

RÉPUBLIQUE ET



CANTON DE GENÈVE

POUVOIR JUDICIAIRE

A/152/2015

ATAS/1023/2016

COUR DE JUSTICE

Chambre des assurances sociales

Arrêt du 12 décembre 2016

10^{ème} Chambre

En la cause

Monsieur A_____, domicilié aux ACACIAS, représenté par
ASSUAS, Association suisse des assurés

recourant

contre

OFFICE DE L'ASSURANCE-INVALIDITÉ DU CANTON DE
GENÈVE, sis rue des Gares 12, GENÈVE

intimé

**Siégeant : Mario-Dominique TORELLO, Président; Willy KNÖPFEL et Jean-Pierre
WAVRE Juges assesseurs**

EN FAIT

1. Monsieur A _____ (ci-après : l'assuré ou le recourant), né le _____ 1971 au Portugal, est arrivé en 1989 en Suisse, où il a notamment exercé l'activité de chauffeur de poids lourds pendant de nombreuses années. Après avoir passé quelques années à l'étranger, l'assuré s'est installé à Genève où il a travaillé dès octobre 2011 en tant que pizzaïolo. Le 1^{er} juin 2012, l'assuré a été engagé à ce titre au restaurant le B _____ (ci-après l'employeur).
2. Dès le 30 octobre 2012, l'assuré a été en incapacité totale de travail.
3. Du 30 octobre au 11 décembre 2012, l'assuré a été hospitalisé à la clinique de Belle-Idée. Selon la lettre de sortie du 12 décembre 2012 de la doctoresse C _____, spécialiste FMH en psychiatrie et psychothérapie, l'assuré présentait un trouble dépressif récurrent, épisode actuel moyen, sans syndrome somatique (F33.10) et des troubles de la personnalité, sans précision (F60.9). Il s'agissait d'une première hospitalisation, en entrée ordinaire, sur certificat du psychiatre traitant, en raison d'une recrudescence de la symptomatologie dépressive dans un contexte de difficultés sociales et économiques. Sur le plan anamnestique, depuis l'époque de son divorce, le patient évoquait une anxiété importante, des symptômes dépressifs, des troubles du sommeil et des difficultés de concentration. Il avait alors débuté un traitement antidépresseur. Il avait travaillé de manière temporaire comme aide-cuisinier, avec plusieurs emplois, dont quatre en 2012, qui s'étaient terminés en raison de conflits avec ses employeurs. Depuis son dernier licenciement, il y avait environ deux semaines, il décrivait une asthénie et une fatigabilité, associées à des troubles du sommeil et une diminution de l'appétit, sans perte pondérale. Il se disait très facilement irritable avec une difficulté à maîtriser sa colère envers ses collègues. Il avait eu des idées suicidaires avec des projets précis, comme se jeter sous un train, mais il ne passait pas à l'acte à cause de ses enfants. Dans ce contexte, il avait été hospitalisé. Lors des entretiens, il avait pu exprimer un mal-être ainsi qu'un sentiment de vide et de fatigue, présents depuis 2004, qu'il mettait en lien avec la perte de son travail et de sa famille. Il relatait des fluctuations au niveau de la thymie tout au long de ces années, avec une péjoration de son état sur les derniers mois, en lien avec les problèmes professionnels.

Malgré le changement de médicaments, l'assuré présentait des éléments de la lignée dépressive. Les idées suicidaires avaient régressé. Au vu de l'évolution clinique favorable, une prise en soin ambulatoire au centre de thérapie brève (CTB) de la Jonction a été organisée ainsi qu'auprès de son psychiatre traitant.
4. L'employeur a mis fin au contrat de travail de l'assuré avec effet au 31 décembre 2012.
5. Du 31 janvier au 8 février 2013, l'assuré a été à nouveau hospitalisé à la clinique de Belle-Idée. Selon la lettre de sortie de la Dre C _____ du 18 février 2013, l'assuré présentait un trouble dépressif récurrent, épisode actuel moyen, avec syndrome somatique (F33.11) et des troubles de la personnalité de type narcissique

(F60.8). Il s'agissait d'une deuxième hospitalisation, sur certificat de son psychiatre traitant, en raison d'une recrudescence de la symptomatologie dépressive et d'idées suicidaires. A l'entrée, son attention et sa concentration étaient discrètement perturbées. La mémoire était préservée, la thymie triste et les affects lisses. Il rapportait des angoisses présentes toute la journée et une idéation suicidaire sans projet précis. Il avait une baisse de l'élan vital, de l'asthénie, de l'apathie et de l'anhédonie, un sentiment de solitude, des troubles du sommeil avec des difficultés d'endormissement et une diminution du temps de sommeil.

Le cadre rassurant de l'hôpital avait permis au patient d'éprouver une diminution des angoisses, une disparition des idées suicidaires, une régression partielle des troubles du sommeil et une récupération partielle du dynamisme. Il subsistait néanmoins une passivité par rapport à la prise en soin avec des difficultés de remise en question et une tendance à rester circonscrit sur son traitement médicamenteux, en attente d'un effet résolutif, à l'image de son sentiment d'impuissance. S'agissant de la souffrance découlant des pertes subies depuis l'année 2004, tant au niveau familial que professionnel, l'assuré disait ne pas se sentir capable de les surmonter et de reconstruire sa vie, reflétant une profonde blessure narcissique à l'origine d'un effondrement de son fonctionnement psychique précédent.

Des modifications du traitement médicamenteux avaient été faites. Devant l'amélioration clinique constatée, il était proposé au patient la poursuite du suivi psychothérapeutique intensif au CAPPI Pâquis, qu'il refusa en faveur du suivi individuel par le psychiatre traitant.

