RÉPUBLIQUE ET CANTON DE GENÈVE

POST TENEBRAS LUX

POUVOIR JUDICIAIRE

A/1741/2022 **ATAS/95/2023**

COUR DE JUSTICE

Chambre des assurances sociales

Arrêt du 14 février 2023

8ème Chambre

En la cause

Monsieur A_____, domicilié Hôtel _____, _____, GENÈVE, comparant avec élection de domicile en l'étude de Maître Laurence PIQUEREZ	recourant

contre

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

Siégeant : Maya CRAMER, Présidente suppléante; Saskia BERENS TOGNI et Pierre-Bernard PETITAT, Juges assesseurs

EN FAIT

A. **a.** Monsieur A_____ (ci-après : l'assuré), né le _____ 1971, est marié et père de deux enfants nés en 2008 et 2009. Il a acquis un diplôme de praticien d'exploitation à la Poste et était engagé de 2001 à 2013 comme fonctionnaire à l'État de Genève. Depuis lors, il n'a plus travaillé.

b. Depuis le 26 avril 2011, il était en incapacité de travail totale jusqu'en mai, puis à 75% dès juin 2012.

c. En septembre 2012, l'assuré a requis les prestations de l'assurance-invalidité, en raison d'une hernie discale, auprès de l'office de l'assurance-invalidité pour le canton de Vaud où il était domicilié à l'époque.

d. Par décision du 10 juillet 2015, celui-ci a refusé le droit aux prestations sur la base d'un examen orthopédique et psychiatrique du service médical de l'assurance-invalidité pour la Suisse romande (ci-après : SMR). Cette décision a été annulée par arrêt du 22 novembre 2016 de la Cour des assurances sociales du canton de Vaud et la cause a été renvoyée audit office pour instruction complémentaire.

B. **a.** En février 2017, le recourant est parti s'installer avec sa famille à Londres et son dossier a été transmis à l'office de l'assurance-invalidité pour les assurés à l'étranger. Après son retour dans le canton de Genève en 2020, l'office de l'assurance-invalidité de ce canton (ci-après : OAI) a pris la relève.

b. En octobre 2020, l'assuré a fait l'objet d'une expertise à la Clinique romande de réadaptation (ci-après : CRR) par les docteurs B_____, spécialiste en médecine interne, C_____, rhumatologue, D_____, psychiatre-psychothérapeute. Dans leur rapport du 26 octobre 2020, les experts ont constaté que l'assuré a présenté en avril 2011 une lombo-sciatalgie droite sur une hernie discale L5-S1. Après un traitement conservateur, l'évolution s'est faite vers des lombalgies chroniques persistantes. Les traitements à visées antalgiques avaient uniquement permis de diminuer la kinésiophobie. L'assuré se disait incapable de vivre autrement que debout ou couché depuis plusieurs années. Au niveau psychique, un trouble de l'adaptation avec réaction dépressive brève était diagnostiqué devant un état dépressif léger transitoire, ne persistant pas au-delà d'un mois, en lien avec la séparation demandée par son épouse. La capacité de travail était complète dans une activité adaptée permettant le changement des positions deux fois par heure, sans port de charges supérieures à 5 kg et sans positions en porte-à-faux du rachis.

c. Dans son rapport du 18 janvier 2021, la doctoresse E_____ du Centre multidisciplinaire de la douleur des Hôpitaux universitaires du canton de Genève (ci-après : HUG) a retenu le diagnostic de lombalgies communes chroniques. La situation familiale était compliquée avec un conflit de couple majeur. Depuis son retour en Suisse, le recourant avait des problèmes financiers majeurs et bénéficiait de l'aide de l'Hospice général qui lui fournissait une chambre à l'hôtel. Ce médecin

préconisait des approches physiques pour éviter le déconditionnement et un suivi psychothérapeutique.

d. Le 27 janvier 2021, l'OAI a informé l'assuré qu'il avait l'intention de lui refuser les prestations, sur la base de l'expertise de la CRR.

