



POUVOIR JUDICIAIRE

A/4009/2017

ATAS/278/2020

COUR DE JUSTICE
Chambre des assurances sociales

Arrêt du 8 avril 2020

4^{ème} Chambre

En la cause

Monsieur A_____, domicilié à GENÈVE, représenté par APAS-
Association pour la permanence de défense des patients et des
assurés

recourant

contre

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

intimé

**Siégeant : Catherine TAPPONNIER, Présidente; Christine LUZZATTO et Christine
WEBER-FUX, Juges assesseures**

EN FAIT

1. Monsieur A_____ (ci-après l'assuré), né en 1959 en Bosnie-Herzégovine, a bénéficié d'une formation de grutier, est arrivé en Suisse en 2000. Dès juin 2002, il a travaillé à plein temps en tant qu'ouvrier agricole au service de B_____, Exploitation agricole (ci-après l'employeur).
2. L'assuré a été projeté contre un mur par une ruade de vache à la fin du mois de mars 2014, puis a chuté sur les fesses le 6 avril 2014 en descendant un escalier avec des cannes. Il a été, dès cette date, en incapacité de travail, en raison notamment de lombalgies.
3. Le 15 octobre 2014, l'assuré a déposé une demande de prestations auprès de l'office de l'assurance-invalidité du canton de Genève (ci-après l'OAI).
4. Selon un questionnaire daté du 4 novembre 2014, l'employeur a indiqué que le salaire annuel de l'assuré était de CHF 44'400.- depuis 2012 et que sans atteinte à la santé, il aurait été identique en 2014.
5. Par rapport du 26 novembre 2014, le docteur C_____, médecin traitant, a diagnostiqué, avec effet sur la capacité de travail de l'assuré, un status post contusion du mollet gauche, des douleurs lombaires invalidantes suite à une chute dans les escaliers le 6 avril 2014, une scoliose à convexité gauche à sommet L2, une rupture-arrachement partiel du tendon commun des extenseurs, une artério-sclérose de grade II, un état anxio-dépressif et une hémoptysie (suspicion d'embolie pulmonaire). L'incapacité de travail de l'assuré était totale depuis le 7 avril 2014.
6. À la demande de l'assureur perte de gain maladie de l'employeur, le docteur D_____, spécialiste FMH en pneumologie et médecine interne, a constaté l'absence de pathologie respiratoire influençant la capacité de travail de l'assuré (rapports des 8 décembre 2014 et 27 janvier 2015).
7. À la demande de l'assureur perte de gain maladie de l'employeur, le docteur E_____, spécialiste FMH en rhumatologie et médecine interne, a, par rapport du 6 mars 2015, diagnostiqué, avec effet sur la capacité de travail de l'assuré, des tendinopathies et des lésions partielles de la coiffe des rotateurs de l'épaule droite ainsi que des lombalgies chroniques. L'assuré présentait également des douleurs au membre inférieur droit sans répercussion sur sa capacité de travail. La capacité de travail de l'assuré était nulle dans son activité d'ouvrier agricole dès le 25 juin 2014. Dans une activité adaptée, la capacité de travail était entière, avec une éventuelle diminution du rendement estimée à environ 10%, liée à une diminution de la vitesse d'exécution de certaines tâches impliquant le membre supérieur droit et la prise éventuelle de pauses supplémentaires. Les limitations fonctionnelles étaient : pas de port de charges au-delà de 10 kg de manière ponctuelle et 5 kg de manière répétitive, pas de travaux de force et répétitifs impliquant le membre supérieur droit principalement au-delà de l'horizontale. Selon l'expert, l'examen clinique et radiologique expliquait partiellement la symptomatologie douloureuse, son status, son intensité et ses localisations. Il existait de nombreux signes de surcharges

fonctionnelles témoignant d'un syndrome douloureux chronifié, trouble pouvant s'inscrire dans le contexte d'une diminution du seuil de tolérance de la douleur dans le cadre d'une comorbidité psychologique associée.

8. Par avis du 15 juin 2015, le service médical régional AI (ci-après le SMR) s'est rallié aux conclusions du Dr E_____. Vu l'existence d'un syndrome douloureux chronique, il convenait de soumettre l'assuré à une expertise psychiatrique.
9. À la demande de l'OAI, le docteur F_____, spécialiste FMH en psychiatrie et psychothérapie, a, par rapport du 20 avril 2018 (recte: 2017), conclu que l'assuré ne présentait aucune atteinte ayant une incidence sur sa capacité de travail. Les diagnostics étaient un syndrome douloureux somatoforme persistant (F45.4) et un épisode dépressif moyen, avec syndrome somatique (F32.11). La capacité de travail de l'assuré était entière dans son activité habituelle. Après les deux accidents survenus en 2014, il avait vraisemblablement présenté une incapacité de travail complète transitoire, sur une durée de quelques mois, dans le cadre d'un trouble de l'adaptation. Mais pour la suite, il n'y avait pas eu d'incapacité de travail médicalement justifiée. Selon l'expert, l'assuré présentait une personnalité sans trouble caractérologique marqué. Il ne faisait pas état de difficultés dans tout son parcours pour s'adapter aux situations de la vie courante, aux stress durant son adolescence, son parcours scolaire, ses activités professionnelles et à la période de la guerre. Les difficultés psychiques étaient décrites exclusivement après le début de la période d'incapacité de 2014. Par ailleurs, l'expert avait contacté le docteur G_____, spécialiste FMH médecin praticien spécialisé dans les soins aux victimes de la violence organisée, lequel avait évoqué un diagnostic de « modification durable de la personnalité après une expérience de catastrophe ». L'expert estimait cependant que les critères pour retenir ce diagnostic ne semblaient pas réunis.
10. Par avis du 7 juin 2017, le SMR a retenu que l'assuré présentait une tendinopathie de la coiffe des rotateurs de l'épaule droite et des lombalgies chroniques entraînant une capacité de travail nulle dès le 6 avril 2014 dans son activité habituelle, mais entière dans une activité adaptée (sans port de charges de plus de 10 kg, sans mouvement du bras droit au-dessus de l'horizontale et avec une alternance des positions). Le trouble somatoforme douloureux persistant non incapacitant, l'épisode dépressif léger à moyen, la hernie hiatale avec reflux gastro-oesophagien et une gastrite à *Helicobacter Pylori* n'étaient pas du ressort de l'assurance-invalidité.
11. Le 15 juin 2017, l'OAI a déterminé le degré d'invalidité de l'assuré, en comparant le salaire sans invalidité de CHF 45'049.- avec le salaire avec invalidité de CHF 53'162.-, établi selon les données statistiques de l'Enquête suisse sur la structure des salaires (ci-après ESS 2014) TA1_tirage_skill_level, pour un homme, niveau 1, avec un abattement de 20% pour tenir compte des années de service, de l'âge et des limitations fonctionnelles. Il en résultait un degré d'invalidité de 0%.

12. Par décision du 31 août 2017, reprenant les termes de son projet de décision du 15 juin 2017, l'OAI a nié le droit de l'assuré à une rente d'invalidité. Sa capacité de travail était nulle dans l'activité habituelle dès le 6 avril 2014, mais entière dans une activité adaptée. La comparaison des gains sans invalidité (CHF 45'049.-) et avec invalidité (CHF 53'162.-) aboutissait à un degré d'invalidité de 0%.
13. Par acte du 2 octobre 2017, l'assuré, par l'intermédiaire de son conseil, a interjeté recours contre cette décision, concluant, sous suite de frais et dépens, préalablement, à la mise en œuvre d'une expertise psychiatrique et, principalement, à l'annulation de la décision et à l'octroi d'une rente entière d'invalidité dès le 15 avril 2015.

Selon le recourant, l'expertise du Dr F_____ ne pouvait se voir reconnaître pleine valeur probante et il convenait de suivre les conclusions du Dr G_____. Subsidiairement, il fallait prendre en compte une perte de rendement en raison de ses limitations fonctionnelles physiques et psychiques et retenir un abattement de 25% en raison de l'âge, du handicap, des années de service, de la nationalité et du taux d'occupation.