6. Le 18 février 2013, la doctoresse D_____, spécialiste FMH en psychiatrie et psychothérapie auprès du CAPPI, a indiqué suivre l'assuré depuis le 11 décembre 2012. Il présentait un trouble dépressif récurrent, épisode actuel sévère sans symptômes psychotiques (F33.4) et un trouble de la personnalité sans précision (F60.9). L'épisode dépressif avait débuté en octobre 2012, par une anxiété importante, de la tristesse, des troubles du sommeil, des difficultés de concentration et une perte de l'élan vital.
7. Le 18 mars 2013, le docteur E_____, spécialiste en psychiatrie et psychothérapie et psychiatre traitant, a confirmé le diagnostic de trouble dépressif récurrent épisode actuel moyen sans syndrome somatique (F33.10). L'incapacité de travail de l'assuré était due à l'asthénie, à la fatigabilité, aux troubles du sommeil, à une forte irritabilité et à des idées suicidaires. Depuis l'instauration du traitement, on pouvait observer une légère amélioration de l'anxiété, mais une thymie profondément déprimée persistait. Une reprise totale de travail était possible à terme, sans pouvoir encore être précisée.
8. Le 17 mai 2013, l'assuré a déposé une demande de prestations auprès de l'office de l'assurance-invalidité du canton de Genève (ci-après l'OAI).

-
9. Par rapport du 3 juin 2013, le Dr E_____ a diagnostiqué un épisode dépressif récidivant grave depuis octobre 2012. L'assuré, qu'il suivait depuis le 25 septembre 2012, avait été hospitalisé à deux reprises à la clinique de Belle-Idée. Il était en incapacité de travail totale depuis le 30 octobre 2012 à ce jour. D'un point de vue médical, l'activité exercée n'était plus exigible. On pouvait s'attendre à une reprise de l'activité professionnelle, respectivement à une amélioration de la capacité de travail, selon l'évolution. Enfin, depuis octobre 2012, les capacités de concentration, de compréhension, d'adaptation et la résistance de l'assuré étaient limitées.

Dans un rapport annexe au questionnaire, le psychiatre traitant a précisé notamment que le patient, âgé de 41 ans, était divorcé et père de deux enfants de 17 et 12 ans qui vivaient avec leur mère en Valais. Sur le plan professionnel, il avait tenu une entreprise de transports au Tessin, de 1994 à 2004 qui avait fait faillite dans le contexte de son divorce. L'assuré était à Genève depuis peu, et il avait travaillé comme aide-cuisinier et pizzaiolo de manière temporaire, car ses emplois s'étaient toujours terminés au bout de quelques mois en raison de conflits avec ses employeurs ou ses collègues de travail. S'agissant des symptômes actuels, le patient se disait toujours triste, abattu et fatigué. Il dormait de douze à quatorze heures par jour, pour fuir ses angoisses et la réalité quotidienne. Il vivait enfermé dans un petit studio, ne sortait que pour ses rendez-vous de médecin ou avec son oncle. Il n'avait aucun ami à Genève ; il ruminait souvent des idées suicidaires, mais beaucoup moins que quatre ou cinq mois auparavant. Il disait ouvertement se retenir grâce à la présence de ses deux enfants, même s'il se plaignait de ne pas les voir assez souvent. Vu les épisodes dépressifs précédents, le pronostic n'était pas favorable et il présentait un risque d'évolution chronique. La médication actuelle consistait dans la prise de Deroxat 20mg 2 cp, Trittico 100mg 1 cp, Quetiapine 100mg 1 cp, Quetiapine 25mg 2 cp, Xanax 0.5 Retard 2 cp et Dalmadorm 30mg 1 cp. En parallèle, il suivait une psychothérapie à raison d'une à deux séances d'une heure par semaine.

10. Selon le questionnaire rempli par l'employeur le 15 juillet 2013, le salaire de l'assuré était de CHF 23'400.- bruts par année, soit CHF 3'500.- bruts dès juin 2012.
11. Selon le rapport d'évaluation de l'OAI du 8 juillet 2013, l'impression générale qui se dégageait de l'assuré était un manque de ressources et de situation professionnelle stable depuis de nombreuses années (2005). Lorsqu'il avait sa propre société de transport, l'assuré travaillait jour et nuit et voyageait énormément. Puis, il avait perdu sa famille, sa société, sa maison et sa dignité. Il était parti en Espagne en 2008 et était arrivé à Genève en 2011. En conclusion, compte tenu du fait que l'assuré se disait prêt à essayer de reprendre une activité, dans la mesure de ses possibilités actuelles, l'OAI proposait de démarrer un entraînement à l'endurance dès que possible.
12. Par avis du 11 septembre 2013, le service médical régional AI (ci-après SMR) a conclu à une incapacité de travail de 100 % dès octobre 2012 et recommandait la réévaluation de la situation en novembre 2013.

13. Par rapport du 19 novembre 2013, le psychiatre traitant, soit pour lui son remplaçant, le docteur K_____, a indiqué que suite à l'absence de suivi durant trois mois, l'évolution du patient n'était pas favorable. La capacité de travail de l'assuré en tant que pizzaiolo était nulle et il ne pouvait pas débiter des mesures professionnelles. La seule activité qu'il parvenait à envisager était celle de chauffeur, activité à l'évidence impossible tant que le traitement médicamenteux actuel était nécessaire. La proposition de l'OAI semblait donc vouée à l'échec.
14. Par avis du 5 décembre 2013, le SMR a estimé nécessaire de mettre en place une expertise pour évaluer l'évolution de l'état psychique de l'assuré depuis sa sortie de Belle-Idée en février 2013.
15. Du 13 au 17 décembre 2013, l'assuré a été hospitalisé en raison de ses atteintes psychiques.
16. A la demande de l'OAI, par rapport du 27 août 2014, le docteur F_____, spécialiste FMH en psychiatrie et psychothérapie, a diagnostiqué, sur la base notamment d'un examen de l'expertisé du 13 août 2014, du dossier ainsi que d'une lettre de sortie des HUG du 17 décembre 2013, avec répercussion sur la capacité de travail, un trouble dépressif récurrent, épisode actuel léger, sans symptômes somatiques (F33.00) existant depuis 2004, et sans répercussion sur la capacité de travail, une accentuation de traits de personnalité narcissique (Z 73.1) depuis l'âge adulte.