e. Dans son rapport du 29 janvier 2021, le docteur F_____, rhumatologue à la consultation spécialisée du rachis lombaire des HUG, a posé le diagnostic de lombalgies communes. Le bilan a mis en évidence un important déconditionnement physique, psychique et social. L'objectif était de faire le programme ProMIDos pour que l'assuré puisse se rétablir et créer les conditions d'une nouvelle vie stable en Suisse.

f. Par courrier du 5 février 2021, l'assuré a contesté le projet de décision de l'OAI par l'intermédiaire de son conseil.

g. À la fin du programme ProMIDos, le Dr F_____ a posé le diagnostic de trouble somatoforme douloureux, dans son rapport du 10 mai 2021. L'assuré avait une extrême difficulté à s'asseoir. Les tentatives pour s'asseoir étaient accompagnées de manifestations anxieuses et cette situation ne pouvait se comprendre par un phénomène uniquement musculo-articulaire dans le cadre d'une lombalgie commune.

h. Dans son rapport du 11 mai 2021, le docteur G_____, psychiatre-psychothérapeute, a posé les diagnostics d'épisode dépressif moyen, motivant une incapacité de travail de 80%, et d'autre trouble spécifique de la personnalité entraînant une incapacité de travail d'au moins 50%.

i. En septembre 2021, l'assuré a fait l'objet d'un complément d'expertise à la CRR par les Drs C_____ et D_____. Cette dernière a admis un trouble de la personnalité anankastique (obsessionnel compulsif) et une anxiété généralisée. Les éléments dépressifs n'atteignaient pas le seuil diagnostique d'un épisode dépressif et il n'y avait aucun traitement antidépresseur. L'experte psychiatre a également écarté le diagnostic de syndrome douloureux somatoforme persistant, l'assuré ne décrivant pas de douleur persistante et intense s'accompagnant d'un sentiment de détresse. L'incapacité de travail était totale depuis mai 2020.

j. Dans son avis du 28 septembre 2021, la doctoresse H_____ du SMR s'est ralliée aux conclusions de l'expertise.

k. Par décision du 26 avril 2022, l'OAI a octroyé à l'assuré une rente entière dès le 1er mai 2021.

C. **a.** Par acte du 30 mai 2022, l'assuré a formé recours contre cette décision, par l'intermédiaire de son conseil, en concluant à son annulation et à l'octroi d'une rente entière dès le 1er mars 2013, subsidiairement depuis le 1er janvier 2015, sous suite de dépens. Préalablement, il a conclu à l'audition des Drs G_____ et F_____. Sur la base de l'ensemble du dossier et après l'examen des indicateurs d'évaluation jurisprudentiels, il apparaissait qu'il souffrait d'un trouble

somatoforme douloureux dès la fin du délai d'attente après le dépôt de sa demande. Il conviendrait au moins de retenir que le trouble de la personnalité était décompensé depuis fin 2014.

À l'appui de son recours, le recourant a produit le rapport du 25 mai 2022 du Dr G_____, selon lequel le trouble de la personnalité s'était décompensé depuis fin 2014, soit à la fin du versement de la rente provisoire du 2e pilier, de sorte qu'il était en incapacité de travail depuis cette date.

b. Dans son avis du 21 juin 2022, la Dresse H_____ du SMR a relevé qu'entre 2014 et mai 2020, le recourant maintenait ses activités quotidiennes, même en présence des lombalgies (s'occuper des enfants, préparer les repas, amener les enfants à l'école, lecture, télévision). Il avait par ailleurs bénéficié d'un apport financier par la rente provisoire de son 2e pilier jusqu'en 2016. Cela étant, il convenait de retenir la date de mai 2020 comme date d'aggravation.

c. Dans sa réplique du 3 août 2022, le recourant a persisté dans ses conclusions. Il a dénié toute valeur probante à l'expertise du 26 octobre 2020, celle-ci ayant dû être complétée. Le diagnostic de trouble somatoforme douloureux avait été écarté à tort. Par ailleurs, le fait de se préparer à manger et d'accompagner les enfants à l'école ne permettait pas de déduire qu'il n'y avait pas d'atteinte psychiatrique.

d. Par écritures du 31 août 2022, l'intimé a maintenu ses conclusions.

e. Le 7 septembre 2022, le recourant a persisté dans ses conclusions et le 15 novembre 2022, il a répété sa requête d'auditionner ses médecins.