À l'appui de ses griefs, le recourant a produit un rapport établi le 30 août 2017 par le Dr G_____ diagnostiquant des lésions à l'épaule droite (rupture tendineuse), des lombalgies et des céphalées chroniques, un trouble anxieux, une modification durable de la personnalité après une expérience de catastrophe (F62.0) ainsi qu'un état dépressif modéré. La capacité de travail du recourant était fortement limitée. À son arrivée en Suisse, le recourant avait été adressé au service des urgences psychiatriques des Hôpitaux universitaires de Genève (ci-après les HUG) pour un état de stress post-traumatique chronique et un état dépressif. Il avait d'abord été suivi par la Consultation Santé Migrants aux HUG, puis notamment par le docteur H_____, spécialiste FMH en psychiatrie et psychothérapie. Son état s'était stabilisé et le recourant avait trouvé un travail régulier dans un cadre protégé. Par la suite, plusieurs événements traumatiques (incendie de la ferme où il travaillait, suicide du fils de son patron, accident de travail, difficultés familiales) avaient réactivé les symptômes d'un état de stress post-traumatique lié aux violences de guerre massives subies dans son pays. Ainsi, le recourant était venu en consultation fin 2004, suite à l'incendie de la ferme et au suicide du fils de son patron, et il présentait alors une récurrence ou une aggravation sévère d'un état de stress post-traumatique chronique. Grâce à un traitement médical et à un soutien psychologique régulier, son état s'était stabilisé, restant néanmoins fragile. Le recourant était revenu en consultation fin 2014 pour une nouvelle décompensation des troubles psychologiques. Selon le Dr G_____, l'expertise du Dr F_____ était incomplète. Les troubles actuels étaient présents avant l'accident de 2014 et les diagnostics d'état de stress post-traumatique et d'état dépressif avaient été posés en 2001 déjà. L'expertise ne prenait pas suffisamment en compte l'aspect cumulatif des traumatismes récents qui se superposaient à un stress chronique ancien.

14. Par réponse du 24 novembre 2017, l'intimé a conclu au rejet du recours, considérant que l'expertise rhumatologique du Dr E_____ du 4 mars 2015 concluait à une capacité de travail entière dans une activité adaptée et que le rapport du Dr F_____ devait se voir reconnaître pleine valeur probante.

L'intimé a joint à ses écritures un rapport du SMR du 24 novembre 2017, selon lequel le rapport du Dr G_____ n'était pas de nature à modifier ses conclusions du 7 juin 2017. Rien dans l'anamnèse ne démontrait objectivement que le recourant avait souffert d'une quelconque maladie psychiatrique dans les suites de l'événement. Des éléments socio-culturels et subjectifs imprégnaient le rapport du Dr G_____.

15. Lors d'une audience du 23 mai 2018 devant la chambre de céans :

a. Le recourant a déclaré : « Je pense souffrir plutôt de problèmes psychiques. Ce que j'ai vécu pendant la guerre en Bosnie-Herzégovine a certainement un rôle dans ces problèmes. J'ai vu un psychiatre à mon arrivée en Suisse. J'ai subi un traumatisme qui a commencé en Bosnie. J'ai dû m'échapper et faire un long parcours pour sauver ma vie. Depuis 2003 ou 2004, je suis suivi deux fois par mois par un psychiatre, le Dr G_____. En 2003, j'ai vécu un événement qui m'a fortement perturbé. Je travaillais à la ferme de I_____. Le fils du patron a mis le feu au domaine, tuant ainsi 70 vaches et détruisant toutes les machines et les bâtiments avant de se suicider. C'est moi qui ai trouvé le fils pendu. J'ai donc éprouvé le besoin de me faire suivre à nouveau par un psychiatre. J'ai pu, grâce à ce suivi, continuer à travailler dans la ferme qui a été reconstruite. Mon employeur est décédé en 2013 de mort naturelle. La fille de mon employeur a repris l'exploitation du domaine, mais en a réduit l'activité, ne gardant que la partie viticole. Mon contrat a été modifié pour un temps partiel à 50% et j'aurais dû aller au chômage pour le reste, mais le 5 avril 2014, j'ai été gravement blessé par une vache. J'ai été en arrêt de travail pendant trois mois, mais après je n'ai pas pu reprendre le travail. J'ai repris le travail dix jours, mais le traumatisme s'est réactivé. J'avais des sensations d'étouffement. Il y a eu une suite d'événements, ceux de 2003, puis le fait que tout ce que j'avais investi dans mon travail était « bazaré » par ma nouvelle patronne. Je ne m'y retrouvais plus. J'étais mal, mal. Je ne pouvais pas continuer à travailler. J'ai vu de manière un peu plus intense le Dr G_____, deux ou trois fois par mois, et la thérapie médicamenteuse a été augmentée. Le Dr G_____ m'a suivi régulièrement depuis 2003, mais j'ai également vu d'autres psychiatres, notamment à l'hôpital. J'ai également vu le Dr H_____. Le Dr G_____ supervisait la situation. Il connaissait tout mon parcours. En 2002, j'ai commencé à prendre des médicaments. Je les ai pris régulièrement depuis lors, avec des changements de médication, selon l'état de stress dans lequel je me trouvais. En fait, les médecins n'ont changé que l'intensité des médicaments. Il me semble que c'est du Remeron. Cela a toujours été le même médicament depuis le début. De 2003 à 2014, mon état a empiré de jour en jour. J'arrivais à travailler pendant cette période. Mon patron était un bon employeur. Nous arrivions à communiquer avec

des gestes. Lorsque j'étais en arrêt de travail dans les trois mois après avoir reçu un coup de la vache, je suis tombé dans les escaliers dans mon immeuble. J'ai eu un trouble de conscience et je suis tombé. La vache m'a poussé contre un mur et j'ai été ainsi blessé à l'épaule et à la jambe droites. Je n'ai pas été blessé dans ma chute dans les escaliers de mon immeuble.

Au niveau physique, j'ai actuellement un sentiment de faiblesse et de fatigue permanent. Je suis sans force et je sens que je perds le peu de force que j'ai. Je n'ai pas de douleurs dans le corps, parfois des douleurs dans l'épaule. J'ai des maux de tête fréquents. J'ai une incapacité de me plier en raison de mon dos. Je n'arrive pas à rester assis longtemps. J'ai été voir un médecin à Lausanne qui a décrété que j'étais incapable de travailler à 100% dans l'activité habituelle antérieure en raison du dos. Je ne pense pas pouvoir travailler même dans une activité adaptée en raison de mon dos qui est très souffrant et en raison de mes problèmes psychiques principalement. Tout me dérange. Le pire est que je n'arrive pas à dormir et à me reposer. C'est en raison de mon traumatisme (...). Je suis des cours de français depuis 4 ans et le résultat est nul. Je ne retiens rien. Je confirme ce que ma fille a dit. Il m'arrive d'oublier des choses. Je confirme aussi que je ne peux pas lever le bras haut. Le médecin ne veut pas m'opérer l'épaule. Je me souviens avoir eu un entretien avec l'expert psychiatre à Plainpalais. Il ne m'a pas demandé beaucoup de choses. Une interprète était présente. Je n'ai pas de souvenirs précis. Je dirais qu'il m'a posé cinq ou six questions et c'était tout. »

b. La fille du recourant a déclaré : « Je souhaite indiquer que mon père oublie les choses. Un jour, je lui ai laissé mon enfant de deux ans et demi pendant 30 minutes et il est allé se coucher. J'ai retrouvé mon enfant seul sur le balcon. Lorsque ma mère l'envoie à la pharmacie, il oublie où il doit aller et ce qu'il doit acheter. Il y a un premier épisode qui s'est passé trois ans auparavant qui m'a fait remarquer ce problème de mémoire et je vois que c'est de pire en pire. Il m'avait oubliée alors que j'étais en train de faire les courses dans un magasin et il est rentré à la maison. On ne peut pas lui faire confiance et compter sur lui en raison de ses problèmes de mémoire. Je pense que cela l'empêche de dormir. Mon père ne voudra pas vous le dire, mais il ne peut pas mettre sa veste tout seul, car il ne peut pas lever le bras. »

c. Le conseil du recourant a fait valoir qu'un consilium entre l'expert psychiatre et l'expert rhumatologue aurait dû être effectué et a conclu à ce que la chambre de céans ordonne une expertise psychiatrique et rhumatologique et confronte les Drs F_____ et G_____.

d. L'intimé a, quant à lui, maintenu sa position.