L'expert a notamment indiqué que l'histoire médicale du patient était décrite comme sans difficulté particulière au Tessin, pendant des années, avec un gros investissement dans son travail, jusqu'à ce que son épouse demande la séparation au début 2004. En juin de la même année, elle était rentrée au Portugal avec les enfants, imaginant que l'assuré les y rejoindrait. Cependant, ce dernier était resté vivre seul au Tessin. Quelques mois plus tard, il avait soudain ressenti une grande angoisse s'accompagnant de difficultés respiratoires et de panique. Il avait été adressé à un psychiatre et avait commencé une thérapie régulière sous forme de traitement médicamenteux. La situation s'était dégradée progressivement et il avait tout perdu sur le plan personnel et professionnel en Suisse comme au Portugal, jusqu'à ce que son oncle et sa tante lui proposent de venir s'établir chez eux à Genève en 2009 pour y trouver un travail. Ne trouvant pas d'emploi dans son activité de chauffeur, il avait accepté finalement la possibilité de travailler comme pizzaiolo dans un restaurant en 2011. Ne supportant pas de recevoir des ordres, il avait rencontré plusieurs échecs dans ses tentatives de reprise de travail, jusqu'aux événements d'octobre 2012 et le début du traitement avec le Dr E_____.

Après avoir décrit les plaintes de l'expertisé, le Dr F_____ a indiqué que son examen clinique psychiatrique n'avait pas montré de décompensation psychotique, d'anxiété généralisée, de trouble panique, ni de troubles phobiques. En l'absence d'une plainte principale concernant des douleurs, il n'avait pas objectivé de syndrome douloureux somatoforme persistant. Au vu de l'histoire du patient,

depuis 2004 jusqu'en 2013, l'anamnèse montrait des épisodes dépressifs compatibles avec le diagnostic de trouble dépressif récurrent. L'expertisé décrivait la persistance d'un sentiment de tristesse s'accompagnant d'une fatigue, des difficultés de concentration, d'oublis et d'idées noires récurrentes. Sa description subjective de toute absence d'évolution positive depuis sa sortie de l'hôpital de Belle-Idée le 8 février 2013 contrastait pourtant avec la diminution nette des ruminations décrite depuis quatre à cinq mois par le Dr E_____ en juin 2013 et l'inscription de l'assuré au chômage à 50 % depuis mai 2014.

Malgré un ralentissement psychomoteur léger, l'assuré ne manifestait pas de signes d'augmentation de sa fatigabilité au cours d'un entretien d'une durée de plus de trois heures. Les difficultés de concentration et d'attention observées restaient relativement discrètes et ne l'empêchaient pas de maîtriser les tests cognitifs vers la fin de l'examen. Il n'exprimait pas de diminution importante de l'estime de soi et de la confiance en soi, mais donnait une description positive de sa personnalité et niait clairement toute idée de culpabilité, malgré une rancune à cause de la perte de son rôle de père de famille et de chef d'entreprise. Sans attitude morose et pessimiste face à l'avenir, il gardait l'espoir de retrouver un travail de chauffeur poids lourds, lui permettant de reconstruire une situation financière indépendante et de s'occuper de ses enfants. Dans ce contexte, il prenait une claire distance d'idées auto-agressives dans le passé et niait toutes idées suicidaires actuelles. Expliquant ses difficultés d'endormissement par un rythme de vie fonction de son travail de nuit pendant des années, il se plaignait d'une diminution de l'appétit à l'origine d'une perte importante de poids, contrastant pourtant avec le résultat de l'examen actuel.

Selon l'expert, le trouble dépressif récurrent s'inscrivait dans une structure de personnalité marquée par une sensibilité aux blessures narcissiques à l'origine d'une tendance à agir sans considération pour les conséquences possibles, comme en témoignaient les conflits avec ses supérieurs. Exprimant une rancune quant à la perte de son rôle de père de famille, puis de chef d'entreprise, l'expertisé se montrait peu enclin à faire l'effort de s'adapter à une activité professionnelle ne correspondant pas à ses attentes de travail dans le domaine du transport. Face à des frustrations, il montrait également une labilité affective avec des crises ponctuelles de quelques jours comme lors de sa dernière hospitalisation en décembre 2013. La seule expression d'idées suicidaires d'un expertisé répondant bien au cadre rassurant de l'hôpital, qu'il avait quitté après seulement quatre jours, ne justifiait pas le diagnostic d'un épisode dépressif sévère. Par contre, l'évolution favorable de ce séjour s'expliquait par le caractère réactionnel de cette crise d'une durée insuffisante pour retenir un épisode dépressif.

