, ce qui était à son sens un peu prématuré. À partir de ce moment-là, les psychiatres avaient pris le relais. Il leur avait laissé le soin de prescrire des médicaments psychotropes, se contentant, pour sa part, de prescrire des antalgiques et des séances de physiothérapie. La reprise de l'activité habituelle lui paraissait toujours inadéquate, car elle suffisait à provoquer une réviviscence de l'évènement. L'exercice d'une activité adaptée était en revanche possible, à condition que le recourant soit accompagné et qu'il bénéficie d'une formation. Quant au docteur L_____, interne en psychiatrie, auprès du CAPPI de la Jonction, il a indiqué avoir repris le suivi du recourant depuis novembre 2015, en raison d'un trouble dépressif d'intensité moyenne et d'un stress post-traumatique consécutif à une agression sur son lieu de travail. L'intensité sévère n'avait pas été retenue vu l'absence d'idées suicidaires. Dans un premier temps, c'était le médecin traitant qui avait délivré les certificats d'arrêt de travail. Le taux de capacité avait relativement rapidement pu être augmenté à 50% à compter du 1^{er} février 2016 en raison de l'évolution lentement favorable, d'une part, et de la motivation du recourant à aller de l'avant, d'autre part. Celle-ci avait continué à progresser de telle manière que la capacité de travail à 100% avait été recouvrée le 3 août 2016. Le recourant n'avait pas encore retrouvé d'emploi. Afin d'augmenter ses chances, il multipliait les démarches et était prêt à accepter n'importe quel emploi. Le suivi était d'une fois par mois et sa durée dépendait de la vitesse à laquelle le recourant allait retrouver du travail. En effet, dans ce genre de cas, le suivi devait être continué pour quelques séances après la reprise du travail. L'incertitude face à l'avenir avait notamment conduit à une petite péjoration au mois de juin 2016 avec la réapparition d'insomnies. 22. Par courrier du 26 janvier 2017, l'intimé a persisté dans ses conclusions en rejet du recours. L'intimé assure avoir pris en considération les conclusions de l'expertise réalisée en février 2015 ainsi que l'avis des médecins traitants. >![endif]>![if> 23. Sur quoi, la cause a été gardée 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), la Chambre des assurances sociales de la

Cour de justice connaît, en instance unique, des contestations prévues à l'art. 56 de la loi fédérale sur la partie générale du droit des assurances sociales, du 6 octobre 2000 (LPGA - RS 830.1) relatives à la loi fédérale sur l'assurance-invalidité du 19 juin 1959 (LAI - RS 831.20). Sa compétence pour juger du cas d'espèce est ainsi établie. 2. A teneur de l'art. 1 al. 1 LAI, les dispositions de la LPGA s'appliquent à l'assurance-invalidité, à moins que la loi n'y déroge expressément. 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. Le délai de recours est de 30 jours (art. 60 al. 1 LPGA). Interjeté dans la forme et le délai prévus par la loi, le recours est recevable, en vertu des art. 56ss LPGA. 4. Le litige porte sur le droit du recourant à une rente entière pour la période du 1^{er} juin 2015 au 28 février 2016 puis à une demi-rente du 1^{er} mars au 3 novembre 2016, singulièrement sur la valeur probante de l'expertise du 15 juin 2015. 5. 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^{er} janvier 2008). 6. 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-quarts de rente s'il est invalide à 60% au moins, à une demi-rente s'il est invalide à 50% au moins, ou à un quart de rente s'il est invalide à 40% au moins. Pour évaluer le taux d'invalidité, le revenu que l'assuré aurait pu obtenir s'il n'était pas invalide est comparé avec celui qu'il pourrait obtenir en exerçant l'activité qui peut raisonnablement être exigée de lui après les traitements et les mesures de réadaptation, sur un marché du travail équilibré (art. 16 LPGA et art. 28a al. 1 LAI). Il y a lieu de préciser que selon la jurisprudence, la notion d'invalidité, au sens du droit des assurances sociales, est une notion économique et non médicale; ce sont les conséquences économiques objectives de l'incapacité fonctionnelle qu'il importe d'évaluer (ATF 110 V 273 consid. 4a). L'atteinte à la santé n'est donc pas à elle seule déterminante et ne sera prise en considération que dans la mesure où elle entraîne une incapacité de travail ayant des effets sur la capacité de gain de l'assuré (arrêt du Tribunal fédéral des assurances I 654/00 du 9 avril 2001 consid. 1). 7. 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. 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). Ces principes sont valables, selon la jurisprudence, pour les psychopathies, les altérations du développement psychique (psychische Fehlentwicklungen), l'alcoolisme, la pharmacomanie, la toxicomanie et pour les névroses (RCC 1992 p. 182 consid. 2a et les références; arrêt du Tribunal fédéral des assurances I 237/04 du 30 novembre 2004 consid. 4.2). 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 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).>[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 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. 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 134 V 231 consid. 5.1; ATF 133 V 450 consid. 11.1.3; ATF 125 V 351 consid. 3). b. Sans remettre en cause le principe de la libre appréciation des preuves, le Tribunal fédéral des assurances a posé des lignes directrices en ce qui concerne la manière d'apprécier certains types d'expertises ou de rapports médicaux. b/aa. 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). b/bb. Un rapport au sens de l'art. 59 al. 2bis LAI (en corrélation avec l'art. 49 al. 1 RAI) a pour fonction d'opérer la synthèse des renseignements médicaux versés au dossier et de prodiguer des recommandations quant à la suite à donner au dossier sur le plan médical. En tant qu'il ne contient aucune observation clinique, il se distingue d'une expertise médicale (art. 44 LPG) ou d'un examen médical auquel il arrive au SMR de procéder (art. 49 al. 2 RAI; arrêt du Tribunal fédéral 9C_542/2011 du 26 janvier 2012 consid. 4.1). Ces rapports ne posent pas de nouvelles conclusions médicales mais portent une appréciation sur celles déjà existantes. Au vu de ces différences, ils ne doivent pas remplir les mêmes exigences au