16. Par écriture du 18 juillet 2018, le recourant a fait valoir que le calcul de la perte de gain effectué par l'intimé était erroné, étant donné qu'il convenait de procéder à un parallélisme des revenus et de prendre en compte un abattement de 25%. Relevant qu'ils étaient postérieurs à l'expertise du Dr E_____, laquelle remontait à plus de trois ans, le recourant a versé à la procédure les deux rapports médicaux suivants:

- un rapport du 5 septembre 2016 établi par les doctresses J_____, spécialiste FMH en anesthésiologie, K_____, spécialiste FMH en médecine interne générale, le professeur L_____, spécialiste FMH en rhumatologie et médecine interne générale, et Madame M_____, psychologue, auprès de la consultation ambulatoire de la douleur des HUG, diagnostiquant des douleurs chroniques post-traumatiques de l'épaule droite avec une rupture partielle du tendon sus-épineux et un status post-capsulite rétractile de l'épaule droite avec récupération partielle, des lombalgies chroniques avec composante inflammatoire, un état anxieux moyen et un état dépressif sévère ainsi qu'une possible polyneuropathie des membres inférieurs.
 - un rapport établi le 6 octobre 2016 par la doctresse N_____, spécialiste FMH en rhumatologie et médecine interne, selon lequel le recourant présentait une capsulite au décours et une rupture transfixiante du sus-épineux, avec un probable syndrome douloureux chronique surajouté. Il n'avait pas récupéré les amplitudes et une limitation fonctionnelle persistait.
17. Par écriture du 7 août 2018, l'intimé a joint un avis du SMR du 6 août 2018 auquel il se ralliait. Selon le SMR, les deux rapports précités ne faisaient que confirmer la situation médicale et les limitations déjà retenues. Seules les plaintes subjectives et les facteurs psychosociaux (bénéfices secondaires) jouaient un rôle dans une activité adaptée aux limitations fonctionnelles d'épargne de l'épaule droite et du dos. Par conséquent, les conclusions du SMR du 7 juin 2017 devaient être maintenues. L'intimé a ajouté que la mise en œuvre d'une expertise complémentaire était inutile. Enfin, il n'y avait pas lieu de procéder à un parallélisme des revenus et un abattement de 20% avait déjà été pris en considération pour tenir compte de l'âge, des années de service et des limitations fonctionnelles.
 18. Par écriture du 14 août 2018, le recourant a contesté l'avis du SMR du 26 juillet 2018. Le Dr G_____ avait relevé, de manière complète et motivée, que les diagnostics psychiatriques justifiaient son incapacité de travail.
 19. Le 15 février 2019, la chambre de céans a constaté, vu les investigations effectuées et les nouveaux diagnostics posés postérieurement à l'expertise du Dr F_____ du 6 mars 2015, l'absence au dossier d'une appréciation médicale probante portant sur l'évolution jusqu'au 31 août 2017 (date de la décision litigieuse) des troubles somatiques du recourant et sur leurs éventuelles répercussions sur sa capacité de travail. En conséquence, elle a ordonné une expertise psychiatrique et rhumatologique qu'elle a confiée aux docteurs O_____, spécialiste FMH en psychiatrie et psychothérapie, et P_____, spécialiste FMH en rhumatologie.
 20. Le 12 octobre 2019, le Dr P_____ a transmis son rapport d'expertise à la chambre des assurances sociales en précisant avoir reçu l'assuré à deux reprises, les 26 juin et 3 juillet 2019, en présence d'une traductrice professionnelle, après avoir étudié de façon exhaustive l'ensemble de son dossier. Il avait examiné l'assuré et lui avait soumis des auto-questionnaires psychométriques validés dans sa langue, à

l'exception d'un seul qui avait été rempli avec l'aide de la traductrice. Sur cette base, il livrait ses conclusions fondées sur son expérience clinique, mais surtout sur les données de la littérature la plus récente, dont les références étaient citées en fin du rapport. Celui-ci résume les pièces du dossier, contient une anamnèse familiale et socio-professionnelle, les antécédents personnels, une anamnèse par systèmes, les plaintes de l'assuré et un status suite à un examen général et rhumatologique de l'assuré.

S'agissant de ses occupations quotidiennes, l'assuré se levait vers 6h-6h15, faisait sa toilette, puis allait faire une promenade jusqu'à 8h-8h30. Il prenait ensuite son petit-déjeuner, puis restait à la maison ou allait faire des courses avec son épouse. Il se déplaçait à pied. Vers 11h30, il allait chercher ses deux petits-enfants à l'école, toute proche, pour le repas de famille. Vers 13h, il ramenait les enfants à l'école, puis son après-midi se passait de façon variable. Il pouvait rencontrer des amis au centre bosniaque ou dans les parcs ou allait se promener seul devant chez lui. Deux fois par semaine, il suivait des cours de français qu'il se plaignait de ne pas pouvoir assimiler, ce qui représentait un motif de frustration supplémentaire pour lui. Il se couchait tôt et sa nuit était systématiquement troublée par des insomnies essentiellement dues au stress chronique découlant de ses expériences traumatiques antérieures et de sa situation actuelle.

L'expert a posé les diagnostics avec effet sur la capacité de travail de :

- scapulalgies droites chroniques post-rupture partielle de la coiffe des rotateurs de l'épaule droite, dans les suites d'un traumatisme direct (ruade de bétail en 2014), compliquées par une capsulite rétractile séquellaire (M75.0,S46.0) ;
- suralgie droite séquellaire à un traumatisme (ruade de bétail en 2014) du mollet droit (T13.5) ;
- lombalgies chroniques non-spécifiques persistantes avec troubles statiques et dégénératifs rachidiens et dysbalance musculaire et micro-instabilité segmentaire lombaire basse (M54.5) ;
- syndrome de déconditionnement global (physique et psychologique) dans le contexte d'une kinésiophobie et d'un état anxieux chronique (6E40.Z);
- syndrome de sensibilisation centrale à la douleur (R52.2,XC8H).

Il s'agissait d'un ressortissant bosniaque, âgé de 60 ans révolus, ayant, après une scolarité primaire, fonctionné comme grutier dans son pays d'origine jusqu'à l'éclatement du conflit des Balkans en 1992. Durant le tragique épisode de Srebrenica, il avait été déporté et séparé de sa famille avant d'échapper au massacre en tuant pour se défendre. Par la suite, il avait appris la disparition de son père et de son frère aîné dans le conflit. Ayant retrouvé sa famille, il avait tenté un retour à son domicile à la fin des hostilités, mais, sous la menace de nouvelles violences interethniques et l'absence de travail stable, il avait demandé l'asile pour lui et les siens en Suisse en 2002.

Dès son arrivée, il avait été confié au service de psychiatrie d'urgence qui l'avait pris brièvement en charge, après avoir posé un diagnostic de syndrome de stress post-traumatique. Il avait pu par la suite trouver une place de travail comme ouvrier agricole chez un patron compréhensif par rapport à sa méconnaissance totale du français et avait fonctionné de façon stable et sans problème physique jusqu'en 2014 hormis :

- une reviviscence du traumatisme de Srebrenica en 2003, lorsqu'il avait découvert le corps du fils de son patron qui, après avoir bouté le feu à l'étable et tué 70 têtes de bétail, s'était suicidé par pendaison dans la grange ;
- l'apparition nouvelle dès 2012 de lombalgies chroniques non-spécifiques, mécaniques sur une micro-instabilité lombaire cliniquement certaines qui allaient, suite aux événements de 2014, se chroniciser.