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. À teneur de l'art. 1 al. 1 LAI, les dispositions de la LPGA s'appliquent à l'assurance-invalidité, à moins que la loi n'y déroge expressément.

Le 1er janvier 2021, est entrée en vigueur la modification du 21 juin 2019 de la LPGA. Le recours déposé le 30 mai 2022 devant la chambre de céans est soumis au nouveau droit.

3. Le 1er janvier 2022, sont entrées en vigueur les modifications de la LAI du 19 juin 2020 (développement continu de l'AI ; RO 2021 705).

En cas de changement de règles de droit, la législation applicable reste, en principe, celle en vigueur au moment où les faits juridiquement déterminants se sont produits et le juge se fonde, en règle générale, sur l'état de fait réalisé à la date déterminante de la décision litigieuse (ATF 144 V 210 consid. 4.3.1 ; ATF 132 V 215 consid. 3.1.1 et les références).

En l'occurrence, le droit à la rente est né avant l'entrée en vigueur de ces modifications, de sorte que les dispositions légales applicables seront citées dans leur ancienne teneur.

4. Le délai de recours est de trente jours (art. 56 LPGA; art. 62 al. 1 de loi sur la procédure administrative du 12 septembre 1985 [LPA - E 5 10]).

Interjeté dans la forme et le délai prévus par la loi, le recours est recevable (art. 56 ss LPGA et 62 ss LPA).

5. Le litige porte sur le début du droit du recourant à une rente d'invalidité.

6.

6.1 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, mentale ou psychique et qu'elle persiste après les traitements et les mesures de réadaptation exigibles (al. 1). Seules les conséquences de l'atteinte à la santé sont prises en compte pour juger de la présence d'une incapacité de gain. De plus, il n'y a incapacité de gain que si celle-ci n'est pas objectivement surmontable (al. 2 en vigueur dès le 1er janvier 2008).

6.2 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.

6.3 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).

6.4 En vertu des art. 28 al. 1 et 29 al. 1 LAI, le droit à la rente prend naissance au plus tôt à la date dès laquelle l'assuré a présenté une incapacité de travail (art. 6 LPGA) d'au moins 40% en moyenne pendant une année sans interruption notable et qu'au terme de cette année, il est invalide (art. 8 LPGA) à 40% au moins, mais au plus tôt à l'échéance d'une période de six mois à compter de la date à laquelle l'assuré a fait valoir son droit aux prestations conformément à l'art. 29 al. 1

LPGA. Selon l'art. 29 al. 3 LAI, la rente est versée dès le début du mois au cours duquel le droit prend naissance.

6.5 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).

6.6 En 2017, le Tribunal fédéral a modifié sa pratique lors de l'examen du droit à une rente d'invalidité en cas de troubles psychiques. La jurisprudence développée pour les troubles somatoformes douloureux, selon laquelle il y a lieu d'examiner la capacité de travail et la capacité fonctionnelle de la personne concernée dans le cadre d'une procédure structurée d'administration des preuves à l'aide d'indicateurs (ATF 141 V 281), s'applique dorénavant à toutes les maladies psychiques. En effet, celles-ci ne peuvent en principe être déterminées ou prouvées sur la base de critères objectifs que de manière limitée. La question des effets fonctionnels d'un trouble doit dès lors être au centre. La preuve d'une invalidité ouvrant le droit à une rente ne peut en principe être considérée comme rapportée que lorsqu'il existe une cohérence au niveau des limitations dans tous les domaines de la vie. Si ce n'est pas le cas, la preuve d'une limitation de la capacité de travail invalidante n'est pas rapportée et l'absence de preuve doit être supportée par la personne concernée (ATF 143 V 409 consid. 4.5 et ATF 143 V 418 consid. 6 et 7).