niveau de leur contenu que les expertises médicales. On ne saurait en revanche leur dénier toute valeur probante. Ils ont notamment pour but de résumer et de porter une appréciation sur la situation médicale d'un assuré, ce qui implique aussi, en présence de pièces médicales contradictoires, de dire s'il y a lieu de se fonder sur l'une ou l'autre ou s'il y a lieu de procéder à une instruction complémentaire (arrêt du Tribunal fédéral 9C_518/2007 du 14 juillet 2008 consid. 3.2 et les références citées). b/cc. Lorsque l'assuré présente ses propres moyens de preuve pour mettre en doute la fiabilité et la validité des constatations du médecin de l'assurance, il s'agit souvent de rapports émanant du médecin traitant ou d'un autre médecin mandaté par lui. Ces avis n'ont pas valeur d'expertise et, d'expérience, en raison de la relation de confiance liant le patient à son médecin, celui-ci va plutôt pencher, en cas de doute, en faveur de son patient. Ces constats ne libèrent cependant pas le tribunal de procéder à une appréciation complète des preuves et de prendre en considération les rapports produits par l'assuré, afin de voir s'ils sont de nature à éveiller des doutes sur la fiabilité et la validité des constatations du médecin de l'assurance (arrêt 8C_408/2014 et 8C_429/2014 du 23 mars 2015 consid. 4.2). b/dd. On ajoutera qu'en cas de divergence d'opinion entre experts et médecins traitants, il n'est pas, de manière générale, nécessaire de mettre en œuvre une nouvelle expertise. La valeur probante des rapports médicaux des uns et des autres doit bien plutôt s'apprécier au regard des critères jurisprudentiels (ATF 125 V 351 consid. 3a) qui permettent de leur reconnaître pleine valeur probante. A cet égard, il convient de rappeler qu'au vu de la divergence consacrée par la jurisprudence entre un mandat thérapeutique et un mandat d'expertise (ATF 124 I 170 consid. 4; arrêt du Tribunal fédéral I 514/06 du 25 mai 2007 consid. 2.2.1, in SVR 2008 IV Nr. 15 p. 43), on ne saurait remettre en cause une expertise ordonnée par l'administration ou le juge et procéder à de nouvelles investigations du seul fait qu'un ou plusieurs médecins traitants ont une opinion contradictoire. Il n'en va différemment que si ces médecins traitants font état d'éléments objectivement vérifiables ayant été ignorés dans le cadre de l'expertise et qui sont suffisamment pertinents pour remettre en cause les conclusions de l'expert (arrêt du Tribunal fédéral 9C_369/2008 du 5 mars 2009 consid. 2.2). 9. a. 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). b. 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). 10. En l'espèce, dans la mesure où l'intimé fonde la décision litigieuse sur l'expertise du 15 juin 2015