Sur ce fond de lombalgies mécaniques banales, la situation professionnelle de l'assuré s'était gâtée à la mort de son patron, en 2013, lorsque le domaine avait été repris par la fille de celui-ci. Elle avait modifié ses conditions de travail et s'était montrée nettement moins compréhensive vis-à-vis de son ignorance du français, créant ainsi une situation conflictuelle entre eux. Dans ce contexte, il avait eu son premier accident à la fin du mois de mars 2014 (ruade de vache), qui avait entraîné une contusion apparemment importante de son mollet droit et une lésion de son épaule droite, s'ajoutant aux lombalgies.

L'assuré avait subi un second accident, le 6 avril 2014. En descendant un escalier avec des cannes, il avait chuté sur les fesses, ce qui avait exacerbé ses lombalgies et conduit à son arrêt de travail définitif à la même date.

L'évolution avait glissé progressivement vers une diminution drastique et inévitable des capacités physiques de l'assuré. Sa déchéance physique avait très rapidement provoqué chez lui une détresse psychologique, en raison de son incapacité à faire face à ses limitations fonctionnelles et à sa douleur. Cette détresse avait progressivement pris le dessus sur ses capacités de résilience et accéléré encore les pertes physiques initiales, conduisant à un cercle vicieux douleurs - déconditionnement physique - syndrome de déconditionnement global, douleurs - sensibilisation centrale. Le mécanisme de cette aggravation physique était à rechercher dans la situation de stress majeur que l'assuré vivait depuis l'aggravation brutale post-traumatique de son état de santé, puis par son licenciement conflictuel. Les conséquences négatives d'une telle situation de stress avaient été démontrées expérimentalement chez des sujets sains. L'incapacité d'un sujet à assumer une tâche qu'on lui avait dévolue se traduisait entre autres par une augmentation des dépenses énergétiques musculo-squelettiques, une perte de l'harmonie de la gestuelle et une surcharge musculo-tendineuse articulaire ainsi qu'une surcharge cardiovasculaire diminuant les capacités d'endurance et conduisant à l'épuisement physique correspondant au déconditionnement.

À son tour, cette situation avait entraîné l'axe central du processus psychosomatique, à savoir la kinésiophobie. Elle allait faire le lien dynamique entre les altérations physiques et leur traduction au niveau de la perception par le patient de ses difficultés : la crainte instinctive d'une aggravation de la situation par une activité ou une gestuelle jugée inadaptée, puisqu'ayant déjà provoqué antérieurement les mêmes symptômes, devenait l'obstacle principal à la résolution du problème au niveau physique. En effet, le patient, craintif devant toute activité, adoptait une attitude passive et attentiste dans l'espoir d'une solution externe au problème. Il était démontré que si l'on n'intégrait pas dans les prises en charge la correction de la kinésiophobie par des techniques cognitivo-comportementales, par exemple, permettant de comprendre les différentes composantes du problème, le pronostic de récupération était extrêmement défavorable. La chronicisation pouvait désormais se mettre en route. C'était la situation qui prévalait actuellement chez l'assuré.

Aujourd'hui, son état de santé physique était altéré de façon majeure par la chronicisation d'un syndrome de déconditionnement global (physique et psychologique) majeur, entraînant des limitations fonctionnelles aussi bien en raison de ses douleurs que du déconditionnement physique, aggravé par une kinésiophobie importante nouvelle, à côté d'un syndrome de sensibilisation centrale de la douleur, le tout d'installation progressive depuis 2014, dans le contexte d'une fragilité psychologique également nouvelle reposant sur un état réactionnel à sa situation et clairement verbalisée et ses troubles du sommeil persistants, ainsi que sur un fond de diagnostic d'état de stress post-traumatique dûment diagnostiqué, mais qui n'avait jamais été pris en charge dans les règles de l'art en milieu spécialisé.

Cette situation rendait toute reprise de travail dans n'importe quelle activité impossible, en l'absence d'un traitement correct et adéquat.

Il était vraisemblable qu'à travers une prise en charge multimodale, bienveillante et constante, assortie d'un coaching médical et assécurologique au long cours, l'assuré pourrait retrouver une capacité de travail au moins partielle. Celle-ci méritait d'être tentée à travers une démarche de détection précoce/intervention précoce, utilisant toutes les possibilités multidisciplinaires offertes par la collaboration interinstitutionnelle (CII), laquelle lui avait semblé trop peu sollicitée dans le cadre des mesures d'assurance-invalidité adultes, vers une prise en charge au long cours, parallèlement à un réentraînement au travail, d'abord en atelier protégé, puis, en fonction de l'évolution, dans un milieu plus exigeant.

Même si cela pouvait paraître utopique, l'assuré pourrait retrouver une capacité de travail utilisable s'il était possible de le remettre dans un cadre sécurisé, même avec un salaire partiellement social. Une telle solution serait bien supérieure à l'octroi d'une rente ou au refus de celle-ci, qui conduirait alors à coup sûr l'assuré à se tourner vers l'aide sociale.

21. À teneur du rapport établi par le Dr O _____ le 14 octobre 2019, son expertise se fondait sur l'étude du dossier de l'assuré et deux entretiens, d'une durée totale de 3 heures 45 avec celui-ci, les 28 juin et 24 juillet 2019, effectués avec l'assistance d'une interprète. Une des filles de l'expertisé avait également été entendue. Le rapport contient une anamnèse personnelle détaillée ainsi que des anamnèses professionnelle, médicale et psychiatrique. Le rapport décrit les plaintes de l'assuré et contient un status psychiatrique.

L'assuré se plaignait de troubles du sommeil avec cauchemars récurrents et réveils multiples. Il faisait état de souvenirs intrusifs de la guerre de Bosnie, qui étaient réactivés par des événements externes actuels. Il se disait irritable, par exemple s'il était avec ses petits-enfants qui faisaient du bruit. Il mentionnait également des troubles de la concentration et des troubles mnésiques, expliquant qu'il ne fixait rien. Sur le plan social, il évitait volontairement les contacts sociaux extra-familiaux, sans se plaindre de cet isolement relatif. Concernant sa journée type, l'assuré relatait avoir un sommeil très irrégulier avec des réveils fréquents. Si l'insomnie se prolongeait, il lui arrivait de sortir en pleine nuit pour se promener. La journée, il se promenait seul, pendant deux à trois heures, selon un itinéraire qui était toujours le même. Il se rendait de son domicile chez l'une de ses filles, puis rentrait chez lui. Il était dépendant de son épouse pour la plupart des activités de la vie quotidienne. Il lui arrivait d'aider en passant l'aspirateur. Il se rendait à la mosquée une fois par semaine mais évitait de rencontrer des compatriotes afin de ne pas raviver de mauvais souvenirs. Il avait accès à un petit potager où il aimait se rendre à la belle saison pour travailler la terre. Il s'agissait d'une activité qui lui procurait du plaisir, comme de regarder des matchs de football à la télévision.

L'expert a posé le diagnostic de trouble de stress post-traumatique, selon les critères du DSM-5 (5ème édition du Manuel diagnostique et statistique des troubles mentaux) :

A. L'assuré avait été directement exposé à un ou plusieurs événements traumatiques avant, pendant et après la chute de Srebrenica. Son récit paraissait crédible et les faits relatés correspondaient à ce qui était documenté à propos de ces événements.

Il avait été témoin direct d'un ou de plusieurs événements traumatiques survenus à d'autres personnes. En plus d'avoir dû tuer des ennemis, il avait dû marcher sur des cadavres et ramasser des morceaux de corps humains.

Il avait également appris qu'un ou plusieurs événements traumatiques étaient arrivés à un membre de sa famille proche ou à un ami proche. Son père et un oncle avait disparu durant les événements de Bosnie, très probablement tués. Leurs corps n'avaient pas été identifiés et ils n'avaient pas de sépultures.

Enfin, l'assuré avait été exposé de manière extrême à des événements traumatiques, notamment lors de la progression de la colonne partie de Srebrenica pour rejoindre Tuzla.

B. L'assuré avait des souvenirs répétitifs, involontaires et envahissants du ou des événements traumatiques provoquant un sentiment de détresse. Il avait également des rêves répétitifs concernant principalement la mort de proches et le fait d'avoir tué des ennemis. Constituait un facteur aggravant, le fait que les dépouilles de proches n'avaient pas été identifiées malgré les exhumations de fosses communes et les recherches génétiques.