Même si un trouble psychique, pris séparément, n'est pas invalidant en application de la nouvelle jurisprudence, il doit être pris en considération dans l'appréciation globale de la capacité de travail, qui tient compte des effets réciproques des différentes atteintes. Ainsi, une dysthymie, prise séparément, n'est pas invalidante, mais peut l'être lorsqu'elle est accompagnée d'un trouble de la personnalité notable. Par conséquent, indépendamment de leurs diagnostics, les troubles psychiques entrent déjà en considération en tant que comorbidité importante du point de vue juridique si, dans le cas concret, on doit leur attribuer un effet limitatif sur les ressources (ATF 143 V 418 consid. 8.1).

Il convient d'évaluer globalement, sur une base individuelle, les capacités fonctionnelles effectives de la personne concernée en tenant compte, d'une part, des facteurs contraignants extérieurs limitant les capacités fonctionnelles et, d'autre part, les potentiels de compensation (ressources), à l'aide des indicateurs développés par le Tribunal fédéral qui rassemblent les éléments essentiels propres aux troubles de nature psychosomatique (ATF 141 V 281 consid. 4).

- Catégorie « Degré de gravité fonctionnel » (ATF 141 V 281 consid. 4.3),

  A. Complexe « Atteinte à la santé » (consid. 4.3.1)

Expression des éléments pertinents pour le diagnostic (consid. 4.3.1.1), succès du traitement et de la réadaptation ou résistance à cet égard (consid. 4.3.1.2), comorbidités (consid. 4.3.1.3).

B. Complexe « Personnalité » (diagnostic de la personnalité, ressources personnelles; consid. 4.3.2)

C. Complexe « Contexte social » (consid. 4.3.3)

- Catégorie « Cohérence » (aspects du comportement; consid. 4.4)

Limitation uniforme du niveau d'activité dans tous les domaines comparables de la vie (consid. 4.4.1), poids des souffrances révélé par l'anamnèse établie en vue du traitement et de la réadaptation (consid. 4.4.2).

Les indicateurs appartenant à la catégorie « degré de gravité fonctionnel » forment le socle de base pour l'évaluation des troubles psychiques (ATF 141 V 281 consid. 4.3 ; arrêt du Tribunal fédéral 9C_618/2019 du 16 mars 2020 consid. 8.2).

7.

7.1 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 (ATF 140 V 193 consid. 3.2 et les références; ATF 125 V 256 consid. 4 et les références). 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).

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. À cet égard, il importe que les points litigieux importants aient fait l'objet d'une étude fouillée, que le rapport se fonde sur des examens complets, qu'il prenne également en considération les plaintes exprimées, qu'il ait été établi en pleine connaissance du dossier (anamnèse), que la description des interférences médicales soit claire et enfin que les conclusions de l'expert soient bien motivées (ATF 134 V 231 consid. 5.1; ATF 133 V 450 consid. 11.1.3; ATF 125 V 351 consid. 3).

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.

7.2 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 135 V 465 consid. 4.4. et les références ; ATF 125 V 351 consid. 3b/bb).

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

8. En l'espèce, seul le début de l'incapacité de travail est litigieux.

8.1 Le 18 octobre 2012, le docteur I_____ atteste une incapacité de travail de 100% dès le 26 avril 2011 et de 75% dès le 27 juin 2012 avec une tentative de reprise à 100% entre décembre 2011 et février 2012.

Dans le rapport du 10 septembre 2012, les docteurs J_____, généraliste, F_____, rhumatologue, et K_____, psychiatre-psychothérapeute, du centre multidisciplinaire d'étude et de traitement de la douleur, retiennent les diagnostics de lombalgies chroniques et d'un probable syndrome radiculaire S1 droit en mars 2011 sur hernie discale L5-S1. Ils rapportent que le recourant présente des douleurs lombaires basses violentes, après avoir porté un lourd fauteuil de voiture le 22 avril 2011. Il constate alors qu'il est dans l'impossibilité de s'asseoir. L'évolution du syndrome radiculaire est favorable, mais les lombalgies persistent avec une perte de coordination musculaire et un cercle vicieux de limitations antalgiques et déconditionnement.

Le 25 octobre 2012 a lieu un entretien avec un spécialiste de réinsertion professionnelle de l'intimé. Le recourant n'est resté assis que 10 minutes. Le reste

de l'entretien se poursuit en position debout. Il montre beaucoup d'émotion en faisant état d'un manque de soutien de son épouse et d'une forme d'harcèlement moral de la part de sa belle-mère à cause de son handicap. Il apparaît aussi triste et abattu du fait qu'il ne peut plus porter ses enfants.