(octroi d'une demi-rente du 1^{er} juin au 30 septembre 2015), il convient d'examiner quelle valeur probante peut être reconnue à ladite expertise. a. Force est de constater que le rapport établi, par la Dresse H_____ et le Dr M_____ le 15 juin 2015, remplit sur le plan formel toutes les exigences auxquelles la jurisprudence soumet la valeur probante d'un tel document. Il contient le résumé du dossier et celui de l'entretien téléphonique avec le Dr J_____ le 11 juin 2015, une anamnèse détaillée, les indications subjectives du recourant, des observations cliniques, ainsi qu'une discussion générale du cas. Ses conclusions, qui résultent d'une analyse complète de la situation médicale, sont claires, bien motivées et convaincantes. Sur le fond, les experts précités ont retenu les diagnostics suivants : état de stress post-traumatique au décours, épisode dépressif léger à moyen avec syndrome somatique, trouble douloureux chronique sans substrat organique ni étiologie clairement définie, spondylodiscarthrose débutante sans myélopathie ni radiculopathie, status après traumatisme crânien avec plaies du cuir chevelu, traumatisme crânien mineur sans séquelle neurologique, diverses contusions et dermabrasions par agression, tabagisme et lésions cutanées multiples papuleuses du tronc, d'origine indéterminée. Ils ont également expliqué pour quels motifs ils avaient écarté les diagnostics de la fibromyalgie, l'algodystrophie, le rhumatisme inflammatoire et les troubles somatoformes douloureux. S'agissant de la capacité de travail sur le plan somatique, la Dresse H_____ a relevé que les diagnostics posés aux HUG avaient été confirmés par l'évolution et l'imagerie pratiquée par la suite, ne montrant ni lésion significative ni élément en concordance avec les plaintes. Partant, deux mois après l'accident, une pleine capacité de travail aurait été exigible. Sur le plan psychiatrique, le Dr I_____ a considéré que le trouble anxieux post-traumatique était d'intensité modérée et qu'il était responsable d'une certaine diminution de la confiance en soi. Toutefois, le comportement d'évitement massif était en nette diminution selon les données du psychiatre traitant. S'agissant du trouble dépressif, il entraînait une limitation modérée de l'énergie disponible, de l'estime en soi et des capacités de motivation, ce qui renforçait la diminution de la confiance en soi due au trouble anxieux. Pris dans l'ensemble, ces limitations justifiaient une incapacité de travail de 50% à compter de la date de l'expertise. Le Dr I_____ était également d'avis que la prolongation de l'arrêt de travail total renforçait et légitimait l'évitement et contribuait ainsi à entretenir la pathologie. Cela étant, le rythme de l'exposition et, par conséquent celui de la reprise du travail, devaient tenir compte des capacités réelles du recourant. Il paraissait toutefois raisonnable d'espérer la récupération d'une pleine capacité de travail dans un délai de six mois à partir de la date de l'expertise, étant précisé que si le psychiatre traitant devait proposer un délai supplémentaire pour la pleine récupération, en expliquant pourquoi, il y avait lieu de suivre son avis. Certes, le rapport du 15 juin 2015 a été établi en se fondant plus particulièrement sur les atteintes en lien de causalité naturelle avec l'agression du 9 juin 2015, à savoir l'état de stress post-traumatique et le trouble dépressif. La Dresse H_____ a toutefois évoqué les atteintes dégénératives et a considéré que le recourant n'apparaissait pas symptomatique des lésions dégénératives et qu'il ne décrivait pas de douleurs mécaniques typiques. En d'autres termes, elle a exclu une décompensation d'un état dégénératif antérieurement asymptomatique et, partant, une incapacité de travail de ce fait. b. Pour sa part, le recourant conteste les conclusions de l'expertise de la Dresse H_____ et du Dr I_____ en se référant aux avis des médecins du CAPPI de la Jonction, étant précisé que seules les conclusions sur le plan psychiatrique sont contestées. Lorsqu'une appréciation repose sur une évaluation médicale complète, il faut, pour la contester, faire état d'éléments objectivement vérifiables qui auraient été ignorés dans le cadre de l'expertise et