Par ailleurs, l'expert a indiqué que l'assuré ne montrait pas de déviations extrêmes sur plusieurs niveaux de fonctionnement persistant depuis l'adolescence et caractérisant un trouble de la personnalité. Son comportement correspondait à une accentuation des traits de personnalité narcissique, n'ayant pas valeur de maladie, et

ne justifiant pas d'incapacité de travail sur le plan psychique, tout en pouvant aggraver les symptômes dépressifs comme un repli sur soi et des menaces auto-agressives lors des crises ponctuelles, face à des déceptions et des frustrations. Il ne souffrait pas de décompensation psychique durable et retrouvait l'espoir de surmonter ses problèmes comme également décrit lors de sa dernière hospitalisation de quatre jours. Actuellement, il se projetait ainsi dans la reprise d'une activité professionnelle, même dans un domaine autre que celui du transport. Toutefois cette accentuation de la personnalité narcissique favorisait l'adoption d'un rôle passif en attente de l'extérieur et d'une compensation pour le tort subi subjectivement. Maintenu par des bénéfices secondaires, comme la décharge d'une activité professionnelle ne correspondant pas à ses attentes, ce rôle passif d'invalidé contribuait au caractère dramatique de ses plaintes ne justifiant pourtant pas d'incapacité de travail durable. Le résultat du dosage de la Paroxétine correspondait soit à une dose insuffisante, soit à une prise irrégulière du médicament. En revanche, le taux élevé de la Trazodone paraissait difficilement compatible avec la dose modérée prescrite.

L'expert a conclu que l'anamnèse du patient ne permettait pas de constater une incapacité de travail durable depuis son séjour à l'hôpital psychiatrique en février 2013. En dehors d'une crise de quatre jours, il continuait à mener une vie autonome et montrait des signes d'amélioration comme décrit dans le rapport de son médecin traitant en juin 2013, et dont témoignait son inscription au chômage en mai 2014. La reprise progressive d'un travail manuel simple, comme celui d'aide-cuisinier, était exigible à partir de mars 2013 dans toute activité, mais n'impliquant pas de conduite d'un véhicule tant que l'expertisé prenait encore des benzodiazépines pendant la journée, avec un taux initial de 50%, puis à 100% au cours des six mois suivants. En prenant en considération les particularités de sa personnalité, une reprise de travail serait souhaitable dans une activité n'impliquant pas d'intégration dans une hiérarchie stricte, notamment pas de travail en équipe. Idéalement, son travail lui laisserait un maximum d'autonomie, tout en mettant en valeur ses expériences professionnelles et ses intérêts, comme dans l'activité de magasinier par exemple. Ainsi, en l'absence d'une maladie psychiatrique incapacitante, il n'y avait pas de limitations qualitatives et quantitatives en relation avec les troubles constatés, au plan psychique, mental ou social. Pour les mêmes raisons, il n'y avait pas d'influence de troubles psychiques sur l'activité exercée jusqu'ici, par exemple en tant qu'aide-cuisinier. Les séjours à l'hôpital du 30 octobre au 11 décembre 2012 et du 31 janvier au 8 février 2013 justifiaient une incapacité de travail complète.

17. Par avis du 13 octobre 2014, le SMR a retenu avec répercussion sur la capacité de travail, un trouble dépressif récurrent, épisode actuel léger, et sans répercussion sur la capacité de travail, des traits de personnalité narcissiques. La capacité de travail était de 50% dès mars 2013 dans toute activité et de 100% dès septembre 2013. La conduite automobile était interdite tant que l'assuré prenait des benzodiazépines.

18. Le 20 octobre 2014, l'OAI a adressé à l'assuré un projet de décision, aboutissant à un refus de mesures professionnelles et de rente d'invalidité. Son incapacité de travail durable avait débuté le 30 octobre 2012 à 100 % et suite à une évolution favorable de son état de santé, le SMR avait retenu une reprise de son activité habituelle de pizzaiolo à 50 % dès mars 2013, puis à 100 % dès septembre 2013. L'incapacité de travail n'avait donc pas duré une année, de sorte que le droit à la rente ne pouvait pas prendre naissance. Par ailleurs, vu l'exigibilité de 100 % dans l'activité habituelle, des mesures professionnelles n'étaient pas nécessaires.
19. Le 12 novembre 2014, l'assuré a fait valoir notamment qu'il avait tenté de reprendre une activité professionnelle de pizzaiolo à 100 %, mais en raison de ses problèmes de santé (concentration, stress, nervosité), les employeurs l'avaient licencié. Dès le mois d'octobre 2012, il avait été en incapacité de travail et son psychiatre traitant avait alors décidé de l'hospitaliser. Il était suivi depuis au CAPPI par la docteure G_____, médecin chef de clinique au service de psychiatrie générale secteur 2 Jonction des HUG.

Il avait donc fait de multiples tentatives pour reprendre une activité professionnelle, en vain en raison de ses problèmes psychiques. Son suivi actuel l'aidait beaucoup, mais il avait toujours les mêmes troubles qui l'empêchaient de se projeter dans une reprise de capacité de travail, et en tout cas plus dans les activités exercées par le passé comme pizzaiolo ou chauffeur de poids lourds. Il estimait avoir tout fait pour tenter de se réinsérer. Il avait pris contact récemment avec la Fondation Trajet dans la perspective d'être à nouveau en contact avec le monde extérieur car il était isolé depuis maintenant deux ans. Il contestait fermement l'évaluation faite par le SMR concluant qu'il aurait soi-disant une capacité de travail à 100 % dès septembre 2013 et il sollicitait un rendez-vous.