Le 23 décembre 2012, le docteur K_____, psychiatre-psychothérapeute, atteste un trouble dépressif majeur du recourant depuis l'été 2012, après une décompensation progressive fin 2011 en réaction à ses problèmes de dos. Ce médecin ne se prononce pas sur la capacité de travail.

Dans son rapport du 27 décembre 2012, le Dr F_____, responsable du programme PRODIGE des institutions universitaires de Genève, retient un syndrome lombo-vertébral persistant avec une douleur cotée à 7,5 sur 10. Le handicap fonctionnel est très sévère. Il y a quelques éléments pour un trouble anxieux, mais surtout pour un trouble dépressif avec une kinésiophobie très marquée. Le score de qualité de vie est effondré. Malgré la discipline et la constance dans le suivi du programme, le recourant n'a pas réussi l'objectif de rester assis pendant 15 minutes. Uniquement de petites améliorations ont pu être obtenues.

Selon le rapport du 8 avril 2013 du docteur L_____, psychiatre-psychothérapeute et médecin consultant mandaté par le Service de santé et du personnel de l'État (ci-après : SPE), le recourant présente une somatisation. Il est euthymique et sans anxiété, semblant attendre des autres qu'ils règlent son problème. Le pronostic est très réservé au vu de la durée de l'absence.

Dans leur rapport d'examen du 14 avril 2014, les docteurs M_____, spécialiste en chirurgie orthopédique, et N_____, psychiatre-psychothérapeute, du SMR, retiennent les diagnostics incapacitants de lombalgies chroniques, de discopathie L5-S1 avec protrusion discale et d'arthrose des articulations postérieures pluri-étagées. À titre de diagnostics sans répercussion de la capacité de travail, ils mentionnent un status après lombosciatalgies et une hernie discale L5-S1 et après cervicobrachialgies en 2008 et 2010 et une majoration des symptômes physiques pour des raisons psychologiques. Il s'agit d'une amplification involontaire avec un ressenti des douleurs très supérieur à ce que laisserait supposer l'atteinte organique initiale. Il n'y a pas de comorbidité psychiatrique manifeste, mais néanmoins un état psychique cristallisé, sans évolution possible sur le plan thérapeutique. Toutefois, il n'y a pas de perte d'intégration sociale dans toutes les manifestations de la vie et le recourant a conservé des centres d'intérêts (cuisiner, regarder la télévision, surfer sur internet et jouer aux cartes avec les enfants). Le diagnostic de somatisation est écarté, en l'absence du caractère de variabilité des plaintes dans le temps et du critère d'absence de toute cause organique. La capacité de travail est dès lors totale, selon les médecins du SMR.

Le 12 février 2013, le spécialiste en réadaptation note qu'une mesure d'adaptation ergonomique de la place de travail n'a pas pu être effectuée, le recourant n'ayant

pas repris de travail depuis le 10 novembre 2012. Les douleurs sont très fortes et il lui est difficile de se déplacer.

Dans son rapport du 15 décembre 2014, le Dr F_____ se détermine sur le rapport d'examen du SMR. Il relève qu'il n'est pas mentionné dans ce rapport que le recourant a passé l'intégralité des deux entretiens sans s'asseoir. Dans la description de la vie quotidienne, il n'est pas non plus indiqué qu'il ne s'assoit jamais et qu'il passe de la position debout à la position couchée à de nombreuses reprises pendant la journée, la position debout et la marche étant également fortement limitées. Par ailleurs, un poste semi-sédentaire essentiellement debout avait été essayé en 2012 à 25%, mais le recourant n'avait pas eu la capacité physique de poursuivre au-delà de trois mois, compte tenu des déplacements nécessaires pour se rendre à son travail. Ainsi, l'appréciation de la capacité de travail par le SMR ne correspond pas au handicap fonctionnel dont il est affecté.