suffisamment pertinents pour en remettre en cause les conclusions. En d'autres termes, il faut faire état d'éléments objectifs précis qui justifieraient, d'un point de vue médical, d'envisager la situation selon une perspective différente ou, à tout le moins, la mise en œuvre d'un complément d'instruction (voir notamment l'arrêt du Tribunal fédéral 9C_618/2014 du 9 janvier 2015 consid. 6.2.3). A titre liminaire, la Chambre de céans constate que le recourant ne précise pas les éléments de l'expertise qu'il conteste et se contente à substituer l'appréciation de la capacité de travail de ses médecins traitants à celle des experts, sans expliquer pour quels motifs les conclusions de ceux-ci ne pourraient être suivies. Cela étant précisé, force est de constater que les appréciations des médecins du CAPPI de la Jonction, datées du 22 septembre et 30 décembre 2015, que le recourant oppose à l'expertise du 15 juin 2015, ne répondent pas, elles, aux réquisits jurisprudentiels permettant de leur reconnaître pleine valeur probante. En effet, elles ne précisent pas les plaintes du recourant et ne comportent que peu, voire aucune indication quant aux constatations cliniques. Les médecins du CAPPI de la Jonction n'expliquent en outre à aucun moment pour quels motifs ils ne rejoignent pas les conclusions des experts. Quant aux déclarations des médecins traitants lors de l'audience du 22 septembre 2016, elles sont d'ordre général et pas suffisamment précises et étayées pour remettre en question les conclusions du Dr I_____ sur le plan psychique. d/aa. Au vu des considérations qui précèdent, force est de constater que le recourant n'a pas été en mesure de faire valoir des éléments objectifs précis justifiant, d'un point de vue médical, d'envisager la situation selon une perspective différente. Il convient donc de retenir que le rapport de la Dresse H_____ et du Dr I_____ du 15 juin 2015 dispose d'une pleine valeur probante. 11. Cela étant, quand bien même le rapport d'expertise du 15 juin 2015 dispose d'une pleine valeur probante, la décision querellée ne saurait être confirmée sans autre.!

a. En vertu de l'art. 28 al. 1er LAI, l'assuré a droit à une rente d'invalidité aux conditions suivantes : sa capacité de gain ou sa capacité d'accomplir ses travaux habituels ne peut pas être rétablie, maintenue ou améliorée par des mesures de réadaptation raisonnablement exigibles (let. a) ; il a présenté une incapacité de travail (art. 6 LPGa) d'au moins 40% en moyenne durant une année sans interruption notable (let. b) ; au terme de cette année, il est invalide (art. 8 LPGa) à 40% au moins (let. c). L'art. 28 al. 2 LAI dispose que l'assuré a droit à une rente entière s'il est invalide à 70% au moins, à trois quarts de rente s'il est invalide à 60% au moins, à une demi-rente s'il est invalide à 50% au moins ou à un quart de rente s'il est invalide à 40% au moins. La rente octroyée (rente entière, trois quarts de rente, demi-rente ou quart de rente) est déterminée en fonction du taux de l'incapacité de travail existant pendant le délai d'attente et de l'incapacité de gain résiduelle une fois ce délai écoulé (Pratique VSI 1996, p. 188). Ainsi, une rente entière ne peut être octroyée que si l'incapacité de travail moyenne a été de 70 % au moins pendant l'année qui précède, et qu'il subsiste encore une incapacité de gain atteignant au moins ce niveau (RCC 1980 p. 263). b. 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'article 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). L'art. 17 LPGa sur la révision d'une rente en cours s'applique également à la décision par laquelle une rente échelonnée dans le temps est accordée avec effet rétroactif - comme c'est le cas en l'espèce -, la date de la modification étant déterminée conformément à l'art. 88a RAI (ATF 131 V 164 consid. 2.2 ; 125 V 413 consid. 2d, arrêts du Tribunal fédéral 9C_344/2010 du 1er février 2011 consid. 4.2 et 9C_266/2010 du 8 octobre 2010 consid. 3.3). En vertu de l'art. 88a al. 1 RAI, si la capacité de gain d'un assuré s'améliore, il y a lieu de considérer que ce changement supprime, le cas échéant, tout ou partie de son droit aux prestations dès que l'on peut s'attendre à ce que l'amélioration constatée se maintienne durant une assez longue période; il en va de même lorsqu'un tel changement déterminant a duré trois mois déjà, sans interruption notable et sans qu'une complication prochaine soit à craindre.