20. Par décision du 9 décembre 2014, l'OAI a rendu sa décision de refus de mesures professionnelles et de rente d'invalidité. Les objections que le recourant avait formulées n'apportaient aucun élément médical nouveau probant.
21. Par acte du 14 janvier 2015, l'assuré a interjeté recours contre la décision et a produit un rapport du 9 janvier 2015 de la Dresse G_____, laquelle était en charge du recourant depuis le 4 mai 2014. Après sa première hospitalisation, le recourant avait été pris en charge au CAPPI du 11 décembre 2012 au 21 janvier 2013 pour un trouble dépressif récurrent sévère sans symptômes psychotiques en rémission et des troubles de la personnalité sans précision. Selon les données du dossier, il avait travaillé de manière temporaire comme cuisinier avec plusieurs emplois, dont quatre en 2012, qui se seraient terminés en raison de conflits avec les employeurs. Il ne supportait pas les critiques sur son lieu de travail, ce qui provoquait une irritabilité et une impulsivité marquées. Il avait bénéficié d'une troisième hospitalisation du 13 au 17 décembre 2013, suite à une recrudescence de sa symptomatologie dépressive avec idéation suicidaire active. Il avait ensuite été pris en charge au CAPPI du 18 décembre 2013 au 7 avril 2014 avec un suivi intensif tant individuel que groupal au programme crise. Le diagnostic retenu était celui

d'un trouble dépressif récurrent, épisode actuel sévère sans symptômes psychotiques et un trouble mixte de la personnalité. Il bénéficiait de traitements psychotropes, antidépresseurs, anxiolytiques ainsi que des stabilisateurs de l'humeur. Sa dernière prise en charge à la crise du CAPPI s'était terminée le 14 juillet 2014.

Lors des entretiens, le recourant présentait une vigilance et une activité psychomotrice dans la norme avec des difficultés occasionnelles à la concentration. Le discours était cohérent, informatif avec la persistance d'une thymie triste avec un sentiment d'auto-dévalorisation et l'absence d'éléments de la lignée psychotique. Le patient rapportait des troubles du sommeil importants ainsi qu'un sentiment d'anxiété fluctuant. Il critiquait les difficultés relationnelles sur son lieu de travail qui se seraient produites par le passé. Dans ce contexte, il avait intégré les activités de l'Intersection tout en exprimant sa motivation à les poursuivre. Sa capacité de travail était estimée à 50 % dès le 28 avril 2014 dans des activités ne nécessitant ni capacité de vigilance, ni concentration, durant le temps de stabilisation de son état clinique.

Le recourant a également produit un courrier du 3 avril 2014 de la Vaudoise générale compagnie d'assurances SA, assureur perte de gain maladie, selon lequel au vu de l'évolution favorable de son état de santé, l'assuré présentait une capacité de travail de 50% dans une activité adaptée, de sorte qu'à compter du 1^{er} mai 2014, les indemnités journalières allaient être calculées sur le taux de 50%.

22. Par réponse du 5 février 2015, l'intimé a conclu au rejet du recours faisant valoir notamment que le rapport d'expertise du Dr F_____ du 17 août 2014 avait pleine valeur probante. L'expert estimait que la capacité de travail du recourant était de 50 % dès mars 2013, puis de 100 % dès septembre 2013. Le recourant n'invoquait aucun argument susceptible de remettre en cause ces conclusions, son argumentation se limitant pour l'essentiel à contester l'appréciation de sa capacité résiduelle de travail sans mettre toutefois en évidence d'importantes contradictions au niveau des diagnostics ou des observations cliniques de l'expert.

Par ailleurs, l'intimé s'est référé à un avis du SMR du 27 janvier 2015 qu'il produisait. Le SMR a rappelé qu'il avait établi le 13 octobre 2014 un rapport concluant à une capacité de travail exigible de 50 % dès mars 2013 et à 100 % dès septembre 2013, dans une activité adaptée, sans stress hiérarchique, en se basant sur l'expertise du 17 août 2014 qu'il avait estimée comme convaincante. L'expert retenait le diagnostic de trouble dépressif récurrent, épisode actuel léger, et il estimait qu'il existait une capacité de travail entière. Même si le recourant avait été hospitalisé une troisième fois à fin 2013, l'expert ne retenait pas comme sévère l'état dépressif, car le recourant avait fait un séjour très bref (quatre jours), mais que cela correspondait plutôt à l'expression d'une labilité émotionnelle. Par ailleurs, lors de cette expertise, le taux d'antidépresseurs était inchangé depuis 2012, et était infrathérapeutique, remettant en question la compliance du recourant. Par ailleurs, dans son rapport médical du 9 janvier 2015, la Dresse G_____ estimait que la

capacité de travail était de 50 % dès le 28 avril 2014, ce qui correspondait à la fin des indemnités journalières de l'assurance perte de gain maladie et à son inscription à 50 % au chômage dès mai 2014. Le rapport de la Dresse G_____ n'amenait pas de nouveaux éléments psychiatriques par rapport à la situation du recourant au moment de l'expertise, les éléments qui y étaient décrits étant déjà connus à l'époque. Les éléments objectifs dépressifs décrits par la Dresse G_____ n'atteignaient pas l'intensité d'un trouble dépressif sévère; ils étaient légèrement un peu plus prononcés que ceux observés par l'expert en août 2014. Ainsi, il n'était pas possible de retenir le diagnostic d'épisode dépressif sévère. Par conséquent, Il convenait de se rallier aux conclusions de l'expert qui avait estimé que la capacité de travail du recourant était de 50 % déjà en mars 2013 et que l'exigibilité de 100 % pouvait être obtenue six mois après, et non de 50 % dès fin avril 2014 comme le retenaient les médecins du CAPPI.