Des réactions dissociatives (par exemple flashbacks) étaient décrites par l'expertisé et avaient été observées en entretien, lors du récit des événements vécus en Bosnie. Cela n'allait pas jusqu'à l'abolition complète de l'environnement, mais il y avait une moindre prise en compte de celui-ci.

L'assuré avait un sentiment intense et prolongé de détresse psychologique lors de l'exposition à des indices internes ou externes évoquant ou ressemblant à un aspect du ou des événements traumatiques en cause, par exemple en cas d'images télévisées sur des conflits armés. L'incendie de la ferme où il travaillait en 2003 avait également eu cet effet de rappel, de même que l'accident du travail en 2014.

L'expertisé décrivait des réactions de sursauts et une irritabilité accrue en cas d'exposition à de tels indices.

C. L'expertisé évitait de parler de ce qu'il avait vécu, que ce soit en famille ou avec des compatriotes. Il évitait de regarder les actualités à la télévision pour ne pas réveiller de mauvais souvenirs.

D. L'expert n'avait pas mis en évidence de symptômes amnésiques péri-traumatiques.

L'assuré s'estimait anéanti. Il avait le sentiment d'être rejeté par les autres et des attentes négatives concernant les autres et la société en général. Il y avait des distorsions cognitives persistantes à propos de la cause ou des conséquences d'un ou de plusieurs événements traumatiques qui le poussaient à se blâmer ou à blâmer d'autres personnes, mais relativement peu marquées.

L'assuré était dans un état émotionnel négatif persistant. Il éprouvait de la colère, de la crainte et de la honte.

Il était en net retrait de la vie sociale. Il avait le sentiment d'être devenu étranger par rapport aux autres. Il décrivait très peu d'émotions positives. On trouvait cependant quelques sources transitoires de satisfaction et de plaisirs (petits-enfants, travail au potager).

E. L'assuré était irritable. Il ne devenait pas agressif, mais évitait les situations ou sortait se promener.

Il n'y avait pas de comportement irréflecti ou autodestructeur ni d'hypervigilance ou de réactions de sursaut exagérées durant l'entretien, mais l'expertisé décrivait des réactions de sursaut dans la vie quotidienne. D'après l'anamnèse et l'hétéro-anamnèse, les difficultés de concentration de l'assuré étaient majeures, avec des

difficultés pour tenir des engagements comme surveiller ses petits-enfants. La concentration était suffisante pour répondre aux questions et dialoguer pendant les entretiens.

Son sommeil était perturbé avec de multiples interruptions. Il était agité et raccourci, avec des cauchemars.

La perturbation durait plus d'un mois et l'évolution était chronique. La perturbation entraînait une souffrance cliniquement significative et une altération du fonctionnement social, professionnel et dans tous les domaines en général. Elle n'était pas imputable aux effets physiologiques d'une substance, l'assuré n'en consommant pas et ne buvant pas d'alcool.

L'expert précisait que pour poser le diagnostic, il avait choisi de se référer au DSM-5 (2013) car il était plus récent que la CIM-10 (1992) et rendait plus complètement compte des caractéristiques cliniques et épidémiologiques du trouble de stress post-traumatique. L'expert n'avait pas retenu de diagnostic additionnel. Il relevait toutefois que l'expertisé présentait beaucoup de critères de la catégorie D (altérations négatives des cognitions et de l'humeur), qui étaient bien ancrés. Ils correspondaient à la notion de modification durable de la personnalité après une expérience de catastrophe des classifications plus anciennes et constituaient un facteur de mauvais pronostic.

Compte tenu de l'importance des plaintes mnésiques, un diagnostic de démence, type Alzheimer, pouvait être évoqué. Toutefois, compte tenu de la chronicité des troubles et de l'absence d'autres atteintes typiquement associées (troubles phasiques et praxiques), on pouvait raisonnablement l'exclure.

Les atteintes psychiques étaient documentées depuis 2001, soit peu de temps après l'arrivée en Suisse de l'expertisé. On notait des périodes de rémission partielle et des période d'aggravation, notamment en 2003 et 2014.

L'anamnèse, les hétéro-anamnèses et le parcours de l'expertisé concordaient. L'observation s'était déroulée sur un temps court, qui ne permettait qu'une objectivation partielle des plaintes. Les atteintes diagnostiquées limitaient de façon importante la gestion du quotidien. L'expert n'avait pas constaté d'exagération des symptômes ou de constellations semblables. Toutefois, la vision négative que l'expertisé avait de lui-même, de ses performances et de la société pouvait contribuer à péjorer le tableau.

L'expertisé avait bénéficié d'un soutien médico-psychologique et de traitements médicamenteux en fonction de symptômes-cibles tels que l'anxiété, la dépression ou l'insomnie. L'évolution avait été fluctuante. L'assuré n'avait pas fait preuve de résistance à l'égard des traitements proposés. À la connaissance de l'expert, une prise en charge spécialisée ne lui avait toutefois pas été proposée. La compliance était bonne. À la connaissance de l'expert, il n'y avait pas eu de dosages plasmatiques de médicaments.

Une thérapie spécialisée chez un médecin psychiatre psychothérapeute FMH n'avait pas été mise en place ni proposée à l'assuré à la connaissance de l'expert.

Les limitations étaient uniformes dans tous les domaines, professionnels mais aussi personnels. L'activité sociale s'était appauvrie au fil des années et notamment depuis que l'expertisé ne travaillait plus (2014). L'activité habituelle de grutier était impossible en raison des graves troubles de la concentration de l'assuré. Comme ouvrier agricole, les troubles de la concentration, le déconditionnement, les troubles du sommeil et les difficultés à travailler au sein d'une collectivité limitaient les possibilités fonctionnelles.

Une activité occupationnelle à temps partiel (20%) dans le domaine du maraîchage ou du jardinage paraissait possible, mais dans un milieu protégé et sans pression de rendement.

La capacité de travail dans l'activité habituelle était de 0% tant en tant que grutier qu'ouvrier agricole. Dans une activité adaptée, elle était de 20% dans un milieu protégé.

L'expert a commenté les conclusions des Drs F_____ et G_____. S'agissant de ce dernier, il estimait que ce praticien aurait dû adresser le cas à un spécialiste compte tenu de la gravité des atteintes psychiatriques.

L'assuré disposait de peu de ressources personnelles mobilisables. Le retrait social était important. En revanche, il semblait bien entouré et soutenu par son épouse et ses filles. Il existait une cohérence entre les différentes sources d'information, de même qu'entre les symptômes présentés et les connaissances médicales à propos du traumatisme psychique.

22. Les experts ont présenté un résumé et leurs conclusions consensuelles dans un rapport du 14 octobre 2019. Tant d'un point de vue rhumatologique que psychiatrique, toute reprise de travail était impossible. D'un point de vue psychiatrique, seule une activité occupationnelle à 20% maximum pourrait être envisagée actuellement. Tant sur le plan psychiatrique que rhumatologique, une prise en charge optimale et adaptée n'avait jamais été proposée à l'assuré, en particulier au niveau psychiatrique, alors que les symptômes étaient documentés depuis dix-neuf ans. Les approches thérapeutiques décrites dans l'un et l'autre volets de l'expertise pourraient encore être mises en œuvre. Toutefois, compte tenu d'un contexte peu favorable (âge de l'expertisé, enkystement des troubles et barrière linguistique), le pronostic global sur le plan de la capacité de travail demeurait réservé.
23. Le 1^{er} novembre 2019, le recourant a considéré que les rapports d'expertise étaient conformes aux règles de l'art et qu'il fallait leur accorder une pleine valeur probante. Dès lors, il avait droit à une rente entière d'invalidité dès le 1^{er} avril 2015.
24. Le 11 novembre 2019, l'intimé a contesté la valeur probante de l'expertise judiciaire, sur la base d'un avis du SMR du 8 novembre 2019. Les conclusions de

l'expert-rhumatologue ne pouvaient pas être suivies, car le status ainsi que les limitations fonctionnelles retenues en lien avec l'atteinte somatique étaient en totale contradiction avec l'absence de capacité de travail dans toute activité. Si les limitations fonctionnelles retenues justifiaient une capacité de travail nulle dans l'activité habituelle du recourant, celles-ci étaient compatibles avec une capacité entière dans une activité adaptée (épargne du rachis et du membre supérieur droit). L'incapacité de travail totale dans toute activité retenue par l'expert était principalement, voire uniquement, en lien avec le déconditionnement musculaire de l'assuré et ne pouvait dès lors être suivie.