12. a. En l'espèce, le recourant a été agressé le 9 juin 2014 et a été dans l'incapacité totale de travailler dès cette date. Le délai d'attente d'un an a donc commencé à courir le 9 juin 2014, pour prendre fin le 9 juin 2015. Or, en date du 9 juin 2015, l'incapacité totale de travailler perdurait, comme cela ressort du rapport d'expertise du 15 juin 2015, rapport auquel une pleine valeur probante a été reconnue supra. En effet, l'expertise mentionne une incapacité de travail de 100% « jusqu'à ce jour ». Ces termes visent l'évidence la date de l'expertise – le 15 juin 2015 – et non la date de l'examen clinique – le 13 février 2015 comme le sous-entend le SMR dans son avis du 18 mars 2016. En effet, le 11 juin 2015, le Dr I_____ s'est encore entretenu du cas du recourant avec son médecin traitant auprès du CAPPI. L'expert précité ne pouvait dès lors pas procéder à une appréciation de la capacité de travail plus tôt. D'ailleurs, il a intégré les explications données par le Dr J_____ dans son appréciation de la capacité de travail (« toutefois le comportement d'évitement massif tel que relaté en février 2015 est en nette diminution selon les données du psychiatre traitant »).

!> Dans ces conditions, c'est une rente entière qui aurait dû être octroyée au recourant. Certes, les experts ont admis à compter du 15 juin 2015 une capacité de 50%. Cela ne suffit toutefois pas pour refuser une rente entière dès lors qu'à l'expiration du délai de carence d'un an, l'incapacité de gain était toujours totale. Même une incapacité de gain résiduelle de courte durée donne droit à une rente (RCC 1963 p. 131). Conformément à l'art. 88a al. 1 RAI, le délai de trois mois a expiré le 15 septembre 2015. C'est donc au plus tôt à cette date que la rente peut être réduite. Toutefois, conformément à la jurisprudence en la matière, la réduction de rente ne peut prendre effet qu'à la fin du mois, soit en l'espèce, le 30 septembre 2015 (voir arrêt du Tribunal fédéral 9C_900/2013 du 8 avril 2014 consid. 6.5 dans le même sens).

b. Il ressort ensuite de l'expertise du 15 juin 2015 qu'une reprise d'une activité lucrative à 100% était exigible six mois après l'expertise (et non après l'examen), soit dès le 15 décembre 2015. Le délai de trois mois d'amélioration prévu par l'art. 88a al. 1 RAI ayant expiré le 15 mars 2016, c'est avec effet au 31 mars 2016 que la demi-rente doit être supprimée.

13. Compte tenu des considérations qui précèdent, le recours sera partiellement admis et la décision du 17 novembre 2016 annulée. Le recourant sera mis au bénéfice d'une rente entière du 1er juin au 30 septembre 2015, d'une demi-rente du 1er octobre 2015 au 31 mars 2016.

> Le recourant obtenant partiellement gain de cause, une indemnité de CHF 1'200.- lui sera accordée à titre de participation à ses frais et dépens (art. 61 let. g LPGa; art. 6 du règlement sur les frais, émoluments et indemnités en matière administrative du 30 juillet 1986 [RFPA - E 5 10.03]). Etant donné que, depuis le 1er juillet 2006, la procédure n'est plus gratuite (art. 69 al. 1 bis 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.