23. Par réplique du 10 mars 2015, le recourant, par l'intermédiaire de son conseil, a conclu à l'annulation de la décision du 9 décembre 2014 et à l'octroi d'une demi-rente de l'assurance-invalidité. Il a fait valoir notamment que pendant plus d'un an, les nombreux médecins l'ayant suivi s'accordaient pour diagnostiquer un trouble dépressif récurrent, fluctuant entre des épisodes moyens et sévères, ainsi qu'un trouble mixte de la personnalité. D'autre part, ces médecins avaient non seulement jugé son état de santé suffisamment grave pour lui prescrire pendant de nombreux mois une médication lourde à base de psychotropes, d'antidépresseurs, d'anxiolytiques et de stabilisateurs de l'humeur, et pratiqué des examens, mais également pour le faire hospitaliser à trois reprises. Partant, les conclusions de l'expert se heurtaient aux conclusions de l'ensemble des médecins ayant suivi le recourant pendant un an et demi. Le recourant tenait à souligner qu'il souffrait depuis maintenant plus de deux ans d'affections psychiques graves, notamment de troubles importants du sommeil et d'anxiété. Il précisait non seulement que ces affections le limitaient fortement dans la plupart de ses activités au quotidien, mais elles se manifestaient également d'autant plus lorsqu'il se trouvait dans le cadre d'une activité professionnelle.
24. Le 26 mars 2015, le recourant a produit un rapport du 12 mars 2015 de la doctoresse H_____, spécialiste FMH médecin praticien, indiquant soigner le recourant depuis le 4 juin 2014, pour des problèmes gastriques et de diverticulose. Il était traité par IPP (inhibiteur de la pompe à protons). Quant aux limitations qu'il présentait du fait de ces affections, sa capacité de travail était de 25 % dans son activité habituelle ou dans une activité adaptée et nulle pendant les crises.
25. Le 23 avril 2015, l'intimé a souligné que les conclusions rendues par l'expert résultaient d'une analyse complète et objective de la situation médicale et des plaintes du recourant. Il se référait par ailleurs à un avis du SMR du 17 avril 2015 selon lequel le rapport de la Dresse H_____ précisait que le recourant ne prenait que des antiulcéreux. Ce rapport ne fournissait aucun argument à la limitation de la capacité de travail indiquée et confirmait l'absence d'atteinte sévère physique

pouvant justifier une incapacité de travail puisqu'il ne s'agissait que d'une gastrite sans signes d'ulcère vrai et d'une atteinte intestinale banale.

26. Le 8 février 2016, la chambre de céans a entendu les parties. Le recourant a notamment expliqué travailler auprès de la fondation Trajets à raison de quatre heures par jour en tant qu'aide à la blanchisserie pour CHF 270.- bruts par mois. En septembre 2015, il avait été en contact avec une entreprise établie à Soleure qui lui avait proposé de reprendre une activité dans la conduite de camions en Valais. Il avait commencé cette activité, mais il avait rapidement rencontré des problèmes de panique et de lucidité. Il avait alors appelé le docteur I_____, spécialiste FMH en psychiatrie et psychothérapie, qui lui avait demandé d'arrêter tout de suite. Ce médecin lui avait été recommandé par l'association Trajets, pour ses compétences particulières dans le domaine comportemental et cognitif. Il se sentait mieux avec le Dr I_____ et il n'était plus suivi ni par la Dresse G_____, ni par le Dr E_____. S'agissant de ses problèmes gastriques, il prenait des médicaments lorsqu'il avait de l'acidité dans l'estomac, mais cela n'était pas fréquent, et à l'époque il avait suivi un traitement d'une dizaine de jours. Il avait également des problèmes cardiaques. Enfin, le recourant a souligné qu'après toutes ces années difficiles, il souhaitait sortir de tout cela, mais il nécessitait l'aide de quelqu'un. Il pensait que l'intimé pouvait peut-être l'aider à trouver un travail conforme à ses possibilités.

27. Le 10 juin 2016, le recourant a versé à la procédure un rapport du 6 mars 2016 du Dr I_____, indiquant suivre le recourant depuis le 25 mai 2015 en raison de dépressions récidivantes, actuellement épisode moyen (ICD F32.1); dans le passé, il avait eu des épisodes sévères, des traits de personnalité (impulsifs) et des attaques de panique. Il était traité par des thérapies cognitives et interpersonnelles, des anti-dépresseurs, des anxiolytiques et des somnifères. Il avait tenté de retravailler en tant que chauffeur en septembre 2015. Depuis janvier 2016, il travaillait à mi-temps dans une blanchisserie (atelier protégé) et arrivait épuisé à la maison. Il souffrait d'une perte d'énergie, d'intérêt, de fatigue, de sensations de culpabilité, d'une baisse de l'estime de soi, de tristesse, de difficultés de concentration, de ruminations et d'attaques de panique. Sa capacité de travail en tant que chauffeur et pizzaïolo était nulle; dans une activité adaptée, elle était de 50%.

Le recourant a joint également un rapport du 19 février 2016 du docteur J_____, médecin praticien, qui suivait le recourant depuis le 14 octobre 2015 pour une dyslipidémie et une hypertension artérielle. Le recourant présentait également des troubles anxio-dépressifs avec un état de panique. Sa capacité de travail était nulle dans toute activité.

28. Le 11 juillet 2016, l'intimé s'est référé à un avis du SMR du 6 juillet 2016, selon lequel le courrier du Dr J_____ ne faisait que confirmer l'absence d'atteinte somatique sévère pouvant justifier une incapacité de travail. Le rapport du Dr I_____ confirmait également l'absence de gravité actuelle des atteintes psychiques et l'absence d'aggravation de l'état psychique depuis l'expertise. De plus, il écrivait que le recourant avait bien pu travailler, et justifiait la limitation à 50%

uniquement par une fatigue, élément subjectif, sans aucun caractère objectif ou de gravité.

29. Après avoir adressé une copie de cette écriture au recourant, la chambre de céans a gardé la cause à juger.

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^{er} janvier 2011, la chambre des assurances sociales de la Cour de justice connaît, en instance unique, des contestations prévues à l'art. 56 de la loi fédérale sur la partie générale du droit des assurances sociales, du 6 octobre 2000 (LPGA - RS 830.1) relatives à la loi fédérale sur l'assurance-invalidité du 19 juin 1959 (LAI - RS 831.20).