S'agissant de l'expertise psychiatrique, l'analyse des indicateurs permettait de distancer de l'évaluation médicale de la capacité de travail retenue par l'expert-psychiatre. Le trouble de stress post-traumatique ne pouvait être retenu, car tous les critères du DSM-5 n'étaient pas remplis. La persistance de symptômes d'activation neurovégétative n'était pas présente de manière objective et il n'y avait pas eu de modification des activités sociales ni des loisirs depuis le licenciement, ce qui allait à l'encontre d'une aggravation de l'état de santé. Les conclusions de l'expert-psychiatre n'étaient pas motivées et n'étaient fondées que sur des éléments subjectifs. L'expert retenait des troubles de la concentration qu'il n'avait cependant pas objectivés au moment de l'examen clinique. Par ailleurs, cet examen ne permettait pas d'objectiver une quelconque comorbidité psychiatrique ayant une influence sur la capacité de travail. On ne pouvait pas retenir un échec de tout traitement conforme aux règles de l'art, le recourant n'ayant eu aucun traitement psychotrope, ni suivi psychiatrique. S'agissant des ressources personnelles et du contexte social, il ressortait du rapport d'expertise que le recourant en avait, puisqu'il pouvait se promener, faire des courses avec son épouse, chercher ses deux petits-enfants à l'école et rencontrer des amis au centre bosniaque ou dans les parcs. L'analyse de sa vie quotidienne indiquait qu'il n'existait pas une limitation uniforme dans toutes les activités de la vie quotidienne et montrait que le recourant disposait de ressources personnelles préservées. En conclusion, l'intimé maintenait intégralement ses conclusions.

25. Le 25 novembre 2019, le recourant a relevé que l'intimé ne démontrait pas que des éléments objectivement vérifiables de nature clinique ou diagnostique auraient été ignorés dans le cadre de l'expertise qui seraient suffisamment pertinents pour remettre en cause le bien-fondé de ses conclusions. Il n'y avait aucune incohérence ni contradiction entre les constats objectifs et les diagnostics posés. Il n'y avait pas de lacune dans les expertises et les conclusions étaient bien motivées. S'agissant de l'expertise rhumatologique, il était erroné de prétendre que l'incapacité de travail totale dans toute activité retenue par l'expert était principalement, voire uniquement, en lien avec le déconditionnement musculaire de l'assuré, de sorte que cette conclusion ne pouvait être suivie.

Le syndrome de déconditionnement global était en effet l'un des diagnostics parmi les cinq posés par l'expert, dont des scapulalgies droites chroniques, des suralgies droites et des lombalgies chroniques.

En outre, l'expert indiquait que les plaintes étaient objectivées autant par l'anamnèse que le status ou les explorations psychométriques. Il avait précisé que rien ne permettait de retenir une quelconque exagération des douleurs, celles-ci étant systématisées, délimitées anatomiquement et concordantes. Les limitations au niveau des activités étaient uniformes dans tous les domaines de la vie aussi bien pour le domaine professionnel que personnel, avec une perte de relations sociales. La participation à la vie familiale avait quasiment disparu.

L'expert décrivait précisément les limitations fonctionnelles dans l'activité habituelle et indiquait que la douleur permanente ne permettait pas d'imaginer une activité professionnelle, même sédentaire. Le constat d'incapacité de travail dans l'activité habituelle et dans une activité adaptée était motivé tout comme les critiques formulées contre l'expertise du Dr E_____.

Le SMR tordait manifestement les faits lorsqu'il estimait que l'assuré pouvait rester assis sans plainte durant plus d'une heure, marcher régulièrement et effectuer des petits travaux de jardinage, puisqu'il ressortait précisément des expertises que même ces activités étaient limitées.

S'agissant de l'expertise psychiatrique, les remarques formulées par un médecin interniste du SMR n'avaient pas de valeur probante, celui-ci ne pouvant substituer sa propre appréciation à celle du spécialiste. De surcroît, le SMR faisait une description erronée du quotidien du recourant, lorsqu'il affirmait qu'il conservait des activités quotidiennes bien remplies. En effet, l'expert avait noté qu'il était dépendant de son épouse pour la plupart des activités de la vie quotidienne, qu'il se rendait à la mosquée une fois par semaine et évitait de rencontrer des compatriotes. Ses enfants évitaient de confier leurs propres enfants à leur grand-père, car il les négligeait.

Le SMR prétendait encore que l'examen clinique était symptomatologiquement pauvre, ce qui ne pouvait être admis compte tenu du status psychiatrique développé sur plusieurs pages et des deux longs entretiens menés avec l'expertisé.

Le SMR se trompait encore lorsqu'il affirmait que l'assuré n'avait jamais été suivi par un psychiatre, puisqu'il omettait de prendre en compte les informations données par le Dr G_____, dans son rapport du 30 août 2017, lequel faisait état d'un suivi au service des urgences psychiatriques des HUG, notamment par le Dr H_____. Les événements traumatiques ultérieurs avaient réactivé les symptômes d'un état de stress post-traumatique et conduit le recourant à consulter à nouveau. Un traitement médical et un soutien psychologique avaient bien eu lieu, également à fin 2014, suite à une nouvelle décompensation des troubles. Enfin, après 2014, le recourant n'avait pas poursuivi son activité professionnelle, contrairement à ce qu'affirmait le SMR.

L'analyse sommaire des indicateurs jurisprudentiels faite par le SMR, sous la plume d'un médecin non spécialiste en psychiatrie, manquait de cohérence et était erronée.

En conclusions, les expertises judiciaires devaient se voir reconnaître pleine valeur probante.

26. Sur ce, la cause a été gardée 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. 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.
3. Le délai de recours est de trente jours (art. 56 LPGA; art. 62 al. 1 de la 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).
4. Le litige porte sur le droit du recourant à une rente d'invalidité.
5. Aux termes de l'art. 8 al. 1 LPGA, est réputée invalidité l'incapacité de gain totale ou partielle qui est présumée permanente ou de longue durée.

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).

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. 28 al. 2 LAI).

6. 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.

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. Lors de l'examen du droit à une rente d'invalidité en cas de troubles psychiques, 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; ATF 143 V 409 consid. 4.5 et ATF 143 V 418 consid. 6 et 7), car les maladies psychiques ne peuvent en principe être déterminées ou prouvées que de manière limitée sur la base de critères objectifs. 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.

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 suivants :

- a. Le point de départ est le degré de gravité minimal inhérent au diagnostic. Il doit être rendu vraisemblable compte tenu de l'étiologie et de la pathogenèse de la pathologie déterminante pour le diagnostic. Les constatations relatives aux manifestations concrètes de l'atteinte à la santé diagnostiquée permettent de distinguer les limitations fonctionnelles causées par cette atteinte de celles dues à des facteurs non assurés.

- b. Il convient encore d'examiner le succès du traitement et de la réadaptation ou la résistance à ces derniers. Ce critère est un indicateur important pour apprécier le degré de gravité. L'échec définitif d'un traitement indiqué, réalisé lege artis sur un assuré qui coopère de manière optimale, permet de conclure à un pronostic négatif. Si le traitement ne correspond pas ou plus aux connaissances médicales actuelles ou paraît inapproprié dans le cas d'espèce, on ne peut rien en déduire s'agissant du degré de gravité de la pathologie. Les troubles psychiques sont invalidants lorsqu'ils sont graves et ne peuvent pas ou plus être traités médicalement. Des déductions sur le degré de gravité d'une atteinte à la santé peuvent être tirées non seulement du traitement médical mais aussi de la réadaptation.