Le docteur O_____, médecin à la consultation de médecine physique et réhabilitation du Centre hospitalier universitaire vaudois (ci-après : CHUV), pose, dans son rapport du 9 février 2016, les diagnostics de lombalgies dans le cadre d'une discopathie L5-S1 avec un status après hernie discale à ce niveau en régression spontanée, de déconditionnement physique et psychique et de probables troubles anxieux. Il semble qu'il y a une exacerbation des scores au test de dépression sur le plan de l'anxiété. Par contre, la dépression est un peu moins marquée. Le score de kinésiophobie reste élevé (40/68). Ce tableau montre une importante souffrance restreignant de manière sévère la fonction du recourant.

Dans leur rapport du 26 octobre 2020, les experts de la CRR constatent que le recourant a présenté en avril 2011 une lombo-sciatalgie droite sur une hernie discale L5-S1. Après un traitement conservateur, l'évolution s'est faite vers des lombalgies chroniques persistantes. Les traitements à visées antalgiques ont uniquement permis de diminuer la kinésiophobie. L'assuré se dit incapable de vivre autrement que debout ou couché depuis plusieurs années. Au niveau psychique, un trouble de l'adaptation avec réaction dépressive brève est diagnostiqué devant un état dépressif léger transitoire, ne persistant pas au-delà d'un mois, en lien avec la demande de séparation par son épouse. La capacité de travail est complète dans une activité adaptée permettant le changement des positions deux fois par heure, sans port de charges supérieures à 5 kg et sans positions en porte-à-faux du rachis.

Dans son rapport du 18 janvier 2021, la Dresse E_____ retient également le diagnostic de lombalgies communes chroniques. La situation familiale est compliquée avec un conflit de couple majeur, surtout depuis que les lombalgies empêchent le recourant de travailler. Sa belle-mère le déconsidère aux yeux de sa femme. En 2017, il rejoint sa femme à Londres où la situation était plutôt paisible avec son épouse, hormis les difficultés financières. En 2020, la famille rentre en Suisse et sa femme le quitte et coupe tout contact. Il se retrouve finalement sans

domicile et moyens financiers, si bien qu'il doit faire appel à l'aide de l'Hospice général qui lui procure également une chambre à l'hôtel.

Le Dr F_____ a posé le diagnostic de lombalgies communes, dans son rapport du 29 janvier 2021. Le bilan met en évidence un important déconditionnement physique, psychique et social.

Du 8 février au 16 avril 2021, le recourant participe au programme ProMIDos. À la fin de ce programme, le Dr F_____ pose le diagnostic de trouble somatoforme douloureux, dans son rapport du 10 mai 2021. L'assuré a une extrême difficulté à s'asseoir. Les tentatives pour s'asseoir sont accompagnées de manifestions anxieuses et cette situation ne peut se comprendre par un phénomène uniquement musculo-articulaire dans le cadre d'une lombalgie commune.

Dans son rapport du 11 mai 2021, le Dr G_____ retient les diagnostics d'épisode dépressif moyen provoquant une incapacité de travail de 80% et d'autre trouble spécifique de la personnalité entraînant une incapacité de travail d'au moins 50%. Il relève notamment que le recourant essaie de donner une bonne image de lui-même, mais que cette posture est souvent difficile à tenir. Il se dévoile alors dans sa grande détresse avec des pleurs soudains. Le recourant est limité pour identifier ses émotions et même pour les mentaliser. Ce fait a rendu les évaluations difficiles, l'expert n'ayant pas le temps nécessaire pour avoir accès à l'histoire effective, ainsi qu'à la détresse morale et émotionnelle. Par ailleurs, les anciens amis et connaissances du recourant ne prennent plus contact avec lui et la seule personne de contact est le deuxième mari de feu sa mère. Enfant, il était toujours sur ses gardes et en alerte, ayant été victime de bullying. Il se décrit comme très responsable avec un sens élevé du devoir et une incapacité de se pardonner l'échec. Les abandons dans son histoire l'ont profondément marqué (son père quitte la famille à sa naissance, sa sœur coupe les ponts, la mère meurt subitement d'un cancer en 2010, puis dernièrement sa femme se sépare de lui).