Sa compétence pour juger du cas d'espèce est ainsi établie.

2. La LPGA, entrée en force le 1^{er} janvier 2003, est applicable à la présente procédure.
3. Le recours a été formé, compte tenu des fêtes du 18 décembre 2014 au 2 janvier 2015 inclusivement, dans le délai et selon la forme prescrits (art. 38 al. 4 let. c, art. 60 et ss LPGA).

Le recours est par conséquent recevable

4. La question litigieuse est de savoir si le recourant a droit à des prestations d'invalidité en raison de ses atteintes à la santé.
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).

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).

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).

6. 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 (ATF 125 V 261 consid. 4).
- 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 LPGA), le juge n'est pas lié par des règles formelles, mais doit examiner de manière objective tous les moyens de preuve, quelle qu'en soit la provenance, puis décider si les documents à disposition permettent de porter un jugement valable sur le droit litigieux. En cas de rapports médicaux contradictoires, le juge ne peut trancher l'affaire sans apprécier l'ensemble des preuves et sans indiquer les raisons pour lesquelles il se fonde sur une opinion médicale et non pas sur une autre. L'élément déterminant pour la valeur probante d'un rapport médical n'est ni son origine, ni sa désignation, mais son contenu. A cet égard, il importe que les points litigieux importants aient fait l'objet d'une étude fouillée, que le rapport se fonde sur des examens complets, qu'il prenne également en considération les plaintes exprimées, qu'il ait été établi en pleine connaissance du dossier (anamnèse), que la description des interférences médicales soit claire et enfin que les conclusions de l'expert soient bien motivées (ATF 134 V 231 consid. 5.1; ATF 133 V 450 consid. 11.1.3; ATF 125 V 351 consid. 3).

c. Sans remettre en cause le principe de la libre appréciation des preuves, le Tribunal fédéral des assurances a posé des lignes directrices en ce qui concerne la manière d'apprécier certains types d'expertises ou de rapports médicaux. Ainsi, en principe, lorsqu'au stade de la procédure administrative, une expertise confiée à un médecin indépendant est établie par un spécialiste reconnu, sur la base d'observations approfondies et d'investigations complètes, ainsi qu'en pleine connaissance du dossier, et que l'expert aboutit à des résultats convaincants, le juge ne saurait les écarter aussi longtemps qu'aucun indice concret ne permet de douter de leur bien-fondé (ATF 125 V 351 consid. 3b/bb).

d. 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).

e. 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).

7. 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).

8. 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).
9. Dans sa décision litigieuse, l'intimé a retenu que le recourant a présenté, en raison de ses atteintes à la santé, une incapacité de travail totale dès le 30 octobre 2012, puis une capacité de travail à 50% en tant que pizzaiolo dès mars 2013 et à 100% dès septembre 2013, en se fondant sur le rapport du Dr F_____.

Par rapport du 27 août 2014, l'expert a estimé que le recourant souffre d'un trouble dépressif récurrent, épisode actuel léger, sans syndrome somatique (F33.0) depuis 2004 et d'une accentuation de traits de personnalité narcissique (Z73.1) depuis l'âge adulte. Depuis son hospitalisation en février 2013, le recourant avait montré des signes d'amélioration, de sorte qu'il pouvait reprendre une activité manuelle simple, comme celle d'aide-cuisinier, à 50% dès mars 2013 et à 100% dès septembre 2013, n'impliquant pas la conduite d'un véhicule. La reprise était souhaitable dans une activité n'impliquant pas d'intégration dans une hiérarchie stricte, notamment pas de travail en équipe.

La chambre de céans relèvera déjà que les diagnostics posés par l'expert sont diamétralement opposés à ceux retenus par les autres spécialistes ayant examiné le recourant. En effet, alors que l'expert a constaté uniquement une accentuation de traits de personnalité narcissique, les autres médecins ont fait état de l'existence d'un trouble de la personnalité (rapports des 12 décembre 2012 et 18 février 2013 de la Dresse C_____ et rapport du 18 février 2013 de la Dresse D_____), voire d'un trouble de la personnalité mixte (rapport du 9 janvier 2015 de la Dresse G_____). En outre, alors que plusieurs spécialistes ont retenu un trouble dépressif récurrent, fluctuant entre des épisodes moyens (rapports des 12 décembre 2012 et 18 février 2013 de la Dresse C_____ et du 18 mars 2013 du Dr E_____) et sévères (rapports du 18 février 2013 de la Dresse D_____ et du 9 janvier 2015 de la Dresse G_____) et entraînant une incapacité de travail durable, l'expert a,

quant à lui, estimé que le recourant ne présentait pas de maladie psychiatrique incapacitante.

Si ces éléments ne suffisent certes pas à écarter un rapport d'expertise, il n'en demeure pas moins que les conclusions de l'expert ne convainquent pas, et ce pour les motifs qui suivent.

S'agissant de l'évolution de la capacité de travail du recourant à compter de la seconde hospitalisation qui a eu lieu du 31 janvier au 8 février 2013, l'expert a estimé que l'anamnèse ne permettait pas de retenir une incapacité de travail durable, étant donné que le recourant avait montré des signes d'amélioration décrits par le Dr E_____ en juin 2013 et dont témoignait l'inscription du recourant au chômage en mai 2014 (p. 17 du rapport d'expertise).