- c. La comorbidité psychique ne doit être prise en considération qu'en fonction de son importance concrète dans le cas d'espèce, par exemple pour juger si elle prive

l'assuré de ressources. Il est nécessaire de procéder à une approche globale de l'influence du trouble psychique avec l'ensemble des pathologies concomitantes. Un trouble qui, selon la jurisprudence, ne peut pas être invalidant en tant que tel n'est pas une comorbidité, mais doit à la rigueur être pris en considération dans le cadre du diagnostic de la personnalité.

d. Il convient ensuite d'accorder une importance accrue au complexe de personnalité de l'assuré (développement et structure de la personnalité, fonctions psychiques fondamentales). Le concept de ce qu'on appelle les « fonctions complexes du Moi » (conscience de soi et de l'autre, appréhension de la réalité et formation du jugement, contrôle des affects et des impulsions, intentionnalité et motivation) entre aussi en considération. Comme les diagnostics relevant des troubles de la personnalité sont, plus que d'autres indicateurs, dépendants du médecin examinateur, les exigences de motivation sont particulièrement élevées.

e. Si des difficultés sociales ont directement des conséquences fonctionnelles négatives, elles ne doivent pas être prises en considération. En revanche, le contexte de vie de l'assuré peut lui procurer des ressources mobilisables, par exemple par le biais de son réseau social. Il faut s'assurer qu'une incapacité de travail pour des raisons de santé ne se confond pas avec le chômage non assuré ou avec d'autres difficultés de vie.

f. Il s'agit, encore, de se demander si l'atteinte à la santé limite l'assuré de manière semblable dans son activité professionnelle ou dans l'exécution de ses travaux habituels et dans les autres activités (par exemple, les loisirs). Le critère du retrait social se réfère non seulement aux limitations mais également aux ressources de l'assuré et à sa capacité à les mobiliser. Dans la mesure du possible, il convient de comparer le niveau d'activité sociale de l'assuré avant et après la survenance de l'atteinte à la santé.

g. Il faut examiner ensuite la mesure dans laquelle les traitements sont mis à profit ou alors négligés, pour évaluer le poids effectif des souffrances. Tel n'est toutefois pas le cas lorsque le comportement est influencé par la procédure assécurologique en cours. Il ne faut pas conclure à l'absence de lourdes souffrances lorsque le refus ou la mauvaise acceptation du traitement recommandé est la conséquence d'une incapacité (inévitabile) de l'assuré à reconnaître sa maladie (anosognosie). Les mêmes principes s'appliquent pour les mesures de réadaptation. Un comportement incohérent de l'assuré est là aussi un indice que la limitation fonctionnelle est due à d'autres raisons que l'atteinte à la santé assurée.

8. Le juge vérifie librement si l'expert médical a exclusivement tenu compte des déficits fonctionnels résultant de l'atteinte à la santé et si son évaluation de l'exigibilité repose sur une base objective.

La reconnaissance de l'existence desdits troubles suppose d'abord la présence d'un diagnostic émanant d'un expert (psychiatre) et s'appuyant *lege artis* sur les critères d'un système de classification reconnu (ATF 130 V 396 consid. 5.3).

Ce diagnostic doit être justifié médicalement de telle manière que les personnes chargées d'appliquer le droit puissent vérifier que les critères de classification ont été effectivement respectés. Il suppose l'existence de limitations fonctionnelles dans tous les domaines de la vie (tant professionnelle que privée). Les médecins doivent en outre prendre en considération les critères d'exclusion de ce diagnostic retenus par la jurisprudence (ATF 141 V 281 consid. 2.1.1. et 2.2). Ainsi, si les limitations liées à l'exercice d'une activité résultent d'une exagération des symptômes ou d'une constellation semblable, on conclura, en règle ordinaire, à l'absence d'une atteinte à la santé ouvrant le droit à des prestations d'assurance. Au nombre des situations envisagées figurent la discordance entre les difficultés décrites et le comportement observé, l'allégation d'intenses difficultés dont les caractéristiques demeurent vagues, l'absence de demande de soins, les grandes divergences entre les informations fournies par le patient et celles ressortant de l'anamnèse, le fait que des plaintes très démonstratives laissent insensible l'expert, ainsi que l'allégation de lourds handicaps malgré un environnement psychosocial intact (cf. ATF 131 V 49 consid. 1.2).

9. Ni le déconditionnement issu d'un mode de vie sédentaire et inactif, ni celui lié à une longue interruption de l'activité professionnelle ne suffisent en tant que tels pour admettre une diminution durable de la capacité de travail dans toute activité (cf. arrêts du Tribunal fédéral des assurances I 524/04 du 28 juin 2005 consid. 5 et I 597/03 du 22 mars 2004 consid. 4.1). En revanche, lorsque le déconditionnement se révèle être la conséquence directe et inévitable d'une atteinte à la santé, son incidence sur la capacité de travail ne saurait d'emblée être niée. À cet égard, les éléments empêchant la réadaptation et la réintégration professionnelles qui ne sont pas dus à l'atteinte à la santé n'ont pas à être pris en considération. Si la mise en valeur de la capacité résiduelle de travail dépend cependant d'une mesure préalable liée à l'état de santé, et réservée du point de vue médical, il y a lieu d'en tenir compte pour évaluer ladite capacité de travail. Ainsi, lorsque le corps médical fixe une capacité résiduelle de travail, tout en réservant que celle-ci ne pourra être atteinte que moyennant l'exécution préalable de mesures de réadaptation, il n'y a pas lieu de procéder à une évaluation du taux d'invalidité sur la base de la capacité résiduelle de travail médico-théorique avant que lesdites mesures n'aient été exécutées (arrêts du Tribunal fédéral 9C_141/2009 du 5 octobre 2009 consid. 2.3.1, SVR 2010 IV n° 9 p. 27 et 9C_163/2009 du 10 septembre 2010 consid. 4.1, SVR 2011 IV n° 30 p. 86; arrêt du Tribunal fédéral 9C_809/2017 du 27 mars 2018 consid. 5.2).
10. La plupart des éventualités assurées (par exemple la maladie, l'accident, l'incapacité de travail, l'invalidité, l'atteinte à l'intégrité physique ou mentale) supposent l'instruction de faits d'ordre médical (ATF 122 V 157 consid. 1b). Pour apprécier le droit aux prestations d'assurances sociales, il y a lieu de se baser sur des éléments médicaux fiables (ATF 134 V 231 consid. 5.1). 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).

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.

Le juge ne s'écarter pas sans motifs impératifs des conclusions d'une expertise médicale judiciaire, la tâche de l'expert étant précisément de mettre ses connaissances spéciales à la disposition de la justice afin de l'éclairer sur les aspects médicaux d'un état de fait donné. Selon la jurisprudence, peut constituer une raison de s'écarter d'une expertise judiciaire le fait que celle-ci contient des contradictions, ou qu'une surexpertise ordonnée par le tribunal en infirme les conclusions de manière convaincante. En outre, lorsque d'autres spécialistes émettent des opinions contraires aptes à mettre sérieusement en doute la pertinence des déductions de l'expert, on ne peut exclure, selon les cas, une interprétation divergente des conclusions de ce dernier par le juge ou, au besoin, une instruction complémentaire sous la forme d'une nouvelle expertise médicale (ATF 125 V 351 consid. 3b/aa et les références).

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; arrêt du Tribunal fédéral des assurances I.244/05 du 3 mai 2006 consid. 2.1). S'il est vrai que la relation particulière de confiance unissant un patient et son médecin traitant peut influencer l'objectivité ou l'impartialité de celui-ci (cf. ATF 125 V 351 consid.

3a 52; ATF 122 V 157 consid. 1c et les références), ces relations ne justifient cependant pas en elles-mêmes l'éviction de tous les avis émanant des médecins traitants. Encore faut-il démontrer l'existence d'éléments pouvant jeter un doute sur la valeur probante du rapport du médecin concerné et, par conséquent, la violation du principe mentionné (arrêt du Tribunal fédéral 9C/973/2011 du 4 mai 2012 consid. 3.2.1).