Dans le complément d'expertise de la CRR du 13 septembre 2021, la Dresse D_____ admet un trouble de la personnalité anankastique (obsessionnel compulsif) et une anxiété généralisée. Les éléments dépressifs n'atteignent pas le seuil diagnostic d'un épisode dépressif et le recourant ne bénéficie d'aucun traitement antidépresseur. Elle écarte le diagnostic de syndrome douloureux somatoforme persistant, l'assuré ne décrivant pas de douleur persistante et intense s'accompagnant d'un sentiment de détresse. Pourtant, au ch. 7.1 de son rapport, l'experte psychiatre mentionne que le recourant rapporte une symptomatologie douloureuse intense au niveau du dos qui l'empêche de s'asseoir et rend toute activité professionnelle impossible. Selon cette experte, c'est la séparation abrupte de sa femme qui a entraîné une déstabilisation de l'équilibre psychique du recourant qui avait pu fonctionner jusque-là malgré un trouble de la personnalité, pouvant s'occuper des enfants à Londres par exemple. Cette séparation a aussi contribué à l'installation d'une anxiété généralisée. Une prise en charge par antidépresseurs et anxiolytiques pourrait améliorer la capacité de travail. Ce

traitement médicamenteux pourrait également permettre dans un second temps une meilleure gestion de la douleur. Il n'y a pas d'exagération des troubles. L'incapacité de travail est totale depuis mai 2020, soit depuis la décompensation du trouble de la personnalité et l'installation progressive d'une anxiété généralisée dès son retour en Suisse et la séparation du couple.

Dans rapport du 25 mai 2022, le Dr G_____ déclare que le trouble de la personnalité s'est décompensé depuis fin 2014, soit à la fin du versement de la rente provisoire du 2e pilier, de sorte que le recourant est en incapacité de travail depuis cette date. Dès la perte des revenus, le recourant commence à être l'objet d'humiliations, de rabaissement et d'insultes de son épouse et de récriminations de sa belle-mère. Afin de préserver son idéal d'une famille unie, il a passé des années figé et isolé à s'occuper de la maison et des enfants, avec l'espoir de calmer son épouse. Cela est l'expression de la manifestation d'un trouble de la personnalité déjà décompensé, selon ce médecin.

8.2 En l'occurrence, le complément d'expertise de la CRR remplit certes la plupart de critères pour lui reconnaître une pleine valeur probante. Toutefois, la chambre de céans n'est pas convaincue par la date du début de l'incapacité de travail retenue par l'experte psychiatre.

En effet, il ressort du dossier médical que depuis la survenance de la hernie discale le 22 avril 2011 la symptomatologie n'a guère changé. Au début, les douleurs du dos et limitations fonctionnelles s'expliquaient par la hernie discale, mais depuis la régression de cette atteinte les médecins sont unanimes pour dénier tout substrat organique objectivable à ces douleurs et surtout à l'impossibilité de s'asseoir. Depuis l'été 2012, des symptômes dépressifs sont également présents (cf. rapport du Dr K_____), étant précisé que l'incapacité de travail du recourant a détérioré dès le départ les relations de couple et provoqué une déconsidération du recourant par sa belle-mère, surtout à partir du moment où le recourant ne pouvait plus participer à l'entretien de la famille. Le handicap fonctionnel est très sévère, comme le note le Dr F_____ le 27 décembre 2012, et il y a aussi des éléments pour un trouble anxieux et surtout un trouble dépressif avec un score de qualité de vie effondré. Les médecins du SMR constatent dans leur rapport du 14 avril 2014, un état psychique cristallisé, sans évolution possible sur le plan thérapeutique. En 2016, le Dr O_____ fait état d'une importante souffrance avec une limitation fonctionnelle sévère.

Partant, une aggravation en mai 2020 ne peut être constatée, même si le recourant était devenu, après le départ de sa femme, un sans-abri et dépourvu de tout moyen financier, après avoir vécu, après son licenciement, d'une rente provisoire du 2e pilier, puis de ses économies jusqu'en 2019.