Or, on relèvera qu'hormis le fait que le recourant présentait moins d'idées suicidaires que quatre ou cinq mois auparavant, le rapport du Dr E_____ du 3 juin 2013 - auquel se réfère l'expert - ne fait état d'aucun autre élément permettant de conclure à une amélioration de l'état de santé du recourant. En effet, selon le psychiatre traitant, le recourant souffrait alors d'un épisode dépressif récidivant grave depuis octobre 2012 et son incapacité de travail était encore totale. Depuis lors, ses capacités de concentration, de compréhension, d'adaptation et sa résistance étaient limitées. Le recourant était triste, abattu et fatigué. Il dormait de douze à quatorze heures par jour, pour fuir ses angoisses et la réalité quotidienne. Il vivait enfermé dans un petit studio, ne sortait que pour ses rendez-vous de médecin ou avec son oncle. Selon le psychiatre traitant, vu les épisodes dépressifs précédents, le pronostic n'était pas favorable et il présentait un risque d'évolution chronique. Enfin, la médication consistait dans la prise de Deroxat 20 mg 2cp, Trittico 100 mg 1cp, Quetiapine 100 mg 1cp, Quetiapine 25 mg 2cp, Xanax 0.5 Retard 2cp et Dalmadorm 30 mg 1 cp, et en parallèle, le recourant suivait une psychothérapie à raison d'une à deux séances d'une heure par semaine.

Si le psychiatre traitant a certes indiqué dans son rapport que l'on pouvait s'attendre à une reprise de l'activité professionnelle, respectivement à une amélioration de la capacité de travail du recourant, selon l'évolution, on ne saurait en déduire, comme cela ressort du rapport d'expertise (p. 14), que le Dr E_____ a attesté d'un état psychique compatible avec une reprise d'une activité professionnelle. Qui plus est, cette interprétation ne résulte pas non plus des avis établis par le SMR.

En outre, on peine à comprendre comment l'expert parvient à conclure à l'existence d'une capacité de travail de 50% remontant au mois de mars 2013, en se fondant sur une inscription au chômage à 50% effectuée au mois de mai 2014, soit plus d'une année plus tard.

Par ailleurs, l'expert a estimé qu'au vu des particularités de la personnalité du recourant, la reprise devait se faire dans une activité n'impliquant pas d'intégration dans une hiérarchie stricte, et notamment pas de travail en équipe (p. 17 du rapport d'expertise).

Or, la chambre de céans relèvera que l'activité d'aide-cuisinier indiquée par l'expert comme étant exigible, ainsi que celle de pizzaiolo indiquée par l'intimé dans sa décision litigieuse, semblent impliquer non seulement une intégration dans une hiérarchie, mais également un travail en équipe. A cet égard, dans le cadre de la présente procédure, le SMR a souligné qu'il avait retenu, dans son avis du 13 octobre 2014, que le recourant présentait une capacité de travail exigible dans une activité adaptée, soit sans stress hiérarchique (avis du 27 janvier 2015). Or, force est de constater que contrairement à ce qu'indique le SMR, ni son avis du 13 octobre 2014, ni la décision litigieuse ne font état d'une limitation liée au stress hiérarchique.

Enfin, le rapport d'expertise ne permet pas de déterminer si les troubles psychiques dont souffre le recourant avaient une répercussion sur sa capacité à exercer son activité habituelle de chauffeur de poids lourds en 2011, soit au moment où le recourant a cherché à reprendre une activité lucrative.

Compte tenu de ce qui précède, à défaut d'informations fiables et suffisantes sur les atteintes dont souffre le recourant et leurs répercussions éventuelles sur sa capacité de travail, la chambre de céans n'est pas en mesure d'apprécier de manière adéquate la situation médicale du recourant. Il convient dès lors de renvoyer la cause à l'intimé pour instruction médicale complémentaire, sous la forme d'une expertise effectuée par un psychiatre indépendant.

Enfin, sur le plan somatique, on relèvera que les rapports succincts du 12 mars 2015 de la Dresse H_____ et du 19 février 2016 du Dr J_____ ne font pas état de l'existence d'une atteinte pouvant justifier une incapacité de travail, comme l'a relevé de manière convaincante le SMR dans ses avis des 17 avril 2015 et 6 juillet 2016.

10. Vu ce qui précède, le recours est admis partiellement et la décision querellée annulée. La cause sera renvoyée à l'intimé pour instruction complémentaire et nouvelle décision.
11. Représenté par un mandataire, le recourant, qui obtient 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]).
12. Etant donné que, depuis le 1^{er} juillet 2006, la procédure n'est plus gratuite (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 :

1. Déclare le recours recevable.

Au fond :

2. L'admet partiellement.
3. Annule la décision de l'intimé du 9 décembre 2014.
4. Renvoie la cause à l'intimé pour instruction complémentaire au sens des considérants et nouvelle décision.
5. Condamne l'intimé à verser au recourant CHF 2'500.- à titre de dépens.
6. Met un émolument de CHF 200.- à la charge de l'intimé.
7. Informe les parties de ce qu'elles peuvent former recours contre le présent arrêt dans un délai de 30 jours dès sa notification auprès du Tribunal fédéral (Schweizerhofquai 6, 6004 LUCERNE), par la voie du recours en matière de droit public, conformément aux art. 82 ss de la loi fédérale sur le Tribunal fédéral, du 17 juin 2005 (LTF - RS 173.110); le mémoire de recours doit indiquer les conclusions, motifs et moyens de preuve et porter la signature du recourant ou de son mandataire; il doit être adressé au Tribunal fédéral par voie postale ou par voie électronique aux conditions de l'art. 42 LTF. Le présent arrêt et les pièces en possession du recourant, invoquées comme moyens de preuve, doivent être joints à l'envoi.

La greffière

Le président

Florence SCHMUTZ

Mario-Dominique TORELLO

Une copie conforme du présent arrêt est notifiée aux parties ainsi qu'à l'Office fédéral des assurances sociales par le greffe le