11. Le juge des assurances sociales fonde sa décision, sauf dispositions contraires de la loi, sur les faits qui, faute d'être établis de manière irréfutable, apparaissent comme les plus vraisemblables, c'est-à-dire qui présentent un degré de vraisemblance prépondérante. Il ne suffit donc pas qu'un fait puisse être considéré seulement comme une hypothèse possible. Parmi tous les éléments de fait allégués ou envisageables, le juge doit, le cas échéant, retenir ceux qui lui paraissent les plus probables (ATF 130 III 321 consid. 3.2 et 3.3; ATF 126 V 353 consid. 5b; ATF 125 V 193 consid. 2 et les références). Aussi n'existe-t-il pas, en droit des assurances sociales, un principe selon lequel l'administration ou le juge devrait statuer, dans le doute, en faveur de l'assuré (ATF 126 V 319 consid. 5a).
12. a. En l'espèce, les rapports d'expertise des Drs P_____ et O_____ sont détaillés et complets et contiennent des conclusions consensuelles. Ils répondent aux réquisits pour se voir reconnaître une pleine valeur probante.

b. L'intimé a fait valoir que l'expert-rhumatologue ne pouvait pas conclure à une incapacité totale de travailler du recourant dans toute activité, vu le status et les limitations fonctionnelles retenues en lien avec l'atteinte somatique et en se fondant sur le déconditionnement musculaire de l'assuré.

L'intimé n'a ainsi pas tenu compte de l'atteinte psychiatrique du recourant. Or, la capacité de travail de celui-ci ne peut être déterminée en faisant abstraction de cette atteinte. En effet, la spécificité de l'atteinte à la santé du recourant résulte de l'association des atteintes physiques et psychiques. Le déconditionnement global, dans la mesure où il est associé à une kinésiophobie et à un état anxieux, constitue un diagnostic, qui a précisément été retenu par l'expert-rhumatologue. Celui-ci a expliqué que les lombalgies du recourant avaient entraîné une déchéance physique, puis psychologique devant son incapacité à faire face à ses limitations fonctionnelles et à sa douleur et que cette situation avait enfin entraîné une kinésiophobie. L'on se trouve ainsi dans un cas où le déconditionnement peut être pris en compte pour évaluer la capacité de travail.

c. L'intimé a encore fait valoir que l'expert ne pouvait pas retenir le diagnostic de trouble de stress post-traumatique, car tous les critères du DSM-5 n'étaient pas remplis.

Il faut relever à cet égard, que l'expert a motivé sur près de sept pages le diagnostic de trouble de stress post-traumatique, selon le DSM-5. Il a examiné systématiquement tous les critères du diagnostic et justifié pourquoi il les retenait ou pas. Il en a retenu un grand nombre, mais pas tous. Il ressort clairement du

DSM-5 que tous les critères diagnostiques n'ont pas à être retenus pour que ce diagnostic soit posé. À titre d'exemple, il est mentionné qu'il faut « un ou plusieurs » critères des catégories A et B (p. 320).

d. Les conclusions de l'expert-psychiatre sont motivées et n'apparaissent pas fondées que sur des éléments subjectifs, contrairement à ce qu'invoque l'intimé, mais également sur les observations de l'expert lors de ses entretiens avec l'assuré et les pièces du dossier. Dans le cadre d'une expertise, le temps d'observation est relativement court et l'expert a lui-même relevé que cela ne permettait qu'une objectivation partielle des plaintes. Il faut également rappeler que, de manière générale, les maladies psychiques ne peuvent être déterminées ou prouvées que de manière limitée sur la base de critères objectifs, raison pour laquelle le Tribunal fédéral a développé des indicateurs permettant d'établir si l'atteinte à la santé psychique est incapacitante.

e. L'intimé a relevé que l'expert avait retenu des troubles de la concentration qu'il n'avait cependant pas objectivés au moment de l'examen clinique.

Cela est exact, mais il ne s'agit pas là d'une contradiction ou d'une erreur, car l'expert a expliqué, en page 13 de son rapport, qu'il retenait des problèmes de concentration en se référant à l'anamnèse et l'hétéro-anamnèse, selon lesquelles les difficultés de concentration de l'assuré étaient majeures, avec des difficultés notamment pour tenir ses engagements, comme surveiller ses petits-enfants, tout en précisant que l'assuré avait eu une concentration suffisante pour répondre aux questions et dialoguer durant les entretiens.

f. S'agissant des critères développés par le Tribunal fédéral pour apprécier le caractère incapacitant d'une atteinte psychique, ils n'ont pas à être tous remplis pour que ce caractère soit retenu. Il faut les apprécier en fonction de la situation spécifique de l'assuré.

En l'occurrence, l'analyse de ces critères par l'expert-psychiatre a été correctement faite et ses conclusions sont convaincantes. S'agissant du déroulement de la journée de l'assuré, l'intimé s'est référé à la description figurant dans le rapport d'expertise du rhumatologue, qui est moins déterminante dans ce contexte que celle figurant dans le rapport psychiatrique. À teneur de celle-ci, l'on ne peut raisonnablement soutenir que le recourant disposait de ressources personnelles préservées, contrairement à ce que soutient l'intimé. Il en ressort en effet que ses activités sont très limitées ainsi que sa vie sociale. Le recourant est dépendant de son épouse pour la plupart des activités de la vie quotidienne et s'il se rend à la mosquée une fois par semaine, il évite de rencontrer des compatriotes afin de ne pas raviver de mauvais souvenirs. Le fait qu'il puisse apprécier encore travailler la terre et regarder des matchs de football à la télévision ne suffit pas à considérer que son atteinte psychique n'est pas invalidante.

g. L'intimé a fait valoir qu'on ne pouvait pas retenir un échec de tout traitement conforme aux règles de l'art, puisque le recourant n'avait eu aucun traitement psychotrope, ni suivi psychiatrique.

L'expert a en effet relevé que l'assuré n'avait pas eu de prise en charge spécialisée, alors que cela aurait dû être le cas. Cela ne permet toutefois pas de conclure à un pronostic négatif. En effet, lorsque l'assuré a eu un traitement inapproprié, comme cela a été le cas en l'espèce, l'on ne peut rien en déduire s'agissant du degré de gravité de la pathologie, selon la jurisprudence précitée.

L'appréciation des critères développés par le Tribunal fédéral par le SMR, dont le rapport ne peut se voir reconnaître pleine force probante contrairement au rapport de l'expert-psychiatre, ne remet pas sérieusement en cause les conclusions de ce dernier.

Les rapports d'expertise des Drs P_____ et O_____ doivent ainsi se voir reconnaître une pleine force probante.

13. Sur la base des conclusions de l'expertise, il sera retenu que le recourant était totalement incapable de travailler dès le 6 avril 2014. Il a ainsi droit à une rente entière d'invalidité dès le 1^{er} avril 2015, soit le 1^{er} jour du mois au cours duquel s'est terminé le délai d'attente d'un an dès le début de l'incapacité de travail durable et de six mois depuis le dépôt de la demande de prestations de l'assurance-invalidité (le 15 octobre 2014).
14. Le recours est ainsi admis.
15. Le recourant obtenant gain de cause et étant assisté d'un conseil, a droit à des dépens qui seront fixés à CHF 2'500.- (art. 61 let. g LPGA).
16. Un émolument de CHF 500.- sera mis à la charge de l'intimé (art. 69 al. 1bis LAI).

**PAR CES MOTIFS,
LA CHAMBRE DES ASSURANCES SOCIALES :**

Statuant

À la forme :

1. Déclare le recours recevable.

Au fond :

2. L'admet.
3. Annule la décision rendue par l'intimé le 31 août 2017.
4. Dit que le recourant a droit à une rente entière d'invalidité dès le 1^{er} avril 2015.
5. Alloue au recourant, à la charge de l'intimé, une indemnité de CHF 2'500.- pour ses dépens.
6. Met un émolument de CHF 500.- 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

La présidente

Isabelle CASTILLO

Catherine TAPPONNIER

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