Il n'est ainsi pas convaincant que les atteintes à la santé psychique, en particulier le trouble de la personnalité, se sont décompensées seulement en mai 2020. Ces atteintes, dont les diagnostics précis peuvent rester ouverts, notamment celui du

trouble somatoforme douloureux, sont la cause de la limitation fonctionnelle sévère dès le début, même si la qualité de vie du recourant s'est encore considérablement détériorée avec le départ de sa femme et ses enfants. Depuis avril 2011, le recourant n'a plus pu fonctionner normalement, contrairement à ce que la Dresse D_____ affirme, devant passer sa vie entre la position debout ou couchée, même s'il était encore capable de s'occuper de ses enfants. À cela s'ajoute que, comme le Dr G_____ le relève, le recourant cache sa souffrance, en attribuant à ses douleurs et limitations fonctionnelles une étiologie purement physique, de sorte que les expertises ne permettent éventuellement pas de mettre en évidence toute sa souffrance.

Selon le Dr G_____, il y a une décompensation du trouble de la personnalité seulement fin 2014. Toutefois, le manque de soutien de son épouse et le harcèlement moral de la part de sa belle-mère sont déjà documentés en octobre 2012 et le Dr F_____ fait état d'un score de qualité de vie effondré en décembre 2012. Il n'est dès lors pas convaincant que les atteintes n'ont provoqué une incapacité de travail que fin 2014, voire plus tard avec la fin du versement de la rente provisoire. Au demeurant, le Dr G_____ n'était pas le psychiatre traitant à cette époque.

Il sied de relever qu'en l'absence d'éléments d'exagération ou d'incohérence, ainsi qu'en présence de limitations uniformes dans tous les domaines de la vie et d'un handicap fonctionnel sévère, les indicateurs jurisprudentiels pour examiner le caractère invalidant des troubles psychiques sont réalisés, même si les diagnostics des différents psychiatres consultés sont en partie divergents. Sur le plan social, il est rapporté dans le rapport d'examen du SMR que le recourant avait un ami qu'il voyait environ une fois par mois et que les époux voyaient aussi d'autres couples d'amis de temps en temps. Toutefois, comme relevé ci-dessus les relations de couple se sont dégradées du fait de l'incapacité de travail du recourant et du comportement de sa belle-mère qui le dévalorisait aux yeux de son épouse. À part sa femme et ses enfants, les relations sociales du recourant étaient donc déjà pauvres au début de sa maladie. Elles sont inexistantes depuis son retour en Suisse, à part les contacts avec ses enfants et le deuxième mari de sa mère. Le recourant a également participé activement aux programmes pour le dos qui lui ont été proposés et s'est montré compliant aux traitements antalgiques. Il est vrai qu'il ne prend pas de traitement antidépresseur. Toutefois, il ne lui a pas été proposé et il ne s'est pas opposé à un tel traitement. Quant aux comorbidités, il est difficile de savoir ce qui constitue la cause de son handicap fonctionnel, se manifestant par une extrême difficulté de s'asseoir, et ce qui doit être considéré comme une comorbidité. En admettant que c'est le trouble de la personnalité qui a provoqué les limitations fonctionnelles, il sied de reconnaître qu'il y a des comorbidités sous forme d'un trouble dépressif, présent à plusieurs reprises dans son histoire, comme l'expose le Dr G_____ et comme cela ressort du dossier médical, et d’une anxiété.

Par conséquent, une incapacité de travail doit être admise dès avril 2011. Dans la mesure où le recourant a déposé sa demande en septembre 2012, le droit à la rente naît en mars 2013.

9. Le recours sera ainsi admis, la décision querellée réformée dans le sens que le recourant a droit à une rente d'invalidité entière dès le 1er mars 2013.

10. Le recourant obtenant gain de cause, une indemnité de CHF 2'500.- lui est octroyée à titre de dépens.

11. L'intimé qui succombe sera condamné au paiement d'un émolument de justice 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.
3. Réforme la décision du 26 avril 2022 dans le sens que le recourant est mis au bénéfice d'une rente entière dès le 1er mars 2013.
4. Alloue au recourant une indemnité de CHF 2'500.- à titre de dépens, à la charge de l'intimé.
5. Met un émolument de CHF 200.- à la charge de l'intimé.
6. 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	La présidente suppléante
Nathalie LOCHER	Maya CRAMER

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